Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний»
Минздрава России

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ВОПРОСАМ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Электронный оперативный сборник
(по состоянию на 6 апреля 2020 г.)

Москва
2020

УДК 616.921.5-084(08):578.832.1
ББК 55.142

Нормативные документы по вопросам противодействия распространению коронавирусной инфекции в Российской Федерации: электронный оперативный сборник (по состоянию на 6 апреля 2020 г.) [Электронный ресурс]. – М.: НМИЦ ФПИ, 2020. – Системные требования: ПК не ниже класса Pentium II; RAM; Adobe Acrobat Reader. – Загл. с экрана.

Сборник содержит подборку нормативных документов, посвященных вопросам противодействия распространению коронавирусной инфекции COVID-19 в Российской Федерации и публикуемых с учетом изменений и дополнений по состоянию на 30 марта 2020 года. В сборник включены федеральные законы, приказы Минздрава РФ, постановления и распоряжения Правительства РФ, письма Роспотребнадзора, методические указания и рекомендации, санитарно-эпидемиологические правила.

Одобрено и утверждено к изданию Ученым советом ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России (протокол №3 от 31.03.2020).

УДК 616.921.5-084(08):578.832.1
ББК 55.142

© Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр
фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний»
Минздрава России (НМИЦ ФПИ), 2020

НОРМАТИВНЫЕ ДОКУМЕНТЫ ПО ВОПРОСАМ ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЮ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Электронный оперативный сборник
(по состоянию на 6 апреля 2020 г.)

Объем ЭИ: 11,4 Мб
Формат ЭИ: Portable Document Format (PDF)

Подписано в печать 06.04.2020

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

127994, г. Москва, ул. Достоевского, д. 4, кор. 2

СОДЕРЖАНИЕ

- Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ (ред. от 26.07.2019) «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
- Приказ Минздрава России от 19.03.2020 № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»
- Приказ Минздрава России от 27.03.2020 № 246н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19"
- Приказ Минздрава России от 02.04.2020 № 264н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»
- Письмо Минздрава России, ФФОМС от 25.03.2020 N 11-8/и/2-3524/4059/30/и «Об оказании медицинской помощи в случае заболевания, вызванного COVID 19»
- Постановление Правительства РФ от 31.01.2020 № 66 «О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих»
- Постановление Правительства РФ от 14.03.2020 № 285 «О Координационном совете при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации»
- Постановление Правительства РФ от 18.03.2020 N 294 «Об утверждении Временных правил оформления листков нетрудоспособности, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности в случае карантина»
- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14.03.2020 № 623-р «Об утверждении состава Координационного совета при Правительстве российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации»
- Распоряжение Правительства РФ от 16.03.2020 N 635-р (ред. от 25.03.2020) «О временном ограничении въезда в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства и временном приостановлении оформления и выдачи виз и приглашений»
- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.03.2020 № 648-р «О выделении средств из резервного фонда Правительства Российской Федерации на финансовую поддержку медицинских работников, участвующих в оказании медицинской помощи гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения такой инфекцией»
- Распоряжение Правительства РФ от 21.03.2020 N 710-р «О приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации в соответствии с распоряжением Правительства РФ от 27.06.2019 N 1391-р»
- Распоряжение Правительства Российской Федерации от 25.03.2020 № 723-р «О выделении средств из резервного фонда Правительства России на разработку средств профилактики и диагностики новой коронавирусной инфекции»
- Распоряжение Правительства РФ от 27.03.2020 N 763-р «О временном ограничении движения через автомобильные, железнодорожные, пешеходные, речные и смешанные пункты пропуска через государственную границу Российской Федерации, а также через сухопутный участок российско-белорусской государственной границы»
- Указ Президента РФ от 25.03.2020 N 206 «Об объявлении в Российской Федерации нерабочих дней»
- Указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. N 12-УМ «О введении режима повышенной готовности»

- Указ Мэра Москвы № 26-УМ от 23.03.2020 «О внесении изменений в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ»
- Указ мэра Москвы от 29 марта 2020 года № 34-УМ «О внесении изменений в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ»
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 24.01.2020 № 2 «О дополнительных мероприятиях по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV»
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 31.01.2020 № 3 «О проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV»
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 02.03.2020 № 5 «О дополнительных мерах по снижению рисков завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)»
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13.03.2020 № 6 «О дополнительных мерах по снижению рисков распространения COVID-2019»
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18.03.2020 № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019»
- Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы «Об утверждении регламентов (алгоритмов) работы медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы в период с 23 по 30 марта 2020 г.по оказанию медицинской помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и контактным с ними лицам» от 22.03.2020 г.
- Приказ Департамента здравоохранения г. Москвы от 06.04.2020 № 355 «Об алгоритме действий врача при поступлении в стационар пациента с подозрением на внебольничную пневмонию предположительно коронавирусной этиологии»
- Письмо Роспотребнадзора от 21.01.2020 № 02/706-2020-27 «О направлении временных рекомендаций по организации лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)»
- Письмо Роспотребнадзора от 23.01.2020 № « 02/770-2020-32 «Об инструкции по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами»
- Письмо Роспотребнадзора от 25.01.2020 № 02/847-2020-27 «О направлении предварительных рекомендаций по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции в медицинских организациях»
- Письмо Роспотребнадзора от 31.01.2020 № 02/1297-2020-32 «О направлении временного порядка действий при лабораторном подтверждении случая заболевания новой коронавирусной инфекцией»
- Письмо Роспотребнадзора от 10.02.2020 № 02/1866-2020-32 «О направлении дополнений во временные рекомендации по организации лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)»
- Письмо Роспотребнадзора от 11.02.2020 № 02/2037-2020-32 «О направлении временных рекомендаций по организации работы обсерватора» (вместе с «Временными рекомендациями по организации работы обсерватора для лиц, прибывших из эпидемически неблагополучной территории по новой коронавирусной инфекции»)
- Письмо Роспотребнадзора от 13.02.2020 N 02/2120-2020-32 «О рекомендациях по проведению уборки и дезинфекции автотранспорта» (вместе с «Рекомендациями по проведению

профилактических мероприятий и дезинфекции автотранспортных средств для перевозки пассажиров в целях недопущения распространения новой коронавирусной инфекции»)

- Письмо Роспотребнадзора от 14 февраля 2020 г. N 02/2230-2020-32 «Рекомендации по проведению профилактических и дезинфекционных мероприятий по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции в организациях общественного питания и пищеблоках образовательных организаций»
- Письмо Роспотребнадзора от 10.03.2020 N 02/3853-2020-27 «О мерах по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» (вместе с «Рекомендациями по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) среди работников»)
- Письмо Роспотребнадзора 02/4162-2020-27 от 15 марта 2020 «О дополнительных мерах по организации СКК и медицинского наблюдения»
- Письмо Роспотребнадзора 02/4385-2020-27 от 17 марта 2020 «О направлении памяток для волонтеров и лиц пожилого возраста»
- Письмо Роспотребнадзора 02/4457-2020-27 от 18 марта 2020 «Об организации работы по диагностике COVID-19»
- Письмо Роспотребнадзора 02/4716-2020-27 от 22 марта 2020 «О рекомендациях по проведению дезинфекционных мероприятий в жилых помещениях»
- Письмо Роспотребнадзора от 22.03.2020 N 02/4709-2020-27 «Разъяснения к постановлению Главного государственного санитарного врача РФ от 18.03.2020 N 7»
- Письмо Роспотребнадзора от 23.03.2020 N 02/4745-2020-32 «Разъяснения о порядке реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 N 7»
- Методические указания МУ 3.4.1030—01 «Организация, обеспечение и оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий в случае завоза или возникновения особо опасных инфекций, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения Российской Федерации и международного сообщения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 6 апреля 2001 г.)
- Методические указания МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.)
- Методические указания МУ 3.4.3008—12 «Порядок эпидемиологической и лабораторной диагностики особо опасных, «новых» и «возвращающихся» инфекционных болезней» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 28 марта 2012 г.)
- Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 3 (03.03.2020)»
- Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 4 (27.03.2020)»
- Санитарные правила СП 1.2.036-95 «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I – IV групп патогенности» (утв. постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г.)
- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации» (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 22 января 2008 г.)
- Санитарно-эпидемиологические правила СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)» (утв. Врио Главного государственного санитарного врача РФ 28.11.2013)

- Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1/3.2.3146-13 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней» (утв. Врио Главного государственного санитарного врача РФ 16.12.2013)

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

О САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОМ БЛАГОПОЛУЧИИ НАСЕЛЕНИЯ

Принят
Государственной Думой
12 марта 1999 года

Одобрен
Советом Федерации
17 марта 1999 года

Список изменяющих документов
(в ред. Федеральных законов от 30.12.2001 N 196-ФЗ,
от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 30.06.2003 N 86-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ,
от 09.05.2005 N 45-ФЗ, от 31.12.2005 N 199-ФЗ, от 18.12.2006 N 232-ФЗ,
от 29.12.2006 N 258-ФЗ, от 30.12.2006 N 266-ФЗ, от 26.06.2007 N 118-ФЗ,
от 08.11.2007 N 258-ФЗ, от 01.12.2007 N 309-ФЗ, от 14.07.2008 N 118-ФЗ,
от 23.07.2008 N 160-ФЗ, от 30.12.2008 N 309-ФЗ, от 28.09.2010 N 243-ФЗ,
от 28.12.2010 N 394-ФЗ, от 18.07.2011 N 215-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ,
от 18.07.2011 N 243-ФЗ, от 19.07.2011 N 248-ФЗ, от 07.12.2011 N 417-ФЗ,
от 05.06.2012 N 52-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ, от 02.07.2013 N 185-ФЗ,
от 23.07.2013 N 246-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ, от 23.06.2014 N 160-ФЗ,
от 23.06.2014 N 171-ФЗ, от 29.12.2014 N 458-ФЗ, от 29.06.2015 N 160-ФЗ,
от 13.07.2015 N 213-ФЗ, от 13.07.2015 N 233-ФЗ, от 28.11.2015 N 358-ФЗ,
от 03.07.2016 N 227-ФЗ, от 03.07.2016 N 305-ФЗ, от 01.07.2017 N 135-ФЗ,
от 01.07.2017 N 141-ФЗ, от 29.07.2017 N 216-ФЗ, от 29.07.2017 N 221-ФЗ,
от 18.04.2018 N 81-ФЗ, от 23.04.2018 N 101-ФЗ, от 19.07.2018 N 208-ФЗ,
от 03.08.2018 N 342-ФЗ, от 26.07.2019 N 232-ФЗ,
с изм., внесенными Федеральными законами от 12.06.2008 N 88-ФЗ,
от 27.10.2008 N 178-ФЗ, от 22.12.2008 N 268-ФЗ)

Настоящий Федеральный закон направлен на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Глава I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Основные понятия

В целях настоящего Федерального закона используются следующие основные понятия:

санитарно-эпидемиологическое благополучие населения - состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности;

среда обитания человека (далее - среда обитания) - совокупность объектов, явлений и факторов окружающей (природной и искусственной) среды, определяющая условия жизнедеятельности человека;

факторы среды обитания - биологические (вирусные, бактериальные, паразитарные и иные), химические, физические (шум, вибрация, ультразвук, инфразвук, тепловые, ионизирующие, неионизирующие и иные излучения), социальные (питание, водоснабжение, условия быта, труда, отдыха) и иные факторы среды обитания, которые оказывают или могут оказывать воздействие на человека и (или) на состояние здоровья будущих поколений;

вредное воздействие на человека - воздействие факторов среды обитания, создающее угрозу жизни или здоровью человека либо угрозу жизни или здоровью будущих поколений;

благоприятные условия жизнедеятельности человека - состояние среды обитания, при котором отсутствует вредное воздействие ее факторов на человека (безвредные условия) и имеются возможности для восстановления нарушенных функций организма человека;

безопасные условия для человека - состояние среды обитания, при котором отсутствует опасность вредного воздействия ее факторов на человека;

санитарно-эпидемиологическая обстановка - состояние здоровья населения и среды обитания на определенной территории в конкретно указанное время;

гигиенический норматив - установленное исследованиями допустимое максимальное или минимальное количественное и (или) качественное значение показателя, характеризующего тот или иной фактор среды обитания с позиций его безопасности и (или) безвредности для человека;

санитарно-эпидемиологические требования - обязательные требования к обеспечению безопасности и (или) безвредности для человека факторов среды обитания, условий деятельности юридических лиц и граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, используемых ими территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, транспортных средств, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, угрозу возникновения и распространения заболеваний и которые устанавливаются государственными санитарно-эпидемиологическими правилами и гигиеническими нормативами (далее - санитарные правила), а в отношении безопасности продукции и связанных с требованиями к продукции процессов ее производства, хранения, перевозки, реализации, эксплуатации, применения (использования) и утилизации, которые устанавливаются документами, принятыми в соответствии с международными договорами Российской Федерации, и техническими регламентами;
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

социально-гигиенический мониторинг - государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания;

федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор - деятельность по предупреждению, обнаружению, пресечению нарушений законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в целях охраны здоровья населения и среды обитания;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

санитарно-эпидемиологическое заключение - документ, выдаваемый в установленных международными договорами Российской Федерации, международными правовыми актами, настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами случаях федеральными органами исполнительной власти, уполномоченными на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, и удостоверяющий соответствие или несоответствие санитарно-эпидемиологическим и гигиеническим требованиям факторов среды обитания, условий деятельности юридических лиц, граждан, в том числе индивидуальных предпринимателей, а также используемых ими территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, транспортных средств;
(в ред. Федерального закона от 29.07.2017 N 221-ФЗ)

санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия - организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и их ликвидацию;

ограничительные мероприятия (карантин) - административные, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных;

инфекционные заболевания - инфекционные заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на человека биологических факторов среды обитания (возбудителей инфекционных заболеваний) и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку;

инфекционные заболевания, представляющие опасность для окружающих, - инфекционные заболевания человека, характеризующиеся тяжелым течением, высоким уровнем смертности и инвалидности, быстрым распространением среди населения (эпидемия);

массовые неинфекционные заболевания (отравления) - заболевания человека, возникновение которых обусловлено воздействием физических, и (или) химических, и (или) социальных факторов среды обитания.

Статья 2. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения

1. Санитарно-эпидемиологическое благополучие населения обеспечивается посредством:

профилактики заболеваний в соответствии с санитарно-эпидемиологической обстановкой и прогнозом ее изменения;

абзац утратил силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ;

выполнения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обязательного соблюдения гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарных правил как составной части осуществляемой ими деятельности;
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

абзац утратил силу с 1 августа 2011 года. - Федеральный закон от 18.07.2011 N 242-ФЗ;

государственного санитарно-эпидемиологического нормирования;

федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

обязательного подтверждения соответствия продукции санитарно-эпидемиологическим требованиям в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о техническом регулировании;
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

лицензирования видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека;

государственной регистрации потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также впервые ввозимых на территорию Российской Федерации отдельных видов продукции;

проведения социально-гигиенического мониторинга;

научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

формирования и ведения открытых и общедоступных федеральных информационных ресурсов, направленных на своевременное информирование органов государственной власти, органов местного самоуправления, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан о возникновении инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения и пропаганде здорового образа жизни;

мер по привлечению к ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

2. Осуществление мер по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения является расходным обязательством Российской Федерации.

Осуществление мер по предупреждению эпидемий и ликвидации их последствий, а также по охране окружающей среды является расходным обязательством субъектов Российской Федерации.

Органы государственной власти и органы местного самоуправления, организации всех форм собственности, индивидуальные предприниматели, граждане обеспечивают соблюдение требований законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения за счет собственных средств.
(п. 2 в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

3. Особенности обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории инновационного центра "Сколково", в том числе особенности утверждения и применения санитарно-эпидемиологических требований, устанавливаются Федеральным законом "Об инновационном центре "Сколково".
(п. 3 введен Федеральным законом от 28.09.2010 N 243-ФЗ)

4. Особенности обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории международного медицинского кластера, в том числе особенности применения санитарно-эпидемиологических требований, устанавливаются Федеральным законом "О международном медицинском кластере и внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации".
(п. 4 введен Федеральным законом от 29.06.2015 N 160-ФЗ)

5. Особенности обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территориях инновационных научно-технологических центров, в том числе особенности утверждения и применения санитарно-эпидемиологических требований, устанавливаются Федеральным законом "Об инновационных научно-технологических центрах и о внесении изменений в отдельные

законодательные акты Российской Федерации".
(п. 5 введен Федеральным законом от 29.07.2017 N 216-ФЗ)

Статья 3. Законодательство в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

(в ред. Федерального закона от 31.12.2005 N 199-ФЗ)

Законодательство в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - санитарное законодательство) основывается на Конституции Российской Федерации и состоит из настоящего Федерального закона, других федеральных законов, а также принимаемых в соответствии с ними иных нормативных правовых актов Российской Федерации, законов и иных нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации.

Статья 4. Отношения, регулируемые настоящим Федеральным законом

Настоящий Федеральный закон регулирует отношения, возникающие в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения как одного из основных условий реализации предусмотренных Конституцией Российской Федерации прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Отношения, возникающие в области охраны окружающей среды, в той мере, в какой это необходимо для обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, регулируются законодательством Российской Федерации об охране окружающей среды и настоящим Федеральным законом.
(в ред. Федерального закона от 30.12.2008 N 309-ФЗ)

Статья 5. Полномочия Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

К полномочиям Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения относятся:

определение основных направлений государственной политики в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

принятие федеральных законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

абзац утратил силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ;

координация деятельности федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

абзац утратил силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ;

федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование;

социально-гигиенический мониторинг;

установление единой системы государственного учета и отчетности в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

ведение государственных регистров потенциально опасных для человека химических, биологических веществ и отдельных видов продукции, радиоактивных веществ, отходов производства и потребления, а также отдельных видов продукции, ввоз которых впервые осуществляется на территорию Российской Федерации;

обеспечение санитарной охраны территории Российской Федерации;

введение и отмена на территории Российской Федерации ограничительных мероприятий (карантина);

введение и отмена санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации;

подготовка и опубликование ежегодных государственных докладов о санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации;

координация научных исследований в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

международное сотрудничество Российской Федерации и заключение международных договоров Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

реализация мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения, пропаганде здорового образа жизни;
(абзац введен Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

контроль за санитарно-эпидемиологической обстановкой;
(абзац введен Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

своевременное и полное информирование органов государственной власти, органов местного самоуправления, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан о санитарно-эпидемиологической обстановке, о проводимых и (или) планируемых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях, в том числе об ограничительных, о возникновении или об угрозе возникновения инфекционных заболеваний и о массовых неинфекционных заболеваниях (отравлениях).
(абзац введен Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ, в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

> КонсультантПлюс: примечание.
> Ст. 5.1 распространяется на полномочия федеральных органов исполнительной власти, которые не переданы для осуществления органам государственной власти субъектов РФ и органам местного самоуправления соответствующими федеральными законами.

Статья 5.1. Передача осуществления полномочий федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации

(введена Федеральным законом от 13.07.2015 N 233-ФЗ)

Полномочия федеральных органов исполнительной власти в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, предусмотренные настоящим Федеральным законом, могут передаваться для осуществления органам исполнительной власти субъектов Российской

Федерации постановлениями Правительства Российской Федерации в порядке, установленном Федеральным законом от 6 октября 1999 года N 184-ФЗ "Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации".

Статья 6. Полномочия субъектов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения

(в ред. Федерального закона от 31.12.2005 N 199-ФЗ)

К полномочиям субъектов Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения относятся:

принятие в соответствии с федеральными законами законов и иных нормативных правовых актов субъекта Российской Федерации, контроль за их исполнением;

право разработки, утверждения и реализации региональных программ обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, согласованных с территориальным органом федерального органа исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

введение и отмена на территории субъекта Российской Федерации ограничительных мероприятий (карантина) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей;

право осуществления мер по гигиеническому воспитанию и обучению населения, пропаганде здорового образа жизни;

обеспечение своевременного информирования населения субъекта Российской Федерации о возникновении или об угрозе возникновения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), о состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях;

право участия в проведении социально-гигиенического мониторинга субъекта Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 29.12.2006 N 258-ФЗ)

Статья 7. Утратила силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ.

Глава II. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ГРАЖДАН, ИНДИВИДУАЛЬНЫХ ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ И ЮРИДИЧЕСКИХ ЛИЦ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Статья 8. Права граждан

Граждане имеют право:

на благоприятную среду обитания, факторы которой не оказывают вредного воздействия на человека;

получать в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и у юридических лиц информацию о санитарно-

эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг;
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

обращаться в органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в связи с нарушениями требований санитарного законодательства, создающими угрозу причинения вреда жизни, здоровью людей, вреда окружающей среде и угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

вносить в органы государственной власти, органы местного самоуправления, органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их здоровью или имуществу вследствие нарушения другими гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 9. Права индивидуальных предпринимателей и юридических лиц

Индивидуальные предприниматели и юридические лица имеют право:

получать в соответствии с законодательством Российской Федерации в органах государственной власти, органах местного самоуправления, органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, информацию о санитарно-эпидемиологической обстановке, состоянии среды обитания, санитарных правилах;
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

принимать участие в разработке федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления мероприятий по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

на возмещение в полном объеме вреда, причиненного их имуществу вследствие нарушения гражданами, другими индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами санитарного законодательства, а также при осуществлении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

Статья 10. Обязанности граждан

Граждане обязаны:

выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц;
(в ред. Федеральных законов от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и об обучении своих детей;

не осуществлять действия, влекущие за собой нарушение прав других граждан на охрану здоровья и благоприятную среду обитания.

Статья 11. Обязанности индивидуальных предпринимателей и юридических лиц

Индивидуальные предприниматели и юридические лица в соответствии с осуществляемой ими деятельностью обязаны:

выполнять требования санитарного законодательства, а также постановлений, предписаний осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор должностных лиц;
(в ред. Федеральных законов от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

разрабатывать и проводить санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия;

обеспечивать безопасность для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг, а также продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов и товаров для личных и бытовых нужд при их производстве, транспортировке, хранении, реализации населению;

осуществлять производственный контроль, в том числе посредством проведения лабораторных исследований и испытаний, за соблюдением санитарно-эпидемиологических требований и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при выполнении работ и оказании услуг, а также при производстве, транспортировке, хранении и реализации продукции;
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

проводить работы по обоснованию безопасности для человека новых видов продукции и технологии ее производства, критериев безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания и разрабатывать методы контроля за факторами среды обитания;

своевременно информировать население, органы местного самоуправления, органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, об аварийных ситуациях, остановках производства, о нарушениях технологических процессов, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

абзац утратил силу с 1 августа 2011 года. - Федеральный закон от 18.07.2011 N 242-ФЗ;

осуществлять гигиеническое обучение работников.

Глава III. САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ТРЕБОВАНИЯ ОБЕСПЕЧЕНИЯ БЕЗОПАСНОСТИ СРЕДЫ ОБИТАНИЯ ДЛЯ ЗДОРОВЬЯ ЧЕЛОВЕКА

Статья 12. Санитарно-эпидемиологические требования к планировке и застройке

(в ред. Федерального закона от 01.07.2017 N 135-ФЗ)

1. При планировке и застройке городских и сельских поселений должно предусматриваться создание благоприятных условий для жизни и здоровья населения путем комплексного благоустройства городских и сельских поселений и реализации иных мер по предупреждению и устранению вредного воздействия на человека факторов среды обитания.

КонсультантПлюс: примечание.
Ориентировочные, расчетные (предварительные) санитарно-защитные зоны прекращают существование с с 01.01.2022. О правах и обязанностях собственников и правообладателей объектов недвижимости, расположенных в указанных зонах см. ч. 13 ст. 26 ФЗ от 03.08.2018 N 342-ФЗ.

2. При разработке нормативов градостроительного проектирования, схем территориального планирования, генеральных планов городских и сельских поселений, проектов планировки общественных центров, жилых районов, магистралей городов, решении вопросов размещения объектов гражданского, промышленного и сельскохозяйственного назначения и установления их санитарно-защитных зон, а также при проектировании, строительстве, реконструкции, техническом перевооружении, консервации и ликвидации промышленных, транспортных объектов, зданий и сооружений культурно-бытового назначения, жилых домов, объектов инженерной инфраструктуры и благоустройства и иных объектов (далее - объекты) должны соблюдаться санитарные правила.
(в ред. Федеральных законов от 18.12.2006 N 232-ФЗ, от 18.07.2011 N 215-ФЗ, от 23.06.2014 N 171-ФЗ)

КонсультантПлюс: примечание.
До 01.01.2022 установление, изменение, прекращение существования зон с особыми условиями использования территорий осуществляется в порядке, установленном до 04.08.2018 (ФЗ от 03.08.2018 N 342-ФЗ).

Санитарно-защитные зоны устанавливаются федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Положение о санитарно-защитных зонах утверждается Правительством Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 03.08.2018 N 342-ФЗ)

Санитарно-защитные зоны и зоны наблюдения в районе размещения ядерной установки, радиационного источника или пункта хранения устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации в области использования атомной энергии и земельным законодательством Российской Федерации.
(абзац введен Федеральным законом от 03.08.2018 N 342-ФЗ)

2.1. В целях осуществления градостроительной деятельности в условиях стесненной городской застройки федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, вправе устанавливать особенности применения отдельных санитарно-эпидемиологических требований, требований, предусмотренных санитарными правилами, либо утверждать отдельные санитарно-эпидемиологические требования, санитарные правила (за исключением минимально необходимых требований для обеспечения безопасности зданий и сооружений, в том числе входящих в их состав систем и сетей инженерно-технического обеспечения).
(п. 2.1 введен Федеральным законом от 01.07.2017 N 141-ФЗ)

3. Утратил силу. - Федеральный закон от 19.07.2011 N 248-ФЗ.

4. Граждане, индивидуальные предприниматели и юридические лица, ответственные за выполнение работ по проектированию и строительству объектов, их финансирование и (или) кредитование, в случае выявления нарушения санитарно-эпидемиологических требований или невозможности их выполнения обязаны приостановить либо полностью прекратить проведение указанных работ и их финансирование и (или) кредитование.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

Статья 13. Санитарно-эпидемиологические требования к продукции производственно-технического назначения, товарам для личных и бытовых нужд и технологиям их производства

1. Продукция производственно-технического назначения, при производстве, транспортировке, хранении, применении (использовании) и утилизации которой требуется непосредственное участие человека, а также товары для личных и бытовых нужд граждан (далее - продукция) не должны оказывать вредное воздействие на человека и среду обитания.

Продукция по своим свойствам и показателям должна соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

2. Производство, применение (использование) и реализация населению новых видов продукции (впервые разрабатываемых или внедряемых) осуществляются при условии их соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

3. Граждане, индивидуальные предприниматели и юридические лица, осуществляющие разработку, производство, транспортировку, закупку, хранение и реализацию продукции, в случае установления ее несоответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям обязаны приостановить такую деятельность, изъять продукцию из оборота и принять меры по применению (использованию) продукции в целях, исключающих причинение вреда человеку, или ее уничтожить.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

Статья 14. Санитарно-эпидемиологические требования к потенциально опасным для человека химическим, биологическим веществам и отдельным видам продукции

Потенциально опасные для человека химические, биологические вещества и отдельные виды продукции допускаются к производству, транспортировке, закупке, хранению, реализации и применению (использованию) после их государственной регистрации в соответствии со статьей 43 настоящего Федерального закона.

Статья 15. Санитарно-эпидемиологические требования к пищевым продуктам, пищевым добавкам, продовольственному сырью, а также контактирующим с ними материалам и изделиям и технологиям их производства

1. Пищевые продукты должны удовлетворять физиологическим потребностям человека и не должны оказывать на него вредное воздействие.

2. Пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия в процессе их производства, хранения, транспортировки и реализации населению должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

3. При производстве пищевых продуктов могут быть использованы контактирующие с ними материалы и изделия, пищевые добавки, разрешенные в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

4. Производство, применение (использование) и реализация населению новых видов (впервые разрабатываемых и внедряемых в производство) пищевых продуктов, пищевых добавок, продовольственного сырья, а также контактирующих с ними материалов и изделий, внедрение новых

технологических процессов их производства и технологического оборудования осуществляются при условии их соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

5. Граждане, индивидуальные предприниматели и юридические лица, осуществляющие производство, закупку, хранение, транспортировку, реализацию пищевых продуктов, пищевых добавок, продовольственного сырья, а также контактирующих с ними материалов и изделий, должны выполнять санитарно-эпидемиологические требования.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

6. Не соответствующие санитарно-эпидемиологическим требованиям и представляющие опасность для человека пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия немедленно снимаются с производства или реализации.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

> КонсультантПлюс: примечание.
> По вопросу, касающемуся государственного надзора и контроля в области обеспечения качества и безопасности пищевых продуктов, см. Постановление Правительства РФ от 21.12.2000 N 987.

Снятые с производства или реализации пищевые продукты, пищевые добавки, продовольственное сырье, а также контактирующие с ними материалы и изделия должны быть использованы их владельцами в целях, исключающих причинение вреда человеку, или уничтожены.

7. К отношениям, связанным с обеспечением безопасности пищевых продуктов, а также материалов и изделий, контактирующих с пищевыми продуктами, применяются положения законодательства Российской Федерации о техническом регулировании.
(п. 7 введен Федеральным законом от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

Статья 16. Санитарно-эпидемиологические требования к продукции, ввозимой на территорию Российской Федерации

1. Продукция, ввозимая на территорию Российской Федерации гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами и предназначенная для реализации населению, а также для применения (использования) в промышленности, сельском хозяйстве, гражданском строительстве, на транспорте, в процессе которого требуется непосредственное участие человека, не должна оказывать вредное воздействие на человека и среду обитания.

2. Продукция, указанная в пункте 1 настоящей статьи, должна соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям. Отдельные виды продукции, которые впервые ввозятся на территорию Российской Федерации и перечень которых устанавливается Правительством Российской Федерации, до их ввоза на территорию Российской Федерации подлежат государственной регистрации в соответствии со статьей 43 настоящего Федерального закона.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

3. Обязательства о выполнении санитарно-эпидемиологических требований к продукции, ввозимой на территорию Российской Федерации, гарантии соблюдения указанных требований при поставке каждой партии такой продукции являются существенными условиями договоров (контрактов) поставок такой продукции.
(п. 3 в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

Статья 17. Санитарно-эпидемиологические требования к организации питания населения

1. При организации питания населения в специально оборудованных местах (столовых, ресторанах, кафе, барах и других), в том числе при приготовлении пищи и напитков, их хранении и реализации населению, для предотвращения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должны выполняться санитарно-эпидемиологические требования.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

2. При организации питания в дошкольных и других образовательных организациях, медицинских организациях, оздоровительных учреждениях и организациях социального обслуживания, установлении норм пищевого довольствия для военнослужащих, а также при установлении норм питания для лиц, находящихся в следственных изоляторах или отбывающих наказание в исправительных учреждениях, обязательно соблюдение научно обоснованных физиологических норм питания человека.
(в ред. Федеральных законов от 02.07.2013 N 185-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ, от 28.11.2015 N 358-ФЗ)

> КонсультантПлюс: примечание.
> Приказом Минздрава России от 19.08.2016 N 614 утверждены Рекомендации по рациональным нормам потребления пищевых продуктов, отвечающих современным требованиям здорового питания.

3. При установлении минимальных социальных стандартов уровня жизни населения, гарантируемых государством, должны учитываться физиологические нормы питания человека.

Статья 18. Санитарно-эпидемиологические требования к водным объектам

1. Водные объекты, используемые в целях питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения, а также в лечебных, оздоровительных и рекреационных целях, в том числе водные объекты, расположенные в границах городских и сельских населенных пунктов (далее - водные объекты), не должны являться источниками биологических, химических и физических факторов вредного воздействия на человека.
(п. 1 в ред. Федерального закона от 14.07.2008 N 118-ФЗ)

2. Критерии безопасности и (или) безвредности для человека водных объектов, в том числе предельно допустимые концентрации в воде химических, биологических веществ, микроорганизмов, уровень радиационного фона устанавливаются санитарными правилами.

3. Использование водного объекта в конкретно указанных целях допускается при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии водного объекта санитарным правилам и условиям безопасного для здоровья населения использования водного объекта.
(в ред. Федерального закона от 14.07.2008 N 118-ФЗ)

4. Для охраны водных объектов, предотвращения их загрязнения и засорения устанавливаются в соответствии с законодательством Российской Федерации согласованные с органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, нормативы предельно допустимых вредных воздействий на водные объекты, нормативы предельно допустимых сбросов химических, биологических веществ и микроорганизмов в водные объекты.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Абзац утратил силу. - Федеральный закон от 03.08.2018 N 342-ФЗ.

5. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, индивидуальные предприниматели и юридические лица в случае, если водные объекты представляют опасность для здоровья населения, обязаны в соответствии с их полномочиями принять меры по

ограничению, приостановлению или запрещению использования указанных водных объектов.

> КонсультантПлюс: примечание.
> До 01.01.2022 установление, изменение, прекращение существования зон с особыми условиями использования территорий осуществляется в порядке, установленном до 04.08.2018 (ФЗ от 03.08.2018 N 342-ФЗ).

Зоны санитарной охраны источников питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения устанавливаются, изменяются, прекращают существование по решению органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации. При этом решения об установлении, изменении зоны санитарной охраны источников питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения принимаются при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии границ таких зон и ограничений использования земельных участков в границах таких зон санитарным правилам. Положение о зонах санитарной охраны источников питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения утверждается Правительством Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 03.08.2018 N 342-ФЗ)

Статья 19. Санитарно-эпидемиологические требования к питьевой воде, а также к питьевому и хозяйственно-бытовому водоснабжению

(в ред. Федерального закона от 14.07.2008 N 118-ФЗ)

1. Питьевая вода должна быть безопасной в эпидемиологическом и радиационном отношении, безвредной по химическому составу и должна иметь благоприятные органолептические свойства.

2. Организации, осуществляющие горячее водоснабжение, холодное водоснабжение с использованием централизованных систем горячего водоснабжения, холодного водоснабжения, обязаны обеспечить соответствие качества горячей и питьевой воды указанных систем санитарно-эпидемиологическим требованиям.
(п. 2 в ред. Федерального закона от 07.12.2011 N 417-ФЗ)

3. Население городских и сельских поселений должно обеспечиваться питьевой водой в приоритетном порядке в количестве, достаточном для удовлетворения физиологических и бытовых потребностей.

Статья 20. Санитарно-эпидемиологические требования к атмосферному воздуху в городских и сельских поселениях, на территориях промышленных организаций, воздуху в рабочих зонах производственных помещений, жилых и других помещениях

1. Атмосферный воздух в городских и сельских поселениях, на территориях промышленных организаций, а также воздух в рабочих зонах производственных помещений, жилых и других помещениях (далее - места постоянного или временного пребывания человека) не должен оказывать вредное воздействие на человека.

2. Критерии безопасности и (или) безвредности для человека атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, на территориях промышленных организаций, воздуха в местах постоянного или временного пребывания человека, в том числе предельно допустимые концентрации (уровни) химических, биологических веществ и микроорганизмов в воздухе, устанавливаются санитарными правилами.

3. Нормативы предельно допустимых выбросов химических, биологических веществ и микроорганизмов в воздух, проекты санитарно-защитных зон утверждаются при наличии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии указанных нормативов и проектов санитарным правилам.

4. Органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления, граждане, индивидуальные предприниматели, юридические лица в соответствии со своими полномочиями обязаны осуществлять меры по предотвращению и снижению загрязнения атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, воздуха в местах постоянного или временного пребывания человека, обеспечению соответствия атмосферного воздуха в городских и сельских поселениях, воздуха в местах постоянного или временного пребывания человека санитарным правилам.

Статья 21. Санитарно-эпидемиологические требования к почвам, содержанию территорий городских и сельских поселений, промышленных площадок

1. В почвах городских и сельских поселений и сельскохозяйственных угодий содержание потенциально опасных для человека химических и биологических веществ, биологических и микробиологических организмов, а также уровень радиационного фона не должен превышать предельно допустимые концентрации (уровни), установленные санитарными правилами.

2. Содержание территорий городских и сельских поселений, промышленных площадок должно отвечать санитарным правилам.

Абзац утратил силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ.

Статья 22. Санитарно-эпидемиологические требования к сбору, накоплению, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов производства и потребления

(в ред. Федерального закона от 29.12.2014 N 458-ФЗ)

1. Отходы производства и потребления подлежат сбору, накоплению, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению, условия и способы которых должны быть безопасными для здоровья населения и среды обитания и которые должны осуществляться в соответствии с санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 29.12.2014 N 458-ФЗ)

2. Утратил силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ.

3. В местах централизованного обработки, утилизации, обезвреживания, размещения отходов производства и потребления должен осуществляться радиационный контроль.
(в ред. Федерального закона от 29.12.2014 N 458-ФЗ)

Отходы производства и потребления, при осуществлении радиационного контроля которых выявлено превышение установленного санитарными правилами уровня радиационного фона, подлежат обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению в соответствии с законодательством Российской Федерации в области обеспечения радиационной безопасности.
(в ред. Федерального закона от 29.12.2014 N 458-ФЗ)

Статья 23. Санитарно-эпидемиологические требования к жилым помещениям

1. Жилые помещения по площади, планировке, освещенности, инсоляции, микроклимату, воздухообмену, уровням шума, вибрации, ионизирующих и неионизирующих излучений должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям в целях обеспечения безопасных и безвредных условий проживания независимо от его срока.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

2. Заселение жилых помещений, признанных в соответствии с санитарным законодательством Российской Федерации непригодными для проживания, равно как и предоставление гражданам для постоянного или временного проживания нежилых помещений не допускается.

3. Содержание жилых помещений должно отвечать санитарным правилам.

Статья 24. Санитарно-эпидемиологические требования к эксплуатации производственных, общественных помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта

1. При эксплуатации производственных, общественных помещений, зданий, сооружений, оборудования и транспорта должны осуществляться санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия и обеспечиваться безопасные для человека условия труда, быта и отдыха в соответствии с санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2. Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны приостановить либо прекратить свою деятельность или работу отдельных цехов, участков, эксплуатацию зданий, сооружений, оборудования, транспорта, выполнение отдельных видов работ и оказание услуг в случаях, если при осуществлении указанных деятельности, работ и услуг нарушаются санитарные правила.

Статья 25. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям труда

1. Условия труда, рабочее место и трудовой процесс не должны оказывать вредное воздействие на человека. Требования к обеспечению безопасных для человека условий труда устанавливаются санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

2. Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны осуществлять санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по обеспечению безопасных для человека условий труда и выполнению требований санитарных правил и иных нормативных правовых актов Российской Федерации к производственным процессам и технологическому оборудованию, организации рабочих мест, коллективным и индивидуальным средствам защиты работников, режиму труда, отдыха и бытовому обслуживанию работников в целях предупреждения травм, профессиональных заболеваний, инфекционных заболеваний и заболеваний (отравлений), связанных с условиями труда.

Статья 26. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы с биологическими веществами, биологическими и микробиологическими организмами и их токсинами

1. Условия работы с биологическими веществами, биологическими и микробиологическими организмами и их токсинами, в том числе условия работы в области генной инженерии, и с возбудителями инфекционных заболеваний не должны оказывать вредное воздействие на человека.

2. Требования к обеспечению безопасности условий работ, указанных в пункте 1 настоящей статьи, для человека и среды обитания устанавливаются санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

3. Осуществление работ с биологическими веществами, биологическими и микробиологическими организмами и их токсинами допускается при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии условий выполнения таких работ санитарным правилам.

Статья 27. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям работы с источниками физических факторов воздействия на человека

1. Условия работы с машинами, механизмами, установками, устройствами, аппаратами, которые являются источниками физических факторов воздействия на человека (шума, вибрации, ультразвуковых, инфразвуковых воздействий, теплового, ионизирующего, неионизирующего и иного излучения), не должны оказывать вредное воздействие на человека.

2. Критерии безопасности и (или) безвредности условий работ с источниками физических факторов воздействия на человека, в том числе предельно допустимые уровни воздействия, устанавливаются санитарными правилами.

3. Использование машин, механизмов, установок, устройств и аппаратов, а также производство, применение (использование), транспортировка, хранение и захоронение радиоактивных веществ, материалов и отходов, являющихся источниками физических факторов воздействия на человека, указанных в пункте 1 настоящей статьи, допускаются при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии условий работы с источниками физических факторов воздействия на человека санитарным правилам.

4. Отношения, возникающие в области обеспечения радиационной безопасности населения и безопасности работ с источниками ионизирующих излучений, устанавливаются законодательством Российской Федерации.

Статья 28. Санитарно-эпидемиологические требования к условиям отдыха и оздоровления детей, их воспитания и обучения

(в ред. Федерального закона от 05.06.2012 N 52-ФЗ)

1. В организациях отдыха и оздоровления детей, дошкольных и других образовательных организациях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, в том числе меры по организации их питания, и выполняться требования санитарного законодательства.
(в ред. Федеральных законов от 05.06.2012 N 52-ФЗ, от 02.07.2013 N 185-ФЗ)

2. Программы, методики и режимы воспитания и обучения детей допускаются к применению при наличии санитарно-эпидемиологических заключений. Использование технических, аудиовизуальных и иных средств воспитания и обучения, учебной мебели, учебной и иной издательской продукции для детей осуществляется при условии их соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям.
(п. 2 в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

Глава IV. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ

Статья 29. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

1. В целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе мероприятия по осуществлению санитарной охраны территории Российской Федерации, введению

ограничительных мероприятий (карантина), осуществлению производственного контроля, мер в отношении больных инфекционными заболеваниями, проведению медицинских осмотров, профилактических прививок, гигиенического воспитания и обучения граждан.

2. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия подлежат включению в разрабатываемые федеральные целевые программы охраны и укрепления здоровья населения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.
(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

3. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводятся в обязательном порядке гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в соответствии с осуществляемой ими деятельностью, а также в случаях, предусмотренных пунктом 2 статьи 50 настоящего Федерального закона.

Статья 30. Санитарная охрана территории Российской Федерации

1. Санитарная охрана территории Российской Федерации направлена на предупреждение заноса на территорию Российской Федерации и распространения на территории Российской Федерации инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также на предотвращение ввоза на территорию Российской Федерации и реализации на территории Российской Федерации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека (далее - опасные грузы и товары). Ввоз на территорию Российской Федерации опасных грузов и товаров осуществляется в специально оборудованных и предназначенных для этих целей пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации (далее - специализированные пункты пропуска). Перечень таких пунктов пропуска определяется в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.
(в ред. Федеральных законов от 30.12.2006 N 266-ФЗ, от 28.12.2010 N 394-ФЗ)

2. Перечень инфекционных заболеваний, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
(в ред. Федеральных законов от 28.12.2010 N 394-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

3. Не допускаются к ввозу на территорию Российской Федерации опасные грузы и товары, ввоз которых на территорию Российской Федерации запрещен законодательством Российской Федерации, а также грузы и товары, в отношении которых при проведении санитарно-карантинного контроля установлено, что их ввоз на территорию Российской Федерации создаст угрозу возникновения и распространения инфекционных заболеваний или массовых неинфекционных заболеваний (отравлений).

4. Санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации осуществляется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, а также таможенными органами в части проведения проверки документов в специализированных пунктах пропуска.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

При осуществлении санитарно-карантинного контроля в специализированных пунктах пропуска должностные лица таможенных органов проводят проверку документов, представляемых перевозчиком или лицом, действующим от его имени, при прибытии товаров и грузов на территорию Российской Федерации.

По результатам проверки документов должностными лицами таможенных органов принимается решение о ввозе товаров и грузов на территорию Российской Федерации в целях их дальнейшей перевозки в соответствии с таможенной процедурой таможенного транзита, либо об их немедленном

вывозе с территории Российской Федерации, либо об их направлении в специально оборудованные и оснащенные места в специализированных пунктах пропуска для проведения досмотра товаров и грузов должностными лицами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Порядок осуществления санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации (в том числе порядок принятия таможенными органами решений по результатам проверки документов в специализированных пунктах пропуска и порядок определения видов товаров в соответствии с единой Товарной номенклатурой внешнеэкономической деятельности Таможенного союза и случаев, когда проводится досмотр товаров и грузов) определяется Правительством Российской Федерации.
(п. 4 в ред. Федерального закона от 28.12.2010 N 394-ФЗ)

4.1. Санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, расположенных на территории свободного порта Владивосток, осуществляется федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с их компетенцией в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Правительство Российской Федерации вправе устанавливать компетенцию федеральных органов исполнительной власти по осуществлению санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, расположенных на территории свободного порта Владивосток, на определенный период, а также порядок осуществления такого контроля.

По результатам осуществления санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, расположенных на территории свободного порта Владивосток, с учетом системы управления рисками принимается одно из следующих решений:

о немедленном вывозе товаров и грузов с территории Российской Федерации;

о ввозе товаров и грузов на территорию Российской Федерации в целях их дальнейшей перевозки в соответствии с таможенной процедурой таможенного транзита в специально оборудованные и оснащенные места назначения (доставки) для завершения санитарно-карантинного контроля должностными лицами федерального органа исполнительной власти, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

о направлении товаров и грузов в специально оборудованные и оснащенные места в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, расположенных на территории свободного порта Владивосток, для проведения досмотра товаров и грузов уполномоченными должностными лицами федерального органа исполнительной власти в соответствии с компетенцией, установленной Правительством Российской Федерации.

Порядок разработки и реализации мер по управлению рисками, включающий в себя порядок сбора и анализа информации, в том числе предварительной информации, представляемой участниками внешнеэкономической деятельности в таможенные органы, а также стратегию и тактику применения системы управления рисками, определяет федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, совместно с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в области таможенного дела.
(п. 4.1 введен Федеральным законом от 13.07.2015 N 213-ФЗ)

> КонсультантПлюс: примечание.
> С 1 января 2022 года Федеральным законом от 23.04.2018 N 101-ФЗ пункт 4.2 статьи 30 признается утратившим силу.

4.2. Санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, определенных Правительством Российской Федерации из числа специализированных пунктов пропуска, осуществляется федеральными органами исполнительной власти, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с их компетенцией в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

Правительство Российской Федерации вправе устанавливать компетенцию федеральных органов исполнительной власти по осуществлению санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, определенных Правительством Российской Федерации из числа специализированных пунктов пропуска, а также порядок осуществления такого контроля.

По результатам осуществления санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, определенных Правительством Российской Федерации из числа специализированных пунктов пропуска, с учетом системы управления рисками принимается одно из следующих решений:

о немедленном вывозе товаров и грузов с территории Российской Федерации;

о ввозе товаров и грузов на территорию Российской Федерации в целях их дальнейшей перевозки в соответствии с заявленной таможенной процедурой;

о направлении товаров и грузов в соответствии с заявленной таможенной процедурой в места назначения (доставки) для проведения досмотра товаров и грузов уполномоченными должностными лицами федерального органа исполнительной власти в соответствии с компетенцией, установленной Правительством Российской Федерации.

Порядок разработки и реализации мер по управлению рисками, включающий в себя порядок сбора и анализа информации, в том числе предварительной информации, представляемой участниками внешнеэкономической деятельности в таможенные органы, а также стратегию и тактику применения системы управления рисками, определяет федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, совместно с федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным в области таможенного дела.
(п. 4.2 введен Федеральным законом от 23.04.2018 N 101-ФЗ)

> КонсультантПлюс: примечание.
> С 1 января 2022 года Федеральным законом от 23.04.2018 N 101-ФЗ пункт 4.3 статьи 30 признается утратившим силу.

4.3. При осуществлении санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации федеральные органы исполнительной власти, указанные в пунктах 4 и 4.2 настоящей статьи, могут осуществлять между собой информационное взаимодействие в электронной форме с использованием единой системы межведомственного электронного взаимодействия.
(п. 4.3 введен Федеральным законом от 23.04.2018 N 101-ФЗ)

5. Порядок и условия осуществления санитарной охраны территории Российской Федерации, а также мероприятия по санитарной охране территории Российской Федерации устанавливаются федеральными законами, санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Статья 31. Ограничительные мероприятия (карантин)

1. Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся в пунктах пропуска через Государственную

границу Российской Федерации, на территории Российской Федерации, территории соответствующего субъекта Российской Федерации, муниципального образования, в организациях и на объектах хозяйственной и иной деятельности в случае угрозы возникновения и распространения инфекционных заболеваний.
(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

2. Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся (отменяются) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей решением Правительства Российской Федерации или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, органа местного самоуправления, а также решением уполномоченных должностных лиц федерального органа исполнительной власти или его территориальных органов, структурных подразделений, в ведении которых находятся объекты обороны и иного специального назначения.
(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

3. Порядок осуществления ограничительных мероприятий (карантина) и перечень инфекционных заболеваний, при угрозе возникновения и распространения которых вводятся ограничительные мероприятия (карантин), устанавливаются санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами Российской Федерации.

Статья 32. Производственный контроль

1. Производственный контроль, в том числе проведение лабораторных исследований и испытаний, за соблюдением санитарно-эпидемиологических требований и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в процессе производства, хранения, транспортировки и реализации продукции, выполнения работ и оказания услуг, а также условиями труда осуществляется индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в целях обеспечения безопасности и (или) безвредности для человека и среды обитания таких продукции, работ и услуг.
(в ред. Федеральных законов от 19.07.2011 N 248-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ)

1.1. При осуществлении производственного контроля, предусмотренного пунктом 1 настоящей статьи, могут использоваться результаты выполненных при проведении специальной оценки условий труда исследований (испытаний) и измерений вредных и (или) опасных производственных факторов, проведенных испытательной лабораторией (центром), аккредитованной в соответствии с законодательством Российской Федерации об аккредитации в национальной системе аккредитации, но не ранее чем за шесть месяцев до проведения указанного производственного контроля.
(п. 1.1 введен Федеральным законом от 19.07.2018 N 208-ФЗ)

2. Производственный контроль осуществляется в порядке, установленном техническими регламентами или применяемыми до дня вступления в силу соответствующих технических регламентов санитарными правилами, а также стандартами безопасности труда, если иное не предусмотрено федеральным законом.
(в ред. Федеральных законов от 19.07.2011 N 248-ФЗ, от 07.12.2011 N 417-ФЗ, от 25.06.2012 N 93-ФЗ)

3. Лица, осуществляющие производственный контроль, несут ответственность за своевременность, полноту и достоверность его осуществления.

Статья 33. Меры в отношении больных инфекционными заболеваниями

1. Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для

окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

2. Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

3. Все случаи инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) подлежат регистрации медицинскими организациями по месту выявления таких заболеваний (отравлений), государственному учету и ведению отчетности по ним органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

Порядок ведения государственного учета указанных случаев заболеваний (отравлений), а также порядок ведения отчетности по ним устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
(в ред. Федеральных законов от 28.12.2010 N 394-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 34. Обязательные медицинские осмотры

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

2. В случае необходимости на основании предложений органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, решениями органов государственной власти субъектов Российской Федерации или органов местного самоуправления в отдельных организациях (цехах, лабораториях и иных структурных подразделениях) могут вводиться дополнительные показания к проведению медицинских осмотров работников.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

3. Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны обеспечивать условия, необходимые для своевременного прохождения медицинских осмотров работниками.

4. Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе.

5. Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету медицинскими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 25.11.2013 N 317-ФЗ)

6. Порядок проведения обязательных медицинских осмотров, учета, ведения отчетности и выдачи работникам личных медицинских книжек определяется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере здравоохранения.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 28.12.2010 N 394-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 35. Профилактические прививки

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

Статья 36. Гигиеническое воспитание и обучение

1. Гигиеническое воспитание и обучение граждан обязательны, направлены на повышение их санитарной культуры, профилактику заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни.

2. Гигиеническое воспитание и обучение граждан осуществляются:

в процессе воспитания и обучения в дошкольных и других образовательных организациях;
(в ред. Федерального закона от 02.07.2013 N 185-ФЗ)

при получении профессионального образования или дополнительного профессионального образования посредством включения в образовательные программы разделов о гигиенических знаниях;
(в ред. Федерального закона от 02.07.2013 N 185-ФЗ)

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.

Глава V. ГОСУДАРСТВЕННОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ В ОБЛАСТИ ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Статья 37. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование

1. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование включает в себя:

разработку единых требований к проведению научно-исследовательских работ по обоснованию санитарных правил;

контроль за проведением научно-исследовательских работ по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию;

разработку проектов санитарных правил, экспертизу, публичное обсуждение, утверждение и опубликование санитарных правил, а также внесение изменений в санитарные правила и признание их утратившими силу;
(в ред. Федерального закона от 25.06.2012 N 93-ФЗ)

контроль за внедрением санитарных правил, изучение и обобщение практики их применения;

регистрацию и систематизацию санитарных правил, формирование и ведение единой федеральной базы данных в области государственного санитарно-эпидемиологического нормирования.

2. Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование осуществляется в соответствии с положением, утвержденным Правительством Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

Статья 38. Разработка санитарных правил

1. Разработка санитарных правил осуществляется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в связи с установленной необходимостью санитарно-эпидемиологического нормирования факторов среды обитания и условий жизнедеятельности человека в порядке, установленном положением о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании.
(в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 N 93-ФЗ, от 23.07.2013 N 246-ФЗ)

2. Разработка санитарных правил должна предусматривать:

проведение комплексных исследований по выявлению и оценке воздействия факторов среды обитания на здоровье населения;

определение санитарно-эпидемиологических требований предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на здоровье населения, в том числе установление оснований, при наличии которых требуются расчет и оценка риска для здоровья человека;
(в ред. Федерального закона от 01.07.2017 N 141-ФЗ)

установление критериев безопасности и (или) безвредности, гигиенических и иных нормативов факторов среды обитания;

анализ международного опыта в области санитарно-эпидемиологического нормирования;

установление оснований для пересмотра гигиенических и иных нормативов;

прогнозирование социальных и экономических последствий применения санитарных правил;

обоснование сроков и условий введения санитарных правил в действие.

Статья 39. Утверждение санитарных правил

(в ред. Федерального закона от 23.07.2013 N 246-ФЗ)

1. На территории Российской Федерации действуют федеральные санитарные правила, утвержденные федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.
(п. 1 в ред. Федерального закона от 23.07.2013 N 246-ФЗ)

1.1. Федеральные санитарные правила, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования к условиям воспитания и обучения, утверждаются по согласованию с федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке и реализации государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере общего образования.
(п. 1.1 введен Федеральным законом от 02.07.2013 N 185-ФЗ; в ред. Федерального закона от 26.07.2019 N 232-ФЗ)

2. Санитарные правила подлежат регистрации и официальному опубликованию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

4. Нормативные правовые акты, касающиеся вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, принимаемые федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, решения юридических лиц по указанным вопросам, строительные нормы и правила, правила охраны

труда, ветеринарные и фитосанитарные правила не должны противоречить санитарным правилам.
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

Статья 40. Особенности лицензирования отдельных видов деятельности, представляющих потенциальную опасность для человека

(в ред. Федерального закона от 10.01.2003 N 15-ФЗ)

1. Отдельные виды деятельности, представляющие потенциальную опасность для человека, подлежат лицензированию в соответствии с законодательством Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 10.01.2003 N 15-ФЗ)

2. Обязательным условием для принятия решения о выдаче лицензии является представление соискателем лицензии санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования и иного имущества, которые соискатель лицензии предполагает использовать для осуществления следующих видов деятельности:
(в ред. Федерального закона от 08.11.2007 N 258-ФЗ)

абзац утратил силу. - Федеральный закон от 19.07.2011 N 248-ФЗ;

абзац утратил силу. - Федеральный закон от 08.11.2007 N 258-ФЗ;

абзац утратил силу. - Федеральный закон от 19.07.2011 N 248-ФЗ;

абзац утратил силу. - Федеральный закон от 08.11.2007 N 258-ФЗ;

медицинская и фармацевтическая деятельность;

абзацы седьмой - восьмой утратили силу. - Федеральный закон от 19.07.2011 N 248-ФЗ;

деятельность в области обращения с ядерными материалами и радиоактивными веществами;

деятельность по сбору, транспортированию, обработке, утилизации, обезвреживанию, размещению отходов I - IV класса опасности;
(в ред. Федеральных законов от 08.11.2007 N 258-ФЗ, от 30.12.2008 N 309-ФЗ, от 29.12.2014 N 458-ФЗ)

образовательная деятельность.
(п. 2 в ред. Федерального закона от 10.01.2003 N 15-ФЗ)

Статья 41. Обязательное подтверждение соответствия отдельных видов продукции

(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

Отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека, подлежат обязательному подтверждению соответствия санитарно-эпидемиологическим требованиям в порядке, установленном законодательством Российской Федерации о техническом регулировании.

Статья 42. Санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

1. Санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований могут проводиться должностными лицами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями,

аккредитованными в соответствии с законодательством Российской Федерации об аккредитации в национальной системе аккредитации, и экспертами, аттестованными в установленном Правительством Российской Федерации порядке, в целях:
(в ред. Федерального закона от 23.06.2014 N 160-ФЗ)

1) установления и предотвращения вредного воздействия факторов среды обитания на человека;

2) установления причин и условий возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и оценки последствий возникновения и распространения таких заболеваний (отравлений);

3) установления соответствия (несоответствия) требованиям настоящего Федерального закона документов, зданий, сооружений, помещений, оборудования, транспортных средств и других объектов, используемых юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями для осуществления своей деятельности, и результатов указанной деятельности.
(п. 1 в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

2. На основании результатов санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний и иных видов оценок соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований главными государственными санитарными врачами и (или) их заместителями даются санитарно-эпидемиологические заключения, предусмотренные международными договорами Российской Федерации, международными правовыми актами, настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами.
(в ред. Федеральных законов от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 29.07.2017 N 221-ФЗ)

3. Порядок проведения санитарно-эпидемиологических экспертиз, расследований, обследований, исследований, испытаний, токсикологических, гигиенических и иных видов оценок соблюдения санитарно-эпидемиологических и гигиенических требований, а также выдачи по их результатам санитарно-эпидемиологических заключений устанавливается федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
(п. 3 в ред. Федерального закона от 29.07.2017 N 221-ФЗ)

4. Юридические лица, индивидуальные предприниматели, аккредитованные в соответствии с законодательством Российской Федерации об аккредитации в национальной системе аккредитации, и эксперты, аттестованные в установленном Правительством Российской Федерации порядке, которые проводят санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок, несут ответственность за их качество и объективность в соответствии с законодательством Российской Федерации.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 23.06.2014 N 160-ФЗ)

Статья 43. Государственная регистрация веществ и продукции

1. Государственной регистрации подлежат:

впервые внедряемые в производство и ранее не использовавшиеся химические, биологические вещества и изготовляемые на их основе препараты (далее - вещества), потенциально опасные для человека;

отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека;

отдельные виды продукции, в том числе пищевые продукты, впервые ввозимые на территорию Российской Федерации.

2. Государственная регистрация указанных в пункте 1 настоящей статьи веществ и отдельных видов продукции проводится на основании:

оценки опасности веществ и отдельных видов продукции для человека и среды обитания;

установления гигиенических и иных нормативов содержания веществ, отдельных компонентов продукции в среде обитания;

разработки защитных мер, в том числе условий утилизации и уничтожения веществ и отдельных видов продукции, по предотвращению их вредного воздействия на человека и среду обитания.

3. Оценка опасности веществ и отдельных видов продукции для человека и среды обитания, установление гигиенических и иных нормативов содержания веществ и отдельных компонентов продукции в среде обитания, разработка защитных мер осуществляются юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, аккредитованными в соответствии с законодательством Российской Федерации об аккредитации в национальной системе аккредитации.
(в ред. Федерального закона от 23.06.2014 N 160-ФЗ)

4. Перечень веществ и отдельных видов продукции, указанных в пункте 1 настоящей статьи, и порядок их государственной регистрации, осуществляемой уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, устанавливаются Правительством Российской Федерации, если иное не установлено международными договорами Российской Федерации.
(п. 4 в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

Статья 44. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

1. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор включает в себя:

1) организацию и проведение проверок выполнения органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также юридическими лицами, их руководителями и иными должностными лицами, индивидуальными предпринимателями, их уполномоченными представителями (далее - юридические лица, индивидуальные предприниматели) и гражданами требований санитарного законодательства, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предписаний должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

2) организацию и проведение проверок соответствия продукции, реализуемой юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, требованиям технических регламентов, государственный надзор за соблюдением которых возложен на федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор;

2.1) проведение контрольных закупок в порядке, установленном Федеральным законом от 26 декабря 2008 года N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля". Контрольная закупка продукции может быть проведена органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, незамедлительно с одновременным извещением органа прокуратуры;
(пп. 2.1 введен Федеральным законом от 18.04.2018 N 81-ФЗ)

3) организацию и проведение в порядке, установленном в соответствии с международными договорами Российской Федерации и законодательством Российской Федерации о Государственной границе Российской Федерации, санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации;

4) применение в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, мер по пресечению выявленных нарушений требований санитарного законодательства, технических регламентов и (или) устранению последствий таких нарушений, выдачу предписаний об устранении

выявленных нарушений требований санитарного законодательства, технических регламентов и привлечение к ответственности лиц, совершивших такие нарушения;

5) выдачу предписаний о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

6) систематическое наблюдение за исполнением требований санитарного законодательства, анализ и прогнозирование состояния исполнения требований санитарного законодательства, технических регламентов при осуществлении органами государственной власти, органами местного самоуправления, юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями и гражданами своей деятельности;

7) федеральное статистическое наблюдение в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим нормативно-правовое регулирование в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в том числе наблюдение за состоянием заболеваемости инфекционными и массовыми неинфекционными заболеваниями (отравлениями) в связи с вредным воздействием факторов среды обитания на человека, включая сбор данных о случаях заболеваний (отравлений) в связи с использованием продукции, не соответствующей санитарно-эпидемиологическим требованиям, а также формирование открытых и общедоступных государственных информационных ресурсов в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

8) проведение ежегодных анализа и оценки эффективности федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

9) подготовку на основании результатов деятельности, предусмотренной подпунктами 1 - 8 настоящего пункта, ежегодных государственных докладов о состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения в Российской Федерации в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.

2. Если при строительстве, реконструкции, капитальном ремонте объектов капитального строительства предусмотрено осуществление государственного строительного надзора, государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляется в рамках государственного строительного надзора уполномоченными на осуществление государственного строительного надзора федеральным органом исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в соответствии с законодательством Российской Федерации о градостроительной деятельности.

Статья 45. Социально-гигиенический мониторинг

1. Для оценки, выявления изменений и прогноза состояния здоровья населения и среды обитания, установления и устранения вредного воздействия на человека факторов среды обитания осуществляется социально-гигиенический мониторинг.

2. Социально-гигиенический мониторинг проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в порядке, установленном Правительством Российской Федерации.
(п. 2 в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

3. Утратил силу. - Федеральный закон от 22.08.2004 N 122-ФЗ.

Глава VI. ОРГАНИЗАЦИЯ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 46. Организация федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)
(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

1. Федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор осуществляют органы и учреждения, представляющие собой единую государственную централизованную систему.
(в ред. Федеральных законов от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 13.07.2015 N 233-ФЗ)

2. Система федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора включает в себя:
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
(в ред. Федеральных законов от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 23.07.2013 N 246-ФЗ)

уполномоченный федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в организациях отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и на отдельных территориях Российской Федерации по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации;
(абзац введен Федеральным законом от 18.07.2011 N 242-ФЗ, в ред. Федерального закона от 25.06.2012 N 93-ФЗ)

территориальные органы указанных федеральных органов исполнительной власти, созданные в установленном законодательством Российской Федерации порядке для осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации, муниципальных образованиях, на транспорте, а также в организациях отдельных отраслей промышленности с особо опасными условиями труда и на отдельных территориях Российской Федерации по перечню, утверждаемому Правительством Российской Федерации;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

структурные подразделения федеральных органов исполнительной власти по вопросам обороны, внутренних дел, безопасности, юстиции, деятельности войск национальной гвардии Российской Федерации, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор соответственно в Вооруженных Силах Российской Федерации, других войсках, воинских формированиях, на объектах обороны и оборонного производства, безопасности и иного специального назначения (далее - объекты обороны и иного специального назначения);
(в ред. Федеральных законов от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 03.07.2016 N 227-ФЗ, от 03.07.2016 N 305-ФЗ)

федеральные государственные учреждения и федеральные государственные унитарные предприятия, подведомственные федеральным органам исполнительной власти, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и осуществляющие свою деятельность в целях обеспечения указанного надзора;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный на осуществление санитарно-карантинного контроля за ввозом на территорию Российской Федерации опасных грузов и товаров в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, расположенных на территории свободного порта Владивосток;
(абзац введен Федеральным законом от 13.07.2015 N 213-ФЗ)

органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, осуществляющие переданные полномочия федеральных органов исполнительной власти по осуществлению федерального

государственного санитарно-эпидемиологического надзора в случае передачи указанных полномочий в соответствии со статьей 5.1 настоящего Федерального закона;
(абзац введен Федеральным законом от 13.07.2015 N 233-ФЗ)

> КонсультантПлюс: примечание.
> С 1 января 2022 года Федеральным законом от 23.04.2018 N 101-ФЗ абзац девятый пункта 2 статьи 46 признается утратившим силу.

федеральный орган исполнительной власти, уполномоченный на осуществление санитарно-карантинного контроля за ввозом на территорию Российской Федерации опасных грузов и товаров в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, определенных Правительством Российской Федерации из числа специализированных пунктов пропуска.
(абзац введен Федеральным законом от 23.04.2018 N 101-ФЗ)

3. Организацию федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляет руководитель федерального органа исполнительной власти, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, - Главный государственный санитарный врач Российской Федерации, а также руководители его территориальных органов - главные государственные санитарные врачи по соответствующим территориям и на транспорте, главные государственные санитарные врачи федеральных органов исполнительной власти, указанных в абзаце четвертом пункта 2 настоящей статьи.
(в ред. Федеральных законов от 28.12.2010 N 394-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ, от 13.07.2015 N 233-ФЗ)

В случае передачи полномочий федеральных органов исполнительной власти по осуществлению федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора в соответствии со статьей 5.1 настоящего Федерального закона органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации организацию федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляют должностные лица органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.
(абзац введен Федеральным законом от 13.07.2015 N 233-ФЗ)

4. Главные государственные санитарные врачи федеральных органов исполнительной власти, указанных в абзаце четвертом пункта 2 настоящей статьи, по своим функциональным обязанностям являются заместителями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации по вопросам, входящим в их компетенцию.

5. Структура, полномочия, функции федеральных органов исполнительной власти, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и порядок осуществления указанного надзора устанавливаются Правительством Российской Федерации.
(п. 5 в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

6. Структура, полномочия, функции и порядок деятельности федеральных государственных учреждений, федеральных государственных унитарных предприятий, созданных в установленном законодательством Российской Федерации порядке, в целях обеспечения федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора устанавливаются уполномоченными федеральными органами исполнительной власти, в ведении которых находятся указанные учреждения и предприятия.
(п. 6 в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

7. К отношениям, связанным с осуществлением федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, организацией и проведением проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, применяются положения Федерального закона от 26 декабря 2008 года N 294-ФЗ "О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и муниципального контроля".
(п. 7 введен Федеральным законом от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 47. Финансовое обеспечение органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)
(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

Финансовое обеспечение органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, является расходным обязательством Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 47.1. Финансовое обеспечение федеральных государственных учреждений, обеспечивающих деятельность органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)
(введена Федеральным законом от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

Финансовое обеспечение федеральных государственных учреждений, обеспечивающих деятельность органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, является расходным обязательством Российской Федерации и осуществляется за счет федерального бюджета, а также за счет:
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

средств, поступающих за выполнение работ и оказание услуг по договорам с гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами;

средств, получаемых от граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц в порядке возмещения дополнительно понесенных расходов на проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

средств, получаемых от издательской деятельности;

добровольных взносов и пожертвований граждан и юридических лиц;

других не запрещенных законодательством Российской Федерации источников.

Статья 48. Право органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и учреждений, обеспечивающих их деятельность, на пользование имуществом и земельными участками

(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

1. Помещения, здания, сооружения, оборудование, транспортные средства и другое имущество, используемые органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и учреждениями, обеспечивающими их деятельность, для выполнения возложенных на них задач, находятся в федеральной собственности и передаются указанным органам и учреждениям в пользование на праве хозяйственного ведения или оперативного управления в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

2. Земельные участки, на которых размещаются здания и сооружения органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и учреждений, обеспечивающих их деятельность, предоставляются им в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 26.06.2007 N 118-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 49. Должностные лица, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

1. Должностными лицами, уполномоченными в соответствии с настоящим Федеральным законом осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор (далее - должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор), являются главные государственные санитарные врачи и их заместители, руководители структурных подразделений и их заместители, специалисты органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Перечень специалистов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, устанавливается положением, утвержденным Правительством Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)
(п. 1 в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

2. Воздействие на должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в какой-либо форме с целью повлиять на принимаемые ими решения или воспрепятствование в какой-либо форме их деятельности не допускается и влечет за собой установленную законодательством Российской Федерации ответственность.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

3. Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, находятся под особой защитой государства в соответствии с законодательством Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

4. Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, имеют право на ношение форменной одежды установленного образца.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

5. Право на замещение должностей главных государственных санитарных врачей и их заместителей имеют граждане Российской Федерации, получившие высшее медицинское образование и имеющие сертификаты по специальности "медико-профилактическое дело".

Статья 50. Права должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

1. Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при исполнении своих служебных обязанностей и по предъявлении служебного удостоверения в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, имеют право:
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

получать от федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц на основании письменных мотивированных запросов документированную информацию по вопросам обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

проводить санитарно-эпидемиологические экспертизы, расследования, обследования, исследования, испытания и иные виды оценок;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

беспрепятственно посещать и обследовать территории, здания, строения, сооружения, помещения, оборудование и другие объекты в целях проверки соблюдения индивидуальными предпринимателями, лицами, осуществляющими управленческие функции в коммерческих или иных организациях, и должностными лицами санитарного законодательства и выполнения на указанных объектах санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

посещать с согласия граждан их жилые помещения в целях обследования их жилищных условий;

проводить отбор для исследований проб и образцов продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;

проводить досмотр транспортных средств и перевозимых ими грузов, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов, в целях установления соответствия транспортных средств и перевозимых ими грузов санитарным правилам;

проводить отбор для исследований проб воздуха, воды и почвы;

проводить измерения факторов среды обитания в целях установления соответствия таких факторов санитарным правилам;

составлять протокол о нарушении санитарного законодательства.

2. При выявлении нарушения санитарного законодательства, а также при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, имеют право давать гражданам и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения ими в установленные сроки:
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

об устранении выявленных нарушений санитарно-эпидемиологических требований;
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

о прекращении реализации не соответствующей санитарно-эпидемиологическим требованиям продукции, в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов;
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

о проведении лабораторного обследования граждан, контактировавших с больными инфекционными заболеваниями, и медицинского наблюдения за такими гражданами;

о выполнении работ по дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очагах инфекционных заболеваний, а также на территориях и в помещениях, где имеются и сохраняются условия для возникновения или распространения инфекционных заболеваний.

Статья 51. Полномочия главных государственных санитарных врачей и их заместителей

1. Главные государственные санитарные врачи и их заместители наряду с правами, предусмотренными статьей 50 настоящего Федерального закона, наделяются следующими полномочиями:

1) рассматривать материалы и дела о нарушениях санитарного законодательства;

2) предъявлять иски в суд и арбитражный суд в случае нарушения санитарного законодательства;

3) давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам санитарно-эпидемиологические заключения, предусмотренные статьей 42 настоящего Федерального закона;

4) давать гражданам, индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам предписания, обязательные для исполнения в установленные предписаниями сроки, о:

вызове в органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, граждан, индивидуальных предпринимателей, должностных лиц для рассмотрения материалов и дел о нарушениях санитарного законодательства;
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

проведении в соответствии с осуществляемой ими деятельностью санитарно-эпидемиологических экспертиз, обследований, исследований, испытаний и токсикологических, гигиенических и иных видов оценок, предусмотренных статьей 42 настоящего Федерального закона;

5) при выявлении нарушения санитарного законодательства, которое создает угрозу возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), принимать в установленном законом порядке меры по приостановлению:
(в ред. Федерального закона от 09.05.2005 N 45-ФЗ)

проектирования, строительства, реконструкции, технического перевооружения объектов и ввода их в эксплуатацию;

эксплуатации объектов, производственных цехов и участков, помещений, зданий, сооружений, оборудования, транспортных средств, выполнения отдельных видов работ и оказания услуг;

разработки, производства, реализации и применения (использования) продукции;

производства, хранения, транспортировки и реализации продовольственного сырья, пищевых добавок, пищевых продуктов, питьевой воды и контактирующих с ними материалов и изделий;

использования водных объектов в целях питьевого и хозяйственно-бытового водоснабжения, а также в лечебных, оздоровительных и рекреационных целях;
(в ред. Федерального закона от 14.07.2008 N 118-ФЗ)

ввоза на территорию Российской Федерации продукции, не соответствующей санитарно-эпидемиологическим требованиям, или не зарегистрированных в установленном законодательством Российской Федерации порядке потенциально опасных для человека химических, биологических, радиоактивных веществ, отдельных видов продукции, отходов, товаров, грузов;
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

6) при угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, выносить мотивированные постановления о:

госпитализации для обследования или об изоляции больных инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, и лиц с подозрением на такие заболевания;

проведении обязательного медицинского осмотра, госпитализации или об изоляции граждан, находившихся в контакте с больными инфекционными заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

временном отстранении от работы лиц, которые являются носителями возбудителей инфекционных заболеваний и могут являться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями выполняемых ими работ или производства;

проведении профилактических прививок гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям;

введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) в организациях и на объектах;

7) за нарушение санитарного законодательства выносить мотивированные постановления о:

наложении административных взысканий в виде предупреждений или штрафов;

направлении в правоохранительные органы материалов о нарушении санитарного законодательства для решения вопросов о возбуждении уголовных дел;

8) вносить предложения:

в федеральные органы исполнительной власти, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления о реализации мер по улучшению санитарно-эпидемиологической обстановки и выполнению требований санитарного законодательства, а также предложения, касающиеся развития территорий, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, охраны и укрепления здоровья населения, охраны окружающей среды;
(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления о введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина);

в органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органы местного самоуправления о приведении в соответствие с санитарным законодательством принятых ими нормативных правовых актов в части, касающейся вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

в организации о приведении в соответствие с санитарным законодательством принятых ими решений, приказов, распоряжений и инструкций в части, касающейся вопросов обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

абзац утратил силу. - Федеральный закон от 09.05.2005 N 45-ФЗ;

в органы по сертификации о приостановлении или прекращении действия выданных ими сертификатов соответствия на продукцию, не соответствующую санитарно-эпидемиологическим требованиям;
(в ред. Федерального закона от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

абзац исключен. - Федеральный закон от 10.01.2003 N 15-ФЗ;

работодателям о применении дисциплинарных взысканий к работникам, допустившим нарушение санитарных правил;

индивидуальным предпринимателям и юридическим лицам о возмещении вреда, причиненного гражданину вследствие допущенного ими нарушения санитарного законодательства, а также о возмещении дополнительно понесенных расходов федеральными государственными учреждениями, обеспечивающими деятельность органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, на проведение мероприятий по ликвидации инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений), связанных с указанным нарушением санитарного законодательства.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

2. Главный государственный санитарный врач Российской Федерации наряду с правами и полномочиями, предусмотренными статьей 50 настоящего Федерального закона и пунктом 1 настоящей статьи, наделяется дополнительными полномочиями:

выдавать санитарно-эпидемиологические заключения о соответствии утверждаемых федеральными органами исполнительной власти проектов правил охраны труда, правил охраны окружающей среды, проектов федеральных государственных образовательных стандартов и федеральных государственных требований, проектов других нормативных актов и федеральных целевых программ, содержащих мероприятия по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - документы), санитарным правилам;
(в ред. Федеральных законов от 01.12.2007 N 309-ФЗ, от 30.12.2008 N 309-ФЗ, от 19.07.2011 N 248-ФЗ)

принимать постановления, издавать распоряжения и указания, утверждать методические, инструктивные и другие документы по вопросам организации федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, включая методики расчета и оценки риска для здоровья человека;
(в ред. Федеральных законов от 23.07.2013 N 246-ФЗ, от 01.07.2017 N 141-ФЗ)

вносить в федеральные органы исполнительной власти предложения о приведении в соответствие с санитарным законодательством утвержденных указанными органами документов, предусмотренных абзацем вторым настоящего пункта;

вносить в Правительство Российской Федерации предложения о введении (отмене) ограничительных мероприятий (карантина) на территории Российской Федерации.

3. Главные государственные санитарные врачи, указанные в пункте 4 статьи 46 настоящего Федерального закона, наряду с правами и полномочиями, предусмотренными статьей 50 настоящего Федерального закона и подпунктами 1 - 7 пункта 1 настоящей статьи, наделяются дополнительными полномочиями:

вносить в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, предложения о разработке, об утверждении санитарных правил по вопросам, отнесенным к компетенции указанных должностных лиц, о внесении в них изменений и признании утратившими силу таких санитарных правил;
(в ред. Федеральных законов от 25.06.2012 N 93-ФЗ, от 23.07.2013 N 246-ФЗ)

утверждать инструкции и иные документы, регламентирующие порядок осуществления федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора на объектах обороны и иного специального назначения.
(в ред. Федеральных законов от 22.08.2004 N 122-ФЗ, от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 52. Обязанности должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обязаны:
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

своевременно и в полной мере исполнять предусмотренные статьями 50, 51 настоящего Федерального закона полномочия на предупреждение, обнаружение и пресечение нарушения санитарного законодательства, обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

устанавливать причины и выявлять условия возникновения и распространения инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений);

рассматривать обращения граждан и юридических лиц по вопросам санитарно-эпидемиологического благополучия населения и принимать соответствующие меры;

информировать органы государственной власти Российской Федерации, органы государственной власти субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления и население о санитарно-эпидемиологической обстановке и о принимаемых мерах по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения;
(в ред. Федерального закона от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

осуществлять свою деятельность по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения во взаимодействии с федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и общественными объединениями;

соблюдать государственную, врачебную и иную охраняемую законом тайну в отношении информации, ставшей им известной при выполнении своих служебных обязанностей;

оказывать содействие общественным объединениям в вопросах обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения и исполнения санитарного законодательства;

соблюдать законодательство Российской Федерации, права и законные интересы граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей при проведении в отношении их проверок и мероприятий по контролю.
(абзац введен Федеральным законом от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 53. Ответственность должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, за ненадлежащее исполнение своих служебных обязанностей, а также за сокрытие фактов и обстоятельств, создающих угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения, несут ответственность в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

Статья 54. Обжалование действий (бездействия) должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

1. Действия (бездействие) должностных лиц, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, могут быть обжалованы в вышестоящий орган государственного санитарно-эпидемиологического надзора, главному государственному санитарному врачу или в суд.
(в ред. Федерального закона от 18.07.2011 N 242-ФЗ)

2. Жалоба рассматривается в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

3. Подача жалобы не приостанавливает обжалуемых действий, если исполнение обжалуемых действий не приостанавливается решением суда.

Глава VII. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ

САНИТАРНОГО ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА

Статья 55. Ответственность за нарушение санитарного законодательства

(в ред. Федерального закона от 30.12.2001 N 196-ФЗ)

За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 56. Утратила силу. - Федеральный закон от 30.12.2001 N 196-ФЗ.

Статья 57. Гражданско-правовая ответственность за причинение вреда вследствие нарушения санитарного законодательства

Вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица вследствие нарушения санитарного законодательства, подлежит возмещению гражданином или юридическим лицом, причинившими вред, в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Глава VIII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 58. Вступление в силу настоящего Федерального закона

Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования.

Статья 59. О признании утратившими силу отдельных нормативных правовых актов в связи с принятием настоящего Федерального закона

В связи с принятием настоящего Федерального закона признать утратившими силу:

Закон РСФСР "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, N 20, ст. 641);

статью 2 Закона Российской Федерации "О внесении изменений и дополнений в Закон РСФСР "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", Закон Российской Федерации "О защите прав потребителей", Закон Российской Федерации "Об охране окружающей среды" (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, N 29, ст. 1111);

статью 2 Федерального закона "О внесении изменений и дополнений в законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Законов Российской Федерации "О стандартизации", "Об обеспечении единства измерений", "О сертификации продукции и услуг" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1995, N 26, ст. 2397);

статью 14 Федерального закона "О внесении изменений и дополнений в законодательные акты Российской Федерации в связи с реформированием уголовно-исполнительной системы" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 30, ст. 3613);

Постановление Верховного Совета РСФСР от 19 апреля 1991 г. N 1035-1 "О порядке введения в действие Закона РСФСР "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Ведомости Съезда народных депутатов РСФСР и Верховного Совета РСФСР, 1991, N 20, ст. 642).

Статья 60. О приведении нормативных правовых актов в соответствие с настоящим Федеральным законом

Предложить Президенту Российской Федерации и поручить Правительству Российской Федерации привести свои нормативные правовые акты в соответствие с настоящим Федеральным законом.

Президент
Российской Федерации
Б.ЕЛЬЦИН

Москва, Кремль

30 марта 1999 года

N 52-ФЗ

Зарегистрировано в Минюсте России 19 марта 2020 г. N 57786

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ
от 19 марта 2020 г. N 198н

О ВРЕМЕННОМ ПОРЯДКЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И СНИЖЕНИЮ РИСКОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2019, N 52, ст. 7836) и пунктом 5.2.208 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19.06.2012 N 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3526) и в целях борьбы с угрозой распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 приказываю:

1. Создать:

Федеральный дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии для взрослых по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (далее - ФДРКЦ для взрослых) на базе федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет);

Федеральный дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии для детей по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (далее - ФДРКЦ для детей) на базе обособленного структурного подразделения - Российская детская клиническая больница федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации;

Федеральный дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии для беременных по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (далее - ФДРКЦ для беременных) на базе федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации;

резервный Федеральный дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний на базе федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации.

2. Определить единый номер колл-центра федеральных дистанционных реанимационных консультативных центров, указанных в пункте 1 настоящего приказа, - 8-800-200-46-46.

3. Федеральному государственному бюджетному учреждению "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации:

обеспечить проведение дистанционных семинаров для медицинских работников по особенностям клинического течения, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции COVID-19;

обеспечить круглосуточную консультативную помощь органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья в случае выявления лиц с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19;

создать выездные мультидисциплинарные бригады в целях осуществления организационно-методической поддержки субъектов Российской Федерации по организации оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

4. Федеральному государственному бюджетному учреждению "Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью" Министерства здравоохранения Российской Федерации осуществлять оперативный мониторинг заболеваемости внебольничными пневмониями и подозрениями на новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

5. Рекомендовать руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

а) создать и организовать функционирование:

дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии для взрослых по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (далее - ДРКЦ для взрослых) на базе дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии, осуществляющих деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 N 919н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю "анестезиология и реаниматология" (зарегистрирован Минюстом России 29.12.2012, регистрационный N 26512) с изменениями, внесенными приказом Минздрава России от 14.09.2018 N 625н (зарегистрирован Минюстом России 31.10.2018, регистрационный N 52591);

дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии для детей по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (далее - ДРКЦ для детей) на базе центров анестезиологии и реанимации для детей, осуществляющих деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 12.11.2012 N 909н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям по профилю "анестезиология и реаниматология" (зарегистрирован Минюстом России 29.12.2012, регистрационный N 26514), с изменением, внесенным приказом Минздрава России от 09.07.2013 N 434н (зарегистрирован Минюстом России 02.08.2013, регистрационный N 29236);

дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии для беременных по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (далее - ДРКЦ для беременных) на базе акушерских дистанционных консультативных центров с выездными анестезиолого-реанимационными акушерскими бригадами для оказания экстренной и неотложной медицинской помощи перинатального центра и родильного дома, осуществляющих

деятельность в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 N 572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)" (зарегистрирован Минюстом России 02.04.2013, регистрационный N 27960) с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 17.01.2014 N 25н (зарегистрирован Минюстом России 19.03.2014, регистрационный N 31644), от 11.06.2015 N 333н (зарегистрирован Минюстом России 10.07.2015, регистрационный N 37983), от 12.01.2016 N 5н (зарегистрирован Минюстом России 10.02.2016, регистрационный N 41053);

б) организовать взаимодействие ДРКЦ для взрослых с ФДРКЦ и Федеральным государственным бюджетным учреждением "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации;

обеспечить организацию проведения лабораторных исследований в целях установления возбудителя внебольничных пневмоний, а в случае невозможности установления возбудителя - обеспечить оперативное информирование Департамента организации экстренной медицинской помощи и управления рисками здоровью Минздрава России.

6. Утвердить:

порядок взаимодействия федеральных дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний с дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии в субъектах Российской Федерации по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний согласно приложению N 1;

временный порядок организации оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 согласно приложению N 2;

временный порядок организации работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 согласно приложению N 3;

алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, в том числе на дому, пациентам с острыми респираторными вирусными инфекциями согласно приложению N 4;

основные принципы организации медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в медицинских организациях и их структурных подразделениях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях согласно приложению N 5;

алгоритм действий медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях согласно приложению N 6;

протокол мероприятий, проводимых медицинскими работниками, по недопущению внутрибольничного распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 в медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях согласно приложению N 7.

7. Настоящий приказ действует до 1 января 2021 года.

Министр
М.А.МУРАШКО

Приложение N 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2020 г. N 198н

ПОРЯДОК ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ФЕДЕРАЛЬНЫХ ДИСТАНЦИОННЫХ КОНСУЛЬТАТИВНЫХ ЦЕНТРОВ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И ПНЕВМОНИЙ С ДИСТАНЦИОННЫМИ КОНСУЛЬТАТИВНЫМИ ЦЕНТРАМИ АНЕСТЕЗИОЛОГИИ-РЕАНИМАТОЛОГИИ В СУБЪЕКТАХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО ВОПРОСАМ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 И ПНЕВМОНИЙ

1. Настоящий Порядок определяет правила взаимодействия Федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для взрослых по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний, Федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для детей по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний, Федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для беременных по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний, резервного Федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (далее - ФДРКЦ) с дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний в субъектах Российской Федерации (далее - региональные центры) и при оказании медицинской помощи, включая проведение консультаций, с применением телемедицинских технологий (далее - ТМК) при новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2. Порядок разработан с целью оперативного получения работниками региональных центров консультаций по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и (или) внебольничной пневмонией (далее - пациенты).

3. Основные функции ФДРКЦ:

оказание дистанционных консультаций с применением телемедицинских технологий в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий <1> для передачи данных и информации о пациентах для оптимизации их диагностики и лечения, маршрутизации по запросам региональных центров;

<1> Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 N 965н "Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 января 2018 г., регистрационный N 49577).

определение лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности, контактных данных), ответственных за организацию проведения ТМК, включая подготовку протокола консультации с применением телемедицинских технологий (рекомендуемый образец приведен в приложении к настоящему Порядку);

техническое сопровождение ТМК;

организация дежурств врачей-специалистов (врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-инфекциониста, врача-акушера-гинеколога, врача-пульмонолога) ежедневно, в круглосуточном режиме;

организация получения информации для осуществления ТМК (результатов лабораторных и инструментальных методов исследования (ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография) и параметров, отражающих состояние жизненно важных функций организма человека, в том числе данных пульсоксиметрии, аппаратов искусственной вентиляции легких, с указанием даты проведения обследований.

4. Основные функции регионального центра:

обеспечение проведения ежедневно, в круглосуточном режиме ТМК с врачами-специалистами ФДРКЦ, передачи данных и информации о пациентах, поступивших из медицинских организаций субъекта Российской Федерации, с целью получения рекомендаций по оптимизации диагностики и лечения, маршрутизации указанных пациентов;

определение лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности, контактных данных), ответственных за организацию проведения ТМК, включая работу по передаче данных и информации о пациентах, техническое сопровождение ТМК;

организация передачи информации для осуществления ТМК (результатов лабораторных и инструментальных исследований (ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография) и параметров, отражающих состояние жизненно важных функций организма человека, в том числе данных пульсоксиметрии, аппаратов искусственной вентиляции легких;

организация дистанционного динамического наблюдения за пациентами, с учетом рекомендаций врача-специалиста ФДРКЦ;

организация мониторинга наличия в медицинских организациях субъектов Российской Федерации пациентов и их динамического наблюдения; при прогрессировании заболевания - незамедлительная организация ТМК врача-специалиста ФДРКЦ.

5. Для проведения ТМК пациентов региональные центры предоставляют в ФДКЦ следующие сведения:

наименование и адрес медицинской организации субъекта Российской Федерации, направившей

данные пациента для консультации в региональный центр;

запрос на консультацию в ФДРКЦ;

фамилия, имя, отчество (при наличии), должность врача-специалиста регионального центра, направившего запрос на консультацию в ФДРКЦ;

фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол пациента;

страховой номер индивидуального лицевого счета (далее - СНИЛС);

номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии);

цель консультации;

анамнез жизни;

анамнез заболевания пациента;

эпидемиологический анамнез;

перенесенные и хронические заболевания;

объективные данные о состоянии пациента;

диагноз основной;

диагноз сопутствующий, осложнения;

результаты лабораторных исследований пациента с указанием даты проведения исследований;

результаты инструментальных исследований пациента с указанием даты проведения исследований;

параметры, отражающие состояние жизненно важных функций организма человека, в том числе данных пульсоксиметрии, аппаратов искусственной вентиляции легких, с указанием даты проведения обследований;

данные консультаций пациента врачами-специалистами медицинской организации субъекта Российской Федерации;

проводимое лечение.

6. ФДРКЦ информирует региональные центры о необходимости руководствоваться в работе информационными материалами по новой коронавирусной инфекции COVID-19, размещенными на официальном сайте Минздрава России в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" https://www.rosminzdrav.ru/ministry/covid19#r3, официальном сайте Роспотребнадзора в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" https://rospotrebnadzor.ru/region/korono_virus/punkt.php.

Приложение

к Порядку взаимодействия федеральных
дистанционных консультативных центров
анестезиологии-реаниматологии
по вопросам диагностики и лечения
новой коронавирусной инфекции COVID-19
и пневмоний с дистанционными
консультативными центрами
анестезиологии-реаниматологии
в субъектах Российской Федерации
по вопросам диагностики и лечения
новой коронавирусной инфекции
COVID-19 и пневмоний

Рекомендуемый образец

Протокол

консультации с применением телемедицинских технологий

1.	Номер запроса о проведении телемедицинской консультации	
2.	Цель телемедицинской консультации	
3.	Наименование регионального центра	
4.	фамилия, имя, отчество (при наличии), должность врача-специалиста регионального центра, направившего запрос на телемедицинскую консультацию в ФДРКЦ	
5.	фамилия, имя, отчество (при наличии) пациента	
6.	Дата рождения пациента	
7.	Пол пациента	
8.	СНИЛС	
9.	Номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии)	

10.	Анамнез жизни пациента	
11.	Анамнез заболевания пациента	
12.	Эпидемиологический анамнез	
13.	Перенесенные и хронические заболевания	
14.	Объективные данные о состоянии пациента	
15.	Диагноз основной	
16.	Диагноз сопутствующий, осложнения	
17.	Результаты лабораторных исследований пациента с указанием даты проведения исследований	
18.	Результаты инструментальных исследований пациента с указанием даты проведения исследований	
19.	Параметры, отражающие состояние жизненно важных функций организма человека, в том числе данные пульсоксиметрии, аппаратов искусственной вентиляции легких, с указанием даты проведения обследований	
20.	Данные консультаций пациента врачами-специалистами медицинской организации субъекта Российской Федерации	
21.	Проводимое лечение	
22.	Заключение по результатам телемедицинской консультации	
23.	Рекомендации по лекарственной терапии	
24.	Рекомендации по респираторной поддержке	
25.	Другие рекомендации	

26.	Результаты динамического наблюдения за пациентом	
27.	Информация о выполнении в регионе рекомендаций ФДРКЦ (при повторной ТМК)	

(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность врача-специалиста ФДРКЦ) (дата) (подпись)

Приложение N 2
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2020 г. N 198н

ВРЕМЕННЫЙ ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ СКОРОЙ, В ТОМ ЧИСЛЕ СКОРОЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ, МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И СНИЖЕНИЮ РИСКОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

1. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и руководителям медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих скорую, в том числе скорую специализированную, медицинскую помощь (далее - медицинские организации, оказывающие скорую помощь):

1.1. Обеспечить готовность медицинских организаций, оказывающих скорую помощь, к оперативному оказанию медицинской помощи пациентам с симптомами ОРВИ, отбору биологического материала пациентов для лабораторного исследования на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19.

1.2. Утвердить схемы маршрутизации пациентов с ОРВИ и внебольничной пневмонией в медицинские организации, специально созданные для данного контингента пациентов, с назначением ответственных лиц, исключив возможность госпитализации указанных пациентов в терапевтические, пульмонологические отделения и отделения анестезиологии и реанимации иных медицинских организаций.

1.3. Установить перечень общепрофильных выездных бригад скорой медицинской помощи, направляемых на вызов к пациентам с ОРВИ и внебольничной пневмонией (далее - специализированные выездные бригады скорой медицинской помощи), отбору биологического материала для лабораторных исследований на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19.

1.4. Организовать работу медицинских организаций, оказывающих скорую помощь с приоритетом оказания ее пациентам с симптомами ОРВИ, в том числе лицам из групп риска (лица в возрасте старше 60 лет, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, беременные женщины).

1.5. Организовать мониторинг вызовов скорой медицинской помощи к пациентам, указанным в пункте 1.4 настоящего Временного порядка.

1.6. Обеспечить медицинские организации, оказывающие скорую помощь, средствами индивидуальной защиты (шапочка, противочумный (хирургический) халат, респиратор типа NIOSH-certified N 95, EU FFP2 или аналогичные).

1.7. Организовать незамедлительное проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрения на заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

2. Руководителям медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, обеспечить:

2.1. Наличие запаса необходимых расходных материалов для отбора проб для проведения лабораторных исследований на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19, дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты.

2.2. Информирование медицинских работников по вопросам профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2.3. Прием вызовов скорой медицинской помощи медицинскими работниками станции (отделения) скорой медицинской помощи по приему вызова скорой медицинской помощи осуществляется в соответствии с памяткой согласно приложению N 1 к настоящему Временному порядку.

2.4. Выполнение Инструкции по соблюдению мер инфекционной безопасности для специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи согласно приложению N 2 к настоящему Временному порядку.

2.5. Передачу биологического материала пациентов (мазки из носо- и ротоглотки) при подозрении на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в лаборатории медицинских организаций, имеющих эпидемиологическое заключение на работу с III и IV группами патогенности.

2.6. Указание медицинскими работниками в бланке направления на лабораторное исследование диагноза "пневмония" при направлении биологического материала пациентов с внебольничной пневмонией для диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2.7. Системную работу по информированию населения о рисках новой коронавирусной инфекции COVID-19, мерах индивидуальной профилактики, необходимости своевременного обращения за медицинской помощью при появлении первых симптомов ОРВИ.

Приложение N 1
к Временному порядку

организации оказания скорой,
в том числе скорой специализированной,
медицинской помощи в целях реализации
мер по профилактике и снижению
рисков распространения новой
коронавирусной инфекции COVID-19,
включая алгоритм медицинской
эвакуации при оказании скорой,
в том числе скорой специализированной,
медицинской помощи пациентов с острыми
респираторными вирусными инфекциями

ПАМЯТКА
ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ СТАНЦИИ (ОТДЕЛЕНИЯ) СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПО ПРИЕМУ ВЫЗОВА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. При приеме вызова скорой медицинской помощи медицинский работник станции (отделения) скорой медицинской помощи по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их специализированным выездным бригадам скорой медицинской помощи уточняет у вызывающего абонента:

1.1. находился ли данный пациент на территории Китайской Народной Республики, Республики Корея, Итальянской Республики, Исламской Республики Иран, Французской Республики, Федеративной Республики Германия, Королевства Испания, а также других стран (список размещается на официальном сайте Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" https://rospotrebnadzor.ru/region/koronon_virus/epid.php), в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19 в течение последних 14 дней до момента появления жалоб на повышение температуры тела в сочетании с другими симптомами ОРВИ;

1.2. имел ли данный пациент контакты с лицами, находившимися в течение последнего месяца на территории Китайской Народной Республики, Республики Корея, Итальянской Республики, Исламской Республики Иран, Французской Республики, Федеративной Республики Германия, Королевства Испания, а также других стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19 в течение последних 14 дней до момента появления жалоб на повышение температуры тела в сочетании с другими симптомами ОРВИ.

2. В случае положительного ответа на любой из перечисленных вопросов информация о поступлении такого вызова незамедлительно сообщается старшему врачу станции (отделения) скорой медицинской помощи или руководителю (заместителю руководителя) станции (отделения) скорой медицинской помощи для принятия решения о незамедлительном направлении на вызов специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи.

3. В случаях возникновения затруднений при принятии решения о дальнейшем оказании медицинской помощи этому пациенту медицинский работник станции (отделения) скорой медицинской помощи по приему вызовов скорой медицинской помощи незамедлительно сообщает старшему врачу станции (отделения) скорой медицинской помощи о поступлении такого вызова.

Приложение N 2
к Временному порядку
организации оказания скорой,
в том числе скорой специализированной,
медицинской помощи в целях реализации
мер по профилактике и снижению
рисков распространения новой
коронавирусной инфекции COVID-19,
включая алгоритм медицинской
эвакуации при оказании скорой,
в том числе скорой специализированной,
медицинской помощи пациентов с острыми
респираторными вирусными инфекциями

ИНСТРУКЦИЯ ПО СОБЛЮДЕНИЮ МЕР ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ ДЛЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫХ ВЫЕЗДНЫХ БРИГАД СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

1. Медицинские работники специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи, выполняющей вызов к пациенту с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, непосредственно перед выездом надевают средства индивидуальной защиты. Средства индивидуальной защиты меняются после каждого больного.

2. Водитель специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи также обеспечивается средствами индивидуальной защиты.

3. В процессе медицинской эвакуации пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 дезинфекция воздуха в салоне автомобиля скорой медицинской помощи обеспечивается бактерицидными облучателями и (или) другими устройствами для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей.

4. В случае загрязнения салона биологическим материалом от пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 места загрязнения незамедлительно подвергают обеззараживанию.

5. Водитель и медицинские работники специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи обязаны продезинфицировать обувь, средства индивидуальной защиты рук в отведенных местах после передачи пациента в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в стационарных условиях, специально созданную для данного контингента пациентов (далее - специальная медицинская организация).

6. После завершения медицинской эвакуации пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в специальную медицинскую организацию автомобиль скорой медицинской помощи и предметы, использованные при медицинской эвакуации, обеззараживаются силами

дезинфекторов на территории специальной медицинской организации на специально оборудованной площадке со стоком и ямой.

7. При невозможности проведения дезинфекции салона автомобиля скорой медицинской помощи силами дезинфекторов на территории специальной медицинской организации дезинфекция проводится водителем и медицинскими работниками специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи.

8. Дезинфекции в салоне автомобиля скорой медицинской помощи подвергают все поверхности в салоне, в том числе поверхности медицинских изделий.

9. Обработка поверхностей проводится способом протирания ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, или способом орошения путем распыления дезинфицирующего раствора.

10. После экспозиции дезинфицирующий раствор смывают чистой водой, протирают сухой ветошью с последующим проветриванием до исчезновения запаха дезинфектанта.

11. Средства индивидуальной защиты, использовавшиеся при оказании медицинской помощи, уборочную ветошь собирают в пакеты и сбрасывают в специальные контейнеры для отходов класса В на территории специальной медицинской организации.

12. После проведения дезинфекции в салоне автомобиля скорой медицинской помощи при возвращении специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи на станцию (подстанцию, отделение) скорой медицинской помощи проводится обеззараживание воздуха и поверхностей салона автомобиля скорой медицинской помощи бактерицидными облучателями и (или) другими устройствами для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей в течение не менее 20 минут.

13. Водитель и медицинские работники специализированной выездной бригады скорой медицинской помощи после выполнения вызова обязаны пройти санитарную обработку, включающую протирание открытых участков тела кожным антисептиком.

Приложение N 3
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2020 г. N 198н

ВРЕМЕННЫЙ ПОРЯДОК ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ И УСЛОВИЯХ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА, В ЦЕЛЯХ РЕАЛИЗАЦИИ МЕР ПО ПРОФИЛАКТИКЕ И СНИЖЕНИЮ РИСКОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19

1. Руководители органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья и руководители медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара (далее - медицинские организации):

1.1. Обеспечивают готовность медицинских организаций к приему пациентов с симптомами

острых респираторных вирусных инфекций (далее - ОРВИ) и оказанию им медицинской помощи, отбору биологического материала для исследований на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19.

1.2. Принимают меры по выявлению пациентов с симптомами ОРВИ, в том числе из групп риска (лиц в возрасте старше 60 лет, а также лиц, страдающих хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, беременных женщин) и оказанию им медицинской помощи.

1.3. Организуют работу медицинских организаций с приоритетом оказания пациентам с симптомами ОРВИ первичной медико-санитарной помощи на дому, с дополнительным привлечением медицинских работников.

1.4. Обеспечивают прием через приемно-смотровые боксы и фильтр-боксы пациентов с симптомами ОРВИ, а также схемы дальнейшей маршрутизации пациентов в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях.

1.5. Организуют мониторинг обращений пациентов с симптомами ОРВИ (средне-тяжелые и тяжелые формы), внебольничными пневмониями за медицинской помощью, вызовов скорой медицинской помощи, а также учет количества госпитализированных и выбывших из стационара лиц, пациентов с ОРВИ и внебольничными пневмониями.

1.6. Обеспечивают организацию оперативной связи для медицинских работников медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с подозрением, либо подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, с профильными специалистами медицинских организаций второго и третьего уровня, профильными главными внештатными специалистами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

1.7. Обеспечивают медицинских работников, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, пульсоксиметрами.

1.8. Организуют проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрения на новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

1.9. Обеспечивают возможность оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинской организации лицам, прибывшим в Российскую Федерацию с территории стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также проживающим совместно с ними лицам.

1.10. Приостанавливают проведение профилактических медицинских осмотров и диспансеризации.

1.11. Рассматривают возможность переноса сроков оказания медицинской помощи в плановой форме, в том числе, в условиях дневного стационара.

2. Руководители медицинских организаций обеспечивают:

2.1. Наличие запаса расходных материалов для отбора проб для проведения лабораторных исследований, дезинфекционных средств и медицинских изделий, включая средства

индивидуальной защиты (шапочка, противочумный (хирургический) халат, респиратор типа NIOSH-certified N 95, EU FFP2 или аналогичные), пульсоксиметры.

2.2. Информирование медицинских работников по вопросам профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также сбора эпидемиологического анамнеза.

2.3. Госпитализацию пациентов с нетипичным течением ОРВИ и внебольничной пневмонией.

2.4. Проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрения на новую коронавирусную инфекцию COVID-19.

2.5. Обеспечивают прием через приемно-смотровые боксы и (или) фильтр-боксы пациентов с признаками ОРВИ, а также схемы дальнейшей маршрутизации пациентов в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях.

2.6. Соблюдение температурного режима, режима проветривания, текущей дезинфекции в медицинской организации, использование работниками медицинской организации средств индивидуальной защиты.

2.7. Проведение обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях с использованием бактерицидных облучателей и (или) других устройств для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей.

2.8. Контроль концентрации дезинфицирующих средств в рабочих растворах.

2.9. Увеличение кратности дезинфекционных обработок помещений медицинских организаций.

2.10. Передачу биологического материала от пациентов (мазки из носо- и ротоглотки) при подозрении на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в лаборатории медицинских организаций, имеющих эпидемиологическое заключение на работу с III и IV группами патогенности, с оформлением Акта приема-передачи.

2.11. Указание медицинскими работниками в бланке направления на лабораторное исследование диагноза "пневмония" при направлении биологического материала пациентов с внебольничной пневмонией для диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2.12. Системную работу по информированию населения о рисках новой коронавирусной инфекции COVID-19, мерах индивидуальной профилактики, обращая особое внимание на необходимость своевременного обращения за медицинской помощью при появлении первых симптомов респираторных заболеваний.

2.13. Оказание медицинской помощи пациентам с ОРВИ в амбулаторных условиях, преимущественно на дому.

2.14. Актуализацию сведений о лицах в возрасте старше 60 лет, а также лицах, страдающих хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, беременных женщинах, проживающих на территории обслуживания медицинской организации.

2.15. Возможность дистанционной выписки лекарственных препаратов, доставки их на дом.

2.16. Медицинское наблюдение (ежедневная термометрия, опрос гражданина медицинским работником, в том числе по телефону, на предмет наличия симптомов ОРВИ) граждан,

вернувшихся из стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19, на период не менее 14 календарных дней с момента их возвращения, а также проживающих совместно с ними лиц. Передача сводной статистической информации о результатах медицинского наблюдения в территориальное управление Роспотребнадзора.

При появлении подозрения на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19, обеспечить их немедленную изоляцию и госпитализацию в специально созданные для данного контингента пациентов медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях.

2.17. Обеспечивают возможность оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинской организации лицам, прибывшим в Российскую Федерацию из стран, в которых зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19, а также проживающим совместно с ними лицам.

Приложение N 4
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от "__" _____ 2020 г. N ____

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ, В ТОМ ЧИСЛЕ НА ДОМУ, ПАЦИЕНТАМ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ

N группы	Типовые случаи	Критерии оценки категории пациентов и тактика ведения	
		Есть симптомы ОРВИ	Нет симптомов ОРВИ
I	Пациент Вернулся в течение последних 14 дней из стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19	Легкое течение: - изоляция на дому на 14 дней - взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) (в 1, 3, 11 день обращения) по Cito! - контроль результатов мазка через день после забора - назначение лечения - оформление листка нетрудоспособности на 14 дней (при появлении симптоматики на 1 - 14-й день изоляции оформление нового листка нетрудоспособности с 15-го дня на весь период заболевания)	Тактика: - взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) (в 1-й день мазок берется в аэропорту или ином транспортном узле, на 11 день обращения врачом поликлиники) (у тех, кто прибыл из стран, в которых зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19) - выдача листка нетрудоспособности на 14 дней - изоляция на дому на 14 дней Врач обязан проинформировать пациента о нижеследующем: - При посещении пациента пациенту даются разъяснения

			о том, что он обязан находиться дома и ему запрещается покидать его. - В случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний пациент вызывает врача на дом.
		Тяжелое течение: - при выраженной интоксикации - декомпенсации по основному заболеванию - при SPo2 ≤ 90% - при температуре тела >38 °С - госпитализация специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи	
II	Контактный Был контакт с вернувшимся с территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (вернувшийся с респираторными симптомами.	Легкое течение: - изоляция на дому на 14 дней - взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) (в 1, 3, 11 день обращения) - контроль результатов мазка	Тактика: - выдача листка нетрудоспособности на 14 дней - изоляция на дому на 14 дней

	Без подтвержденной коронавирусной инфекции.)	через день - назначение лечения - оформление листка нетрудоспособности на 14 дней	Врач обязан проинформировать пациента о нижеследующем: - При посещении пациенту даются разъяснения о том, что он обязан находиться дома и ему запрещается покидать его. - В случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний пациент вызывает врача на дом.
		Тяжелое течение - декомпенсации по основному заболеванию - при SPo2 ≤ 90% - при температуре тела >38,5 °С - при выраженной интоксикации - госпитализация специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи -	
III	Группа риска - лица старше 60 лет; - лица от 25 до 60 лет, при наличие хронических заболеваний бронхолегочной,	Легкое течение: - взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) (в 1, 11 день обращения)	Врач обязан проинформировать пациента о нижеследующем: - В случае необходимости

	сердечно-сосудистой, эндокринной системы - беременные женщины	- лечение на дому - назначение лечения - оформление листка нетрудоспособности на 14 дней Тяжелое течение - декомпенсации по основному заболеванию - при SPo2 ≤ 90% - при температуре тела >38,5 °C - при выраженной интоксикации - госпитализация специализированной выездной бригадой скорой медицинской помощи	посещения поликлиники, в том числе при появлении симптомов ОРВИ или других заболеваний, пациент вызывает врача на дом.
	"Неконтактный" пациент (не входит в группу I, II, III)	- лечение на дому или в стационаре - назначение лечения - оформление листка нетрудоспособности на 14	

		дней - по решению врача взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки на 1-й день обращения)	
	Активный патронаж выездными бригадами скорой медицинской помощи к пациентам, прибывшим из стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19	Тактика: - изоляция на дому на 14 дней - взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) (1 день) - контроль взятия мазка через 1 день - назначения лечения - выдача листка нетрудоспособности на 14 дней	Тактика: - изоляция на дому на 14 дней - выдача листка нетрудоспособности на 14 дней Врач обязан проинформировать пациента о нижеследующем: - При посещении пациенту даются разъяснения о том, что он обязан находиться дома и ему запрещается покидать его. - В случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний пациент вызывает врача на дом.

Приложение N 5

к приказу Министерства здравоохранения

Российской Федерации

от 19 марта 2020 г. N 198н

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ COVID-19, В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И ИХ СТРУКТУРНЫХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЯХ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

1. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

1.1. Провести корректировку схем перепрофилирования медицинских организаций для госпитализации пациентов, предусмотрев создание условий их изолированного пребывания в стационарных условиях, специально созданных для пациентов.

1.2. Утвердить схемы маршрутизации пациентов с симптомами ОРВИ и внебольничной пневмонией в медицинские организации, осуществляющие медицинскую помощь в стационарных условиях (далее - медицинские организации), определенные для данного контингента пациентов, с назначением ответственных лиц, исключив возможность госпитализации указанных пациентов в терапевтические, пульмонологические отделения и отделения анестезиологии и реанимации иных медицинских организаций.

1.3. Предусмотреть организацию отдельного приема через приемно-смотровые боксы и (или) фильтр-боксы пациентов с симптомами ОРВИ и внебольничной пневмонии.

1.4. Обеспечить готовность медицинских организаций к приему пациентов и оказанию медицинской помощи им в стационарных условиях, отбору биологического материала для исследований.

1.5. Ввести ограничительный режим посещений в отделениях медицинских организаций.

1.6. Организовать лабораторное исследование биологического материала пациентов с симптомами ОРВИ и внебольничной пневмонии для исследования на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19.

1.7. Организовать учет количества госпитализированных и выписанных пациентов с симптомами ОРВИ и внебольничными пневмониями.

1.8. Обеспечить взаимодействие с региональными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии, привлечение врачей-эпидемиологов, главных внештатных специалистов по терапии, пульмонологии, инфекционным болезням, анестезиологии и реаниматологии к

оперативному получению медицинскими работниками медицинских организаций консультаций по вопросам эпидемиологической безопасности, оказания медицинской помощи и дифференциальной диагностики пневмоний.

1.9. Обеспечить оснащение приемных отделений медицинских организаций пульсоксиметрами, реанимационных отделений - аппаратами искусственной вентиляции легких.

1.10. Во взаимодействии с территориальными управлениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обеспечить неукоснительное соблюдение мер экстренной профилактики заражения медицинских работников, принимающих участие в оказании медицинской помощи пациентов с симптомами ОРВИ, внебольничными пневмониями.

2. Руководителям медицинских организаций обеспечить:

2.1. Наличие запаса необходимых расходных материалов для отбора биологического материала для проведения лабораторных исследований, дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты (шапочка, противочумный (хирургический) халат, респиратор типа NIOSH-certified N 95, EU FFP2 или аналогичные), обеспечение медицинскими изделиями, в том числе пульсоксиметрами, аппаратами искусственной вентиляции легких.

2.2. Информирование медицинских работников по вопросам профилактики, диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19, а также сбора эпидемиологического анамнеза.

2.3. Госпитализацию пациентов с нетипичным течением ОРВИ, внебольничной пневмонией.

2.4. Проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрения на инфекционное заболевание, вызванное коронавирусом штамма COVID-19, в соответствии с требованиями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

2.5. Обеспечивают прием через приемно-смотровые боксы и (или) фильтр-боксы пациентов с признаками ОРВИ, внебольничных пневмоний и дальнейшую маршрутизацию пациентов в медицинской организации.

2.6. Обеспечить разделение работников медицинской организации на лиц, контактировавших с пациентами с симптомами ОРВИ, внебольничной пневмонией, и лиц неконтактировавших, исключив возможность их пересечения.

2.7. Соблюдение температурного режима, режима проветривания, текущей дезинфекции в медицинской организации, использование работниками медицинской организации средств индивидуальной защиты.

2.8. Проведение обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях с использованием бактерицидных облучателей и (или) других устройств для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей.

2.9. Контроль концентрации дезинфицирующих средств в рабочих растворах.

2.10. Увеличение кратности дезинфекционных обработок помещений медицинских организаций.

2.11. Передачу биологического материала от пациентов (мазки из носо- и ротоглотки) при подозрении на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 в лаборатории медицинских организаций, имеющих эпидемиологическое заключение на работу с III и IV группами патогенности, с оформлением Акта приема-передачи.

2.12. Указание медицинскими работниками в бланке направления на лабораторное исследование диагноза "пневмония" при направлении биологического материала пациентов с внебольничной пневмонией для диагностики новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2.13. Информирование населения о рисках распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, мерах индивидуальной профилактики, обращая особое внимание на необходимость своевременного обращения за медицинской помощью при появлении первых симптомов ОРВИ.

2.14. Рассмотреть возможность переноса сроков оказания медицинской помощи в плановой форме.

Приложение N 6
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2020 г. N 198н

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ, ОКАЗЫВАЮЩИХ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ <2>

N п/п	Мероприятия	Исполнитель	Срок исполнения
1	Изолировать пациента по месту выявления, прекратить прием пациентов, закрыть кабинет, окна и двери	Врач, выявивший пациента	Немедленно
2	Врачу, среднему медицинскому работнику надеть средства индивидуальной защиты (медицинскую маску, халат одноразовый, шапочку, перчатки, бахилы), а также предложить пациенту надеть медицинскую маску	Врач, средний медицинский персонал, выявивший пациента	Немедленно
3	Включить бактерицидный облучатель или другое устройство для обеззараживания	Врач, средний медицинский	Немедленно

	воздуха и (или) поверхностей для дезинфекции воздушной среды помещения	работник, выявивший пациента	
4	Информировать о выявлении пациента в соответствии с утвержденной руководителем медицинской организации схемой оповещения	Врач, средний медицинский работник, выявивший пациента	В кратчайшие сроки
5	Уточнить клинико-эпидемиологические данные: - конкретное место пребывания (страна, провинция, город) - сроки пребывания - дату прибытия - дату начала заболевания - клинические симптомы - обязательна отметка в медицинской документации о факте пребывания за пределами территории Российской Федерации	Врач, средний медицинский работник, выявивший пациента	При выявлении пациента
6	Оказать пациенту медицинскую помощь	Врач, выявивший пациента	При необходимости
7	Информировать орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья о выявленном пациенте	Главный врач	Немедленно
8	Прекратить сообщения между кабинетами и этажами медицинской организации	Главный врач Главная медицинская сестра	Немедленно
9	Выставить посты у кабинета, в котором выявлен пациент, у входа в медицинскую организацию и на этажах здания. Организовать передаточный пункт на этаже, на котором выявлен пациент, для передачи	Главный врач Главная медицинская	Немедленно

	необходимого имущества, лекарственных препаратов и медицинских изделий	сестра	
10	Запретить вынос вещей из кабинета. Запретить передачу историй болезни в стационар до проведения заключительной дезинфекции	Главный врач Главная медицинская сестра	При выявлении больного
11	Обеспечить госпитализацию пациента в инфекционное отделение медицинской организации, вызвав специализированную выездную бригаду скорой медицинской помощи. Обеспечить вручение пациенту постановления о применении в отношении него ограничительных мер	Главный врач Главная медицинская сестра	При выявлении пациента
12	Составить списки контактных лиц, отдельно пациентов, отдельно работников медицинской организации, с указанием: - фамилии, имени, отчества, - места жительства, работы (учебы), - степень контакта с пациентом (где, когда), - номера телефонов, - даты, времени в формате (час, минута), - подписи лица, составившего список	Главный врач Главная медицинская сестра Врач-эпидемиолог	При выявлении пациента
13	Вызвать сотрудников центра дезинфекции для проведения заключительной дезинфекции помещений	Главный врач Главная медицинская сестра Врач-эпидемиолог	При выявлении пациента
14	Обеспечить проведение экстренной профилактики медицинских работников, контактировавших с пациентом	Заместитель главного врача по лечебной работе	По показаниям

		Главная медицинская сестра Врач-эпидемиолог	
15	На время карантина проводить ежедневный осмотр и опрос контактных среди медицинских работников. Сведения регулярно предоставлять в территориальное управление Роспотребнадзора	Главная медицинская сестра Врач-эпидемиолог	В течение 14 дней

<2> Данный алгоритм не распространяется на медицинские организации, осуществляющие медицинскую помощь в стационарных условиях, определенные для пациентов с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Приложение N 7
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2020 г. N 198н

ПРОТОКОЛ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫХ МЕДИЦИНСКИМИ РАБОТНИКАМИ, ПО НЕДОПУЩЕНИЮ ВНУТРИБОЛЬНИЧНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ COVID-19 В МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ОКАЗЫВАЮЩЕЙ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ <3>

<3> Данный алгоритм не распространяется на медицинские организации, осуществляющие медицинскую помощь в стационарных условиях, определенные для пациентов с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

При поступлении в приемное отделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях (далее - стационаре) пациента с клиническими проявлениями острого респираторного вирусного заболевания с характерными для новой коронавирусной инфекции COVID-19 симптомами, данными эпидемиологического анамнеза (заболевание возникло в течение 14 дней после прибытия из стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19) (далее - пациент) медицинские работники проводят первичные противоэпидемические мероприятия, а именно:

1. Медицинский работник, не выходя из помещения, в котором выявлен пациент, с использованием имеющихся средств связи извещает руководителя медицинской организации о выявленном пациенте и его состоянии для решения вопроса о его изоляции по месту его выявления (бокс приемного отделения) до его госпитализации в специализированный инфекционный стационар.

2. Медицинский работник должен использовать средства индивидуальной защиты (шапочка, противочумный (хирургический) халат, респиратор типа NIOSH-certified N 95, EU FFP2 или аналогичные), предварительно обработав руки и открытые части тела дезинфицирующими средствами.

3. Медицинские работники, выявившие пациента с клиническими проявлениями острого респираторного вирусного заболевания с характерными для новой коронавирусной инфекции COVID-19 симптомами, должны осуществлять наблюдение пациента до приезда и передачи его специализированной выездной бригаде скорой медицинской помощи.

4. После медицинской эвакуации пациента медицинский работник, выявивший пациента, снимает средства индивидуальной защиты, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором, обрабатывает дезинфицирующим раствором обувь и руки, полностью переодевается в запасной комплект одежды. Открытые части тела обрабатываются кожным антисептиком. Рот и горло прополаскивают 70% этиловым спиртом, в нос и в глаза закапывают 2% раствор борной кислоты.

5. Руководитель медицинской организации, в которой был выявлен пациент, обеспечивает сбор биологического материала (мазок из носо- и ротоглотки) у всех медицинских работников и лиц, находившихся с ним в контакте, и направляет их для проведения соответствующего лабораторного исследования.

6. В целях обеззараживания воздуха в приемном отделении проводится дезинфекция дезинфицирующими средствами, применяются бактерицидный облучатель или другое устройство для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей для дезинфекции воздушной среды помещения. Количество необходимых облучателей рассчитывается в соответствии с инструкцией их применения на кубатуру площади, на которой они будут установлены.

7. В случае подтверждения диагноза новой коронавирусной инфекции COVID-19 в стационаре необходимо выявить лиц, имевших контакт с пациентом, среди:

находившихся в данном учреждении;

переведенных или направленных (на консультацию, стационарное лечение) в другие медицинские организации, и выписанных;

медицинских и иных работников (гардероб, регистратура, диагностические, смотровые кабинеты);

посетителей медицинской организации, а также посетителей покинувших медицинскую организацию к моменту выявления пациента;

лиц по месту жительства пациента, работы, учебы.

За лицами, контактными с пациентом, устанавливает медицинское наблюдение.

8. Медицинские отходы, в том числе биологические выделения пациентов (мокрота, моча, кал и др.), утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к

обращению с медицинскими отходами и относятся к отходам класса В.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 57860
от "27" марта 2020 г.

П Р И К А З

27.03.2020 № 246н

Москва

О внесении изменений
в приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н
«О временном порядке организации работы медицинских организаций
в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков
распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2019, № 52, ст. 7836) и подпунктом 5.2.208 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526), п р и к а з ы в а ю:

1. Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2020 г., регистрационный № 57786) согласно приложению.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня вступления в силу приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19».

Министр М.А.Мурашко

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «27» 03 2020 г. № 246 н

Изменения,
которые вносятся в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»

1. Пункт 6 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (далее – приказ) дополнить абзацами следующего содержания:

«основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 согласно приложению № 8;

порядок организации дополнительной подготовки медицинских работников в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 согласно приложению № 9.».

2. Приложение № 1 к приказу изложить в следующей редакции:

«Приложение № 1
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2020 г. № 198н

Порядок взаимодействия
федеральных дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний с дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии в субъектах Российской Федерации по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной

инфекции COVID-19 и пневмоний

1. Настоящий Порядок определяет правила взаимодействия Федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для взрослых по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний, Федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для детей по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний, Федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии для беременных по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний, резервного Федерального дистанционного консультативного центра анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (далее – ФДРКЦ) с дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний в субъектах Российской Федерации (далее – региональные центры) и при оказании медицинской помощи, включая проведение консультаций с применением телемедицинских технологий (далее – ТМК) при новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2. Порядок разработан с целью оперативного получения врачами-специалистами региональных центров ТМК по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и (или) внебольничной пневмонией (далее также – пациенты).

3. ТМК врачей-специалистов региональных центров для взрослых с врачами-специалистами ФДРКЦ для взрослых проводятся в отношении пациента с эпидемиологическим анамнезом и подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 или с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19, находящегося в отделении анестезиологии и реанимации, с пневмонией, осложненной острой дыхательной недостаточностью и (или) острым респираторным дистресс-синдромом.

4. ТМК врачей-специалистов региональных центров для детей с врачами-специалистами ФДРКЦ для детей проводятся при наличии у пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 или с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 одного из следующих состояний (обстоятельств):

дыхательной недостаточности, требующей инвазивной вентиляции легких;

недостаточности кровообращения, рефрактерной к инотропным и (или) вазопрессорным препаратам;

нарастание синдрома системной воспалительной реакции или ухудшение оценки pSOFA;

необходимости применения методов интенсивной терапии, недоступных в медицинской организации (например, экстракорпоральной мембранной оксигенации, экстракорпоральной гемокоррекции);

наличие тяжелого хронического заболевания у ребенка с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19.

5. ТМК врачей-специалистов региональных центров для беременных с врачами-специалистами ФДРКЦ для беременных проводятся при наличии у беременных, рожениц и родильниц одного из следующих состояний:

новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и (или) пневмонии;

дыхательной недостаточности.

6. ТМК врачей-специалистов медицинских организаций субъектов Российской Федерации с врачами-специалистами региональных центров для взрослых проводятся при наличии у пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 или подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) с внебольничной пневмонией, находящегося в отделении анестезиологии и реанимации, острой дыхательной недостаточности и (или) острого респираторного дистресс-синдрома, в том числе:

частоты дыхательных движений более 30 движений/мин;

насыщения крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO_2) 93% и менее;

парциального напряжения кислорода в артериальной крови соотнесенного к фракции кислорода в дыхательной смеси (PaO_2 /FiO_2) 300 мм рт.ст. и менее;

прогрессирования пневмонии;

снижения уровня сознания;

необходимости респираторной поддержки (неинвазивной и инвазивной вентиляции легких);

нестабильной гемодинамики (систолическое артериальное давление менее 90 мм рт.ст. или диастолическое артериальное давление менее 60 мм рт.ст., потребность в вазопрессорных препаратах, диурез менее 20 мл/час);

синдрома полиорганной недостаточности;

оценки по шкале qSOFA более 2 баллов.

7. ТМК врачей-специалистов медицинских организаций субъектов Российской Федерации с врачами-специалистами региональных центров для детей проводятся при наличии у ребенка симптомов острой респираторной

инфекции в сочетании с дыхательной недостаточностью 2 - 3 степени, в том числе при SpO_2 менее 90%.

8. ТМК врачей-специалистов медицинских организаций субъектов Российской Федерации с врачами-специалистами региональных центров для беременных проводятся при наличии у беременных, рожениц и родильниц одного из следующих состояний:

подозрения на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 или подтвержденный диагноз новой коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) пневмония;

легочной патологии с явлениями дыхательной недостаточности.

9. Региональные центры ежедневно заполняют и направляют до 7:30 по московскому времени сводную информацию (рекомендуемый образец приведен в приложении № 1 к настоящему Порядку), по адресу электронной почты:

региональные центры для взрослых– frkc2020@sechenov.ru;

региональные центры для детей – telemed@rdkb.ru;

региональные центры для беременных covid@oparina4.ru.

10. Медицинские организации субъектов Российской Федерации на каждого пациента, по которому проводится ТМК, ежедневно до 7.30 и до 19.30 по московскому времени направляют в региональные центры информацию о ежедневном динамическом наблюдении пациента (рекомендуемый образец приведен в приложении № 2 к настоящему Порядку).

11. Основные функции ФДРКЦ:

оказание ТМК в соответствии с Порядком организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий[1] для передачи данных и информации о пациентах для оптимизации их диагностики и лечения, маршрутизации по запросам региональных центров;

определение лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности, контактных данных), ответственных за организацию проведения ТМК, включая подготовку протокола ТМК (рекомендуемый образцц приведен в приложении № 3 к настоящему Порядку);

техническое сопровождение ТМК;

организация дежурств врачей-специалистов (врача-анестезиолога-реаниматолога, врача-инфекциониста, врача-акушера-гинеколога, врача-пульмонолога) в круглосуточном режиме;

организация получения информации для осуществления ТМК (результатов лабораторных и инструментальных методов исследования

---

[1] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.11.2017 № 965н «Об утверждении порядка организации и оказания медицинской помощи с применением телемедицинских технологий» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 января 2018 г., регистрационный № 49577)

(ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография при необходимости) и параметров, отражающих состояние жизненно важных функций организма человека, в том числе данных пульсоксиметрии, аппаратов искусственной вентиляции легких (далее – ИВЛ), с указанием даты проведения обследований;

мониторинг состояния пациентов, в отношении которых проводились ТМК;

направление протоколов патолого-анатомических вскрытий, проведенных в срок до суток после констатации биологической смерти человека, в отношении всех пациентов с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 или подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) с пневмонией, в резервный Федеральный дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации ежедневно до 10:00 по московскому времени (с досылом протоколов патолого-анатомических вскрытий после окончательного оформления).

12. Основные функции регионального центра:

обеспечение проведения в круглосуточном режиме ТМК с врачами-специалистами ФДРКЦ, передачи данных и информации о пациентах, поступивших из медицинских организаций субъекта Российской Федерации, с целью получения рекомендаций по оптимизации диагностики и лечения, маршрутизации указанных пациентов;

определение лиц (с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), должности, контактных данных), ответственных за организацию проведения ТМК, включая работу по передаче данных и информации о пациентах, техническое сопровождение ТМК;

организация передачи информации для осуществления ТМК (результатов лабораторных и инструментальных исследований (ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование, компьютерная и магнитно-резонансная томография при необходимости) и параметров, отражающих состояние жизненно важных функций организма человека, в том числе данных пульсоксиметрии, аппаратов ИВЛ;

организация дистанционного динамического наблюдения за пациентами с учетом рекомендаций врача-специалиста ФДРКЦ;

направление протоколов патолого-анатомических вскрытий, проведенных в срок до суток после констатации биологической смерти человека, в отношении всех пациентов с подозрением на новую

коронавирусную инфекцию COVID-19 или подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 и (или) с пневмонией в ФДРКЦ ежедневно до 08:00 по московскому времени (с досылом протоколов патолого-анатомических вскрытий после окончательного оформления);

организация мониторинга наличия в медицинских организациях субъектов Российской Федерации пациентов и их динамического наблюдения; при прогрессировании заболевания – незамедлительная организация ТМК врача-специалиста ФДРКЦ.

13. Для проведения ТМК региональные центры предоставляют в ФДРКЦ следующие сведения:

наименование и адрес медицинской организации субъекта Российской Федерации, направившей данные пациента для ТМК в региональный центр;

запрос на ТМК в ФДРКЦ;

фамилия, имя, отчество (при наличии), должность врача-специалиста регионального центра, направившего запрос на ТМК в ФДРКЦ;

фамилия, имя, отчество (при наличии), дата рождения, пол пациента;

страховой номер индивидуального лицевого счета (далее – СНИЛС);

номер полиса обязательного медицинского страхования (при наличии);

цель ТМК;

анамнез жизни;

анамнез заболевания пациента;

эпидемиологический анамнез;

перенесенные и хронические заболевания;

объективные данные о состоянии пациента;

диагноз основной;

диагноз сопутствующий, осложнения;

результаты лабораторных исследований пациента с указанием даты проведения исследований;

результаты инструментальных исследований пациента с указанием даты проведения исследований;

параметры, отражающие состояние жизненно важных функций организма человека, в том числе данные пульсоксиметрии, аппарата ИВЛ с указанием даты проведения обследований;

данные ТМК пациента врачами-специалистами медицинской организации субъекта Российской Федерации;

проводимое лечение.

14. ФДРКЦ информирует региональные центры о необходимости руководствоваться в работе информационными материалами по новой коронавирусной инфекции COVID-19, размещенными на официальном сайте Минздрава России в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

https://www.rosminzdrav.ru/ministry/covid19#r3, официальном сайте Роспотребнадзора в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» https://rospotrebnadzor.ru/region/korono_virus/punkt.php.

15. Резервный Федеральный дистанционный консультативный центр анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний на базе федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медико-хирургический Центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации ежедневно до 12:00 по московскому времени обобщает направленную ФДРКЦ информацию, указанную в абзаце восьмом пункта 11 настоящего Порядка, и представляет ее в Минздрав России.».

3. Дополнить Порядок приложениями № 1 - 2 следующего содержания:

«Приложение № 1
к Порядку взаимодействия федеральных
дистанционных консультативных центров
анестезиологии-реаниматологии
по вопросам диагностики и лечения
новой коронавирусной инфекции COVID-19
и пневмоний с дистанционными
консультативными центрами
анестезиологии-реаниматологии
в субъектах Российской Федерации
по вопросам диагностики и лечения
новой коронавирусной инфекции
COVID-19 и пневмоний

Рекомендуемый образец

Сводная информация, направляемая дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний в субъектах Российской Федерации

_____
название субъекта Российской Федерации

_____
наименование РКЦ

№ п/п	Параметр	Количество
1.	Дата, время	
2.	Регион	

3.	Всего новых пациентов за сутки по региону	
4.	Всего подтверждено пациентов COVID-19	
5.	Всего пациентов на ИВЛ	
6.	Взято на ИВЛ за последние сутки	
7.	Снято с ИВЛ за последние сутки	
8.	Всего пациентов на ЭКМО	
9.	Взято на ЭКМО за последние сутки	
10.	Снято с ЭКМО за последние сутки	
11.	Поступило запросов о проведении телемедицинских консультаций за последние сутки	
12.	из них экстренные	
13.	Проведено первичных телемедицинских консультаций за последние сутки	
14.	Проведено повторных телемедицинских консультаций за последние сутки	
15.	Летальных исходов среди проконсультированных лиц за последние сутки	

Фамилия, имя, отчество (при наличии), должность _____
Дата _____

Приложение № 2
к Порядку взаимодействия федеральных
дистанционных консультативных центров
анестезиологии-реаниматологии
по вопросам диагностики и лечения
новой коронавирусной инфекции COVID-19
и пневмоний с дистанционными
консультативными центрами
анестезиологии-реаниматологии
в субъектах Российской Федерации
по вопросам диагностики и лечения
новой коронавирусной инфекции
COVID-19 и пневмоний

Рекомендуемый образец

Информация о ежедневном динамическом наблюдении больного, направляемая медицинскими организациями субъектов

Российской Федерации в дистанционные консультативные центры анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний в субъектах Российской Федерации

Параметры	Значения	Единицы измерения
Пол		
Возраст		лет
Рост		м
Вес		кг
Срок беременности (если беременна)		нед.
Состояние плода (норма/патология)		
Сопутствующие заболевания (подчеркнуть, или выделить)		
Артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет, иммунодефицитные состояния, хронические обструктивные болезни легких, хроническая почечная недостаточность, иное _____		
Витальные признаки		
Температура тела (мин-макс за сутки)		^{0}C
Частота дыхательных движений		мин$^{-1}$
Частота сердечных сокращений		мин$^{-1}$
артериальное давление		мм рт.ст.
Уровень насыщения крови кислородом		%
Симптомы, динамика		
Одышка		+/–
Кашель		+/–
Мокрота		+/–
Анализ крови:		
гемоглобин		г/л
лейкоциты		клеток10^9
лимфоциты		%
тромбоциты		клеток/10^9
СОЭ		мм/час
С-реактивный белок		г/л
парциальное напряжение кислорода в артериальной крови соотнесенное к фракции кислорода в дыхательной смеси		мм рт.ст. /%
pH		
Параметры ИВЛ:		
Фракция кислорода на вдохе		%
Частота дыхания		мин$^{-1}$
Дыхательный объем		мл
Конечно-экспираторное давление		см вод.ст.
Оценка состояния (подчеркнуть или выделить):		
улучшение, стабильное, ухудшение		
средней тяжести, тяжелое, терминальное		
Врач		
Контактный телефон		
e-mail		

4. В грифе приложения к Порядку взаимодействия федеральных дистанционных консультативных центров анестезиологии-реаниматологии по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний с дистанционными консультативными центрами анестезиологии-реаниматологии в субъектах Российской Федерации по вопросам диагностики и лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пневмоний (приложение № 1 к приказу (далее – Порядок), слово «Приложение» заменить на слова «Приложение № 3».

5. Пункт 1.6. Приложения № 2 к приказу изложить в следующей редакции:

«1.6. Обеспечить медицинские организации, оказывающие скорую помощь, средствами индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор соответствующего класса защиты, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы).».

6. В приложении № 3 к приказу:

пункт 2.1 изложить в следующей редакции:

«2.1. Наличие запаса расходных материалов для отбора проб для проведения лабораторных исследований, дезинфекционных средств и медицинских изделий, включая средства индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор соответствующего класса защиты, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы), медицинские изделия, включая пульсоксиметры.»;

абзац второй пункта 2.16 изложить в следующей редакции:

«Немедленную изоляцию и, при наличии показаний, госпитализацию пациентов в специально созданные для данного контингента медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь в стационарных условиях, производить при появлении подозрения или установления факта заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19.».

7. Пункт 2.1 приложения № 5 к приказу изложить в следующей редакции:

«2.1. Наличие запаса необходимых расходных материалов для отбора биологического материала для проведения лабораторных исследований, дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор соответствующего класса защиты, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы), обеспечение медицинскими изделиями, в том числе пульсоксиметрами, аппаратами искусственной вентиляции легких.».

8. В приложении № 6 к приказу:

пункт 1 изложить в следующей редакции:

«

1	Изолировать пациента по месту выявления, прекратить прием	Врач, выявивший пациента	Немедленно

	пациентов, закрыть кабинет/палату, окна и двери		

»;

пункт 8 изложить в следующей редакции:

«

8	Прекратить сообщения между кабинетами/палатами и этажами медицинской организации	Главный врач Главная медицинская сестра	Немедленно
9	Выставить посты у кабинета/палаты, в котором выявлен пациент, у входа в медицинскую организацию и на этажах здания. Организовать передаточный пункт на этаже, на котором выявлен пациент, для передачи необходимого имущества, лекарственных препаратов и медицинских изделий	Главный врач Главная медицинская сестра	Немедленно
10	Запретить вынос вещей из кабинета/палаты. Запретить передачу историй болезни в стационар до проведения заключительной дезинфекции	Главный врач Главная медицинская сестра	При выявлении больного

».

9. В приложении № 7 к приказу:

пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. Медицинский работник должен использовать средства индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор соответствующего класса защиты, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы), предварительно обработав руки и открытые части тела дезинфицирующими средствами.»;

пункт 5 изложить в следующей редакции:

«5. Руководитель медицинской организации, в которой был выявлен пациент, обеспечивает сбор биологического материала (мазок из носо- и ротоглотки) у данного пациента и направляет его для проведения соответствующего лабораторного исследования.».

10. Дополнить приказ приложением № 8 следующего содержания:

«Приложение № 8
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2020 г. № 198н

Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с установленным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19

1. При получении положительного результата лабораторных исследований биологического материала пациента на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19 (далее – результат теста на COVID-19) уполномоченное лицо медицинской организации:

уведомляет пациента о положительном результате теста на COVID-19;

оповещает о положительном результате теста на COVID-19 руководителя медицинской организации;

вносит в журнал учета пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 плановые даты для повторного забора биологического материала (мазки из носо-и ротоглотки) – 3, 11 день;

организует осмотр работников медицинской организации, контактировавших с заболевшим пациентом и, в случае выявления симптомов острой респираторной вирусной инфекцией, забор у них биоматериала (мазки из носо- и ротоглотки) для лабораторного исследования на наличие новой коронавирусной инфекции COVID-19;

осуществляет опрос пациента с целью уточнения его состояния;

осуществляет информирование медицинского работника, направляемого для оказания медицинской помощи пациенту, о положительном результате теста на COVID-19.

2. Медицинские работники, оказывающие медицинскую помощь на дому пациентам с положительным результатом теста на COVID-19, обязаны:

использовать средства индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки, респиратор соответствующего класса защиты, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы);

иметь запас медицинских масок в количестве не менее 20 штук и предлагать их пациенту, прежде чем приступить к опросу и осмотру;

рекомендовать пациенту во время осмотра и опроса медицинским работником находиться в медицинской маске;

обрабатывать руки в перчатках дезинфицирующим средством;

находясь в квартире пациента не снимать средства индивидуальной защиты;

после выхода из квартиры пациента снять средства индивидуальной защиты, упаковать их в пакет для медицинских отходов класса В и обеспечить их дальнейшую транспортировку для утилизации;

по завершении оказания медицинской помощи пациенту сообщать уполномоченному лицу медицинской организации о лицах, имеющих контакт с пациентом.

3. Медицинская помощь пациенту с положительным результатом теста на COVID-19 может оказываться на дому в случае отсутствия клинических проявлений заболеваний или легком течении заболевания (температура тела менее 38,5°С, частота дыхательных движений (далее – ЧДД) менее 30 движений в минуту, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO_2) более 93%, для детей – 95% и более).

3.1. Пациенту с положительным результатом теста на COVID-19 при легком течении заболевания рекомендуется назначать лечение в соответствии с временными методическими рекомендациями «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19)».

3.2. Пациент с легким течением заболевания должен быть проинформирован медицинским работником о необходимости вызова врача или бригады скорой медицинской помощи при ухудшении самочувствия (температура тела более 38,5°С, появление затрудненного дыхания, одышки, появление или усиление кашля, снижение насыщения крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO_2) менее 93%), а также о возможных способах обращения за медицинской помощью.

3.3. Лица, проживающие с пациентом с легким течением заболевания в одном помещении, должны быть проинформированы о рисках заболевания новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и необходимости временного проживания в другом месте.

3.4. Пациент с легким течением заболевания и лица, проживающие с таким пациентом, должны быть проинформированы о том, что нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание, может повлечь привлечение их к уголовной ответственности, предусмотренной статьей 236 Уголовного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации 1996, № 25, ст. 2954; 2011, № 50, ст. 7362).

3.5. Пациент с легким течением заболевания и лица, проживающие с таким пациентом, должны быть обеспечены информационными материалами по вопросам ухода за пациентами, больными новой коронавирусной инфекцией COVID-19, и общими рекомендациями по защите от инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактным путем.

3.6. В случае принятия решения о дальнейшем оказании медицинской помощи пациенту в амбулаторных условиях (на дому) оформляется согласие на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции при лечении новой коронавирусной инфекции COVID-19 по (рекомендуемый образец приведен в приложении к настоящии Основным принципам).

4. Пациент с положительным результатом теста на COVID-19 подлежит госпитализации при наличии одного из следующих обстоятельств:

совокупности двух и более признаков на фоне лихорадки - температура тела более 38,5°С, ЧДД 30 и более движений в минуту, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO_2) менее 93%;

легком течении заболевания в случае, если возраст пациента старше 65 лет или имеются симптомы острых респираторных вирусных инфекций в сочетании с хронической сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, заболеванием дыхательной системы (бронхиальная астма, хроническая обструктивная болезнь легких), беременностью;

совместном проживании с лицами, относящихся к группам риска (лица в возрасте старше 65 лет, а также лица, страдающие хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, беременных женщин) и невозможности их отселения независимо от тяжести течения заболевания у пациента;

легком течении заболевания у детей в возрасте менее 3 лет или наличии у детей в возрасте до 18 лет симптомов острых респираторных вирусных инфекций в сочетании с хроническими заболеваниями: сердечной недостаточностью, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, врожденными пороками сердца и легких, находящихся на иммуносупрессивной терапии;

беременности.

5. Медицинская организация, в которой наблюдается ребенок с положительным результатом теста на COVID-19 и отсутствием клинических проявлений заболеваний, обеспечивает ежедневный опрос участковой медицинской сестрой (по телефону) о состоянии пациента не менее 2-х раз в день, а также патронаж врача-педиатра участкового не реже 1 раза в 5 дней.

6. Медицинская организация, в которой наблюдается ребенок с положительным результатом теста на COVID-19 и легким течением заболевания, обеспечивает ежедневный опрос участковой медицинской сестрой (по телефону) о состоянии пациента не менее 2-х раз в день, а также патронаж врача-педиатра участкового (фельдшера) с учетом состояния ребенка не реже 1 раза в 2 дня.

7. Законный представитель, обеспечивающий уход за ребенком с положительным результатом теста на COVID-19, которому оказывается медицинская помощь на дому, должен быть проинформирован о рисках заболевания новой коронавирусной инфекцией и необходимости соблюдения рекомендаций по защите от инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактным путем, особенностям ухода за пациентами больными указанной инфекцией, а также иметь информацию, что нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое

заболевание, может повлечь привлечение к уголовной ответственности, предусмотренной статьей 236 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Приложение
к Основным принципам оказания медицинской помощи
в амбулаторных условиях (на дому) пациентам
с установленным диагнозом
новой коронавирусной инфекции COVID-19

Рекомендуемый образец

Согласие
на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому)
и соблюдение режима изоляции при лечении
новой коронавирусной инфекции COVID-19

Я, _____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина)

“____” _____ _____ г. рождения, зарегистрированный по адресу:
_____
(адрес места жительства гражданина либо законного представителя)

в соответствии с частью 2 статьи 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) медицинским работником

_____.
(полное наименование медицинской организации)

_____
(должность, фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

о положительном результате лабораторного исследования моего биологического материала на новую коронавирусную инфекцию COVID-19 и постановке мне диагноза: заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

По результатам осмотра и оценки состояния моего здоровья, в связи с течением заболевания в легкой форме, медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснена возможность оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому), после чего я выражаю свое согласие на:

- получение медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) по адресу: _____
_____
_____;
- соблюдение режима изоляции на период лечения в указанном выше помещении.

Мне разъяснено, что я обязан(-а):
- не покидать указанное помещение, находиться в отдельной, хорошо проветриваемой комнате;
- не посещать работу, учебу, магазины, аптеки, иные общественные места и массовые скопления людей, не пользоваться общественным транспортом, не контактировать с третьими лицами;

- при невозможности избежать кратковременного контакта с третьими лицами в обязательном порядке использовать медицинскую маску;
- соблюдать врачебные и санитарные предписания, изложенные в памятках, врученных мне медицинским работником, а также предписания, которые будут выданы мне медицинскими работниками в течение всего срока лечения;
- при первых признаках ухудшения самочувствия (повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание) обратиться за медицинской помощью и не допускать самолечения;
- сдать пробы для последующего лабораторного контроля при посещении меня медицинским работником на дому.

Медицинским работником мне разъяснено, что новая коронавирусная инфекция COVID-19 представляет опасность для окружающих, в связи с чем при возможном контакте со мной третьи лица имеют высокий риск заражения, что особо опасно для людей старшего возраста, а также людей, страдающих хроническими заболеваниями.

Я проинформирован(-а), что в случае нарушения мною режима изоляции я буду госпитализирован(-а) в медицинское учреждение для обеспечения режима изоляции и дальнейшего лечения в стационарных условиях.

Я предупрежден (а), что нарушение, что нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание, может повлечь привлечение к уголовной ответственности, предусмотренной статьей 236 Уголовного кодекса Российской Федерации.

Медицинским сотрудником мне предоставлены информационные материалы по вопросам ухода за пациентами больными новой коронавирусной инфекцией COVID-19 и общими рекомендациями по защите от инфекций, передающихся воздушно-капельным и контактным путем, их содержание мне разъяснено и полностью понятно.

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина, контактный телефон)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) гражданина или законного представителя гражданина)

_____ _____
(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии) медицинского работника)

“____” _____ _____ г.
(дата оформления)

11 .Дополнить приказ приложением № 9 следующего содержания:

«Приложение № 9
к приказу
Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н
«О временном порядке организации
работы медицинских организаций
в целях реализации мер по профилактике

и снижению рисков распространения
новой коронавирусной инфекции COVID-19»

Порядок организации дополнительной подготовки медицинских работников в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19

1. Настоящий порядок определяет правила организации дополнительной подготовки медицинских работников в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

2. Руководителям медицинских организаций следует:

информировать медицинских работников о необходимости освоения информационных материалов и интерактивных образовательных модулей по актуальным вопросам новой коронавирусной инфекции, которые размещены на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России (https://edu.rosminzdrav.ru, далее – Портал) в разделе «Материалы по новой коронавирусной инфекции COVID-19» (далее – информационные материалы и модули);

организовать освоение медицинскими работниками информационных материалов и модулей.

3. На Портале размещаются информационные материалы и модули в:

подразделе № 1 – обязательные для освоения всеми медицинскими работниками;

подразделе № 2 – обязательные для освоения медицинскими работниками в соответствии с профилем оказываемой медицинской помощи и с учетом особенностей трудовых функций, выполняемых медицинским работником.

4. Медицинские работники, зарегистрированные на Портале, осуществляют освоение информационных материалов и модулей через личный кабинет специалиста с высшим медицинским образованием или со средним профессиональным медицинским образованием. Освоение модулей считается подтвержденным при условии прохождения тестирования.».

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

П Р И К А З

02.04.2020 № 264н

МИНИСТЕРСТВО ЮСТИЦИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ЗАРЕГИСТРИРОВАНО
Регистрационный № 57956
Москва
от 03 апреля 2020.

О внесении изменений
в приказ Министерства здравоохранения
Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н
«О временном порядке организации работы медицинских организаций
в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков
распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»

В соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2019, № 52, ст. 7836) и подпунктом 5.2.208 Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 19 июня 2012 г. № 608 (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, № 26, ст. 3526), п р и к а з ы в а ю:

1. Внести изменения в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 марта 2020 г., регистрационный № 57786), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 марта 2020 г. № 246н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 марта 2020 г., регистрационный № 57860), согласно приложению.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его опубликования.

Министр М.А.Мурашко

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «2» апреля 2020 г. № 264н

Изменения,
которые вносятся в приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19»

1. Пункт 6 приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19 марта 2020 г. № 198н «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19» (далее – приказ) дополнить абзацем следующего содержания:

«минимальные требования к осуществлению медицинской деятельности, направленной на профилактику, диагностику и лечение новой коронавирусной инфекции COVID-19, согласно приложению № 10.».

2. В приложении № 3 к приказу:

а) пункт 1 дополнить подпунктом 1.12 следующего содержания:

«1.12. Организуют выдачу направления на госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме исключительно лечащим врачом медицинской организации, выбранной гражданином для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.»;

б) пункт 2 дополнить подпунктами 2.18 и 2.19 следующего содержания:

«2.18. Предоставление информации о пациентах с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции (COVID-19) и контактировавших с ними лицах (со слов пациента) в информационный ресурс учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с Временными правилами учета информации в целях предотвращения распространения

новой коронавирусной инфекции (COVID-19), утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 г. № 373[1].

2.19. Выдачу направления на госпитализацию для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме исключительно гражданам, выбравшим данную медицинскую организацию для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в соответствии с законодательством Российской Федерации.».

3. В приложении № 4 к приказу признать утратившей силу позицию:

«

	Активный патронаж выездными бригадами скорой медицинской помощи к пациентам, прибывшим из стран, в которых зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции COVID-19	Тактика: - изоляция на дому на 14 дней - взятие биоматериала (мазок из носо- и ротоглотки) (1 день) - контроль взятия мазка через 1 день - назначения лечения - выдача листка нетрудоспособности на 14 дней	Тактика: - изоляция на дому на 14 дней - выдача листка нетрудоспособности на 14 дней Врач обязан проинформировать пациента о нижеследующем: - При посещении пациенту даются разъяснения о том, что он обязан находиться дома и ему запрещается покидать его. - В случае появления симптомов ОРВИ или других заболеваний пациент вызывает врача на дом.

».

4. В приложении № 5 к приказу:

а) пункт 1 дополнить подпунктом 1.11 следующего содержания:

«1.11. Организовать госпитализацию пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме исключительно при наличии направления на госпитализацию, выданного лечащим врачом медицинской организации, выбранной гражданином для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья или федеральным органом государственной власти.»;

б) пункт 2 дополнить подпунктами 2.15 и 2.16 следующего содержания:

«2.15. Предоставление информации о пациентах с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 и пациентах, госпитализированных с признаками пневмонии, а также о контактировавших

---

[1] Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 2020, 2 апреля, № 0001202004020012

с ними лицах (со слов пациента), в информационный ресурс учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с Временными правилами учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 г. № 373.

2.16. Госпитализацию пациентов для оказания специализированной медицинской помощи в плановой форме исключительно при наличии направления на госпитализацию, выданного лечащим врачом медицинской организации, выбранной гражданином для оказания медицинской помощи в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, а также органом государственной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья или федеральным органом государственной власти.».

5. Пункт 1 приложения № 8 дополнить абзацем восьмым следующего содержания:

«осуществляет предоставление информации о пациенте и контактировавших с ним лицах (со слов пациента) в информационный ресурс учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с Временными правилами учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 г. № 373.

6. Дополнить приказ приложением № 10 следующего содержания:

«Приложение № 10
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 19 марта 2020 г. № 198н

**Минимальные требования
к осуществлению медицинской деятельности, направленной
на профилактику, диагностику и лечение
новой коронавирусной инфекции COVID-19**

1. Настоящие Минимальные требования определяют порядок организации деятельности медицинских организаций и их структурных подразделений, оказывающих медицинскую помощь пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в стационарных условиях (далее –

структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19).

2. Структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19 размещается в отдельном здании или комплексе зданий медицинской организации.

При отсутствии возможности выделения отдельного здания допускается размещение структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 в одном здании с другими структурными подразделениями медицинской организации при наличии возможности разделения потоков пациентов и работников (отдельных входов, изолированных от других помещений), а также наличии изолированной приточно-вытяжной вентиляционной системы или возможности ее изоляции.

3. Структурные подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 рекомендуется создавать в медицинских организациях, имеющих лицензию на осуществление медицинской деятельности, предусматривающую работы (услуги) по «рентгенологии», «клинической лабораторной диагностике» или «лабораторной диагностике», «функциональной диагностике», «ультразвуковой диагностике», «эндоскопии», «анестезиологии и реаниматологии».

4. Структура и штатная численность структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 устанавливаются руководителем медицинской организации, исходя из объемов оказываемой медицинской помощи.

Руководитель медицинской организации утверждает временное штатное расписание медицинской организации и осуществляет перераспределение функциональных обязанностей медицинских работников на основании дополнительных соглашений к трудовым договорам.

5. На должности медицинских работников структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 назначаются медицинские работники, имеющие высшее образование, соответствующее квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием[2], или среднее профессиональное образование, соответствующее квалификационным требованиям к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским

---

[2] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 октября 2015 г., регистрационный № 39438) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 июня 2017 г. № 328н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 июля 2017 г., регистрационный № 47273).

и фармацевтическим образованием[3], допущенные к осуществлению медицинской деятельности в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

На должности медицинских работников структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 также могут назначаться педагогические и научные работники, имеющие сертификат специалиста или прошедшие аккредитацию специалиста, допущенные к осуществлению медицинской деятельности в соответствии с частью 2.1 статьи 69 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», а также лица, не завершившие освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, лица с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием для осуществления медицинской деятельности на должностях среднего медицинского персонала в порядке, установленном приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 27 июня 2016 г. № 419н «Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 июля 2016 г., регистрационный № 42977).

6. Допускается привлечение к оказанию медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19:

врачей-специалистов по специальностям, не предусмотренным сертификатом специалиста или свидетельством об аккредитации специалиста, под контролем врача-инфекциониста после прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов);

врачей-специалистов для оказания медицинской помощи пациентам, нуждающимся в неинвазивной искусственной вентиляции легких, под контролем врача-анестезиолога-реаниматолога после прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов);

---

[3] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 февраля 2016 г. № 83н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам со средним медицинским и фармацевтическим образованием» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 марта 2016 г., регистрационный № 41337).

врачей-специалистов хирургического профиля к оказанию медицинской помощи пациентам, нуждающимся в проведении инвазивной искусственной вентиляции легких, под контролем врача-анестезиолога-реаниматолога после прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов);

лиц, имеющих медицинское образование, не работавших по своей специальности более пяти лет, в соответствии с ранее полученной специальностью, после прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов) с трудоустройством на должность врача-стажера[4];

лиц, обучающихся по программам высшего медицинского образования (уровень ординатуры) по одной из специальностей укрупненной группы специальностей «Клиническая медицина»[5], после прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов) с трудоустройством на должность врача-стажера;

лиц, обучающихся по программам высшего медицинского образования (уровень ординатуры) по специальности «анестезиология-реаниматология», к оказанию медицинской помощи пациентам, требующим искусственной вентиляции легких, после прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов) под контролем врача-анестезиолога-реаниматолога с трудоустройством на должность врача-стажера;

---

[4] Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 марта 2013 г., регистрационный № 27723) с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 августа 2014 г. № 420н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 августа 2014 г., регистрационный № 33591).

[5] Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 октября 2013 г., регистрационный № 30163) с изменениями, внесенными приказами Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 января 2014 г. № 63 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 февраля 2014 г., регистрационный № 31448), от 20 августа 2014 г. № 1033 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 сентября 2014 г., регистрационный № 33947), от 13 октября 2014 г. № 1313 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 13 ноября 2014 г., регистрационный № 34691), от 25 марта 2015 г. № 270 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 22 апреля 2015 г., регистрационный № 36994), от 1 октября 2015 г. № 1080 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 октября 2015 г., регистрационный № 39335), от 1 декабря 2016 г. № 1508 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 20 декабря 2016 г., регистрационный № 44807), от 10 апреля 2017 г. № 320 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 10 мая 2017 г., регистрационный № 46662), от 11 апреля 2017 г. № 328 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 июня 2017 г., регистрационный № 47167), от 23 марта 2018 г. № 210 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11 апреля 2018 г., регистрационный № 50727) и от 30 августа 2019 г. № 664 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 сентября 2016 г., регистрационный № 56026).

лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, а также лиц, освоивших образовательную программу высшего медицинского или фармацевтического образования в объеме трех курсов и более, после прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов) на должности специалистов со средним медицинским образованием под контролем старшей медицинской сестры;

лиц, обучающихся на выпускных курсах по программам среднего профессионального образования по одной из специальностей укрупненной группы специальностей «Клиническая медицина»[6], после прохождения обучения по краткосрочным дополнительным профессиональным программам (не менее 36 часов) на должности специалистов со средним медицинским образованием под контролем старшей медицинской сестры.

7. Лица, указанные в пунктах 5 и 6 настоящих Минимальных требований, проходят дополнительную подготовку по реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, предусмотренную приложением № 9 к настоящему приказу.

8. Лица, указанные в пунктах 5 и 6 настоящих Минимальных требований, не состоящие в трудовых отношениях с медицинской организацией, в которой создано структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19, а также добровольцы (волонтеры) не могут привлекаться к оказанию медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

9. Структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19 осуществляет следующие функции:

оказание специализированной медицинской помощи пациентам с новой коронавирусной инфекцией COVID-19 в условиях противоэпидемического режима, обеспечивающего защиту от случаев внутрибольничного инфицирования и недопущение распространения инфекции за пределы структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19;

---

[6] Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 29 октября 2013 г. № 1199 «Об утверждении перечней профессий и специальностей среднего профессионального образования» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 26 декабря 2013, регистрационный № 30861) с изменениями, внесенными приказами Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 мая 2014 г. № 518 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 28 мая 2014 г., регистрационный № 32461), от 18 ноября 2015 г. № 1350 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 3 декабря 2015 г., регистрационный № 39955) и от 25 ноября 2016 № 1477 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 декабря 2016 г., регистрационный № 44662).

анализ медицинской деятельности, изучение отдельных результатов лечения пациентов с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, а также причин летальных исходов;

своевременное предоставление информации о заболеваемости новой коронавирусной инфекцией COVID-19, о пациентах с подтвержденным диагнозом новой коронавирусной инфекции COVID-19 или с подозрением на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, о контактировавших с ними лицах и иной информации, связанной с новой коронавирусной инфекцией COVID-19, в том числе в информационный ресурс учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в соответствии с Временными правилами учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19), утвержденными постановлением Правительства Российской Федерации от 31 марта 2020 г. № 373.

10. В структурном подразделении медицинской организации для лечения COVID-19 обеспечивается возможность проведения рентгенографии органов грудной клетки, ультразвукового исследования брюшной полости, плевральной полости, сердечно-сосудистой системы, фибробронхоскопии, общего анализа крови, общего анализа мочи, исследования газов крови, комплексного исследования функции внешнего дыхания.

В структурном подразделении медицинской организации для лечения COVID-19 рекомендуется обеспечить возможность проведения компьютерной томографии легких, диагностики с использованием методов амплификации нуклеиновых кислот.

11. В структурном подразделении медицинской организации для лечения COVID-19 рекомендуемое количество коек, обеспеченных системой централизованного снабжения медицинскими газами с возможностью монтажа клапанной системы или медицинской консоли, составляет 70% от общего коечного фонда.

При отсутствии системы централизованного снабжения медицинскими газами структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19 оснащается концентраторами кислорода с функцией сжатого воздуха и вакуума из расчета одна установка на 1 - 2 койки.

В структуре коечного фонда, обеспеченного системой централизованного снабжения медицинскими газами с возможностью монтажа клапанной системы или медицинской консоли, рекомендуется выделять:

не менее 50 % коек для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, не требующих искусственной вентиляции легких;

25 % коек для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, требующих проведения неинвазивной вентиляции легких;

25 % коек для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, требующих проведения инвазивной искусственной вентиляции легких.

Орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья определяет структуру коечного фонда в зависимости от эпидемиологической ситуации.

12. Обращение (сбор, хранение, обеззараживание, обезвреживание, транспортировка) с отходами, образующимися при осуществлении медицинской деятельности структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19, проводится в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами класса опасности В.

13. Питание пациентов в структурном подразделении медицинской организации для лечения COVID-19 рекомендуется организовывать с использованием одноразовой посуды с последующей ее утилизацией в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

14. В структурном подразделении медицинской организации для лечения COVID-19 необходимо предусматривать:

центральное стерилизационное отделение;

площадку для обработки санитарного транспорта;

оборудование шлюзов на вход и выход;

кислородную станцию или рампу;

блокировку сточных вод и их санитарную обработку (за исключением случаев отсутствия технической возможности блокировки сточных вод и их санитарной обработки).

15. В структурном подразделении медицинской организации для лечения COVID-19 обеспечивается техническая возможность предоставления информации в информационный ресурс учета информации в целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19).

16. Структурное подразделение медицинской организации для лечения COVID-19 оснащается в соответствии с Минимальными требованиями к оснащению структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19, предусмотренными приложением к настоящим Минимальным требованиям.

17. Медицинские и иные работники структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 обеспечиваются средствами индивидуальной защиты (очки, одноразовые перчатки,

респиратор, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы) исходя из расчета суточной потребности по следующей формуле:

$$СПСИЗ = (2,5 \times кМРС) + 15\% кАХЧ,$$

где:

СПСИЗ – суточная потребность в средствах индивидуальной защиты, ед.;

кМРС – количество медицинских работников в смену, чел.;

кАХЧ – количество работников административно-хозяйственной части, чел.

18. Охрану структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19 рекомендуется осуществлять во взаимодействии с войсками национальной гвардии Российской Федерации.

Приложение
к минимальным требованиям
к осуществлению медицинской деятельности,
направленной на профилактику, диагностику
и лечение новой коронавирусной инфекции
COVID-19

Минимальные требования к оснащению структурного подразделения медицинской организации для лечения COVID-19

Оснащение в расчете на койки для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, не требующих проведения искусственной вентиляции легких		
№ п/п	**Наименование оборудования**	**Количество**
1.	Рабочее место врача, медицинской сестры (круглосуточный пост)	1 на 6 коек
2.	Лицевая маска или носовая канюля для оксигенотерапии	по числу коек
3.	Увлажнители кислорода	по числу коек
4.	Пульсоксиметр	по числу постов
5.	Аппарат для измерения артериального давления	1 на пост
6.	Термометр медицинский	по числу коек
Оснащение в расчете на койки для пациентов, находящихся		

в тяжелом состоянии, требующих проведения неинвазивной вентиляции легких		
1.	Рабочее место врача, медицинской сестры (круглосуточный пост)	1 на 6 коек
2.	Аппарат искусственной вентиляции легких	по числу коек
3.	Лицевая маска или носовая канюля для оксигенотерапии	на 1 пациента – 2 размера маски на 14 дней
4.	Лицевая маска для неинвазивной вентиляции легких	на 1 пациента – 2 размера маски на 14 дней
5.	Монитор на пациента (неинвазивное артериальное давление, электрокардиограмма, частота дыхания, температура – 1 канал, оксиметрия, капнометрия, сердечный выброс)	1 на 3 койки
6.	Шприцевой насос	не менее 1
7.	Аспиратор электрический	не менее 1
8.	Увлажнитель кислорода	по числу коек
9.	Пульсоксиметр	не менее 2 на пост
10.	Аппарат для определения газов крови	не менее 1
11.	Аппарат для измерения артериального давления	1 на пост
12.	Термометр медицинский	по числу коек
Оснащение в расчете на койки для пациентов, находящихся в тяжелом состоянии, требующих проведения инвазивной вентиляции легких[1]		
1.	Рабочее место врача, медицинской сестры (круглосуточный пост)	1 на 6 коек
2.	Аппарат искусственной вентиляции легких	по числу коек
3.	Лицевая маска или носовая канюля для оксигенотерапии	по числу коек
4.	Монитор на пациента (неинвазивное артериальное давление, инвазивное артериальное давление – 2 канала, электрокардиограмма, частота дыхания,	по числу коек

[1] Организуются в структурных подразделениях медицинской организации, оказывающих медицинскую помощь по профилю «анестезиология и реаниматология» (в том числе операционных).

	температура – 2 канала, оксиметрия, капнометрия, сердечный выброс)	
5.	Аспиратор электрический	по числу коек
6.	Шприцевой насос	не менее 2
7.	Аппарат для определения газов крови	не менее 1».

».

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ФОНД ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ

ПИСЬМО

от 25 марта 2020 г. N 11-8/и/2-3524/4059/30/и

Министерство здравоохранения Российской Федерации совместно с Федеральным фондом обязательного медицинского страхования в целях исполнения распоряжения Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 N 710-р и приказа Минздрава России от 19.03.2020 N 198н (зарегистрирован Минюстом России 19.03.2020 N 57786) о реализации мероприятий, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19 на территории Российской Федерации, а также на диагностику, лечение и снижение смертности населения Российской Федерации, вызванной COVID-19 (далее - особые меры), сообщает:

1. Медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, организуют приоритетное оказание медицинской помощи на дому, обеспечивая возможность оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинской организации лицам, вернувшимся с территорий, где зарегистрированы случаи заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19.

Оказание медицинской помощи застрахованным лицам, вернувшимся с территорий, где зарегистрированы случаи заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19, в случаях не подтвержденного диагноза, учитывается по коду Международной классификации болезней МКБ-10 Z20.8 "Контакт с больным или возможность заражения другими инфекционными болезнями".

В случаях наличия подтвержденного диагноза, в реестрах счетов указывается код МКБ-10 соответствующего заболевания.

2. В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 21.03.2020 N 710-р временно приостанавливается проведение предусмотренных распоряжением Правительства Российской Федерации от 27.06.2019 N 1391-р Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации, а также профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, до отмены решения.

При организации оказания населению медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации рекомендуется также рассмотреть возможность переноса сроков оказания плановой медицинской помощи, в том числе в условиях дневного стационара.

Медицинская помощь, в случае обращения пациентов, состоящих на диспансерном наблюдении, в том числе в связи с онкологическими заболеваниями, болезнями сердечно-сосудистой и эндокринной системы, в медицинские организации, оказывающие первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, организуется в соответствии с периодичностью, установленной порядками оказания медицинской помощи, с учетом необходимости принятия мер, направленных на недопущение распространения заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19, а также при обеспечении приоритетного обслуживания граждан на дому и соблюдения предельных сроков, на который могут быть выписаны рецепты на лекарственные препараты.

3. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения, территориальным фондам ОМС, страховым медицинским организациям обеспечить размещение информационных материалов о временном приостановлении проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе на телевидении, радио и в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

4. Страховым медицинским организациям следует приостановить индивидуальное информирование застрахованных лиц о праве прохождения профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, функционирование постов и визитов страховых представителей страховых медицинских организаций в медицинские организации и письменно уведомить об этом территориальный фонд ОМС.

- обеспечить информирование о временном приостановлении проведения профилактических мероприятий, а также необходимости соблюдать меры профилактики в целях недопущения распространения заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19.

Организация информационного сопровождения застрахованных лиц на всех этапах оказания им медицинской помощи осуществляется страховыми медицинскими организациями должна осуществляться посредством использования электронной почты, почтовых отправлений на бумажном носителе или телефонных сообщений (организации "Горячей линии").

5. На период реализации на территории субъекта Российской Федерации мероприятий, направленных на предотвращение распространения коронавирусной инфекции COVID-19, территориальным фондам ОМС и страховым медицинским организациям необходимо обеспечить проведение контроля объемов, сроков, качества и условий предоставления медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию в следующем порядке:

- медико-экономический контроль - по всем случаям оказания медицинской помощи;

- целевую медико-экономическую экспертизу и экспертизу качества медицинской помощи - в случае поступления обращения гражданина по конкретному случаю оказания медицинской помощи;

- целевую медико-экономическую экспертизу - по всем случаям оказания медицинской помощи при онкологических заболеваниях с применением лекарственной противоопухолевой терапии.

Территориальные фонды обязательного медицинского страхования и страховые медицинские организации приостанавливают проведение плановых медико-экономических экспертиз и

экспертиз качества медицинской помощи, в том числе тематических, на период реализации на территории субъекта Российской Федерации мероприятий, направленных на предотвращение распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19, до отмены решения об особых мерах.

При этом страховые медицинские организации вправе инициировать внесение изменений в планы контроля медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по договорам на оказание и оплату медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, по согласованию с территориальным фондом ОМС.

Медицинская организация вправе принять решение о предоставлении медицинской документации непосредственно в страховую медицинскую организацию.

6. При оплате медицинской помощи применяются способы оплаты медицинской помощи, установленные территориальной программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в субъекте Российской Федерации. Оплата осуществляется в соответствии с порядком оплаты медицинской помощи по обязательному медицинскому страхованию, установленными приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28.02.2019 N 108н и 24.12.2012 N 1355н.

Комиссиям по разработке территориальных программ обязательного медицинского страхования в субъектах Российской Федерации рекомендуется обеспечить своевременное перераспределение объемов медицинской помощи между медицинскими организациями с учетом изменения маршрутизации пациентов.

Министр здравоохранения
Российской Федерации
М.А.МУРАШКО

Председатель
Федерального фонда обязательного
медицинского страхования
Е.Е.ЧЕРНЯКОВА

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 31 января 2020 г. N 66

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЯ В ПЕРЕЧЕНЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПРЕДСТАВЛЯЮЩИХ ОПАСНОСТЬ ДЛЯ ОКРУЖАЮЩИХ

Правительство Российской Федерации постановляет:

Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, утвержденный постановлением Правительства Российской Федерации от 1 декабря 2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2004, N 49, ст. 4916), дополнить пунктом 16 следующего содержания:

"16. B 34.2 коронавирусная инфекция (2019-nCoV)".

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 14 марта 2020 г. N 285

О КООРДИНАЦИОННОМ СОВЕТЕ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО БОРЬБЕ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Список изменяющих документов
(в ред. Постановлений Правительства РФ от 16.03.2020 N 288,
от 18.03.2020 N 295)

Правительство Российской Федерации постановляет:

1. В связи с масштабным распространением новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в мире и объявлением Всемирной организацией здравоохранения пандемии новой коронавирусной инфекции образовать Координационный совет при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации.

2. Утвердить прилагаемое Положение о Координационном совете при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

Утверждено
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 14 марта 2020 г. N 285

ПОЛОЖЕНИЕ

О КООРДИНАЦИОННОМ СОВЕТЕ ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО БОРЬБЕ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Список изменяющих документов
(в ред. Постановлений Правительства РФ от 16.03.2020 N 288,
от 18.03.2020 N 295)

1. Координационный совет при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации (далее - Совет) образован в целях обеспечения взаимодействия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, других органов и организаций при рассмотрении вопросов, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции.

2. Совет в своей деятельности руководствуется Конституцией Российской Федерации, федеральными конституционными законами, федеральными законами, актами Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации, а также настоящим Положением.

3. Состав Совета утверждается Правительством Российской Федерации.

4. Основными задачами Совета являются:

а) рассмотрение проблем, угроз и вызовов, связанных с распространением новой коронавирусной инфекции;

б) выработка предложений по проведению мероприятий, направленных на борьбу с распространением новой коронавирусной инфекции;

в) организация взаимодействия федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, других органов и организаций по вопросам реализации мероприятий, направленных на борьбу с распространением новой коронавирусной инфекции.

5. Совет для решения возложенных на него задач имеет право:

а) запрашивать в установленном порядке необходимые материалы у федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, общественных объединений, других органов и организаций;

б) приглашать на свои заседания должностных лиц федеральных органов государственной власти, органов государственной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, представителей других органов и организаций;

в) направлять своих представителей для участия в проводимых федеральными органами государственной власти, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, другими органами и организациями мероприятиях, на которых обсуждаются вопросы, касающиеся распространения новой коронавирусной инфекции;

г) привлекать к работе Совета специалистов в соответствующих сферах.

6. Совет формируется в составе председателя Совета, первого заместителя председателя Совета, заместителей председателя Совета, заместителя председателя Совета - ответственного секретаря Совета, а также членов Совета. Члены Совета принимают участие в его работе на общественных началах.
(в ред. Постановления Правительства РФ от 16.03.2020 N 288)

В состав Совета в качестве его рабочего органа входит президиум Совета.
(абзац введен Постановлением Правительства РФ от 18.03.2020 N 295)

7. Председателем Совета (президиума Совета) является Председатель Правительства Российской Федерации.
(в ред. Постановления Правительства РФ от 18.03.2020 N 295)

8. Заседания Совета (президиума Совета) проводятся по мере необходимости.
(в ред. Постановления Правительства РФ от 18.03.2020 N 295)

9. Заседание Совета проводит председатель Совета либо по его поручению заместитель председателя Совета.

10. Решения Совета (президиума Совета) оформляются протоколом, который подписывается председательствующим на заседании Совета (президиума Совета).
(в ред. Постановления Правительства РФ от 18.03.2020 N 295)

11. Решения Совета направляются в Совет Федерации Федерального Собрания Российской Федерации, Государственную Думу Федерального Собрания Российской Федерации, федеральным органам исполнительной власти и высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации.

12. Информация о решениях, принятых Советом (президиумом Совета), за исключением сведений, составляющих государственную и иную охраняемую законом тайну, размещается в информационных системах общего пользования.
(в ред. Постановления Правительства РФ от 18.03.2020 N 295)

13. Решения Совета (президиума Совета), принятые в соответствии с его компетенцией, являются обязательными для исполнения представленными в нем органами исполнительной власти и организациями.
(в ред. Постановления Правительства РФ от 18.03.2020 N 295)

14. Организационно-техническое обеспечение деятельности Совета (президиума Совета) осуществляет Аппарат Правительства Российской Федерации.
(в ред. Постановления Правительства РФ от 18.03.2020 N 295)

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 18 марта 2020 г. N 294

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ВРЕМЕННЫХ ПРАВИЛ ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СЛУЧАЕ КАРАНТИНА

В целях предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции в Российской Федерации и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации, а также в целях принятия мер по реализации прав граждан на охрану здоровья Правительство Российской Федерации постановляет:

1. Утвердить прилагаемые Временные правила оформления листков нетрудоспособности, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности в случае карантина.

2. Настоящее постановление вступает в силу с 20 марта 2020 г. и действует до 1 июля 2020 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

Утверждены
постановлением Правительства
Российской Федерации
от 18 марта 2020 г. N 294

ВРЕМЕННЫЕ ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ ЛИСТКОВ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ, НАЗНАЧЕНИЯ И ВЫПЛАТЫ ПОСОБИЙ ПО ВРЕМЕННОЙ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ В СЛУЧАЕ КАРАНТИНА

1. Настоящие Временные правила определяют порядок оформления листков нетрудоспособности, назначения и выплаты пособий по временной нетрудоспособности лицам, подлежащим обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством (далее соответственно - застрахованные лица, пособие по временной нетрудоспособности), в период нахождения на карантине в связи с распространением новой

коронавирусной инфекции (2019-nCoV).

2. Настоящие Временные правила распространяются на застрахованных лиц, прибывших в Российскую Федерацию с территории стран, где зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией (2019-nCoV), а также на проживающих совместно с ними застрахованных лиц.

3. Назначение и выплата пособия по временной нетрудоспособности осуществляется на основании листка нетрудоспособности, сформированного и размещенного в информационной системе Фонда социального страхования Российской Федерации (далее - Фонд), в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией, уполномоченной органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере здравоохранения (далее соответственно - уполномоченная медицинская организация, электронный листок нетрудоспособности).

4. Субъекты Российской Федерации определяют перечень уполномоченных медицинских организаций, которые централизованно обеспечивают дистанционную выдачу и оформление электронных листков нетрудоспособности (не более 3 организаций в каждом субъекте Российской Федерации), и направляют перечень уполномоченных медицинских организаций в Министерство здравоохранения Российской Федерации в течение 2 рабочих дней после вступления в силу настоящих Временных правил.

5. Министерство здравоохранения Российской Федерации направляет перечень уполномоченных медицинских организаций в Фонд для осуществления им доступа к информационной системе, в которой осуществляется обработка заявлений о выдаче электронного листка нетрудоспособности в день получения перечня уполномоченных медицинских организаций в соответствии с пунктом 4 настоящих Временных правил.

6. Для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности застрахованное лицо направляет заявление о выдаче электронного листка нетрудоспособности, а также иные документы (сведения), указанные в пункте 7 настоящих Временных правил, посредством личного кабинета застрахованного лица, доступ к которому обеспечивается посредством единой системы идентификации и аутентификации.

Заявление о выдаче электронного листка нетрудоспособности может быть подано лицом, зарегистрированным в единой системе идентификации и аутентификации, за другое застрахованное лицо, не зарегистрированное в указанной системе, с его согласия.

В заявлении о выдаче электронного листка нетрудоспособности указываются:

фамилия, имя, отчество (при наличии);

дата рождения;

адрес места жительства (места пребывания);

страховой номер индивидуального лицевого счета в системе обязательного пенсионного страхования;

номер полиса обязательного медицинского страхования;

номер и дата выдачи паспорта гражданина Российской Федерации, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации;

сведения о согласии совместно проживающего лица, не зарегистрированного в единой системе идентификации и аутентификации, на подачу заявления о выдаче электронного листка нетрудоспособности от его имени;

иные сведения, необходимые для подтверждения факта совместного проживания.

7. К заявлению о выдаче электронного листка нетрудоспособности представляются следующие документы (сведения):

электронные образы страниц паспорта гражданина Российской Федерации, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации, подтверждающих пересечение застрахованным лицом государственной границы Российской Федерации (первый лист с фотографией, страницы с отметками о пересечении государственной границы Российской Федерации);

электронный проездной документ (билет) или электронный образ проездного документа или иных документов, подтверждающих пребывание на территории иностранного государства (при отсутствии отметки о пересечении границы Российской Федерации в паспорте гражданина Российской Федерации, удостоверяющего личность гражданина Российской Федерации за пределами Российской Федерации);

электронные образы документов, подтверждающих совместное проживание с лицами, прибывшими в Российскую Федерацию с территории стран, где зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией (2019-nCoV), - для проживающих совместно с застрахованными лицами, прибывшими в Российскую Федерацию с территории стран, где зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией (2019-nCoV).

8. Фонд обеспечивает передачу заявления и иных прилагающихся к нему документов (сведений), указанных в пункте 7 настоящих Временных правил, в уполномоченные медицинские организации в день получения документов от Фонда.

9. Уполномоченная медицинская организация не позднее следующего рабочего дня после получения информации от Фонда принимает решение о выдаче (формировании) электронного листка нетрудоспособности единовременно на 14 календарных дней на основании полученного заявления о выдаче электронного листка нетрудоспособности застрахованного лица и прилагающихся к нему документов (сведений), указанных в пункте 7 настоящих Временных правил.

10. Назначение и выплата пособия по временной нетрудоспособности в случае карантина осуществляются территориальными органами Фонда по месту регистрации страхователя.

11. В течение одного рабочего дня со дня получения информации о формировании медицинской организацией электронного листка нетрудоспособности Фонд осуществляет идентификацию страхователя застрахованного лица, в том числе с использованием страхового номера индивидуального лицевого счета застрахованного лица в системе индивидуального (персонифицированного) учета, посредством направления запроса в информационную систему Пенсионного фонда Российской Федерации.

12. После идентификации страхователя Фонд запрашивает у страхователя сведения,

необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности, в электронной форме.

13. Застрахованное лицо вправе самостоятельно сообщить страхователю по месту работы (службы, иной деятельности) номер сформированного ему электронного листка нетрудоспособности.

14. Страхователь в течение 2 рабочих дней со дня получения запроса от Фонда или сообщения застрахованным лицом номера сформированного ему электронного листка нетрудоспособности представляет в территориальный орган Фонда документы (сведения), необходимые для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности, в соответствии с Положением об особенностях назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и иных выплат в субъектах Российской Федерации, участвующих в реализации пилотного проекта, утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 21 апреля 2011 г. N 294 "Об особенностях финансового обеспечения, назначения и выплаты в 2012 - 2020 годах территориальными органами Фонда социального страхования Российской Федерации застрахованным лицам страхового обеспечения по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний, осуществления иных выплат и возмещения расходов страхователя на предупредительные меры по сокращению производственного травматизма и профессиональных заболеваний работников, а также об особенностях уплаты страховых взносов по обязательному социальному страхованию на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством и по обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний".

15. Фонд осуществляет назначение и выплату пособий по временной нетрудоспособности в следующие сроки:

за первые 7 календарных дней временной нетрудоспособности - в течение одного рабочего дня со дня получения от страхователя документов (сведений), необходимых для назначения и выплаты пособия по временной нетрудоспособности, но не позднее окончания 7-го календарного дня временной нетрудоспособности;

за последующие календарные дни временной нетрудоспособности - в течение одного календарного дня со дня окончания временной нетрудоспособности.

16. В случае оформления медицинской организацией листков нетрудоспособности на основании проведенной в очной форме фельдшером или врачом экспертизы временной нетрудоспособности (по основанию (2019-nCoV) медицинская организация осуществляет передачу в Фонд информации о выдаче (формировании) электронного листка временной нетрудоспособности не позднее следующего рабочего дня после его оформления для осуществления Фондом действий в соответствии с настоящими Временными правилами.

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 14 марта 2020 г. N 623-р

Список изменяющих документов
(в ред. распоряжений Правительства РФ от 16.03.2020 N 634-р,
от 18.03.2020 N 650-р)

Утвердить прилагаемый состав Координационного совета при Правительстве Российской Федерации по борьбе с распространением новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

Утвержден
распоряжением Правительства
Российской Федерации
от 14 марта 2020 г. N 623-р

СОСТАВ

КООРДИНАЦИОННОГО СОВЕТА ПРИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО БОРЬБЕ С РАСПРОСТРАНЕНИЕМ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Список изменяющих документов
(в ред. распоряжений Правительства РФ от 16.03.2020 N 634-р,
от 18.03.2020 N 650-р)

Члены Координационного совета - президиум
Координационного совета

Мишустин М.В.	-	Председатель Правительства Российской Федерации (председатель Координационного совета, президиума

Координационного совета)

Белоусов А.Р.	-	Первый заместитель Председателя Правительства Российской Федерации (заместитель председателя Координационного совета)
Голикова Т.А.	-	Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации (заместитель председателя Координационного совета)
Чернышенко Д.Н.	-	Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации (заместитель председателя Координационного совета - ответственный секретарь Координационного совета)
Григоренко Д.Ю.	-	Заместитель Председателя Правительства Российской Федерации - Руководитель Аппарата Правительства Российской Федерации
Силуанов А.Г.	-	Министр финансов Российской Федерации

Члены Координационного совета

Собянин С.С.	-	Мэр Москвы (первый заместитель председателя Координационного совета)
Бортников А.В.	-	директор Федеральной службы безопасности Российской Федерации
Булавин В.И.	-	руководитель Федеральной таможенной службы
Булгаков Д.В.	-	заместитель Министра обороны Российской Федерации
Воробьев А.Ю.	-	Губернатор Московской области
Гогин Д.Ю.	-	руководитель Федерального агентства по государственным резервам
Данквертс С.А.	-	руководитель Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору
Дитрих Е.И.	-	Министр транспорта Российской Федерации
Дмитриев К.А.	-	генеральный директор акционерного общества "Управляющая компания Российского Фонда Прямых Инвестиций" (по согласованию)
Жуков А.Д.	-	Первый заместитель Председателя Государственной Думы Федерального Собрания Российской Федерации (по согласованию)
Журавлев Н.А.	-	заместитель Председателя Совета Федерации Федерального Собрания Российской Федерации (по согласованию)

Зиничев Е.Н.	-	Министр Российской Федерации по делам гражданской обороны, чрезвычайным ситуациям и ликвидации последствий стихийных бедствий
Золотов В.В.	-	директор Федеральной службы войск национальной гвардии Российской Федерации - главнокомандующий войсками национальной гвардии Российской Федерации
Колокольцев В.А.	-	Министр внутренних дел Российской Федерации
Краснов И.В.	-	Генеральный прокурор Российской Федерации (по согласованию)
Кривонос О.В.	-	заместитель Руководителя Аппарата Правительства Российской Федерации
Левин Л.Л.	-	заместитель Руководителя Аппарата Правительства Российской Федерации
Мантуров Д.В.	-	Министр промышленности и торговли Российской Федерации
Моргулов И.В.	-	заместитель Министра иностранных дел Российской Федерации
Мурашко М.А.	-	Министр здравоохранения Российской Федерации
Набиуллина Э.С.	-	Председатель Центрального банка Российской Федерации (по согласованию)
Нарышкин С.Е.	-	директор Службы внешней разведки Российской Федерации
Орешкин М.С.	-	помощник Президента Российской Федерации (по согласованию)
Патрушев Д.Н.	-	Министр сельского хозяйства Российской Федерации
Попова А.Ю.	-	руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
Решетников М.Г.	-	Министр экономического развития Российской Федерации
Сидоренко В.В.	-	первый заместитель Руководителя Аппарата Правительства Российской Федерации
Скворцова В.И.	-	руководитель Федерального медико-биологического агентства

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 16 марта 2020 г. N 635-р

Список изменяющих документов
(в ред. распоряжений Правительства РФ от 19.03.2020 N 671-р,
от 20.03.2020 N 685-р, от 25.03.2020 N 730-р)

В целях обеспечения безопасности государства, защиты здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации в соответствии с Законом Российской Федерации "О Государственной границе Российской Федерации", Федеральным законом "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", Федеральным законом "О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию" и Соглашением между Российской Федерацией и Республикой Беларусь об обеспечении равных прав граждан Российской Федерации и Республики Беларусь на свободу передвижения, выбор места пребывания и жительства на территориях государств - участников Союзного государства от 24 января 2006 г., а также соответствующими положениями иных применимых международных договоров Российской Федерации:

1. ФСБ России с 00 часов 00 минут по местному времени 18 марта 2020 г. до 00 часов 00 минут по местному времени 1 мая 2020 г. временно ограничить въезд в Российскую Федерацию иностранных граждан и лиц без гражданства, в том числе прибывающих с территории Республики Белоруссия, а также граждан Республики Белоруссия.

2. Положения пункта 1 настоящего распоряжения не применять в отношении:

аккредитованных или назначенных сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств в Российской Федерации, международных организаций и их представительств, иных официальных представительств иностранных государств, расположенных на территории Российской Федерации, должностных лиц Постоянного Комитета Союзного государства, а также членов семей указанных лиц, водителей грузовых автомобилей международного автомобильного сообщения, экипажей воздушных, морских и речных судов, поездных и локомотивных бригад международного железнодорожного сообщения, персонала, определенного международными соглашениями Российской Федерации в сфере железнодорожного транспорта, сотрудников Межправительственной фельдъегерской связи, членов официальных делегаций, въезжающих в Российскую Федерацию, при условии предъявления указанными лицами действительных документов, удостоверяющих их личность и признаваемых Российской Федерацией в этом качестве, и визы либо в безвизовом порядке в случаях, предусмотренных международными договорами Российской Федерации;

лиц, имеющих дипломатические, служебные либо обыкновенные частные визы, выданные в связи со смертью близкого родственника, а также обыкновенные частные визы, выданные по решению МИДа России;

граждан государств, в отношениях с которыми у Российской Федерации действуют

международные договоры о безвизовых поездках граждан, въезжающих в Российскую Федерацию в качестве курьеров дипломатической связи либо в связи со смертью близкого родственника, при условии предъявления действительных документов, удостоверяющих их личность и признаваемых Российской Федерацией в этом качестве, и копии свидетельства либо справки о смерти, а также документа, подтверждающего степень родства;

лиц, являющихся членами семьи (супругами, родителями, детьми, усыновителями, усыновленными), опекунами и попечителями граждан Российской Федерации, въезжающих в Российскую Федерацию, при условии предъявления действительных документов, удостоверяющих их личность и признаваемых Российской Федерацией в этом качестве, и визы либо в безвизовом порядке в случаях, предусмотренных международными договорами Российской Федерации, при условии предъявления копии документа, подтверждающего степень родства;

лиц, постоянно проживающих на территории Российской Федерации, а также следующих транзитом через воздушные пункты пропуска через государственную границу Российской Федерации без выхода за их пределы.
(п. 2 в ред. распоряжения Правительства РФ от 25.03.2020 N 730-р)

2(1). В связи с экономической и транспортной блокадой Украиной отдельных районов Донецкой и Луганской областей Украины, руководствуясь принципами гуманности, положения пункта 1 настоящего распоряжения не применять в отношении граждан Украины и лиц без гражданства, постоянно проживающих на территориях отдельных районов Донецкой и Луганской областей Украины, при наличии в паспорте гражданина Украины либо документе, удостоверяющем личность, предусмотренном Указом Президента Российской Федерации от 18 февраля 2017 г. N 74 "О признании в Российской Федерации документов и регистрационных знаков транспортных средств, выданных гражданам Украины и лицам без гражданства, постоянно проживающим на территориях отдельных районов Донецкой и Луганской областей Украины", отметки о регистрации по месту жительства на территории соответствующего района Донецкой или Луганской области Украины.
(п. 2(1) введен распоряжением Правительства РФ от 19.03.2020 N 671-р)

2(2). Роспотребнадзору и его территориальным органам обеспечить осуществление санитарно-карантинного контроля при въезде в Российскую Федерацию лиц, указанных в пункте 2(1) настоящего распоряжения.
(п. 2(2) введен распоряжением Правительства РФ от 19.03.2020 N 671-р)

3. Росавиации в суточный срок проинформировать соответствующие авиакомпании о предусмотренном пунктом 1 настоящего распоряжения временном ограничении въезда в Российскую Федерацию (с учетом положения пункта 2 настоящего распоряжения).

3(1). Минтрансу России проинформировать российские и иностранные транспортные компании о предусмотренных в настоящем распоряжении мерах.
(п. 3(1) введен распоряжением Правительства РФ от 25.03.2020 N 730-р)

4. МВД России и его территориальным органам временно приостановить прием документов, оформление и выдачу приглашений на въезд в Российскую Федерацию иностранным гражданам и лицам без гражданства, за исключением лиц, указанных в абзацах пятом и шестом пункта 2 настоящего распоряжения, а также разрешений на привлечение и использование иностранных работников и разрешений на работу иностранным гражданам, находящимся за пределами территории Российской Федерации.
(п. 4 в ред. распоряжения Правительства РФ от 25.03.2020 N 730-р)

5. МИДу России:

временно приостановить прием документов, оформление и выдачу иностранным гражданам и лицам без гражданства в дипломатических представительствах и консульских учреждениях Российской Федерации всех категорий виз, за исключением дипломатических, служебных, обыкновенных деловых и обыкновенных частных виз лицам, указанным в пункте 2 настоящего распоряжения;
(в ред. распоряжения Правительства РФ от 25.03.2020 N 730-р)

с 00 часов 00 минут по местному времени 18 марта 2020 г. временно приостановить оформление виз в форме электронного документа иностранным гражданам;

подготовить и внести в Правительство Российской Федерации предложения о порядке дальнейшего применения международных договоров Российской Федерации о безвизовых поездках граждан;

уведомить иностранные государства о предусмотренных мерах, подчеркнув, что они обоснованы особыми обстоятельствами и носят исключительно временный характер.

5(1). Положения пункта 1 настоящего распоряжения не применять в отношении граждан государств - участников Содружества Независимых Государств, Республики Абхазия и Республики Южная Осетия, прибывающих в Российскую Федерацию через воздушные пункты пропуска и убывающих в государства своего гражданства через воздушные пункты пропуска и другие пункты пропуска при следовании в государства своего гражданства иными видами транспорта. ФСБ России обеспечить пропуск через государственную границу Российской Федерации указанных граждан.
(п. 5(1) введен распоряжением Правительства РФ от 20.03.2020 N 685-р)

5(2). МИДу России и его территориальным органам обеспечить взаимодействие с дипломатическими представительствами и консульскими учреждениями государств - участников Содружества Независимых Государств, Республики Абхазия и Республики Южная Осетия в Российской Федерации в целях обеспечения организованного выезда из Российской Федерации лиц, указанных в пункте 5(1) настоящего распоряжения.
(п. 5(2) введен распоряжением Правительства РФ от 20.03.2020 N 685-р)

5(3). Роспотребнадзору и его территориальным органам обеспечить осуществление санитарно-карантинного контроля при нахождении на территории Российской Федерации лиц, указанных в пункте 5(1) настоящего распоряжения.
(п. 5(3) введен распоряжением Правительства РФ от 20.03.2020 N 685-р)

5(4). МВД России при необходимости обеспечить сопровождение автомобилями Госавтоинспекции до пунктов пропуска через государственную границу Российской Федерации указанных в пункте 5(1) настоящего распоряжения лиц, следующих в государства своего гражданства автомобильным транспортом.
(п. 5(4) введен распоряжением Правительства РФ от 20.03.2020 N 685-р)

КонсультантПлюс: примечание.
П. 6 вступил в силу с 18.03.2020.

6. Признать утратившими силу:

распоряжение Правительства Российской Федерации от 30 января 2020 г. N 140-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 5, ст. 569);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 г. N 153-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 5, ст. 580);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 г. N 154-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 5, ст. 581);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 3 февраля 2020 г. N 194-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 6, ст. 730);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 18 февраля 2020 г. N 338-р (Собрание законодательства Российской Федерации, 2020, N 8, ст. 1097);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 февраля 2020 г. N 446-р (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 28 февраля, N 0001202002280014);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 февраля 2020 г. N 447-р (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 28 февраля, N 0001202002280011);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 27 февраля 2020 г. N 448-р (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 28 февраля, N 0001202002280006);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 6 марта 2020 г. N 550-р (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 10 марта, N 0001202003100006);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 12 марта 2020 г. N 597-р (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 13 марта, N 0001202003130015);

распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 марта 2020 г. N 622-р (Официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 2020, 16 марта, N 0001202003160001).

7. Пункт 6 настоящего распоряжения вступает в силу с 18 марта 2020 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 18 марта 2020 г. N 648-р

1. Выделить из резервного фонда Правительства Российской Федерации в 2020 году бюджетные ассигнования:

а) Минздраву России - в размере 10223,4 млн. рублей на предоставление иных межбюджетных трансфертов из федерального бюджета бюджетам субъектов Российской Федерации на осуществление выплат стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку медицинским работникам, оказывающим медицинскую помощь гражданам, у которых выявлена новая коронавирусная инфекция, и лицам из групп риска заражения новой коронавирусной инфекцией;

б) Роспотребнадзору - в размере 1618,2 млн. рублей на предоставление из федерального бюджета субсидий на иные цели подведомственным организациям Роспотребнадзора на осуществление выплат стимулирующего характера лицам, работающим в усиленном режиме в связи с принимаемыми мерами по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции в Российской Федерации.

2. Минздраву России внести в Правительство Российской Федерации в установленном порядке проект акта Правительства Российской Федерации об утверждении Правил предоставления иных межбюджетных трансфертов на осуществление выплат, указанных в подпункте "а" пункта 1 настоящего распоряжения.

3. Минздраву России и Роспотребнадзору осуществлять контроль за целевым и эффективным использованием указанных в пункте 1 настоящего распоряжения бюджетных ассигнований с представлением доклада до 1 июля 2020 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 21 марта 2020 г. N 710-р

В целях обеспечения охраны здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) на территории Российской Федерации:

1. Временно приостановить проведение в соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 27 июня 2019 г. N 1391-р Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации.

2. Высшим исполнительным органам государственной власти субъектов Российской Федерации обеспечить временное приостановление проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации определенных групп взрослого населения в медицинских организациях, участвующих в реализации территориальных программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи.

3. Федеральному фонду обязательного медицинского страхования совместно с территориальными фондами обязательного медицинского страхования и страховыми медицинскими организациями, Росздравнадзору в рамках установленных полномочий осуществлять информирование населения о временном приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации.

4. В целях повышения информированности граждан о временном приостановлении проведения Всероссийской диспансеризации взрослого населения Российской Федерации Минздраву России, Минпросвещения России, Минобрнауки России, Минкомсвязи России, Минспорту России, Минтрансу России и Минтруду России обеспечить размещение информационных материалов о временном приостановлении проведения профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, в том числе на телевидении, радио и в информационно-телекоммуникационной сети "Интернет".

5. Настоящее распоряжение действует до особого распоряжения Правительства Российской Федерации.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 25 марта 2020 г. N 723-р

1. Выделить Роспотребнадзору из резервного фонда Правительства Российской Федерации в 2020 году бюджетные ассигнования в размере 1400000 тыс. рублей на выполнение работ по разработке средств профилактики и диагностики новой коронавирусной инфекции.

2. Роспотребнадзору осуществить контроль за целевым и эффективным использованием указанных в пункте 1 настоящего распоряжения бюджетных ассигнований с представлением доклада в Правительство Российской Федерации до 1 февраля 2021 г.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 27 марта 2020 г. N 763-р

В целях предупреждения проникновения на территорию Российской Федерации новой коронавирусной инфекции и в соответствии со статьей 9 Закона Российской Федерации "О Государственной границе Российской Федерации" и статьей 31 Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения":

1. Минтрансу России совместно с ФСБ России, ФТС России и Роспотребнадзором с 00 часов 00 минут по московскому времени 30 марта 2020 г. временно ограничить движение через автомобильные, железнодорожные, пешеходные, речные и смешанные пункты пропуска через государственную границу Российской Федерации, а также через сухопутный участок российско-белорусской государственной границы.

2. Положения пункта 1 настоящего распоряжения не применять в отношении:

граждан Российской Федерации, являющихся дипломатическими работниками МИДа России, работниками дипломатических представительств и консульских учреждений Российской Федерации, официальных представительств Российской Федерации при международных организациях, должностными лицами Постоянного Комитета Союзного государства, и членов семей указанных лиц, а также граждан Российской Федерации, являющихся водителями грузовых автомобилей международного автомобильного сообщения, экипажами речных судов, поездных и локомотивных бригад международного железнодорожного сообщения, персоналом, определенным международными соглашениями Российской Федерации в сфере железнодорожного транспорта, сотрудниками Межправительственной фельдъегерской связи, членами официальных делегаций, курьерами дипломатической связи, выезжающими из Российской Федерации, при условии предъявления указанными лицами действительных документов, удостоверяющих их личность;

граждан Российской Федерации, выезжающих из Российской Федерации в связи со смертью близкого родственника, при условии предъявления копии свидетельства либо справки о смерти, а также документа, подтверждающего степень родства;

граждан Российской Федерации, постоянно проживающих на территории Калининградской области, следующих железнодорожным пассажирским транспортом транзитом с одной части территории Российской Федерации в Калининградскую область и обратно, при наличии в паспорте гражданина Российской Федерации отметки о регистрации по месту жительства на территории Калининградской области;

граждан Российской Федерации, постоянно проживающих на территориях отдельных районов Донецкой и Луганской областей Украины, при наличии паспорта гражданина Российской Федерации;

иностранных граждан и лиц без гражданства, указанных в абзацах втором - пятом пункта 2, пунктах 2(1) и 5(1) распоряжения Правительства Российской Федерации от 16 марта 2020 г. N 635-р.

3. Роспотребнадзору и его территориальным органам обеспечить осуществление санитарно-карантинного контроля при въезде в Российскую Федерацию лиц, указанных в пункте 2 настоящего распоряжения.

4. Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, на территориях которых расположены пункты пропуска через государственную границу Российской Федерации, а также сухопутный участок российско-белорусской государственной границы, указанные в пункте 1 настоящего распоряжения:

оказывать соответствующим федеральным органам исполнительной власти содействие в организации и проведении работы, связанной с реализацией настоящего распоряжения;

проводить соответствующую разъяснительную работу среди населения.

Председатель Правительства
Российской Федерации
М.МИШУСТИН

25 марта 2020 года N 206

УКАЗ

ПРЕЗИДЕНТА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ОБ ОБЪЯВЛЕНИИ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ НЕРАБОЧИХ ДНЕЙ

В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации и в соответствии со статьей 80 Конституции Российской Федерации постановляю:

1. Установить с 30 марта по 3 апреля 2020 г. нерабочие дни с сохранением за работниками заработной платы.

2. Настоящий Указ не распространяется на работников:

а) непрерывно действующих организаций;

б) медицинских и аптечных организаций;

в) организаций, обеспечивающих население продуктами питания и товарами первой необходимости;

г) организаций, выполняющих неотложные работы в условиях чрезвычайных обстоятельств, в иных случаях, ставящих под угрозу жизнь или нормальные жизненные условия населения;

д) организаций, осуществляющих неотложные ремонтные и погрузочно-разгрузочные работы.

3. Федеральным органам государственной власти определить численность федеральных государственных служащих, обеспечивающих с 30 марта по 3 апреля 2020 г. функционирование этих органов.

4. Органам государственной власти субъектов Российской Федерации и органам местного самоуправления определить в зависимости от санитарно-эпидемиологической обстановки на соответствующей территории Российской Федерации численность государственных и муниципальных служащих, обеспечивающих с 30 марта по 3 апреля 2020 г. функционирование этих органов.

5. Организациям, осуществляющим производство и выпуск средств массовой информации, определить численность работников, обеспечивающих с 30 марта по 3 апреля 2020 г. функционирование этих организаций.

6. Настоящий Указ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Президент
Российской Федерации
В.ПУТИН

Москва, Кремль

25 марта 2020 года

N 206

5 марта 2020 года N 12-УМ

УКАЗ

МЭРА МОСКВЫ

О ВВЕДЕНИИ РЕЖИМА ПОВЫШЕННОЙ ГОТОВНОСТИ

Список изменяющих документов
(в ред. указа Мэра Москвы от 27.03.2020 N 33-УМ)

В связи с угрозой распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), в соответствии с подпунктом "б" пункта 6 статьи 4.1 Федерального закона от 21 декабря 1994 г. N 68-ФЗ "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера":

1. Ввести на территории города Москвы режим повышенной готовности.

2. Запретить до 10 апреля 2020 г. проведение на территории города Москвы спортивных, зрелищных, публичных и иных массовых мероприятий.

3. Временно приостановить:

3.1. Проведение в городе Москве досуговых, развлекательных, зрелищных, культурных, физкультурных, спортивных, выставочных, просветительских, рекламных и иных подобных мероприятий с очным присутствием граждан, а также оказание соответствующих услуг, в том числе в парках культуры и отдыха, торгово-развлекательных центрах, на аттракционах и в иных местах массового посещения граждан.

Посещение гражданами зданий, строений, сооружений (помещений в них), предназначенных преимущественно для проведения указанных мероприятий (оказания услуг), в том числе ночных клубов (дискотек) и иных аналогичных объектов, кинотеатров (кинозалов), детских игровых комнат и детских развлекательных центров, иных развлекательных и досуговых заведений, а также ввести запрет на курение кальянов в ресторанах, барах, кафе и иных общественных местах.

3.2. С 28 марта 2020 г. по 5 апреля 2020 г.:

3.2.1. Работу ресторанов, кафе, столовых, буфетов, баров, закусочных и иных предприятий общественного питания, за исключением обслуживания на вынос без посещения гражданами помещений таких предприятий, а также доставки заказов.

Данное ограничение не распространяется на столовые, буфеты, кафе и иные предприятия питания, осуществляющие организацию питания для работников организаций.

3.2.2. Работу объектов розничной торговли, за исключением аптек и аптечных пунктов,

специализированных объектов розничной торговли, в которых осуществляется заключение договоров на оказание услуг связи и реализация связанных с данными услугами средств связи (в том числе мобильных телефонов, планшетов), специализированных объектов розничной торговли, реализующих зоотовары, а также объектов розничной торговли в части реализации продовольственных товаров и (или) непродовольственных товаров первой необходимости, указанных в приложении 1 к настоящему указу, продажи товаров дистанционным способом, в том числе с условием доставки.

3.2.3. Работу салонов красоты, косметических, СПА-салонов, массажных салонов, соляриев, бань, саун и иных объектов, в которых оказываются подобные услуги, предусматривающие очное присутствие гражданина, за исключением услуг, оказываемых дистанционным способом, в том числе с условием доставки.

3.2.4. Посещение гражданами территорий общегородского значения - Выставки достижений народного хозяйства, Центрального парка культуры и отдыха имени М. Горького, Государственного историко-архитектурного, художественного и ландшафтного музея-заповедника "Царицыно", музея-заповедника "Коломенское", парка "Зарядье", музея-усадьбы "Кусково", парка культуры и отдыха "Сокольники".

3.3. Работу кружков и секций программы "Московское долголетие", организацию отдыха граждан и иных подобных мероприятий, осуществляемых за счет средств бюджета города Москвы, проведение иных досуговых мероприятий в центрах социального обслуживания населения, а также работу учреждений библиотечной сети города Москвы и учреждений культурно-досугового типа. Порядок переноса сроков ранее подтвержденных мероприятий в рамках организации отдыха граждан и иных подобных мероприятий или их замены на компенсацию определяется в соответствии с правовыми актами, устанавливающими порядок организации такого отдыха.

3.4. С 21 марта 2020 г. по 12 апреля 2020 г. включительно посещение обучающимися организаций, указанных в пункте 11 настоящего указа, а также профессиональных образовательных организаций, реализующих программы среднего профессионального образования, функции и полномочия учредителей которых осуществляют органы власти города Москвы. При этом при наличии соответствующего решения родителей или иных законных представителей обеспечить для учеников 1-4 классов включительно работу дежурных групп численностью не более 12 обучающихся. Обеспечить соблюдение в указанных группах санитарного режима.

3.5. Предоставление государственных и иных услуг в помещениях органов власти города Москвы и государственных учреждений города Москвы (в том числе многофункциональных центров предоставления государственных услуг на территории города Москвы), за исключением услуг, предоставление которых может осуществляться исключительно в указанных помещениях, при условии обеспечения предварительной записи граждан. При этом государственные и иные услуги, предоставление которых возможно в электронном виде, предоставляются исключительно в электронном виде.

3.6. Оказание стоматологических услуг, за исключением заболеваний и состояний, требующих оказания стоматологической помощи в экстренной или неотложной форме.

4. Обеспечить в образовательных организациях, предоставляющих дошкольное образование, функции и полномочия учредителей которых осуществляют органы власти города Москвы, работу дежурных групп. Обеспечить соблюдение в указанных группах санитарного режима.

5. Рекомендовать гражданам воздержаться от посещения религиозных объектов.

6. Обязать граждан:

6.1. Посещавших территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV):

6.1.1. Сообщать о своем возвращении в Российскую Федерацию, месте, датах пребывания на указанных территориях, контактную информацию на горячую линию города Москвы по номеру телефона +7 (495) 870-45-09.

6.1.2. При появлении первых респираторных симптомов незамедлительно обратиться за медицинской помощью на дому без посещения медицинских организаций.

6.1.3. Соблюдать постановления руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека - Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, санитарных врачей о нахождении в режиме изоляции на дому.

6.2. Прибывших из Китайской Народной Республики, Республики Корея, Итальянской Республики, Исламской Республики Иран, Французской Республики, Федеративной Республики Германия, Королевства Испания, иных государств - членов Европейского союза, Республики Сербия, Республики Албания, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, Республики Северная Македония, Черногории, Княжества Андорра, Королевства Норвегия, Швейцарской Конфедерации, Исландии, Княжества Монако, Княжества Лихтенштейн, Республики Молдова, Республики Беларусь, Украины, Боснии и Герцеговины, Ватикана, Республики Сан-Марино, Республики Хорватия, Соединенных Штатов Америки, помимо мер, предусмотренных пунктом 6.1 настоящего указа, обеспечить самоизоляцию на дому на срок 14 дней со дня возвращения в Российскую Федерацию (не посещать работу, учебу, минимизировать посещение общественных мест).

6.3. Совместно проживающих в период обеспечения изоляции с гражданами, указанными в пункте 6.2 настоящего указа, а также с гражданами, в отношении которых приняты постановления санитарных врачей об изоляции, обеспечить самоизоляцию на дому на срок, указанный в пункте 6.2 настоящего указа, либо на срок, указанный в постановлениях санитарных врачей.

7. С 26 марта 2020 г. по 14 апреля 2020 г.:

7.1. Обязать соблюдать режим самоизоляции граждан в возрасте старше 65 лет, а также граждан, имеющих заболевания, указанные в приложении 2 к настоящему указу. Режим самоизоляции должен быть обеспечен по месту проживания указанных лиц либо в иных помещениях, в том числе в жилых и садовых домах.

Режим самоизоляции может не применяться к руководителям и сотрудникам предприятий, организаций, учреждений и органов власти, чье нахождение на рабочем месте является критически важным для обеспечения их функционирования, работникам здравоохранения, а также к гражданам, определенным решением Штаба по мероприятиям по предупреждению завоза и распространения инфекции, вызванной коронавирусом 2019-nCoV в городе Москве (далее также - Штаб).

7.2. Департаменту здравоохранения города Москвы обеспечить возможность оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинских организаций для граждан, обязанных соблюдать режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа.

7.3. Департаменту транспорта и развития дорожно-транспортной инфраструктуры города Москвы совместно с Департаментом информационных технологий города Москвы, Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы и Департаментом образования и науки города Москвы обеспечить приостановление (с последующей записью билетов в размере не менее оплаченных периодов) в указанный период возможности использования для льготного и бесплатного проезда транспортного приложения социальных карт, выпущенных на основании решений органов исполнительной власти города Москвы (уполномоченных ими организаций), для учеников 5 класса и старше образовательных организаций, предоставляющих начальное общее, основное общее, среднее общее образование, а также обучающихся в профессиональных образовательных организациях, реализующих программы среднего профессионального образования, образовательных организациях высшего образования (за исключением обучающихся, осуществляющих трудовую или добровольческую (волонтерскую) деятельность в медицинских организациях, а также иную трудовую или добровольческую (волонтерскую) деятельность, при условии подтверждения по телефону + 7 (495) 777-77-77 либо на официальном сайте Мэра и Правительства Москвы (при наличии регистрации в личном кабинете), граждан, обязанных соблюдать режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа.

7.4. Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы:

7.4.1. Обеспечить осуществление разовой адресной социальной помощи гражданам, соблюдающим режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа:

- в размере 2000 рублей после начала режима самоизоляции;

- в размере 2000 рублей по завершении режима самоизоляции при условии отсутствия систематических нарушений указанного режима.

7.4.2. Обеспечить оперативное взаимодействие с гражданами, соблюдающими режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, в том числе через горячую линию, указанную в пункте 6.1.1 настоящего указа.

7.4.3. Обеспечить оказание гражданам, соблюдающим режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, возможных мер адресной социальной помощи, в том числе с учетом их запросов, поступающих на горячую линию, указанную в пункте 6.1.1 настоящего указа.

7.4.4. Совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы обеспечить в указанный период доставку гражданам, соблюдающим режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется по рецептам врачей бесплатно либо по льготным ценам, медицинских изделий, обеспечение которыми по рецептам врачей осуществляется бесплатно.

7.5. Организациям, предоставляющим жилищно-коммунальные услуги, и организациям, предоставляющим услуги связи, обеспечить неприменение в указанный период мер ответственности за несвоевременное исполнение гражданами, обязанными соблюдать режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, обязательств по оплате за жилое помещение, коммунальные услуги и услуги связи, а также обеспечить продолжение предоставления соответствующих услуг и не осуществлять принудительное взыскание задолженности в указанный период.

Наличие задолженности по внесению платы за жилое помещение и коммунальные услуги в

указанный период не учитывается при принятии решения о предоставлении (при предоставлении) субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг.

7.6. Департаменту образования и науки города Москвы обеспечить выдачу продуктовых наборов обучающимся, имеющим право на обеспечение бесплатным питанием.

8. Обязать всех работодателей, осуществляющих деятельность на территории города Москвы:

8.1. Обеспечить измерение температуры тела работникам на рабочих местах с обязательным отстранением от нахождения на рабочем месте лиц с повышенной температурой.

8.2. Оказывать работникам содействие в обеспечении соблюдения режима самоизоляции на дому.

8.3. При поступлении запроса Штаба незамедлительно представлять информацию о всех контактах заболевшего новой коронавирусной инфекцией (2019-nCoV) в связи с исполнением им трудовых функций, обеспечить проведение дезинфекции помещений, где находился заболевший.

8.4. Не допускать на рабочее место и (или) территорию организации работников из числа граждан, указанных в пунктах 6.2 и 6.3, абзаце первом пункта 7.1 настоящего указа, а также работников, в отношении которых приняты постановления санитарных врачей об изоляции.

8.5. Перевести граждан, обязанных соблюдать режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, с их согласия на дистанционный режим работы или предоставить им ежегодный оплачиваемый отпуск.

9. Департаменту здравоохранения города Москвы:

9.1. Обеспечить возможность оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинских организаций для лиц, указанных в пункте 6 настоящего указа.

9.2. Организовать работу медицинских организаций с приоритетом оказания медицинской помощи на дому лихорадящим больным с респираторными симптомами, посещавшим территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), и пациентам в возрасте старше 60 лет, для чего обеспечить усиление выездной амбулаторной службы сотрудниками отделений профилактики, городской фтизиатрической службы и клиническими ординаторами образовательных организаций высшего образования.

9.3. Обеспечить готовность медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь стационарно и амбулаторно, оказывающих скорую медицинскую помощь, к приему и оперативному оказанию медицинской помощи больным с респираторными симптомами, отбор биологического материала для исследования на новую коронавирусную инфекцию (2019-nCoV).

9.4. Совместно с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве обеспечить изоляцию граждан, у которых по результатам лабораторных исследований подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), в соответствии с медицинскими показаниями.

9.5. Разработать и утвердить регламенты об особенностях организации работы медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность на территории города Москвы, в период действия режима повышенной готовности.

10. Департаменту транспорта и развития дорожно-транспортной инфраструктуры города Москвы обеспечить приостановление реализации проездных билетов водителями на наземном городском и автомобильном транспорте общего пользования в городском и пригородном сообщении.

11. Органам власти, осуществляющим функции и полномочия учредителей образовательных организаций, предоставляющих общее, дополнительное образование, осуществляющих спортивную подготовку, обеспечить принятие в установленном порядке решений о возможности свободного посещения до 21 марта 2020 г. учебных занятий обучающимися по решению их родителей или иных законных представителей.

12. В связи с проводимыми работами по комплексной реконструкции Инфекционной клинической больницы N 1 заместителю Мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам градостроительной политики и строительства Бочкареву А.Ю. обеспечить проработку вопроса создания инфекционного корпуса с использованием быстровозводимых конструкций.

13. Комиссии Правительства Москвы по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности под моим руководством обеспечить координацию действий органов государственной власти города Москвы, органов местного самоуправления городских округов, поселений в городе Москве и организаций.

14. Заместителю Мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития - председателю Штаба по мероприятиям по предупреждению завоза и распространения инфекции, вызванной коронавирусом 2019-nCoV в городе Москве, Раковой А.В.:

14.1. Перевести Штаб в круглосуточный режим работы до особого распоряжения.

14.2. Ежедневно представлять Мэру Москвы доклад о ситуации с распространением в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), количестве заболевших, в том числе вновь выявленных случаях заражения инфекцией.

14.3. Обеспечить подготовку и представление Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы предложений по оказанию мер дополнительной адресной поддержки граждан.

14.4. Обеспечить разъяснение Штабом положений настоящего указа.

15. Оперативному штабу по экономическим вопросам в городе Москве подготовить предложения по мерам поддержки предприятий и организаций, индивидуальных предпринимателей, деятельность которых была ограничена в связи с введением режима повышенной готовности.

16. Установить, что:

16.1. Распространение новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) является в сложившихся условиях чрезвычайным и непредотвратимым обстоятельством, повлекшим введение режима повышенной готовности в соответствии с Федеральным законом от 21 декабря 1994 г. N 68-ФЗ "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера", который является обстоятельством непреодолимой силы.

16.2. Несовершение (несвоевременное совершение) в период действия режима повышенной готовности действий, необходимых для предоставления государственных и иных услуг

(осуществления государственных функций), в том числе в виде представления, подписания, получения документов, не может являться основанием для отказа в предоставлении государственных и иных услуг (осуществлении государственных функций). Заявители не утрачивают прав, за реализацией которых они обратились. Срок совершения таких действий, а также срок предоставления государственных и иных услуг (осуществления государственных функций) подлежит продлению на 30 календарных дней со дня прекращения режима повышенной готовности, но не менее чем до 30 июня 2020 г., а также с учетом режима организации работы соответствующего органа исполнительной власти города Москвы или государственного учреждения города Москвы.

17. Рекомендовать федеральным органам власти и органам местного самоуправления, осуществляющим функции и полномочия учредителей профессиональных образовательных организаций, реализующих программы среднего профессионального образования, обеспечить принятие в установленном порядке решений о временном приостановлении с 21 марта 2020 г. по 12 апреля 2020 г. посещения обучающимися указанных организаций.

18. Контроль за выполнением настоящего указа оставляю за собой.

Мэр Москвы
С.С. Собянин

Приложение 1
к указу Мэра Москвы
от 5 марта 2020 г. N 12-УМ

ПЕРЕЧЕНЬ

НЕПРОДОВОЛЬСТВЕННЫХ ТОВАРОВ ПЕРВОЙ НЕОБХОДИМОСТИ

Список изменяющих документов
(в ред. указа Мэра Москвы от 27.03.2020 N 33-УМ)

1. Санитарно-гигиеническая маска.

2. Антисептик для рук.

3. Салфетки влажные.

4. Салфетки сухие.

5. Мыло туалетное.

6. Мыло хозяйственное.

7. Паста зубная.

8. Щетка зубная.

9. Бумага туалетная.

10. Гигиенические прокладки.

11. Стиральный порошок.

12. Подгузники детские.

13. Спички, коробок.

14. Свечи.

15. Пеленка для новорожденного.

16. Шампунь детский.

17. Крем от опрелостей детский.

18. Бутылочка для кормления.

19. Соска-пустышка.

20. Бензин автомобильный.

21. Дизельное топливо.

22. Сжиженный природный газ.

Приложение 2
к указу Мэра Москвы
от 5 марта 2020 г. N 12-УМ

ПЕРЕЧЕНЬ

ЗАБОЛЕВАНИЙ, ТРЕБУЮЩИХ СОБЛЮДЕНИЯ РЕЖИМА САМОИЗОЛЯЦИИ

Список изменяющих документов
(в ред. указа Мэра Москвы от 27.03.2020 N 33-УМ)

1. Болезнь эндокринной системы - инсулинозависимый сахарный диабет, классифицируемая в соответствии с Международной классификацией болезней - 10 (МКБ-10) по диагнозу E10.

2. Болезни органов дыхания из числа:

2.1. Другая хроническая обструктивная легочная болезнь, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозу J44.

2.2. Астма, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозу J45.

2.3. Бронхоэктатическая болезнь, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозу J47.

3. Болезнь системы кровообращения - легочное сердце и нарушения легочного кровообращения, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозам I27.2, I27.8, I27.9.

4. Наличие трансплантированных органов и тканей, классифицируемых в соответствии с МКБ-10 по диагнозу Z94.

5. Болезнь мочеполовой системы <1> - хроническая болезнь почек 3-5 стадии, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозам N18.0, N18.3 - N18.5.

6. Новообразования из числа <2>:

6.1. Злокачественные новообразования любой локализации <1>, в том числе самостоятельных множественных локализаций, классифицируемые в соответствии с МКБ-10 по диагнозам C00 - C80, C97.

6.2. Острые лейкозы, высокозлокачественные лимфомы, рецидивы и резистентные формы других лимфопролиферативных заболеваний, хронический миелолейкоз в фазах хронической акселерации и бластного криза, первичные хронические лейкозы и лимфомы <1>, классифицируемые в соответствии с МКБ-10 по диагнозам C81 - C96, D46.

<1> При режиме самоизоляции допускается посещение медицинской организации по поводу основного заболевания.

<2> Самоизоляция не распространяется на пациентов, отнесенных к третьей клинической группе (в онкологии).

23 марта 2020 года N 26-УМ

УКАЗ

МЭРА МОСКВЫ

О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В УКАЗ МЭРА МОСКВЫ ОТ 5 МАРТА 2020 Г. N 12-УМ

В соответствии с Законом города Москвы от 8 июля 2009 г. N 25 "О правовых актах города Москвы":

1. Внести изменение в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. N 12-УМ "О введении режима повышенной готовности" (в редакции указов Мэра Москвы от 10 марта 2020 г. N 17-УМ, от 14 марта 2020 г. N 20-УМ, от 16 марта 2020 г. N 21-УМ, от 19 марта 2020 г. N 25-УМ), изложив указ в следующей редакции:

> Текст новой редакции указа вместе с приложением включен в информационный банк отдельным документом.

2. Указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. N 12-УМ "О введении режима повышенной готовности" (в редакции указов Мэра Москвы от 10 марта 2020 г. N 17-УМ, от 14 марта 2020 г. N 20-УМ, от 16 марта 2020 г. N 21-УМ, от 19 марта 2020 г. N 25-УМ) дополнить приложением в редакции согласно приложению к настоящему указу.

3. Контроль за выполнением настоящего указа оставляю за собой.

Мэр Москвы
С.С. Собянин

УКАЗ

МЭРА МОСКВЫ

от 29 марта 2020 года № 34-УМ
"О внесении изменений в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ"

В соответствии с Законом города Москвы от 8 июля 2009 г. № 25 "О правовых актах города Москвы":

1. Внести изменения в указ Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ "О введении режима повышенной готовности" (в редакции указов Мэра Москвы от 10 марта 2020 г. № 17-УМ, от 14 марта 2020 г. № 20-УМ, от 16 марта 2020 г. № 21-УМ, от 19 марта 2020 г. № 25-УМ, от 23 марта 2020 г. № 26-УМ, от 25 марта 2020 г. № 28-УМ, от 26 марта 2020 г. № 31-УМ, от 27 марта 2020 г. № 33-УМ):

1.1. Указ изложить в следующей редакции:

"О введении режима повышенной готовности

В связи с угрозой распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), в соответствии с подпунктом "б" пункта 6 статьи 4^1 Федерального закона от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера":

1. Ввести на территории города Москвы режим повышенной готовности.

2. Запретить до 10 апреля 2020 г. проведение на территории города Москвы спортивных, зрелищных, публичных и иных массовых мероприятий.

3. Временно приостановить:

3.1. Проведение в городе Москве досуговых, развлекательных, зрелищных, культурных, физкультурных, спортивных, выставочных, просветительских, рекламных и иных подобных мероприятий с очным присутствием граждан, а также оказание соответствующих услуг, в том числе в парках культуры и отдыха, торгово-развлекательных центрах, на аттракционах и в иных местах массового посещения граждан.

Посещение гражданами зданий, строений, сооружений (помещений в них), предназначенных преимущественно для проведения указанных мероприятий (оказания услуг), в том числе ночных клубов (дискотек) и иных аналогичных объектов, кинотеатров (кинозалов), детских игровых комнат и детских развлекательных центров, иных развлекательных и досуговых заведений, а также ввести запрет на курение кальянов в ресторанах, барах, кафе и иных общественных местах.

3.2. С 28 марта 2020 г. по 5 апреля 2020 г.:

3.2.1. Работу ресторанов, кафе, столовых, буфетов, баров, закусочных и иных предприятий общественного питания, за исключением обслуживания на вынос без посещения гражданами помещений таких предприятий, а также доставки заказов.

Данное ограничение не распространяется на столовые, буфеты, кафе и иные предприятия питания, осуществляющие организацию питания для работников организаций.

3.2.2. Работу объектов розничной торговли, за исключением аптек и аптечных пунктов, специализированных объектов розничной торговли, в которых осуществляется заключение договоров на оказание услуг связи и реализация связанных с данными услугами средств связи (в том числе мобильных телефонов, планшетов), специализированных объектов розничной торговли, реализующих зоотовары, а также объектов розничной торговли в части реализации продовольственных товаров и (или) непродовольственных товаров первой необходимости, указанных в приложении 1 к настоящему указу, продажи товаров дистанционным способом, в том числе с условием доставки.

3.2.3. Работу салонов красоты, косметических, СПА-салонов, массажных салонов, соляриев, бань, саун и иных объектов, в которых оказываются подобные услуги, предусматривающие очное присутствие гражданина, за исключением услуг, оказываемых дистанционным способом, в том числе с условием доставки.

3.2.4. Посещение гражданами территорий общегородского значения - Выставки достижений народного хозяйства, Центрального парка культуры и отдыха имени М.Горького, Государственного историко-архитектурного, художественного и ландшафтного музея-заповедника "Царицыно", музеязаповедника "Коломенское", парка "Зарядье", музея-усадьбы "Кусково", парка культуры и отдыха "Сокольники".

3.3. Работу кружков и секций программы "Московское долголетие", организацию отдыха граждан и иных подобных мероприятий, осуществляемых за счет средств бюджета города Москвы, проведение иных досуговых мероприятий в центрах социального обслуживания населения, а также работу учреждений библиотечной сети города Москвы и учреждений культурно-досугового типа. Порядок переноса сроков ранее подтвержденных мероприятий в рамках организации отдыха граждан и иных подобных мероприятий или их замены на компенсацию определяется в соответствии с правовыми актами, устанавливающими порядок организации такого отдыха.

3.4. С 21 марта 2020 г. по 12 апреля 2020 г. включительно посещение обучающимися организаций, указанных в пункте 12 настоящего указа, а также профессиональных образовательных организаций, реализующих программы среднего профессионального образования, функции и полномочия учредителей которых осуществляют органы власти города Москвы. При этом при наличии соответствующего решения родителей или иных законных представителей обеспечить для учеников 1-4 классов включительно работу дежурных групп численностью не более 12 обучающихся. Обеспечить соблюдение в указанных группах санитарного режима.

3.5. Предоставление государственных и иных услуг в помещениях органов власти города Москвы и государственных учреждений города Москвы (в том числе многофункциональных центров предоставления государственных услуг на территории города Москвы), за исключением услуг,

предоставление которых может осуществляться исключительно в указанных помещениях, при условии обеспечения предварительной записи граждан. При этом государственные и иные услуги, предоставление которых возможно в электронном виде, предоставляются исключительно в электронном виде.

3.6. Оказание стоматологических услуг, за исключением заболеваний и состояний, требующих оказания стоматологической помощи в экстренной или неотложной форме.

4. Обеспечить в образовательных организациях, предоставляющих дошкольное образование, функции и полномочия учредителей которых осуществляют органы власти города Москвы, работу дежурных групп.

Обеспечить соблюдение в указанных группах санитарного режима.

5. Рекомендовать гражданам воздержаться от посещения религиозных объектов.

6. Обязать граждан:

6.1. Посещавших территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV):

6.1.1. Сообщать о своем возвращении в Российскую Федерацию, месте, датах пребывания на указанных территориях, контактную информацию на горячую линию города Москвы по номеру телефона **+7 (495) 870-45-09**.

6.1.2. При появлении первых респираторных симптомов незамедлительно обратиться за медицинской помощью на дому без посещения медицинских организаций.

6.1.3. Соблюдать постановления руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека - Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, санитарных врачей о нахождении в режиме изоляции на дому.

6.2. Прибывших из Китайской Народной Республики, Республики Корея, Итальянской Республики, Исламской Республики Иран, Французской Республики, Федеративной Республики Германия, Королевства Испания, иных государств-членов Европейского союза, Республики Сербия, Республики Албания, Соединенного Королевства Великобритании и Северной Ирландии, Республики Северная Македония, Черногории, Княжества Андорра, Королевства Норвегия, Швейцарской Конфедерации, Исландии, Княжества Монако, Княжества Лихтенштейн, Республики Молдова, Республики Беларусь, Украины, Боснии и Герцеговины, Ватикана, Республики Сан-Марино, Республики Хорватия, Соединенных Штатов Америки, помимо мер, предусмотренных пунктом 6.1 настоящего указа, обеспечить самоизоляцию на дому на срок 14 дней со дня возвращения в Российскую Федерацию (не посещать работу, учебу, минимизировать посещение общественных мест).

6.3. Совместно проживающих в период обеспечения изоляции с гражданами, указанными в пункте 6.2 настоящего указа, а также с гражданами, в отношении которых приняты постановления

санитарных врачей об изоляции, обеспечить самоизоляцию на дому на срок, указанный в пункте 6.2 настоящего указа, либо на срок, указанный в постановлениях санитарных врачей.

7. С 26 марта 2020 г. по 14 апреля 2020 г.:

7.1. Обязать соблюдать режим самоизоляции граждан в возрасте старше 65 лет, а также граждан, имеющих заболевания, указанные в приложении 2 к настоящему указу. Режим самоизоляции должен быть обеспечен по месту проживания указанных лиц либо в иных помещениях, в том числе в жилых и садовых домах.

Режим самоизоляции может не применяться к руководителям и сотрудникам предприятий, организаций, учреждений и органов власти, чье нахождение на рабочем месте является критически важным для обеспечения их функционирования, работникам здравоохранения, а также к гражданам, определенным решением Штаба по мероприятиям по предупреждению завоза и распространения инфекции, вызванной коронавирусом 2019-nCoV в городе Москве (далее также - Штаб).

7.2. Департаменту здравоохранения города Москвы обеспечить возможность оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинских организаций для граждан, обязанных соблюдать режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа.

7.3. Департаменту транспорта и развития дорожно-транспортной инфраструктуры города Москвы совместно с Департаментом информационных технологий города Москвы, Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы и Департаментом образования и науки города Москвы обеспечить приостановление (с последующей записью билетов в размере не менее оплаченных периодов) в указанный период возможности использования для льготного и бесплатного проезда транспортного приложения социальных карт, выпущенных на основании решений органов исполнительной власти города Москвы (уполномоченных ими организаций), для учеников 5 класса и старше образовательных организаций, предоставляющих начальное общее, основное общее, среднее общее образование, а также обучающихся в профессиональных образовательных организациях, реализующих программы среднего профессионального образования, образовательных организациях высшего образования (за исключением обучающихся, осуществляющих трудовую или добровольческую (волонтерскую) деятельность в медицинских организациях, а также иную трудовую или добровольческую (волонтерскую) деятельность при условии подтверждения по телефону **+ 7 (495) 777-77-77** либо на официальном сайте Мэра и Правительства Москвы (при наличии регистрации в личном кабинете), граждан, обязанных соблюдать режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа.

7.4. Департаменту труда и социальной защиты населения города Москвы:

7.4.1. Обеспечить осуществление разовой адресной социальной помощи гражданам, соблюдающим режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа:

- в размере 2 000 рублей после начала режима самоизоляции;

- в размере 2 000 рублей по завершении режима самоизоляции при условии отсутствия систематических нарушений указанного режима.

7.4.2. Обеспечить оперативное взаимодействие с гражданами, соблюдающими режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, в том числе через горячую линию, указанную в пункте 6.1.1 настоящего указа.

7.4.3. Обеспечить оказание гражданам, соблюдающим режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, возможных мер адресной социальной помощи, в том числе с учетом их запросов, поступающих на горячую линию, указанную в пункте 6.1.1 настоящего указа.

7.4.4. Совместно с Департаментом здравоохранения города Москвы обеспечить в указанный период доставку гражданам, соблюдающим режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, лекарственных препаратов, обеспечение которыми осуществляется по рецептам врачей бесплатно либо по льготным ценам, медицинских изделий, обеспечение которыми по рецептам врачей осуществляется бесплатно.

7.5. Организациям, предоставляющим жилищно-коммунальные услуги, и организациям, предоставляющим услуги связи, обеспечить неприменение в указанный период мер ответственности за несвоевременное исполнение гражданами, обязанными соблюдать режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, обязательств по оплате за жилое помещение, коммунальные услуги и услуги связи, а также обеспечить продолжение предоставления соответствующих услуг и не осуществлять принудительное взыскание задолженности в указанный период.

Наличие задолженности по внесению платы за жилое помещение и коммунальные услуги в указанный период не учитывается при принятии решения о предоставлении (при предоставлении) субсидий на оплату жилого помещения и коммунальных услуг.

7.6. Департаменту образования и науки города Москвы обеспечить выдачу продуктовых наборов обучающимся, имеющим право на обеспечение бесплатным питанием.

8. Обязать всех работодателей, осуществляющих деятельность на территории города Москвы:

8.1. Обеспечить измерение температуры тела работникам на рабочих местах с обязательным отстранением от нахождения на рабочем месте лиц с повышенной температурой.

8.2. Оказывать работникам содействие в обеспечении соблюдения режима самоизоляции на дому.

8.3. При поступлении запроса Штаба незамедлительно представлять информацию о всех контактах заболевшего новой коронавирусной инфекцией (2019-nCoV) в связи с исполнением им трудовых функций, обеспечить проведение дезинфекции помещений, где находился заболевший.

8.4. Не допускать на рабочее место и (или) территорию организации работников из числа граждан, указанных в пунктах 6.2 и 6.3, абзаце первом пункта 7.1 настоящего указа, а также работников, в отношении которых приняты постановления санитарных врачей об изоляции.

8.5. Перевести граждан, обязанных соблюдать режим самоизоляции в соответствии с пунктом 7.1 настоящего указа, с их согласия на дистанционный режим работы или предоставить им ежегодный оплачиваемый отпуск.

9. Обязать:

9.1. Граждан соблюдать дистанцию до других граждан не менее 1,5 метров (социальное дистанцирование), в том числе в общественных местах и общественном транспорте, за исключением случаев оказания услуг по перевозке пассажиров и багажа легковым такси.

9.2. Органы власти, организации и индивидуальных предпринимателей, а также иных лиц, деятельность которых связана с совместным пребыванием граждан, обеспечить соблюдение гражданами (в том числе работниками) социального дистанцирования, в том числе путем нанесения специальной разметки и установления специального режима допуска и нахождения в зданиях, строениях, сооружениях (помещениях в них), на соответствующей территории (включая прилегающую территорию).

9.3. Граждан не покидать места проживания (пребывания), за исключением случаев обращения за экстренной (неотложной) медицинской помощью и случаев иной прямой угрозы жизни и здоровью, случаев следования к месту (от места) осуществления деятельности (в том числе работы), которая не приостановлена в соответствии с настоящим указом, осуществления деятельности, связанной с передвижением по территории города Москвы, в случае если такое передвижение непосредственно связано с осуществлением деятельности, которая не приостановлена в соответствии с настоящим указом (в том числе оказанием транспортных услуг и услуг доставки), а также следования к ближайшему месту приобретения товаров, работ, услуг, реализация которых не ограничена в соответствии с настоящим указом, выгула домашних животных на расстоянии, не превышающем 100 метров от места проживания (пребывания), выноса отходов до ближайшего места накопления отходов.

Ограничения, установленные настоящим пунктом, не распространяются на случаи оказания медицинской помощи, деятельность правоохранительных органов, органов по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям и подведомственных им организаций, органов по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, иных органов в части действий, непосредственно направленных на защиту жизни, здоровья и иных прав и свобод граждан, в том числе противодействие преступности, охраны общественного порядка, собственности и обеспечения общественной безопасности.

Ограничения, установленные настоящим пунктом, также не распространяются на граждан в случае наличия у них специальных пропусков, выданных в порядке, установленном Правительством Москвы.

10. Департаменту здравоохранения города Москвы:

10.1. Обеспечить возможность оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинских организаций для лиц, указанных в пункте 6 настоящего указа.

10.2. Организовать работу медицинских организаций с приоритетом оказания медицинской помощи на дому лихорадящим больным с респираторными симптомами, посещавшим территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), и пациентам в возрасте старше 60 лет, для чего обеспечить усиление выездной амбулаторной службы сотрудниками отделений профилактики, городской фтизиатрической службы и клиническими ординаторами образовательных организаций высшего образования.

10.3. Обеспечить готовность медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь стационарно и амбулаторно, оказывающих скорую медицинскую помощь, к приему и оперативному оказанию медицинской помощи больным с респираторными симптомами, отбор биологического материала для исследования на новую коронавирусную инфекцию (2019-nCoV).

10.4. Совместно с Управлением Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по городу Москве обеспечить изоляцию граждан, у которых по результатам лабораторных исследований подтверждено наличие новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), в соответствии с медицинскими показаниями.

10.5. Разработать и утвердить регламенты об особенностях организации работы медицинских организаций, осуществляющих медицинскую деятельность на территории города Москвы, в период действия режима повышенной готовности.

10.6. Организовать по назначению медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, в том числе в амбулаторных условиях, бесплатное предоставление гражданам с наличием новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) и гражданам, привлеченным к реализации мероприятий по предупреждению распространения в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), противовирусных лекарственных препаратов по перечню лекарственных препаратов, утвержденному Департаментом здравоохранения города Москвы.

11. Департаменту транспорта и развития дорожно-транспортной инфраструктуры города Москвы обеспечить приостановление реализации проездных билетов водителями на наземном городском и автомобильном транспорте общего пользования в городском и пригородном сообщении.

12. Органам власти, осуществляющим функции и полномочия учредителей образовательных организаций, предоставляющих общее, дополнительное образование, осуществляющих спортивную подготовку, обеспечить принятие в установленном порядке решений о возможности свободного посещения до 21 марта 2020 г. учебных занятий обучающимися по решению их родителей или иных законных представителей.

13. В связи с проводимыми работами по комплексной реконструкции Инфекционной клинической больницы № 1 заместителю Мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам градостроительной политики и строительства Бочкареву А.Ю. обеспечить проработку вопроса создания инфекционного корпуса с использованием быстровозводимых конструкций.

14. Комиссии Правительства Москвы по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности под моим руководством обеспечить координацию действий органов государственной власти города Москвы, органов местного самоуправления городских округов, поселений в городе Москве и организаций.

15. Заместителю Мэра Москвы в Правительстве Москвы по вопросам социального развития - председателю Штаба по мероприятиям по предупреждению завоза и распространения инфекции, вызванной коронавирусом 2019-nCoV в городе Москве, Раковой А.В.:

15.1. Перевести Штаб в круглосуточный режим работы до особого распоряжения.

15.2. Ежедневно представлять Мэру Москвы доклад о ситуации с распространением в городе Москве новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), количестве заболевших, в том числе вновь выявленных случаях заражения инфекцией.

15.3. Обеспечить подготовку и представление Департаментом труда и социальной защиты населения города Москвы предложений по оказанию мер дополнительной адресной поддержки граждан.

15.4. Обеспечить разъяснение Штабом положений настоящего указа.

16. Оперативному штабу по экономическим вопросам в городе Москве подготовить предложения по мерам поддержки предприятий и организаций, индивидуальных предпринимателей, деятельность которых была ограничена в связи с введением режима повышенной готовности.

17. Установить, что:

17.1. Распространение новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) является в сложившихся условиях чрезвычайным и непредотвратимым обстоятельством, повлекшим введение режима повышенной готовности в соответствии с Федеральным законом от 21 декабря 1994 г. № 68-ФЗ "О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера", который является обстоятельством непреодолимой силы.

17.2. Несовершение (несвоевременное совершение) в период действия режима повышенной готовности действий, необходимых для предоставления государственных и иных услуг (осуществления государственных функций), в том числе в виде представления, подписания, получения документов, не может являться основанием для отказа в предоставлении государственных и иных услуг (осуществлении государственных функций). Заявители не утрачивают прав, за реализацией которых они обратились. Срок совершения таких действий, а также срок предоставления государственных и иных услуг (осуществления государственных функций) подлежит продлению на 30 календарных дней со дня прекращения режима повышенной готовности, но не менее чем до 30 июня 2020 г., а также с учетом режима организации работы соответствующего органа исполнительной власти города Москвы или государственного учреждения города Москвы.

17.3. Сроки действия оплаченных проездных билетов Государственного унитарного предприятия города Москвы "Московский ордена Ленина и ордена Трудового Красного Знамени метрополитен имени В.И. Ленина" (далее - ГУП "Московский метрополитен"), Государственного унитарного предприятия города Москвы "Мосгортранс" (далее - ГУП "Мосгортранс") на 60 поездок, без лимита поездок на 30 дней, 90 дней, 365 дней, с использованием которых в период с 30 марта по 3 апреля (включительно) 2020 г. не было совершено поездок и срок действия которых в указанный период не истек, подлежат продлению на 5 календарных дней со дня, следующего за днем истечения срока действия указанных билетов, при обращении пассажира в кассы ГУП "Московский метрополитен", ГУП "Мосгортранс" не ранее 6 апреля 2020 г.

17.4. Сроки действия оплаченных проездных билетов ГУП "Московский метрополитен", ГУП "Мосгортранс" на 60 поездок, без лимита поездок на 30 дней, 90 дней, 365 дней, с использованием которых в период с 30 марта по 3 апреля (включительно) 2020 г. не было совершено поездок и срок действия которых истек в период с 30 марта по 3 апреля 2020 г. (включительно), подлежат

продлению на 5 календарных дней со дня обращения пассажира в кассы ГУП "Московский метрополитен", ГУП "Мосгортранс" не ранее 6 апреля 2020 г.

17.5. Сроки действия оплаченных льготных проездных билетов ГУП "Московский метрополитен", ГУП "Мосгортранс" для обучающихся и студентов без лимита поездок на месяц и на три месяца, действие которых было приостановлено в соответствии с пунктом 7.3 настоящего указа, подлежат продлению после прекращения режима повышенной готовности при обращении пассажиров в кассы ГУП "Московский метрополитен", ГУП "Мосгортранс" на срок до конца календарного месяца, следующего за календарным месяцем, в котором истекает срок действия билета.

18. Гражданам, признанным в установленном законом порядке безработными (за исключением граждан, уволенных за нарушение трудовой дисциплины или другие виновные действия, предусмотренные законодательством Российской Федерации, граждан, имеющих продолжительность трудовой и иной деятельности, признаваемой в соответствии с Законом Российской Федерации от 19 апреля 1991 г. № 1032-I "О занятости населения в Российской Федерации" в качестве занятости граждан, с начала 2020 года менее 60 календарных дней), в период с 1 апреля 2020 г. по 30 сентября 2020 г. к выплатам, осуществляемым в рамках дополнительной материальной поддержки безработных граждан, производится региональная компенсационная выплата потерявшим работу (далее - региональная компенсация) за счет средств бюджета города Москвы.

Для безработных граждан региональная компенсация устанавливается в таком размере, чтобы общая сумма выплат с учетом пособия по безработице (стипендии), выплат в рамках дополнительной материальной поддержки безработных граждан и региональной компенсации составляла 19 500 рублей.

Региональная компенсация безработным гражданам, состоящим по состоянию на 31 марта 2020 г. на учете в органах службы занятости города Москвы, устанавливается в беззаявительном порядке.

Региональная компенсация безработным гражданам, получившим такой статус в период объявленного режима самоизоляции населения либо в течение 30 календарных дней со дня прекращения указанного режима, устанавливается со дня их увольнения либо прекращения деятельности, признаваемой в соответствии с Законом Российской Федерации от 19 апреля 1991 г. № 1032-I "О занятости населения в Российской Федерации" в качестве занятости граждан, независимо от факта назначения пособия по безработице в этот период, но не ранее 1 апреля 2020 г.

Региональная компенсация не учитывается при исчислении размера материального обеспечения (дохода, совокупного дохода) гражданина (семьи) при определении права на получение иных мер социальной поддержки, в том числе адресной социальной помощи, государственной социальной помощи, государственных пособий, компенсаций, доплат к пенсиям, иных социальных выплат, социальных услуг, субсидии на оплату жилого помещения и коммунальных услуг.

19. Гражданам, признанным в установленном законом порядке безработными, направленным службой занятости населения города Москвы на профессиональное обучение и дополнительное профессиональное образование и не переведенным в период режима повышенной готовности на дистанционную форму обучения, продолжается выплата стипендии за счет средств бюджета

города Москвы до прекращения режима повышенной готовности, а также производится региональная компенсация в порядке, предусмотренном пунктом 18 настоящего указа.

20. Гражданам, признанным в установленном законом порядке безработными, направленным службой занятости населения города Москвы на профессиональное обучение и дополнительное профессиональное образование и переведенным на дистанционную форму обучения в связи с режимом повышенной готовности, производится региональная компенсация в порядке, предусмотренном пунктом 18 настоящего указа.

21. Гражданам, завершившим профессиональное обучение или дополнительное профессиональное образование по направлению службы занятости города Москвы после 5 марта 2020 г. и не трудоустроившимся, обратившимся в службу занятости населения города Москвы для регистрации в качестве безработного путем подачи заявки через сайт czn.mos.ru или обращения по телефону **+ 7 (495) 705-75-75** и признанным в установленном законом порядке безработными, устанавливается региональная компенсация в порядке, предусмотренном пунктом 18 настоящего указа.

22. Рекомендовать федеральным органам власти и органам местного самоуправления, осуществляющим функции и полномочия учредителей профессиональных образовательных организаций, реализующих программы среднего профессионального образования, обеспечить принятие в установленном порядке решений о временном приостановлении с 21 марта 2020 г. по 12 апреля 2020 г. посещения обучающимися указанных организаций.

23. Порядок осуществления контроля за соблюдением предписаний и ограничений, установленных настоящим указом, а также порядок обеспечения соблюдения таких предписаний и ограничений, в том числе меры по пресечению нарушений соответствующих предписаний и ограничений, устанавливаются Правительством Москвы.

24. Контроль за выполнением настоящего указа оставляю за собой.".

1.2. Приложение 1 к указу изложить в редакции согласно приложению 1 к настоящему указу.

1.3. Приложение 2 к указу изложить в редакции согласно приложению 2 к настоящему указу.

2. Контроль за выполнением настоящего указа оставляю за собой.

Мэр Москвы С.С. Собянин

Приложение 1 к указу Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ

Перечень непродовольственных товаров первой необходимости

1. Санитарно-гигиеническая маска.

2. Антисептик для рук.

3. Салфетки влажные.

4. Салфетки сухие.

5. Мыло туалетное.

6. Мыло хозяйственное.

7. Паста зубная.

8. Щетка зубная.

9. Бумага туалетная.

10. Гигиенические прокладки.

11. Стиральный порошок.

12. Подгузники детские.

13. Спички, коробок.

14. Свечи.

15. Пеленка для новорожденного.

16. Шампунь детский.

17. Крем от опрелостей детский.

18. Бутылочка для кормления.

19. Соска-пустышка.

20. Бензин автомобильный.

21. Дизельное топливо.

22. Сжиженный природный газ.

Приложение 2 к указу Мэра Москвы от 5 марта 2020 г. № 12-УМ

Перечень заболеваний, требующих соблюдения режима самоизоляции

1. Болезнь эндокринной системы - инсулинозависимый сахарный диабет, классифицируемая в соответствии с Международной классификацией болезней - 10 (МКБ-10) по диагнозу E10.

2. Болезни органов дыхания из числа:

2.1. Другая хроническая обструктивная легочная болезнь, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозу J44.

2.2. Астма, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозу J45.

2.3. Бронхоэктатическая болезнь, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозу J47.

3. Болезнь системы кровообращения - легочное сердце и нарушения легочного кровообращения, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозам I27.2, I27.8, I27.9.

4. Наличие трансплантированных органов и тканей, классифицируемых в соответствии с МКБ-10 по диагнозу Z94.

5. Болезнь мочеполовой системы[1] - хроническая болезнь почек 3-5 стадии, классифицируемая в соответствии с МКБ-10 по диагнозам N18.0, N18.3 - N18.5.

6. Новообразования из числа[2]:

6.1. Злокачественные новообразования любой локализации[1], в том числе самостоятельных множественных локализаций, классифицируемые в соответствии с МКБ-10 по диагнозам C00-C80, C97.

6.2. Острые лейкозы, высокозлокачественные лимфомы, рецидивы и резистентные формы других лимфопролиферативных заболеваний, хронический миелолейкоз в фазах хронической акселерации и бластного криза, первичные хронические лейкозы и лимфомы[1], классифицируемые в соответствии с МКБ-10 по диагнозам C81-C96, D46.

[1] При режиме самоизоляции допускается посещение медицинской организации по поводу основного заболевания.

[2] Самоизоляция не распространяется на пациентов, отнесенных к третьей клинической группе (в онкологии).

Зарегистрировано в Минюсте России 24 января 2020 г. N 57269

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 24 января 2020 г. N 2

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ПО НЕДОПУЩЕНИЮ ЗАВОЗА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ 2019-NCOV

В соответствии с пунктом 1 статьи 29, пунктом 1 статьи 30, подпунктом 6 пункта 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; ст. 29; 2011, N 1, ст. 6) в целях недопущения завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV на территории Российской Федерации, постановляю:

1. Высшим должностным лицам субъектов Российской Федерации (руководителям высшего исполнительного органа государственной власти субъектов Российской Федерации) рекомендовать:

1.1. Утвердить региональные планы организационных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV (далее - новая коронавирусная инфекция), предусмотрев выделение финансовых средств на реализацию мероприятий указанного плана.

1.2. Организовать (при необходимости) совместно с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими деятельность в местах массового скопления людей (в том числе на торговых объектах, в местах проведения театрально-зрелищных, культурно-просветительских или зрелищно-развлекательных мероприятий) и перевозки авиационным, железнодорожным, автомобильным транспортом, мероприятия по усилению режима текущей дезинфекции.

2. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора, совместно с руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

2.1. Разработать и внести на рассмотрение органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации проект плана организационных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (далее - план), и предложения по финансированию мероприятий, содержащихся в проекте указанного плана, предусмотрев:

обеспечение готовности медицинских организаций к приему больных новой коронавирусной инфекции, включая наличие запаса необходимых расходных материалов для отбора проб для проведения лабораторных исследований, противовирусных препаратов для экстренной профилактики и лечения, дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты, обеспечение их транспортом и специальным медицинским оборудованием, включая аппараты экстракорпоральной оксигенации;

подготовку медицинских работников по вопросам клиники, диагностики, лечения новой коронавирусной инфекции;

перевод медицинских организаций (при необходимости) на строгий противоэпидемический режим;

разработку схемы перепрофилирования медицинских организаций на случай массового поступления больных;

наличие в медицинских организациях и аптечной сети запаса противовирусных препаратов для экстренной профилактики и лечения, дезинфекционных средств, средств индивидуальной защиты;

системную работу по информированию населения о рисках инфицирования новой коронавирусной инфекцией, мерах личной профилактики.

2.2. Оценить готовность медицинских организаций к приему лиц с симптомами, не исключающими новую коронавирусную инфекцию.

3. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья рекомендовать:

3.1. Обеспечить детальный сбор эпидемиологического анамнеза у лиц, обращающихся в медицинские организации с симптомами, не исключающими новую коронавирусную инфекцию, внедрив в практику для врачей, оказывающих первичную медицинскую помощь, сотрудников скорой медицинской помощи, приемных отделений стационаров, медицинских пунктов аэропортов опросники для сбора анамнеза.

3.2. Определить медицинские организации (стационары) для госпитализации больных с подозрением на заболевание новой коронавирусной инфекцией, предусмотрев (при необходимости) перепрофилирование отделений медицинских организаций, выделение специализированного автотранспорта для перевозки больных, перевод организаций на строгий противоэпидемический режим.

3.3. Организовать своевременное в необходимом объеме оказание медицинской помощи населению на дому, в амбулаторных и стационарных медицинских организациях при обращении за медицинской помощью лиц с симптомами, не исключающими новую коронавирусную

инфекцию.

3.4. Принять меры по обеспечению медицинских организаций специальным медицинским оборудованием, включая аппараты экстракорпоральной оксигенации, для оказания медицинской помощи больным.

3.5. Создать запас необходимых расходных материалов для отбора проб для проведения лабораторных исследований, лекарственных препаратов для экстренной профилактики и лечения больных новой коронавирусной инфекцией, дезинфекционных средств, обладающих вирулицидной активностью, и антисептиков.

3.6. Обеспечить подготовку персонала медицинских организаций по вопросам эпидемиологии, клиники, диагностики, лечения новой коронавирусной инфекции и мерам личной безопасности.

3.7. Принять меры по недопущению внутрибольничного распространения новой коронавирусной инфекции.

3.8. Проработать вопросы создания и материального обеспечения мобильных медицинских бригад (при необходимости) с целью активного выявления больных новой коронавирусной инфекцией.

3.9. Организовать забор и доставку в лаборатории Роспотребнадзора материала надлежащего качества от больных с подозрением на новую коронавирусную инфекцию.

3.10. Обеспечить при выявлении случая заболевания, не исключающего новую коронавирусную инфекцию, незамедлительное информирование территориальных органов Роспотребнадзора.

3.11. Обеспечить информирование населения о рисках возможного инфицирования при посещении Китайской Народной Республики (КНР), о немедленном обращении за медицинской помощью в случае наличия симптомов острого респираторного заболевания при возвращении.

4. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере образования рекомендовать организовывать медицинское наблюдение за учащимися, прибывающими из КНР; в случае выявления симптомов заболевания информировать территориальные органы Роспотребнадзора и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

5. Руководителям органов и организаций независимо от их организационно-правовой формы, организующим и осуществляющим деловые и туристические поездки, культурный обмен, информировать лиц, планирующих поездки в КНР о текущей эпидемиологической ситуации и имеющихся рисках инфицирования коронавирусной инфекцией, мерах личной профилактики и рекомендациях воздержаться от поездок в КНР до стабилизации ситуации.

6. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора:

6.1. Обеспечить:

- осуществление санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации в усиленном режиме;

- проведение внеочередного инструктажа с сотрудниками контрольных органов, администрации пункта пропуска через Государственную границу Российской Федерации по организации работы в условиях осложнения эпидемиологической ситуации по заболеваемости новой коронавирусной

инфекцией;

- проведение дополнительных инструктажей для экипажей самолетов (бортпроводников), поездов, морских судов, пассажирских автобусов о действиях в случае выявления больного с симптомами новой коронавирусной инфекции.

6.2. Организовать контроль:

- за соблюдением дезинфекционного режима на транспортных узлах (аэропорты, порты, железнодорожные и автовокзалы) и в местах массового скопления людей (в том числе на торговых объектах, в местах проведения театрально-зрелищных, культурно-просветительских или зрелищно-развлекательных мероприятий);

- за выявлением случаев заболевания людей с подозрением на новую коронавирусную инфекцию, их изоляцией и лабораторным обследованием;

- за организацией и проведением профилактических и противоэпидемических мероприятий по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции.

7. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора, главным врачам федеральных бюджетных учреждений здравоохранения - центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации, директорам научно-исследовательских организаций Роспотребнадзора обеспечить:

7.1. Мониторинг за выявлением случаев заболевания, вызванных новой коронавирусной инфекцией, их лабораторным обследованием с применением методов быстрой лабораторной диагностики, поддержание надлежащего уровня оснащенности лабораторий диагностическими препаратами.

7.2. Качественный сбор, надлежащие условия и своевременность транспортирования биологического материала в Федеральное бюджетное учреждение науки "Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии "Вектор" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (далее - ФБУН ГНЦ ВБ "Вектор" Роспотребнадзора) для проведения углубленных молекулярно-генетических и вирусологических исследований.

8. Директору ФБУН ГНЦ ВБ "Вектор" Роспотребнадзора обеспечить:

8.1. Проведение углубленных молекулярно-генетических и вирусологических исследований биологического материала от больных с подозрением на новую коронавирусную инфекцию.

8.2. Оказание практической и методической помощи органам и организациям Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации в проведении лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции.

9. Контроль за выполнением настоящего Постановления оставляю за собой.

А.Ю.ПОПОВА

Зарегистрировано в Минюсте России 31 января 2020 г. N 57367

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 31 января 2020 г. N 3

О ПРОВЕДЕНИИ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ) МЕРОПРИЯТИЙ ПО НЕДОПУЩЕНИЮ ЗАВОЗА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ 2019-NCOV

В связи с угрозой завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV, в соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650) постановляю:

1. Высшим должностным лицам субъектов Российской Федерации (руководителям высшего исполнительного органа государственной власти субъектов Российской Федерации):

1.1. Обеспечить подготовку мест для организации непрерывного медицинского наблюдения с учетом имеющихся мощностей медицинских, санаторно-курортных и других организаций с соответствующим материально-техническим обеспечением и медицинским обслуживанием, учитывая длительность такого наблюдения сроком 14 календарных дней.

1.2. Уточнить имеющиеся схемы транспортирования лиц непосредственно из аэропортов в случае необходимости помещения их под медицинское наблюдение.

1.3. Организовать совместно с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими деятельность в сфере общественного питания и торговли продуктами питания, мероприятия по обеспечению усиленного дезинфекционного режима.

1.4. Обеспечить непрерывное медицинское наблюдение на срок 14 календарных дней граждан КНР, имеющих вид на жительство в Российской Федерации, при их возвращении из КНР. В случае появления у таких граждан КНР симптомов, не исключающих новую коронавирусную инфекцию, провести их изоляцию и лабораторное обследование.

1.5. По Приморскому краю, Хабаровскому краю, Забайкальскому краю, Амурской области и Еврейской автономной области обеспечить обязательное обследование на коронавирусную инфекцию и изоляцию на период до 14 календарных дней в специально организованных пунктах граждан Китайской Народной Республики, имеющих вид на жительство в Российской Федерации, пересекающих государственную границу Российской Федерации в пунктах пропуска, по которым распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 января 2019 г. N 140-р (официальный интернет-портал правовой информации (www.pravo.gov.ru), 30.01.2020 г., N 0001202001300031) введено временное ограничение движения.

2. Минздраву России совместно с руководителями органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

2.1. Рекомендовать:

- медицинское наблюдение по месту жительства или изоляции за лицами, возвращающимися из КНР, в течение 14 календарных дней;

- привлечение при необходимости дополнительного медицинского персонала для организации медицинского наблюдения;

- наличие необходимого объема расходных материалов, включая средства для отбора проб с целью проведения лабораторных исследований, дезинфекционные препараты, средства индивидуальной защиты сотрудников.

2.2. В случае появления лиц с симптомами, не исключающими новую коронавирусную инфекцию, среди находящихся под медицинским наблюдением - обеспечить незамедлительный отбор биоматериала и направление его в организации Роспотребнадзора.

3. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора:

3.1. Обеспечить контроль за реализацией пунктов 1, 2 настоящего Постановления.

3.2. Давать обязательные для исполнения в установленные сроки предписания и (или) требования о медицинском наблюдении, медицинском обследовании, изоляции и (или) госпитализации, проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий юридическим лицам, уполномоченным органам государственной власти, гражданам Российской Федерации, иностранным гражданам и лицам без гражданства - больным инфекционными заболеваниями, с подозрением на такие заболевания, бывших в контакте с больными инфекционным заболеванием.

4. Рекомендовать МВД России принимать меры по обеспечению исполнения требований должностных лиц Роспотребнадзора, осуществляющих санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации.

5. Контроль за выполнением настоящего Постановления оставляю за собой.

А.Ю.ПОПОВА

Зарегистрировано в Минюсте России 2 марта 2020 г. N 57643

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 2 марта 2020 г. N 5

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКОВ ЗАВОЗА И РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (2019-NCOV)

Список изменяющих документов
(в ред. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 13.03.2020 N 6)

В связи с продолжающейся угрозой завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в соответствии с подпунктом 6 пункта 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650) постановляю:

1. Высшим должностным лицам субъектов Российской Федерации (руководителям высшего исполнительного органа государственной власти субъектов Российской Федерации):

1.1. Обеспечить организацию и проведение мероприятий, направленных на предупреждение завоза и распространения, своевременное выявление и изоляцию лиц с признаками новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV).

1.2. С учетом складывающейся эпидемиологической ситуации в регионе и прогноза ее развития своевременно вводить ограничительные мероприятия.

1.3. Предусмотреть расчеты финансового обеспечения вводимых мер реагирования при реализации региональных планов организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции.

1.4. Обеспечить работу "горячей линии" для граждан, вернувшихся с территорий, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), в целях передачи сведений о месте, датах их пребывания и возвращения, контактной информации.

2. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья:

2.1. Организовать работу медицинских организаций с приоритетом оказания первичной медицинской помощи на дому лихорадящим больным с респираторными симптомами, в первую очередь лицам старше 60 лет, с привлечением дополнительного медицинского персонала, а также обеспечить отдельный прием через приемно-смотровые боксы и фильтр-боксы пациентов с признаками острых респираторных вирусных инфекций (далее - ОРВИ), внебольничной пневмонии.

2.2. Принять меры по своевременному выявлению больных с респираторными симптомами, обеспечению качественной медицинской помощи на уровне первичного звена, обратив особое внимание на лиц из групп риска (лиц в возрасте старше 60 лет, в том числе в организациях социального обслуживания, а также лиц, страдающих хроническими заболеваниями бронхо-легочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем).

2.3. Организовать мониторинг обращений лиц, больных ОРВИ (средне-тяжелые и тяжелые формы), внебольничными пневмониями за медицинской помощью, вызовов скорой медицинской помощи, а также учет количества госпитализированных и выписанных лиц, больных ОРВИ и внебольничными пневмониями.

2.4. Уточнить сведения о лицах в возрасте старше 60 лет, а также лицах в возрасте от 20 до 60 лет, страдающих хроническими заболеваниями бронхо-легочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, проживающих на территории обслуживания медицинской организации.

2.5. Обеспечить:

2.5.1. Готовность медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь амбулаторно и стационарно, оказывающих скорую медицинскую помощь, к приему и оперативному оказанию медицинской помощи больным с респираторной симптоматикой, отбору биологического материала от больных для исследований на новую коронавирусную инфекцию (2019-nCoV).

2.5.2. Корректировку схем перепрофилирования медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь стационарно, для госпитализации лиц, больных внебольничными пневмониями, предусмотрев создание условий их изолированного пребывания в стационарных условиях специально для данного контингента больных.

2.5.3. Маршрутизацию больных с признаками внебольничной пневмонии в медицинские организации, осуществляющие медицинскую помощь стационарно, в условиях, специально созданных для данного контингента больных.

2.5.4. Оснащение специалистов бригад скорой медицинской помощи, медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь амбулаторно и стационарно (в приемных отделениях), в фельдшерско-акушерских пунктах - пульс-оксиметрами; отделений медицинских организаций по оказанию помощи лицам, больным ОРВИ и внебольничными пневмониями - аппаратами для неинвазивной вентиляции легких.

2.5.5. Поддержание неснижаемого запаса противовирусных препаратов, в том числе рекомендованных для лечения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), дезинфекционных средств и средств индивидуальной защиты в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь стационарно, и аптечной сети.

2.5.6. Возможность оперативного получения медицинскими работниками медицинских организаций, осуществляющих медицинскую помощь амбулаторно и стационарно, фельдшерско-акушерских пунктов, отделений медицинских организаций по оказанию помощи лицам, больным ОРВИ и внебольничными пневмониями, консультаций по вопросам оказания медицинской помощи у опытных клиницистов дифференциальной диагностики пневмоний.

2.5.7. На время действия настоящего Постановления обеспечить качественный отбор биологического материала и его доставку исключительно в испытательно-лабораторные центры федеральных бюджетных учреждений здравоохранения - центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации либо иные уполномоченные Роспотребнадзором лаборатории, имеющие лицензию на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний 2 группы патогенности, для проведения лабораторных исследований на новую коронавирусную инфекцию (2019-nCoV) у лиц с ОРВИ, обследуемых в рамках еженедельных мониторинговых исследований, у всех лиц с внебольничными пневмониями, неблагоприятным исходом заболевания.

2.5.8. Медицинское наблюдение на срок 14 календарных дней всех граждан, прибывающих из Исламской Республики Иран и Республики Корея, по месту их пребывания. При появлении у них симптомов, не исключающих новую коронавирусную инфекцию (2019-nCoV), обеспечить их немедленную изоляцию и госпитализацию в медицинские организации, осуществляющие медицинскую помощь стационарно, в условиях, специально созданных для данного контингента больных.

2.5.9. Незамедлительное проведение регламентированного комплекса противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрения на заболевания новой коронавирусной инфекцией (2019-nCoV).

2.5.10. Возможность оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинской организации лицам, вернувшимся с территорий, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), в пределах 14 календарных дней с момента их возвращения.

2.5.11. Тщательный сбор медицинскими работниками эпидемиологического анамнеза при обращении за медицинской помощью лиц с признаками респираторной инфекции, вернувшихся с территорий, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV).

2.6. Принять меры:

2.6.1. По улучшению этиологической расшифровки внебольничных пневмоний, обеспечив установление возбудителя во всех случаях, в том числе завершившихся летальным исходом, и коллегиальный разбор данных случаев.

2.6.2. По организации регулярных занятий с медицинскими работниками с привлечением профессорско-преподавательского состава высших учебных заведений по вопросам диагностики, лечения и профилактики новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), в

том числе по проведению разъяснительной работы с населением.

2.6.3. По активизации разъяснительной работы с населением о профилактике внебольничных пневмоний, обращая особое внимание на необходимость своевременного обращения за медицинской помощью при появлении первых симптомов респираторных заболеваний.

3. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора:

3.1. Обеспечить контроль за реализацией пунктов 1 и 2 настоящего Постановления.

3.2. При получении позитивных и сомнительных результатов лабораторных исследований на новую коронавирусную инфекцию организовать комплекс противоэпидемических мероприятий.

4. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора, главным врачам федеральных бюджетных учреждений здравоохранения - центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации в дополнение к ранее принятым мерам:

4.1. Усилить санитарно-карантинный контроль в аэропортах пунктов пропуска через государственную границу Российской Федерации, принимающих рейсы из Исламской Республики Иран, Республики Корея, Итальянской Республики.

4.2. Утратил силу. - Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13.03.2020 N 6.

5. Главным врачам федеральных бюджетных учреждений здравоохранения - центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации:

5.1. Обеспечить проведение лабораторных исследований на новую коронавирусную инфекцию (2019-nCoV) материалов от больных с пневмониями и больных с признаками ОРВИ с учетом эпидемиологического анамнеза, и в иных случаях по эпидемиологическим показателям.

5.2. Обеспечить направление всех положительных и сомнительных результатов для подтверждения в Референс-центр по мониторингу за коронавирусными инфекционными болезнями (тяжелый острый респираторный синдром, ближневосточный респираторный синдром и другими), функционирующий на базе Федерального бюджетного учреждения науки Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии "Вектор" Роспотребнадзора.

6. Рекомендовать гражданам, вернувшимся с территорий, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV):

6.1. Передавать сведения о месте и датах их пребывания, возвращения, контактной информации на "горячую линию", организованную в субъекте Российской Федерации.

6.2. При появлении первых признаков респираторной инфекции оставаться дома (по месту пребывания) и незамедлительно обращаться за медицинской помощью в медицинскую организацию по месту прикрепления с представлением информации о своем пребывании на территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV), для оформления листков нетрудоспособности без посещения медицинских организаций (на дому).

7. Настоящее Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

8. Контроль за выполнением настоящего Постановления оставляю за собой.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Зарегистрировано в Минюсте России 16 марта 2020 г. N 57744

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 13 марта 2020 г. N 6

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ ПО СНИЖЕНИЮ РИСКОВ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-2019

В связи с продолжающимся глобальным распространением, угрозой завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Российской Федерации, в соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650) постановляю:

1. Высшим должностным лицам субъектов Российской Федерации (руководителям высшего исполнительного органа государственной власти субъектов Российской Федерации):

1.1. Обеспечить проведение лабораторного обследования на COVID-2019 всем лицам, вернувшимся в течение 2-х недель из стран Европы или прибывших транзитом из стран Европы, а также всем лицам, вернувшимся в течение месяца из зарубежных поездок и обратившимся за медицинской помощью по поводу появления симптомов простудных заболеваний.

1.2. Определить:

- порядок проведения лабораторных исследований материала от лиц, не имеющих признаков простудных заболеваний и не являющихся контактными с больными COVID-2019, включая возможность отбора материала от таких лиц в аэропортах;

- перечень лабораторий медицинских организаций, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с III - IV группой патогенности с использованием методов, не предполагающих выделение возбудителя;

- потребность в тест-системах для диагностики COVID-2019.

1.3. Провести работу с юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями по обеспечению выполнения рекомендаций по организации режима труда работников, в том числе по:

обязательной дезинфекции контактных поверхностей (мебели, оргтехники и других) во всех помещениях в течение дня;

использованию в помещениях оборудования по обеззараживанию воздуха;

наличию в организации запаса дезинфицирующих средств для уборки помещений и обработки рук сотрудников;

ограничению зарубежных командировок;

использования аудио и видео селекторной связи для производственных совещаний и решения различных вопросов (при наличии технической возможности).

1.4. Взять на контроль выполнение юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, осуществляющими деятельность в сфере общественного питания и торговли, мероприятий по обеспечению усиленного дезинфекционного режима, включая дезинфекцию оборудования и инвентаря, обеззараживание воздуха, обеспечение дезинфекционными средствами для обработки рук, поверхностей и инвентаря.

1.5. Обеспечить соблюдение противоэпидемического режима в образовательных организациях, по возможности обеспечить переход на дистанционное обучение.

1.6. Ограничить проведение массовых мероприятий.

1.7. Организовать работу по систематическому информированию (через средства массовой информации, оповещение посредством мобильной и иных средств связи, распространение бюллетеней, листовок, установление рекламных щитов и другими способами) граждан старше 60-ти лет, лиц, страдающих хроническими заболеваниями бронхо-легочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем, о возможных рисках заражения COVID-2019, а также доведению информации о необходимости ограничения посещений мест массового скопления людей, вызова врача на дом при появлении симптомов простудных заболеваний или ухудшения состояния, связанного с имеющимися болезнями.

1.8. Обеспечить контроль за выполнением медицинскими организациями поручений, определенных постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.01.2020 N 2 "О дополнительных мероприятиях по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-CoV" (зарегистрировано Минюстом России 24.01.2020, регистрационный N 57269), от 02.03.2020 N 5 "О дополнительных мерах по снижению рисков завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)" (зарегистрировано Минюстом России 02.03.2020, регистрационный N 57643).

2. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечить:

2.1. Организацию и проведение лабораторных исследований материала от лиц, не имеющих признаков простудных заболеваний и не являющихся контактными с больными COVID-2019, на базе лабораторий медицинских организаций, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с III - IV группой патогенности с

использованием методов, не предполагающих выделение возбудителя, в порядке, установленном в субъекте Российской Федерации.

2.2. Провести совместно с специалистами территориальных органов и организаций Роспотребнадзора инструктаж работников лабораторий медицинских организаций, указанных в пункте 2.1 настоящего Постановления до начала использования тест-систем для диагностики COVID-2019.

2.3. Обеспечить ежедневное информирование территориальных органов Роспотребнадзора об использовании тест-систем для диагностики COVID-2019.

2.4. При выявлении проб, содержащих возбудитель, организацию немедленной госпитализации больного в медицинские организации, осуществляющие стационарную помощь инфекционным больным, с соблюдением всех правил биологической безопасности, направление материала от соответствующего лица в лаборатории подведомственных учреждений Роспотребнадзора и немедленную передачу информации об указанном случае в территориальные органы Роспотребнадзора.

2.5. Отбор и направление в лаборатории подведомственных учреждений Роспотребнадзора для лабораторного исследования материала от всех лиц с признаками простудных заболеваний, вернувшихся в течение 2-х недель из стран Европы или прибывших транзитом из стран Европы, лиц, вернувшихся в течение месяца из зарубежных поездок и обратившихся за медицинской помощью по поводу появления симптомов простудных заболеваний, а также от лиц, контактных с больными COVID-2019.

2.6. Привлечение необходимого числа сотрудников для отбора материала для лабораторного исследования на COVID-2019 и выделение необходимых объемов расходных материалов для указанных целей.

2.6. Выдачу листков нетрудоспособности лицам, находившимся в контакте с больным с подтвержденным лабораторно случаем COVID-2019.

3. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора обеспечить контроль за реализацией пунктов 1 и 2 настоящего Постановления.

4. Главным врачам федеральных бюджетных учреждений здравоохранения - центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации и директорам научных организаций Роспотребнадзора, осуществляющих проведение лабораторной диагностики COVID-2019, обеспечить готовность к проведению лабораторных исследований с учетом увеличения объемов исследований.

5. Пункт 4.2 постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 02.03.2020 N 5 "О дополнительных мерах по снижению рисков завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)" (зарегистрировано Минюстом России 02.03.2020, регистрационный N 57643) признать утратившим силу.

6. Настоящее Постановление действует на территории Российской Федерации, за исключением г. Москвы, и вступает в силу со дня его официального опубликования.

7. Контроль за выполнением настоящего Постановления оставляю за собой.

А.Ю.ПОПОВА

Зарегистрировано в Минюсте России 18 марта 2020 г. N 57771

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

от 18 марта 2020 г. N 7

ОБ ОБЕСПЕЧЕНИИ РЕЖИМА ИЗОЛЯЦИИ В ЦЕЛЯХ ПРЕДОТВРАЩЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-2019

В связи с продолжающимся глобальным распространением, угрозой завоза и распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-2019) на территории Российской Федерации, в соответствии со статьей 31, пунктом 6 части 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2019, N 30, ст. 4134) постановляю:

1. Высшим должностным лицам субъектов Российской Федерации (руководителям высшего исполнительного органа государственной власти субъектов Российской Федерации):

1.1. Обеспечить изоляцию всех лиц, прибывающих на территорию Российской Федерации, продолжительностью 14 календарных дней со дня их прибытия.

1.2. При организации изоляции обеспечить ее осуществление в домашних условиях (при наличии возможности), в случае отсутствия такой возможности организовать изоляцию в условиях обсерватора.

1.3. Организовать контроль за соблюдением карантина и предоставлением ежедневной информации в территориальные органы Роспотребнадзора.

1.4. Организовать при необходимости совместно с общественными организациями оказание социальной поддержки лицам, находящимся в условиях изоляции.

1.5. Принять меры по введению режима повышенной готовности.

2. Лицам, прибывшим на территорию Российской Федерации:

2.1. Незамедлительно сообщать о своем возвращении в Российскую Федерацию, месте, датах пребывания за рубежом, контактную информацию, включая сведения о месте регистрации и месте фактического пребывания, на горячую линию, организованную в субъекте Российской Федерации.

2.2. В случае появления любого ухудшения состояния здоровья незамедлительно обращаться за медицинской помощью на дому, без посещения медицинских организаций и сообщать данные о своем прибытии на территорию Российской Федерации.

2.3. Выполнять требования по изоляции в домашних условиях (нахождению в изолированном помещении, позволяющем исключить контакты с членами семьи и иными лицами, не подвергнутыми изоляции) сроком на 14 календарных дней со дня прибытия на территорию Российской Федерации.

3. Работодателям оказывать содействие в обеспечении работникам условий изоляции на дому.

4. Руководителям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья обеспечить:

4.1. Ежедневное медицинское наблюдение за лицами, находящимися в условиях изоляции, с предоставлением информации в территориальные органы Роспотребнадзора.

4.2. Выдачу листков нетрудоспособности лицам, находящимся в изоляции.

4.3. Немедленную госпитализацию в медицинские организации, осуществляющие стационарную помощь инфекционным больным, и забор биологического материала для лабораторного обследования при появлении любых симптомов инфекционного заболевания у лиц, находящихся в условиях изоляции, и лабораторное обследование контактных с ними лиц.

4.4. Соблюдение противоэпидемического режима в обсерваторах.

4.5. Соблюдение режима инфекционного стационара в медицинских организациях, оказывающих стационарную помощь больным с подозрением на COVID-2019.

5. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора обеспечить контроль за реализацией пунктов 1 - 4 настоящего Постановления.

6. Настоящее Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

7. Контроль за выполнением настоящего Постановления оставляю за собой.

А.Ю.ПОПОВА

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
П Р И К А З

22.03.2020 № 230

Об утверждении регламентов (алгоритмов) работы медицинских организаций, подведомственных Департаменту здравоохранения города Москвы в период с 23 по 30 марта 2020 г. по оказанию медицинской помощи пациентам, заболевшим новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), и контактным с ними лицам

В соответствие с приказом Минздрава России от 16 марта 2020 г. № 171 «О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)» в связи с выявлением случаев заболевания среди населения новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) и в целях максимально эффективного оказания медицинской помощи жителям города Москвы **ПРИКАЗЫВАЮ**:

1. **Утвердить**:

1.1. Схему работы службы скорой помощи на период с 23 по 30 марта 2020 г. (приложение 1 к настоящему приказу).

1.2. Алгоритм лечения пациентов с положительным тестом на наличие коронавирусной инфекции на дому (приложение 2 к настоящему приказу).

1.3. Алгоритм действий медицинского работника при осмотре на дому пациентов с острыми респираторными вирусными инфекциями для предотвращения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (приложение 3 к настоящему приказу).

1.4. Форму Согласия на получение медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции при лечении новой коронавирусной инфекции (COVID-19) (приложение 4 к настоящему приказу).

2. Заместителю руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Старшинину А.В.** обеспечить:

2.1. Дистанционное консультирование пациентов (телемедицинские консультации), заболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

2.2. Определение в каждой медицинской организации лиц (с указанием ФИО, должности, контактных данных), ответственных за организацию проведения телемедицинских консультаций, включая работу по передаче данных и информации о пациентах, техническое сопровождение.

3. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы **Плавунову Н.Ф., руководителям медицинских организаций**

государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь обеспечить:

3.1. Консультирование пациентов, в отношении которых выданы постановления Главного государственного санитарного врача по г. Москве (его заместителя) об изоляции больного новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) или контактного с больным новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

3.2. Отбор биологического материала от больных и контактных с ними лиц для исследований на наличие инфекционного заболевания, вызванного коронавирусом штамма COVID-19.

3.3. Информирование медицинских работников по вопросам клиники, диагностики, лечения новой коронавирусной инфекции COVID-19.

3.4. Обязательную госпитализацию:

3.4.1. Пациентов с тяжелой клинической картиной протекания новой коронавирусной инфекции (COVID-19), имеющих клиническую совокупность двух и более признаков на фоне лихорадки: температура тела ≥38,50 С; ЧДД ≥30; SpO2≤93%.

3.4.2. Больных с тяжёлой клинической картиной и нетипичным течением ОРВИ и гриппа, внебольничной пневмонией.

3.4.3. Иных заболевших новой коронавирусной инфекцией (COVID-19), являющихся пациентами группы риска: беременных женщин, старше 65 лет, имеющих хронические заболевания бронхо-легочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем.

3.5. Взятие биоматериала (мазок из зева и носа), вручение постановлений Главного государственного санитарного врача по г. Москве (его заместителя) о нахождении в режиме изоляции в том же помещении, где проживает больной или в другом жилом помещении, фотографирование и постановку на активное наблюдение в поликлинику лиц, без признаков заболевания или с легким течением заболевания, находившихся в контакте с пациентами с положительными анализами на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) и постановку их на активное медицинское наблюдение в поликлинику.

3.6. Если при оценке домашних условий госпитализируемого выявляется проживание в жилом помещении, в котором находится пациент, несовершеннолетних детей, родственников, требующих ухода или экстренной помощи, или сам пациент требует ухода, сообщать об этом на линию Социальной помощи по телефону: 8 (495) 870-45-12.

3.7. Работу медицинского персонала в соответствии с приложениями к настоящему приказу.

4. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы **Плавунову Н.Ф.** обеспечить медицинскую эвакуацию пациентов, указанных в настоящем приказе.

5. Главному врачу Государственного бюджетного учреждения «Станция скорой и неотложной медицинской помощи им. А.С. Пучкова» Департамента здравоохранения города Москвы **Плавунову Н.Ф.** и **руководителям медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих первичную медико-санитарную помощь** обеспечить раздачу информационных материалов, рекомендаций для заболевших коронавирусной инфекцией и их

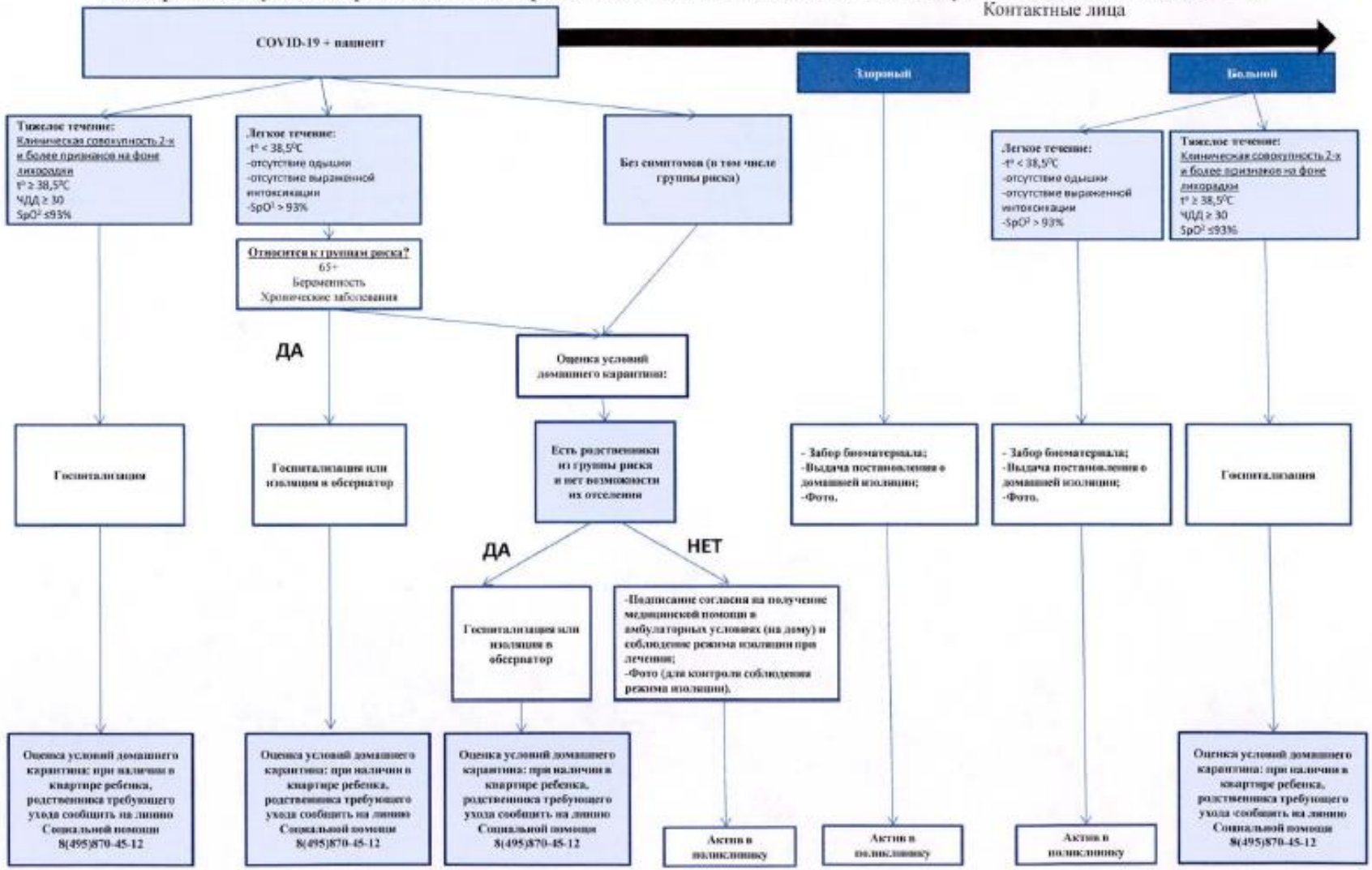
родственников, правил обработки помещений больного коронавирусной инфекцией.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителей руководителя Департамента **Старшинина А.В., Токарева А.С.**

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы **А. И. Хрипун**

Приложение 1

Схема работы службы скорой помощи на период с 23.03 по 30.03 по выявлению и эвакуации пациентов с COVID – 19



Приложение 2

На период с 23.03 по 30.03

Алгоритм лечения пациентов с положительным тестом на наличие коронавирусной инфекции на дому

1. **Определение категории вызова.**
   При получении положительного анализа на коронавирусную инфекцию ответственное лицо медицинской организации (заведующий отделением):
   - уведомляет пациента о положительном тесте на коронавирус и о запрете покидать место проживания больному и лицам, с которыми он проживает;
   - оповещает об этом свою администрацию, вносит в журнал учёта пациентов с коронавирусной инфекцией плановые даты для повторного забора биоматериала (мазок из зева и носа) 3,11 день.
   - организует осмотр сотрудников, контактировавших с заболевшим пациентом и, в случае симптомов ОРВИ забор у них биоматериалов (мазок из зева и носа) на коронавирусную инфекцию;
   - звонит пациенту с целью уточнения состояния пациента.

   При направлении медицинского работника к больному диспетчер отделения помощи на дому **ОБЯЗАН** информировать его о подтверждённом случае коронавирусной инфекции.

2. **Медицинская безопасность.**
   Обязательно использовать средства индивидуальной защиты :
   очки, одноразовые перчатки, респиратор, противочумный костюм 1 типа или одноразовый халат, бахилы. Врач должен иметь при себе запас медицинских масок в количестве не менее 20 шт. и предлагать их пациенту, прежде чем приступить к опросу и осмотру. Пациент обязан быть в медицинской маске!
   Обрабатывать руки в перчатках дезинфицирующим средством.
   НАХОДЯСЬ В КВАРТИРЕ БОЛЬНОГО,
   НЕ СНИМАТЬ РЕСПИРАТОР, ОЧКИ И ДРУГИЕ СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ.

3. **При осмотре пациента,**
   - при наличии у него клинической совокупности 2-х и более признаков на фоне лихорадки:
     A. t^0>38,5°c
     B. ЧДД ≥ 30
     C. SpO^2 <93%

   необходимо вызывать бригаду скорой медицинской помощи по тел. 103 для **<u>госпитализации пациента</u>**.

   - при легком течении заболевания:
     A. t^0<38,5°c
     B. ЧДД < 30
     C. SpO^2 >93%

     у пациентов:
     D. старше 65 лет

E. с наличием хронического заболевания на фоне ОРВИ - хроническая сердечная недостаточность, сахарный диабет, заболевания дыхательной системы (бронхиальная астма, ХОБЛ)

F. беременности

необходимо вызывать бригаду скорой медицинской помощи по тел. 103 для **госпитализации пациента**.

- В случае совместного проживания с пациентом членов семьи, относящихся к категориям риска (старше 65 лет, наличие хронических заболеваний, беременность) и невозможности их отселения, независимо от тяжести течения заболевания у пациента,

необходимо вызывать бригаду скорой медицинской помощи по тел. 103 для **госпитализации пациента**.

- Если у пациента :
  A. $t^{o} < 38,5^{0}C$
  B. ЧДД < 30
  C. $SpO^{2} > 93\%$
  D. дыхание свободное

то **пациент остается дома.**

4. **Пациенту с коронавирусной инфекцией,** находящемуся на лечении дома:
   1. назначить лечение :
      i. Лопинавир+Ритонавир 400мг/100мг каждые 12 часов 14 дней*
      ii. Патогенетическое лечение. Регидратирующий раствор. Обильное питьё.
      iii. Симптоматическая терапия. Жаропонижающие средства, парацетамол.
   2. дать информацию о необходимости вызова врача поликлиники или скорой медицинской помощи по тел 103, при ухудшении самочувствия:
      i. $t^{o} \geq 38.5^{0}C$
      ii. появление затрудненного дыхания
      iii. появление одышки
      iv. появления/усиление кашля
      v. снижение SPO2 < 93%.
   3. информировать граждан, проживающих с пациентов в одном помещении о рисках проживании с больным в одном месте и необходимости разобщения и временного проживания в другом месте. В случае, если это невозможно, информировать об этом Департамент труда и социальной защиты населения по тел.: **8-495-870-45-09** для рассмотрения возможности о временном проживании в изоляционном обсерваторе.
   4. выдать памятку о возможности обращения в телемедицинский центр Департамента здравоохранения города Москвы для проведения дистанционного консультирования с врачами.
   5. информировать пациента и людей, с которыми он проживает об уголовной ответственности за выход из установленного места постоянного пребывания в карантинной изоляции.

6. выдать пациенту или проживающим с ним гражданам памятку об уходе на дому за пациентами с лёгкой формой заболевания и общих рекомендациях по защите от инфекций передающихся воздушно-капельным и контактным путём.
7. Сообщить пациенту о номере телефона горячей линии Департамента труда и социальной защиты населения тел.: **8-495-870-45-09** . По данному номеру возможно оказание различных мер социальной поддержки.
8. По завершении работы с пациентом, врач выходит из квартиры, в подъезде снимает средства индивидуальной защиты, складывает одежду и средства индивидуальной защиты в пакет для медицинских отходов класса В (приложение № 2), обрабатывает руки антисептиком и помещает пакет в багажное отделение автомобиля для утилизации.

5. По завершении вызова, медицинский работник сообщает о круге лиц, с которыми пациент вступал в контакт диспетчеру отделения помощи на дом, с обязательной регистрацией. Диспетчер сообщает данную информации администрации медицинской организации.

6. Пациент считается выздоровевшим при отсутствии симптомов и 2-х отрицательных тестах на коронавирус, проведенных с разницей не менее 48 часов.

*в соответствии с приложением 1 временных методических рекомендаций ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИ (2019-nCoV).

Приложение 3

На период с 23.03 по 30.03

Алгоритм действий врача при осмотре пациента с ОРВИ на дому для предотвращения распространения коронавируса

1. **Определение категории вызова.**
   1. При поступлении вызова на дом диспетчер отделения помощи на дому обязательно фиксирует у абонента наличие симптомов ОРВИ.
   2. Врач/медицинская сестра, направляясь на вызов с поводом ОРВИ, обязан соблюдать медицинскую безопасность.
2. **Медицинская безопасность.**

   Обязательно использовать средства индивидуальной защиты :

   защитные очки, одноразовые перчатки, респиратор или медицинская маска, медицинский костюм или одноразовый медицинский халат, бахилы.

   Врач должен иметь при себе запас медицинских масок для больного или его родственников в количестве не менее 10 шт. и предлагать их пациенту, прежде чем приступить к опросу и осмотру. Пациент обязан быть в медицинской маске!

   Обрабатывать руки в перчатках дезинфицирующим средством.

   НАХОДЯСЬ В КВАРТИРЕ БОЛЬНОГО

   НЕ СНИМАТЬ РЕСПИРАТОР, ОЧКИ И ДРУГИЕ СРЕДСТВА ЗАЩИТЫ.
3. **Первичный контакт пациента с медицинским работником.**

   Если при опросе пациента он жалуется на:
   - затрудненное дыхание
   - $t^{o} \geq 38{,}5^{0}C$
   - кашель (чаще сухой)

   то сочетание 2-х и более таких жалоб свидетельствует о возможном наличии Covid-19.
4. **Осмотр пациента с ОРВИ.**

1. Если у пациента подтверждается хотя бы 1 нижеприведенный критерий:
   1. ЧДД ≥ 30
   2. SpO^{2} <90%
   3. лихорадка более 5 суток
   4. беременность

   необходимо вызывать бригаду скорой медицинской помощи по тел. 103 для **<u>госпитализации пациента</u>**.

   Если у пациента:
   1. ЧДД < 30
   2. SpO^{2} >90%
   3. ясное сознание
   4. лихорадка менее 5 суток

   то **<u>пациент остается дома.</u>**
   1. Если пациент:
      1. вернулся в течение последних 14 дней из стран Европы, США, Китая, Южной Кореи, Ирана или других стран (следите за динамикой распространения инфекции в официальных источниках), у него был контакт с человеком, вернувшимся из указанных стран, или с заболевшим коронавирусом.
      2. старше 60 лет

3. имеет хроническую сопутствующую патологию - сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, заболевания дыхательной системы, онкологическое заболевание, заболеваний эндокринной системы, а также женщина беременна.

то **врач обязан** осуществить **забор биологического материала** (мазок из зева и носа).

В остальных случаях – на решение врача, исходя из состояния пациента.

Забор биологического материала (мазок из зева и носа) проводит медицинская сестра. Для вызова медицинской сестры врачу необходимо позвонить в диспетчерскую службу отделения вызова врача на дом и сделать соответствующую заявку. Забор биологического материала производится согласно инструкции.

4. **Забор биологического материала осуществляется на 1 день, в случае если пациент:**
   a. Вернулся в течение последних 14 дней с территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции.
   b. Был контакт с вернувшимся с территории, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (с явлениями ОРВИ.)
5. **Забор биологического материала осуществляется на 1 день, в случае если пациент с симптомами ОРВИ. Решение о заборе биологического материала принимается врачом.**
6. **Забор биологического материала осуществляется на 1, 11 день, в случае если пациент:**
   a. лица старше 60 лет;
   b. младше 60 лет и имеющие хроническую сопутствующую патологию: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, заболевания дыхательной системы, онкологическое заболевание, заболеваний эндокринной системы, женщина беременна.
7. **После оформления заявки на взятие биологического материала врач обязан:**
   a) назначить симптоматическое лечение по поводу ОРВИ
   b) оформить листок нетрудоспособности или справку для учащихся **на 14 дней** (даже если человек не в группе риска)
   c) выдать памятку с листком самоконтроля
   d) предупредить о самоизоляции
   e) информировать о необходимости вызова врача поликлиники или скорой медицинской помощи по тел. 103, при ухудшении самочувствия, а именно при:
      1. повышении температуры выше 38,5С,
      2. появлении затрудненного дыхания,
      3. появлении одышки,
      4. появлении кашля
      5. снижении $SpO^2 < 90\%$.
8. По завершении работы с пациентом врач выходит из квартиры, в подъезде снимает средства защиты, складывает одежду и средства защиты в пакет для медицинских отходов, обрабатывает руки антисептиком и помещает пакет в багажное отделение автомобиля или берёт с собой.

Приложение 4

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ГОРОДА МОСКВЫ
«СТАНЦИЯ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ им. А.С. ПУЧКОВА»
ДЕПАРТАМЕНТА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ
(СС и НМП им. А.С. Пучкова)

1-й Коптельский пер., д. 3, стр. 1, Москва, 129090
Телефон: (495) 620-40-60, факс: (495) 620-40-61, e-mail: info@mos.03.ru. https://www.mos03.ru
ОКПО 01934199, ОГРН 1027700504292, ИНН/КПП 7702132064/770201001

Согласие
на получение медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции при лечении новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

Я, _____
(Ф. И. О. гражданина)

«_____» _____ г. рождения, проживающий по адресу: _____

_____,
(адрес места жительства гражданина)

в соответствии с ч. 2 ст. 22 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» проинформирован(-а) медицинским работником

_____
(Ф.И.О. медицинского работника)

о положительном результате лабораторного исследования моей пробы на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19) и постановке мне диагноза:

заболевание, вызванное новой коронавирусной инфекцией (COVID-19).

По результатам осмотра и оценки состояния моего здоровья, в связи с протеканием заболевания в легкой форме, медицинским работником в доступной для меня форме мне разъяснена возможность лечения амбулаторно (на дому), после чего я выражаю свое информированное согласие на:

- лечение на дому по адресу_____;
- соблюдение режима изоляции на период лечения.

Мне разъяснено, что я обязан(-а):
- не покидать указанное помещение, находиться в отдельной, хорошо проветриваемой комнате;
- не посещать работу, учебу, магазины, аптеки, никакие общественные места и массовые скопления людей, не пользоваться общественным транспортом, не контактировать с третьими лицами;
- при невозможности избежать кратковременного контакта с третьими лицами в обязательном порядке носить медицинскую маску;
- соблюдать врачебные и санитарные предписания, изложенные в памятках, врученных мне медицинским работником, а также предписания, которые будут выданы мне медицинскими работниками в течение всего срока лечения;
- при первых признаках ухудшения самочувствия (повышение температуры, кашель, затрудненное дыхание) позвонить в службу Скорой помощи 103 или 112 и не допускать самолечения;
- сдать пробы для последующего лабораторного контроля при посещении меня медицинским работником на дому.

Медицинским работником мне разъяснено, что новая коронавирусная инфекция (COVID-19) постановлением Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 г. № 66 внесена в Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, в связи с чем при возможном контакте со мной третьи лица имеют высокий риск заражения, что особо опасно для людей старшего возраста, а также людей, страдающих хроническими заболеваниями.

Я проинформирован(-а), что в случае нарушения мною режима изоляции я буду госпитализирован(-а) в медицинское учреждение для обеспечения режима изоляции и дальнейшего лечения в стационарных условиях.

Я предупрежден, что нарушение режима изоляции может повлечь привлечение меня к уголовной ответственности, предусмотренной ст. 236 УК РФ:
ч.1 - нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, наказывается штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо обязательными работами на срок до трехсот шестидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до одного года;
ч.2 - то же деяние, повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается обязательными работами на срок до четырехсот восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок от шести месяцев до двух лет, либо принудительными работами на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Медицинским сотрудником мне вручены:

- памятка для больного COVID-19;
- памятка по отслеживанию состояния здоровья (чек-лист и дневник наблюдения)

их содержание мне разъяснено и полностью понятно.

_____ _____
(подпись) (Ф. И. О. гражданина)

_____ _____
(подпись) (Ф. И. О. медицинского работника)

«_____» _____ г.
(дата оформления)

КОРОНАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ COVID-2019

ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ

ЗДОРОВАЯ МОСКВА

Выдается лечащими врачами лицам, у которых официально подтвержден диагноз «коронавирус»



КОМПЛЕКС СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МОСКВЫ

ТЕЛЕФОН ДЛЯ ВЫЗОВА СКОРОЙ ПОМОЩИ:

103

ГОРЯЧАЯ ЛИНИЯ:

7 (495) 870-45-09

08:00-21:00

ПО ВОПРОСАМ ТЕЛЕМЕДИЦИНЫ

7 (495) 870-45-10

ОФИЦИАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

MOS RU

ОПЕРАТИВНЫЙ ШТАБ ПО КОНТРОЛЮ И МОНИТОРИНГУ СИТУАЦИИ С КОРОНАВИРУСОМ В МОСКВЕ

Как пользоваться телемедициной дома

Уважаемый пациент!

У Вас есть возможность круглосуточно наблюдаться у врача Телемедицинского центра Департамента здравоохранения города Москвы, не выходя из дома.

По интернету, используя аудио- и видеосвязь, квалифицированные врачи Телемедицинского центра проводят дистанционные консультации, оценивают состояние здоровья и дают рекомендации.

Вы получаете чек-лист самоконтроля, в котором Вы отмечаете имеющиеся у Вас симптомы и обсуждаете их с врачом.



Чтобы получить доступ к уникальному сервису Телемедицинского центра, необходимо:

иметь выход в интернет

зарегистрироваться по ссылке, которую Вы получите в СМС

авторизоваться в системе и записаться на консультацию



Для получения поддержки можно обратиться по телефону
8-495-870-45-10

Для авторизации в системе необходимо предоставить следующие данные оператору:

1. Ф.И.О.
2. дату рождения
3. номер вашего телефона
4. номер полиса ОМС (по возможности)

Если у Вас на фоне высокой температуры тела ухудшится самочувствие и появятся следующие симптомы:

1. Затруднённое дыхание
2. Сухой кашель
3. Одышка
4. Снижение содержания кислорода в крови (SPO2) ниже 93% (при наличии пульсоксиметра)



НЕОБХОДИМО ВЫЗВАТЬ БРИГАДУ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ **ПО ТЕЛЕФОНУ 103!**

ДЕЙСТВИЕ

ЧЕК-ЛИСТ САМОКОНТРОЛЯ ПАЦИЕНТА



ДЕНЬ	СИМПТОМЫ			
	Симптомов нет	**Лихорадка ≥38°с**	**Боль в горле**	**Кашель**
0	☐	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
1	☐	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
2	☐	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
3	☐	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
4	☐	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
5	☐	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
6	☐	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет
7	☐	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет

ДЕЙСТВИЕ

ДЕНЬ	СИМПТОМЫ			
	Насморк	**Одышка**	**SPo2** (при наличии пульсоксиметра)	**Другие симптомы** (указать)
8	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет		
9	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет		
10	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет		
11	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет		
12	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет		
13	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет		
14	☐ Да ☐ Нет	☐ Да ☐ Нет		

Номер телефона поликлиники для вызова врача на дом_____.



ОПЕРАТИВНЫЙ ШТАБ ПО КОНТРОЛЮ И МОНИТОРИНГУ СИТУАЦИИ С КОРОНАВИРУСОМ В МОСКВЕ

ЗДОРОВАЯ МОСКВА

КОМПЛЕКС СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ МОСКВЫ

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ЗАБОЛЕВШИХ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ИХ РОДСТВЕННИКОВ



Не рекомендуется проживать с пациентом в одном помещении! Для лиц старше 60 лет проживание на одной площади с больным крайне опасно!

Гражданам, совместно проживающим с пациентом необходимо, по возможности, на время болезни покинуть помещение и проживать в другом месте. В случае, если это невозможно, информируйте об этом по тел.: 8-495-870-45-09.

1. Больной должен находиться в отдельной, хорошо проветриваемой комнате. Если это невозможно, соблюдайте расстояние не менее 1 метра от больного. Все комнаты и кухня в квартире должны часто проветриваться.



2. Для ухода за больным выберите одного человека без хронических заболеваний. Посещения пациента лицами, не проживающими совместно с ним, запрещены до полного выздоровления.

3. Мойте руки после любого контакта с больным или с окружающими его предметами. Если на руках нет видимых следов загрязнения, то их можно дезинфицировать спиртосодержащими средствами для рук.

4. Для вытирания рук после мытья водой с мылом разрешается использовать только одноразовые бумажные полотенца. При их отсутствии используйте чистые полотенца из ткани и заменяйте их, как только они становятся влажными.



5. Пациент, при контакте с другими людьми ОБЯЗАН носить медицинскую маску. Ухаживающий за ним должен носить медицинскую маску, когда он находится в одном помещении с пациентом. Нельзя прикасаться к маске во время использования. Если маска промокла, ее следует немедленно заменить новой.




Ухаживайте за больным и проводите уборку только в одноразовых перчатках, чтобы исключить контакт с любыми его выделениями (слюной, мочой, калом и т.п.), одеждой или постельным бельем. Сняли перчатки – обязательно вымойте руки
6
Пациенту необходимо выделить отдельные постельное белье и столовые приборы; каждый раз после использования их следует мыть водой с мылом или моющим средством. Поверхности, к которым прикасается больной (прикроватные тумбочки, спинки кровати, ванна, туалет и т. д.) необходимо ежедневно мыть и обеззараживать спиртосодержащими дезинфицирующими средствами.
7
60–90°C
Одежду, постельные принадлежности, полотенца, которыми пользуется больной, следует стирать вручную с хозяйственным мылом или в стиральной машине со стиральным гелем или порошком при температуре 60–90°C. Грязное белье больного до стирки следует хранить в отдельном мешке.
8
Перчатки, маски и другие отходные материалы, которые образовались при уходе за пациентом на дому, до их утилизации вместе с другими бытовыми отходами следует замочить в дезинфицирующем средстве: Утёнок или Доместос, Белизна или Santor.
9
ПРАВИЛА ОБРАБОТКИ ПОМЕЩЕНИЯ ПОСЛЕ ТОГО, КАК БОЛЬНОЙ КОРОНАВИРУСОМ НАПРАВЛЕН НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ ИЛИ ОБСЕРВАЦИЮ
1
Дезинфекцию проводят только после того, как заболевший покинул помещение
2
Поверхности обрабатывают, орошая дезинфицирующими средствами на основе хлорактивных и кислородактивных соединений («Спорокс», «Доместос»)
3
Воздух в отсутствие людей обрабатывают с помощью открытых ультрафиолетовых облучателей и аэрозолей
4
Все работы проводятся строго в одноразовых перчатках, при работе с аэрозолями – в средствах индивидуальной защиты
5
Органы дыхания защищаются респиратором, глаза защитными очками или средствами индивидуальной защиты с изолирующей лицевой частью
6
Дезинфицирующие средства хранят в плотно закрытых заводских упаковках, в затемненном прохладном сухом месте, недоступном для детей

ПРАВИТЕЛЬСТВО МОСКВЫ

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ

ПРИКАЗ

«06» 04 2020 г. № 355

Об алгоритме действий врача при поступлении в стационар пациента с подозрением на внебольничную пневмонию предположительно коронавирусной этиологии

В целях организации работы медицинских организаций государственной системы здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с подозрением на внебольничную пневмонию предположительно коронавирусной этиологии, **ПРИКАЗЫВАЮ**:

1. Утвердить алгоритм действий врача при поступлении в стационар пациента с подозрением на внебольничную пневмонию предположительно коронавирусной этиологии (приложение к настоящему приказу).
2. Руководителям медицинских организаций государственной систем здравоохранения города Москвы, оказывающих специализированную медицинскую помощь пациентам с подозрением на внебольничную пневмонию предположительно коронавирусной этиологии, принять к руководству алгоритм действий врача при поступлении в стационар пациента с подозрением на внебольничную пневмонию предположительно коронавирусной этиологии.
3. Контроль исполнения настоящего приказа возложить на заместителя руководителя Департамента здравоохранения города Москвы **Токарева А.С**.

Министр Правительства Москвы,
руководитель Департамента
здравоохранения города Москвы **А.И. Хрипун**

Приложение к приказу Департамента
здравоохранения города Москвы
от «6» апреля 2020 года № 355

Алгоритм действий врача при поступлении в стационар пациента с подозрением на внебольничную пневмонию предположительно коронавирусной этиологии

1. **В приемном отделении врач** осматривает пациента и определяет тяжесть пациента по шкале NEWS (приложение 1 к настоящему алгоритму).

2. **После осмотра пациента врач приемного отделения проводит обследование пациента:**
- общий анализ крови + лейкоцитарная формула;
- биохимический анализ крови: АЛТ, мочевина, креатинин, глюкоза, СРБ;
- КТ грудной клетки (оценка изменений в соответствии с приложениями 2 и 3 к настоящему алгоритму);
- пульсоксиметрия;
- ЭКГ.

3. **На основании клинических данных и результатов лабораторных и инструментальных методов исследований, врач приемного отделения принимает решение о дальнейшей тактике:**

3.1. При наличии медицинских показаний к госпитализации: совокупность 2-х и более признаков при КТ – 1, 2, 3, 4:
- лихорадка (>38,5°С);
- ЧДД ≥30;
- SpO_2 <93%;
- наличие факторов риска тяжелого течения коронавирусной инфекции:
- возраст старше 65 лет;
- беременность;
- наличие диарейного синдрома;
- сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия, хроническая сердечная недостаточность, гиперлипидемия, гиперкоагуляция, ДВС-синдром, острый коронарный синдром, сахарный диабет, цирроз печени, пациенты длительно принимающие стероиды и биологическую терапию по поводу воспалительных заболеваний кишечника и ревматоидного артрита, пациенты с иммунодефицитами (ВИЧ-инфекция без антиретровирусной терапии и пациенты, получающие химиотерапию), пациенты, получающие сеансы гемодиализа или перитонеальный диализ.

осуществляет госпитализацию пациента в стационар.

Легкие формы коронавирусной инфекции не являются показанием для стационарного лечения.

3.2. **При отсутствии показаний для госпитализации пациент направляется на лечение в амбулаторных условиях.**

При направлении пациента на лечение в амбулаторных условиях необходимо оформить согласие на получение медицинской помощи в

амбулаторных условиях (на дому) и соблюдение режима изоляции. Пациента, проживающего в общежитии, следует направить на долечивание в обсерватор.

Также необходимо:

- обеспечить фотосъемку пациента с одновременной идентификацией гражданина посредством предъявления документа, удостоверяющего личность;
- разъяснить пациенту обязанности использовать дистанционный медицинский сервис ТМИС (телемедицинская информационная система) и специальное программное обеспечение «Социальный мониторинг»;
- доставку пациента до места продолжения лечения и нахождения в режиме изоляции (жилое помещение по месту проживания или временного пребывания, обсерватор) обеспечить санитарным транспортом с соблюдением требований по маршрутизации пациентов с коронавирусной инфекцией.

4. **При постановке диагноза «внебольничная пневмония» руководствоваться следующими критериями** диагноз «внебольничная пневмония предположительно коронавирусной этиологии» устанавливается при наличии у больного подтвержденной инфильтрации легочной ткани на КТ, изменений общеклинического анализа крови (лейкопения, лимфопения, увеличение СРБ), лихорадки. Этого диагноза достаточно для принятия клинических решений до проведения лабораторного теста на наличие коронавирусной инфекции.

5. **В стационарном отделении** медицинская сестра по назначению врача производит забор биологического материала

- мазок из носа, из ротоглотки для анализа на COVID-19;
- мазок из носа для анализа на ГРИПП;
- забор мокроты (при наличии);
- либо БАЛ для анализа прочих этиологических агентов пневмонии.

6. **В стационарном отделении** лечащий врач на основании степени тяжести заболевания, результатов лабораторных и инструментальных исследований, принадлежности к особым групп пациентов (приложение 4 к настоящему алгоритму) формирует план лечения пациента и назначает даты взятия повторных мазков (приложение 5 к настоящему алгоритму).

7. **По окончании курса терапии** пациент может быть направлен на долечивание в амбулаторных условиях в соответствии с критериями выписки пациентов с внебольничной пневмонией или коронавирусной инфекцией (COVID-19) из стационаров для продолжения лечения в амбулаторных условиях (на дому) (вне зависимости от результатов выполненных ПЦР-исследований на РНК коронавируса) при соответствии следующим критериям:

- исчезновение лихорадки (<37,0°С);
- отсутствие признаков нарастания дыхательной недостаточности при сатурации на воздухе >96 %;
- уменьшение уровня С-реактивного белка до уровня менее 2-х норм, а уровень лейкоцитов выше 3,0 х 109/л;
- четкая тенденция к регрессированию изменений по данным КТ: отсутствие новых зон «матового стекла», уменьшение «матового стекла» и/или уменьшение в объеме зон консолидации (участков «матового стекла» может быть не более 3-х и они должны быть менее 3 см по максимальному диаметру).

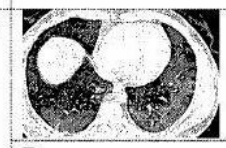
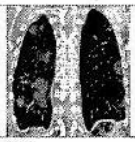
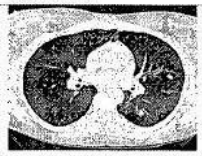
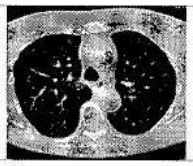
Приложение 1 к Алгоритму действий врача
при поступлении в стационар пациента
с подозрением на внебольничную пневмонию
предположительно коронавирусной этиологии

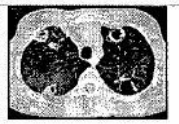
Протокол оценки тяжести состояния пациента (NEWS)

Параметр	Расшифровка баллов	Балл пациента
ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ ЗА 1 МИНУТУ		
⩽8	**3**	
9-11	1	
12-20	0	
21-24	2	
⩾25	**3**	
НАСЫЩЕНИЕ КРОВИ КИСЛОРОДОМ, %		
⩽91	**3**	
92-93	2	
94-95	1	
⩾96	0	
НЕОБХОДИМОСТЬ ИНСУФФЛЯЦИИ КСИЛОРОДА		
да	1	
нет	0	
ТЕМПЕРАТУРА ТЕЛА, °С		
⩽35,0	**3**	
35,1-36,0	1	
36,1-38,0	0	
38,1-39,0	1	
⩾39,1	2	
СИСТОЛИЧЕСКОЕ АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕБ мм.рт.ст.		
⩽90	**3**	
91-100	2	
101-110	1	
111-219	0	
⩾220	**3**	
ЧАСТОТА СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ В 1 МИНУТУ		
⩽40	**3**	
41-50	1	
51-90	0	
91-110	1	
111-130	2	
⩾131	**3**	
ИЗМЕНЕНИЕ УРОВНЯ СОЗНАНИЯ		
нет	0	
есть	**3**	
ПАЦИЕНТ с COVID-19 ?		
Подтверждено позитивный	0	
Подозрительный	0	
Маловероятно	0	
Подтверждено отрицательный	0	
ИТОГО	_____**баллов *(УКАЗАТЬ РЕЗУЛЬТАТ)***	

Приложение 2 к Алгоритму действий врача
при поступлении в стационар пациента
с подозрением на внебольничную пневмонию
предположительно коронавирусной этиологии

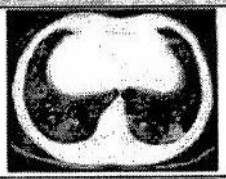
Оценка вероятности наличия вирусной пневмонии, обусловленной COVID-19, по КТ-паттернам

КТ-паттерн COVID 19	Распределение	Основные признаки	Дополнительные признаки
Высокая вероятность			
	Расположение преимущественно двустороннее, нижнедолевое, периферическое, периваскулярное, мультилобулярный двусторонний характер поражения	Многочисленные периферические уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» преимущественно округлой формы, различной протяженности	Утолщение междолькового интерстиция по типу «булыжной мостовой» («crazy-paving» sign), участки консолидации, симптом воздушной бронхограммы
Средняя вероятность			
	Расположение преимущественно диффузное, преимущественно перибронхиальное, преимущественно односторонний характер поражения по типу «матового» стекла	Диффузные уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» различной формы и протяженности с/без консолидацией (-ии)	Перилобулярные уплотнения, обратное «halo»
Низкая вероятность			
	Преимущественно односторонняя локализация	Единичные малые уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» не округлой формы и не периферической локализации	Наличие участков инфильтрации по типу консолидации без участков уплотнения по типу «матового стекла», лобарных инфильтратов

Нехарактерные признаки				
	Лобарный инфильтрат	Кавитация	Очаговая диссеминация	Симптом «дерево в почках»
	Плевральный выпот	Лимфаденопатия	Пневмосклероз/пневмофиброз	Уплотнения легочной ткани по типу «матового стекла» центральной и прикорневой локализации

Приложение 3 к Алгоритму действий врача
при поступлении в стационар пациента
с подозрением на внебольничную пневмонию
предположительно коронавирусной этиологии

Оценка тяжести пневмонии по данным КТ

Признаки	Тяжесть	Пример типичной картины
○ **Не более 3-х очагов** уплотнения по типу матового стекла ○ **<3 см** по максимальному **диаметру**	Легкая **(КТ-1)**	
• **Более 3-х** очагов или участков уплотнения по типу матового стекла • **<5 см** по максимальному **диаметру**	Умеренная **(КТ-2)**	
• **Уплотнения** легочной ткани по типу матового стекла в сочетании с очагами консолидации	Средне-тяжелая **(КТ-3)**	
• **Диффузное уплотнение** легочной ткани по типу матового стекла и консолидации в сочетании с ретикулярными изменениями	Тяжелая **(КТ-4)**	

Приложение 4 к Алгоритму действий врача
при поступлении в стационар пациента
с подозрением на внебольничную пневмонию
предположительно коронавирусной этиологии

Особые категории больных

Больные с артериальной гипертензией

В связи с тем, что артериальная гипертония увеличивает риск летального исхода при COVID-19 инфекции, было высказано предположение, что это может быть побочным эффектом ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов к ангиотензину. Опасения эти носили гипотетический характер и были основаны на том, что ангиотензин-превращающий фермент 2 является функциональным рецептором для COVID-19. Доказательной базы под этим нет. Более того, имелись косвенные экспериментальные данные и о возможном протективном действии этих препаратов при COVID-19 инфекции. Данные клинических исследований на людях отсутствуют. Совет по артериальной гипертонии ESC (Европейское общество кардиологов) опубликовал заявление о том, что нет никаких данных о неблагоприятных эффектах данных препаратов. Совет настоятельно рекомендует продолжить приём гипотензивных препаратов.

Больные с хронической сердечной недостаточностью

Хотя не было официальных заявлений ESC, все вышеуказанное про артериальную гипертонию полагаем, что относится и к сердечной недостаточности.

Больные с гиперлипидемией

Нет никаких оснований для отмены гиполипидемических препаратов. Необходимо учитывать межлекарственные взаимодействия при назначении терапии.

Больные с гиперкоагуляцией, ДВС-синдромом

У больных с тяжелым течением COVID-19 нередко определяется картина ДВС-синдрома (высокий D-димер, ПДФ и др., признаки тромбообразования). Поскольку обобщенного опыта лечения ДВС-синдрома при COVID-19 нет, как нет пока и данных о специфике его течения, показана стандартная терапия ДВС.

Больные с острым коронарным синдромом

При COVID-19 может быть неспецифическое повышение уровня тропонина в динамике. Кроме того, описаны фульминантные миокардиты как осложнение COVID-19. Все это требует более тщательного подтверждения диагноза острого коронарного синдрома (ОКС) на фоне COVID-19. В целом, при ОКС тактика не должна отличаться от стандартно принятой. Пациенты с ОКС и подозрением на COVID-19 должны направляться в стационары, специализированные на COVID-19 и имеющие возможность проведения ЧКВ.

Больные с ХОБЛ

При возникновении у пациента с ХОБЛ COVID-19 развитие дыхательной

недостаточности может идти более быстрыми темпами, что требует особого наблюдения за этими пациентами и оценки уровня газообмена. В период лечения требуется продолжение базисной терапии бронхолитиками длительного действия, если они не были назначены – то ввести их в общую схему терапии. При ухудшении дыхательной функции следует перейти на небулайзерную терапию бронхолитическими препаратами. Если пациент принимал до заболевания топические кортикостероиды (ГКС), следует оценить их эффективность и при возможности отменить, усилив бронхолитическую терапию. Терапия системными стероидами при тяжелом обострении ХОБЛ может применяться только по жизненным показаниям

Больные с бронхиальной астмой

При возникновении заболевания у пациентов с бронхиальной астмой, базисная терапия топическими ГКС должна сохраняться, несмотря на то, что имеются сведения о возможном неблагоприятном действии глюкокортикостероидов при COVID-19. Топические ГКС обладают крайне низким системным эффектом, а их отмена приведет к обострению заболевания, что особенно опасно при наличии вирусного поражения легких.

Больные с сахарным диабетом

Любые вирусные и инфекционные заболевания могут привести к метаболическим осложнениям. COVID-19 повышает риск развития острых осложнений сахарного диабета, таких как гипогликемия, кетоацидоз, лактатацидоз вплоть до развития комы.

Для пациента с сахарным диабетом характерен ряд особых симптомов, требующих отдельной оценки со стороны врача амбулаторного звена или приемного отделения стационара:

1) Повышение температуры тела
2) Гипергликемия выше 13,0-15,0 ммоль/л
3) Быстрое снижение веса
4) Жажда, тошнота, рвота
5) Частое дыхание со специфическим запахом
6) Кетоны в моче

Бессимптомная инфекция или средняя степень тяжести: контроль гликемии (цель гликемии 6,0-10,0 ммоль/л), расширенный питьевой режим.

Сахарный диабет 1 типа:	Сахарный диабет 2 тип:
- может потребоваться увеличение дозы базального инсулина - могут потребоваться дополнительные инъекции короткого или ультракороткого инсулина - контроль гликемии каждые 4 часа - контролировать кетоны в моче 1-2 раза в день	- временно отменить Метформин - усилить текущую ПССП, назначить альтернативный вариант пероральных препаратов при отмене Метформина - добавить инсулин НПХ или аналог инсулина длительного действия - если пациент на инсулинотерапии проводить контроль гликемии каждые 4 часа - при гликемии выше 15,0 ммоль/л контролировать кетоны в моче

Стабильный пациент с респираторными или системными симптомами: контроль гликемии (цель гликемии 6,0-10,0 ммоль/л), расширенный питьевой режим.

Сахарный диабет 1 типа:	Сахарный диабет 2 тип:
- увеличение дозы базального инсулина - дополнительные инъекции короткого или ультракороткого инсулина - оценить КЩС - контролировать гликемию каждые 4 часа, кетоны в моче 2 раза в день, и КЩС каждые 6 часов (при исходно измененной) -наблюдение эндокринолога	- отменить Метформин - при гликемии выше 15,0 ммоль/л проконтролировать кетоны в моче - оценить КЩС - назначить инсулин короткого типа действия или базис-болюсную инсулинотерапию - контролировать гликемию каждые 4 часа и КЩС каждые 6 часов (при исходно измененной) - наблюдение эндокринолога или терапевта

Пациент с респираторной симптоматикой, клинически нестабильный, но не в критическом состоянии:

Единый алгоритм ведения пациента с сахарным диабетом 1 типа и 2 типа:

- контроль гликемии;
- кислород;
- при дыхательной недостаточности: отменить любые сахароснижаюшщие препараты, кроме инсулина, оценить КЩС, назначить инсулин короткого типа действия п/к или непрерывным внутривенным введением через инфузомат (по состоянию больного);
- при в/в введении инсулина при гликемии выше 15,0 ммоль/л контролировать гликемию каждый час, при снижении гликемии менее 15,0 ммоль/л каждые 3 часа для изменения скорости подачи инсулина;
- при назначении системных стероидов увеличить скорость подачи инсулина или дозу инсулина п/к введения;
- наблюдение эндокринолога,

Дыхательная недостаточность или нарушение других жизненных функций:

Единый алгоритм ведения пациента с сахарным диабетом 1 типа и 2 типа:

- контроль гликемии;
- кислород:
- отменить любые пероральные сахароснижающие препараты;
- оценить КЩС;
- назначить инсулин короткого типа действия непрерывным внутривенным введением через инфузомат;
- при гликемии выше 15,0 ммоль/л контролировать гликемию каждый час, при снижении гликемии менее 15,0 ммоль/л каждые 3 часа для изменения скорости подачи инсулина;
- контролировать КЩС;
- при назначении комбинированной противовирусной терапии ожидать повышения гликемии: проводить контроль каждый 1-3 часа, увеличить скорость подачи инсулина по результатам контроля (увеличение дозы инсулина может

превышаться в 2-3 раза от исходной);

- наблюдение эндокринолога.

Пациенты длительно принимающие стероиды и биологическую терапию (воспалительные заболевания кишечника и ревматоидные артриты):

Необходимо учитывать межлекарственные взаимодействия при назначении терапии. В настоящее время нет конкретных рекомендации для людей с иммуносупрессией, таких как пациенты с ВЗК.

Предыдущие исследования показали, что вирусные инфекции чаще встречаются у пациентов, принимающих иммуномодуляторы (такие как 6-меркаптопурин и азатиоприн), чем у пациентов на биологической терапии, но неясно применимо ли это для COVID-19. На данный момент нет данных о течении заболевания у пациентов, принимающих иммунодепрессанты, хотя в одной из крупнейших серии клинических случаев из Китая было отмечено, что 2 пациента с иммунодефицитом имели нетяжелое течение инфекции.

В настоящее время не рекомендуется пациентам с ВЗК (или другим лицам с иммуносупрессией, таких как аутоиммунный гепатит) прекращать прием иммуносупрессоров или биологической терапии. Если пациенты с ВЗК временно прекратили прием курса антимикробной терапии, то рекомендуется его возобновить. Врачи должны пересмотреть статус иммунизации от инфекций, предотвратимых с помощью вакцин.

Гастроэнтеролог должен знать, что помимо респираторных симптомов пациенты могут предъявлять жалобы на желудочно-кишечные симптомы, такие как тошнота или диарея. В предыдущей вспышке коронавируса SARS диарея была отмечена у 25% пациентов. Причиной этому мог послужить рецептор ACE2, который используется вирусом SARS-CoV-2 для проникновения в клетку, было продемонстрировано, что данный рецептор экспрессируется на энтероцитах тонкого кишечника. ACE2 важен для контроля воспаления и его разрушение может привести к диарее.

Более того, подтверждено наличие вируса COVID-19 в кале пациентов с подтвержденной COVID-19 инфекцией. COVID-19, в первую очередь распространяется воздушно-капельным путем, однако фекально-оральное распространение возможно, что требует использование мер, предотвращающих распространение вируса при эндоскопии. Гастроэнтерологам следует принять во внимание тот факт, что у пациентов с COVID-19, наблюдали нарушение функции печени. Повышение АЛТ и АСТ были обнаружены в 37% случаев новой коронавирусной инфекции. Более поздние данные из Китая сообщают о повышении уровня общего билирубина у 10% пациентов с COVID-19. Особенно это важно для пациентов с уже существующей патологией печени.

Приложение 5 к Алгоритму действий врача
при поступлении в стационар пациента
с подозрением на внебольничную пневмонию
предположительно коронавирусной этиологии

Схемы терапии COVID-19 в зависимости от тяжести заболевания, с учетом степени тяжести заболевания

Тяжесть заболевания	**Симптомы, критерии тяжести состояния**	**Антивирусная/ иммунотерапия**	**Поддерживающая терапия**
Бессимптомное течение	- отсутствие симптомов	- не показана[1]	- контроль симптоматики
Средней тяжести	- легкое поражение верхних дыхательных путей - стабильная клиническая картина: 1. Температура тела ≤38,5°С 2. ЧСС <90 в мин, АДс >110 мм.рт.ст. 3. ЧДД 16-23 в мин, SpO_2 95-99% 4. Отсутствие клинических и рентгенологических данных за поражение нижних дыхательных путей	- не показана[1]	- симптоматическая терапия (рекомендуется исключить все ЛП, содержащие активное вещество: ибупрофен) - контроль температуры, ЧДД Для лиц из групп риска: в план обследования включить исследование цитокинового профиля в динамике (1-е и 3-и сутки болезни)
Стабильный пациент с респираторными или системными симптомами	- тяжёлая астения - сухой кашель - отсутствие нарастания респираторной симптоматики - клинические или рентгенологические признаки поражения лёгких: только ОДИН из ниже представленных критериев 1. Температура тела до 39,0°С 2. ЧСС 90-120 в мин, АДс <110 мм	- не показана[1] Может быть рассмотрено назначение у пациентов высокого риска: **Лопинавир/ритонавир** 400/100мг 2 раза в сутки в течение 28 дней ***ИЛИ*** **Дарунавир** 600мг 2 раза в сутки+ **Ритонавир** 100 мг 2 раза в сутки	- симптоматическая терапия - регидратация per os - антибиотикотерапия внебольничной пневмонии при прокальцитонине >2 нг/мг или увеличенном С-реактив-ном белке в 2 раза

	рт. ст. 3. ЧДД 24-28 в мин, SpO_2 93-95%, PaO_2/FiO_2 <260 4. Возможны клинические/ рентгенологические признаки поражения нижних дыхательных путей без дыхательной недостаточности 5. лимфопения < 800/мкл	***И*** **Гидроксихлорохин** 400мг 2 раза в сутки в качестве загрузочной дозы, затем 200 мг 2 раза в сутки в течение 9 дней	
Пациент с респираторной симптоматикой, клинически нестабильный, но не в критическом состоянии	- клинические или лабораторные показатели тяжелого состояния (2 и более признаков) 1. температура тела ≥38,5°C 2. PaO_2/ FiO_2 <260 3. лимфопения <800/мкл	**Лопинавир/ритонавир** 400/100мг 2 раза в сутки в течение 28 дней ***ИЛИ*** **Дарунавир** 600мг 2 раза в сутки + **Ритонавир** 100мг 2 раза в сутки **И** **Гидроксихлорохин** 400мг 2 раза в сутки в качестве загрузочной дозы, затем 200 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней	- кислород - антибиотикотерапия внебольничной пневмонии при прокальцитонине > 2 нг/мг или увеличенном С-реактивном белке в 2 раза - per os или внутривенная регидратация
Дыхательная недостаточность или нарушение других жизненных функций	- острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС)* - гипотензия, септический шок** - полиорганная недостаточность*** - нарушение сознания (менее 15 баллов по шкале ком Глазго)	**Лопинавир/ритонавир** 400/100мг 2 раза в сутки в течение 28 дней ***ИЛИ*** **Дарунавир** 600мг 2 раза в сутки+ **Ритонавир** 100мг 2 раза в сутки ***И*** **Гидроксихлорохин** 400мг 2 раза	1.Кислородотерапия 2.При неэффективности п.1 – высокопоточный кислород 3.Ведение больного в положении на животе 4.Неинвазивная респираторная поддержка 5.При неэффективности

		в сутки в качестве загрузочной дозы, затем 200 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней ***И*** **Тоцилизумаб**** 8 мг/кг (максимальная доза 800 мг), разовая доза внутривенно (инфузия в течение часа); при недостаточном улучшении или отсутствии положительной симптоматики вторая доза вводится через 8-12 часов	п.4 - протективная ИВЛ - антибиотикотерапия - интенсивная терапия и мониторинг согласно протоколам - системная стероидная терапия в случае ОРДС (стероиды обязательны при назначении тоцилизумаба) - рассмотреть - целесообразность ЭКМО в случае рефрактерной гипоксемии несмотря на инвазивную вентиляцию легких в положении на животе

[1]**Может быть рассмотрено назначение у пациентов высокого риска:** Лопинавир/ритонавир 400/100 мг 2 раза в сутки в течение 28 дней ИЛИ Дарунавир 600 мг 2 раза в сутки + Ритонавир 100 мг 2 раза в сутки И Гидроксихлорохин, 400 мг 2 раза в сутки в качестве загрузочной дозы, затем 200 мг 2 раза в сутки, в течение 10 дней

**** Критерии ОРДС***

1. Возникновение синдрома (новые симптомы или усугубление симптомов поражения легких) в пределах одной недели от момента действия известного причинного фактора.

2. Двусторонние затемнения на R-грамме ОГК, которые нельзя объяснить выпотом, ателектазом, узлами.

3. Дыхательную недостаточность нельзя объяснить сердечной недостаточностью или перегрузкой жидкостью

4. Нарушение оксигенации (гипоксемия):

4.1. Легкая: 200 мм рт.ст. <PaO2/FiO2 ≤300 при ПДКВ или CPAP ≥5см вод.ст.

4.2. Умеренная: 100 мм рт.ст. <PaO2/FiO2 ≤200 при ПДКВ или CPAP ≥5 см вод.ст.

4.3. Тяжелая: PaO2/FiO2 ≤100 при ПДКВ или CPAP ≥ 5 см вод.ст.

***** Критерии шока***

Септический шок – персистирующая артериальная гипотензия, требующая применения вазопрессоров для поддержания АДср ≥65 мм рт.ст. в сочетании с уровнем лактата >2 ммоль/л, несмотря на адекватную инфузионную терапию

****** Критерии органной дисфункции***

Сердечно-сосудистая система	*Критерии шока*
Мочевыделительная система	*Диурез <0,5мл/кг/час; удвоение уровня креатинина*
Дыхательная система	*PaO2 /FiO2 <250; ИВЛ; инфильтраты на рентгенограмме*
Функция печени	*Билирубин >20мкмоль/л в течение 2 дней Трансаминазы в 2 раза> N*
Свёртывающая система	*ПТВ> N; тромбоциты <100тыс/мм3 или ниже исходного на 50%*
Метаболическая дисфункция	*pHa <7,3; BE> -5,0; лактат >1,5N*
ЦНС	*Менее 15 баллов по шкале Глазго*

******* Особенности назначения препарата ТОЦИЛИЗУМАБ***

<u>Показания к назначению:</u>

1. Лихорадка 38-39°С, в сочетании с повышением С-реактивного белка (более 3 N) повышением уровня IL- 6, интерстициальное поражение легких

2. Лихорадка, в сочетании с повышением С-реактивного белка (более 3 N), повышением уровня IL-6, интерстициальное поражение легких с ДН

3. Прогрессирование интерстициального поражения легких по данным КТ ОГК, дыхательной недостаточности, в сочетании с повышением С-реактивного белка мг/л, повышением уровня IL- 6, лихорадкой 38-39°С

Обязательно: исключить инфекционный процесс (скрининг: сифилис, ВИЧ, вирусные гепатиты В и С, КТ ОГК)

Доза: 400 мг (мировой опыт), вторая инфузия 400 мг (при сохранении лихорадки).

<u>Препарат может быть назначен при соответствии следующим критериям:</u>

<u>Критерии включения:</u>

1. Пациенты, у которых была диагностирована пневмония, вызванная SARS-CoV-2 (включая пациентов из групп риска) и тяжелые случаи пневмонии, вызванной SARS-CoV-2;

2. Возраст от 18 до 85 лет;

3. Повышенный уровень ИЛ-6 (определенный методом ИФА);

4. Информированное согласие, подписанное пациентом или уполномоченными членами семьи.

<u>Критерии исключения:</u>

1. Пациенты, которые принимают участие в других клинических исследованиях лекарственных средств;

2. Беременные или кормящие женщины;

3. АЛТ/АСТ >5 ВГН, нейтрофилы <0,5х109/л, тромбоциты менее 50х109/л;

4. Установленный диагноз иммуноопосредованных ревматических заболеваний;

5. Длительный приём пероральных иммуносупрессивных или иммуномодулирующих препаратов;

6. Повышенная чувствительность к тоцилизумабу или любым вспомогательным веществам;

7. Пациенты с активным туберкулезом легких, с подтвержденными бактериальными и грибковыми инфекциями.

Информация о межлекарственных взаимодействиях, основных экспериментальных препаратах, применяемых в соответствии с региональными рекомендациями по лечению COVID-19: http://www.covid19-druginteractions.org

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 21 января 2020 г. N 02/706-2020-27

О НАПРАВЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (2019-NCOV)

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет временные рекомендации по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV, подготовленные ФБУН "Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии" Роспотребнадзора, для использования в работе.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение 1
к письму Роспотребнадзора
от 21 января 2020 г. N 02/706-2020-27

ВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, ВЫЗВАННОЙ 2019-NCOV

1. Рекомендации предназначены для специалистов диагностических лабораторий и заинтересованных сторон, участвующих в лабораторном обследовании пациентов, которые соответствуют определению предполагаемого случая инфекции, ассоциированного с новым коронавирусом 2019-nCoV (далее - заболевание 2019-nCoV), выявленным в г. Ухань (Китайская Народная Республика).

2. Организация лабораторной диагностики 2019-nCoV до особого распоряжения осуществляется в соответствии с требованиями санитарного законодательства по работе с микроорганизмами II групп патогенности.

3. На настоящем этапе под понятие предполагаемого случая инфекции, ассоциированного с новым коронавирусом 2019-nCoV, попадают лица, въезжающие в Российскую Федерацию с территорий стран, в которых зарегистрированы случаи заболевания 2019-nCoV, с клиническими признаками острых респираторных, вирусных инфекций (ОРВИ), а также больные инфекционных отделений с тяжелым или прогрессирующим респираторным заболеванием неясной этиологии, развившемся после зарубежной поездки или после контакта с вернувшимися из зарубежной поездки в страны, в которых зарегистрированы случаи заболевания 2019-nCoV.

Основными симптомами заболевания 2019-nCoV являются температура, утомление, кашель с небольшим количеством мокроты. По мере развития болезни у некоторых больных (около 15%) появляются такие симптомы, как диспноэ. Температура регистрируется у более чем 90% больных, сухой кашель - примерно у 80%, сдавленность в груди - у более чем 20%. Результаты клинических лабораторных анализов на ранних стадиях болезни могут показать у более чем 80% больных нормальный или пониженный уровень лейкоцитов и пониженный уровень лимфоцитов. У больного может быть повышенный уровень "печеночных" ферментов. На рентгенограмме легких могут быть видны экссудаты с симптомом "матового стекла". Болезнь проявляется как острый тяжелый респираторный синдром, часто протекающий в виде пневмоний.

От больных или контактных, с заболевшими отбираются пробы для проведения лабораторной диагностики заболевания 2019-nCoV.

4. Образцы, подлежащие сбору [Таблица 1]:

4.1. Респираторный материал <*> (мазок из носоглотки и ротоглотки, мокрота (при наличии) и/или эндотрахеальныЙ аспират или бронхоальвеолярный лаваж);

4.2. Сыворотка для серологического исследования, образец, отобранный в острый период и в период реконвалесценции (дополнительно к респираторным материалам, что может поддержать идентификацию истинного агента, как только серологический анализ будет доступен).

5. Сбор клинического материала и его упаковку осуществляет работник медицинской организации, обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе и сборе материала, подозрительного на зараженность микроорганизмами II группы патогенности.

Выбор времени забора клинического материала очень важен, так как, предположительно, наиболее высокое содержание вируса в дыхательных органах человека может быть в течение первых 4-х дней после появления признаков заболевания. Образцы должны быть собраны в течение 3-х суток после появления клинических признаков заболевания.

От одного больного отбирают не менее 3-х видов клинического материала.

Обязательно забираются мазки из полости: носа, носо- и ротоглотки.

Для посмертной диагностики используют аутоптаты легких, трахеи и селезенки.

Каждый образец материала помещают в отдельную транспортную емкость.

Таблица 1

ОБРАЗЦЫ, МАТЕРИАЛА ОТ ЛЮДЕЙ, ПОДЛЕЖАЩИЕ СБОРУ

ДЛЯ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ 2019-NCOV

Тип образца	Требования к сбору материала	Транспортировка	Условия хранения до тестирования	Комментарии
Мазок с носоглотки и зева (ротоглотки)	Пластиковые пробирки и тампоны для мазков <**>	4 °C	<= 5 дней: 4 °C > 5 дней <*>: -70 °C	Носоглоточные и орофарингеальные тампоны должны быть помещены в одну пробирку для увеличения вирусной нагрузки
Бронхоальвеолярный лаваж	Стерильный контейнер	4 °C	<= 48 часов: 4 °C > 48 часов <*>: -70 °C	Возможно (небольшое разведение образца
Эндотрахеальный аспират, аспират носоглотки или смыв из носа	Стерильный контейнер	4 °C	<= 48 часов: 4 °C > 48 часов <*>: -70 °C	
Мокрота	Стерильный контейнер <**>	4 °C	<= 48 часов: 4 °C > 48 часов <*>: -70 °C	Убедитесь, что материал поступает из нижних дыхательных путей
Ткани биопсии или аутопсии, включая легкие	Стерильный контейнер с физиологическим раствором <**>	4 °C	<= 24 часа: 4 °C > 24 часа <*>: -70 °C	
Сыворотка (две пробы: острая фаза и через 2 - 4 недели после острой фазы)	Пробирки, для разделения сыворотки (взрослые: собирают 3 - 5 мл цельной крови)	4 °C		Острая фаза - первая неделя болезни, выздоравливающий - от 2 до 3 недель и позже
Цельная кровь	Пробирка	4 °C	<= 5 дней: 4 °C > 5 дней <*>: -70 °C	Для обнаружения антигена, особенно в первую неделю

				болезни
Моча	Контейнер для сбора мочи	4 °C	<= 5 дней: 4 °C > 5 дней <*>: -70 °C	

<*> - при невозможности обеспечить хранение при минус 70 °C, образцы хранить при минус 20 °C;

<**> - для транспортировки образцов используют ТС (транспортную среду), содержащую противогрибковые и антибиотиковые добавки.

Избегать повторного замораживания и оттаивания образцов.

6. Все образцы, собранные для лабораторных исследовании, должны рассматриваться как потенциально инфекционные, и медицинский персонал, который собирает или перевозит клинические образцы, должны строго соблюдать требования биологической безопасности как при работе с микроорганизмами II группы патогенности.

В настоящее время природный резервуар и пути передачи нового коронавируса 2019-nCoV неизвестны. Предположительно вирус может передаваться респираторным и контактным путем. Нельзя исключить фекально-оральный путь передачи вируса.

Медицинские работники, которые собирают образцы должны использовать соответствующие средства индивидуальной защиты (СИЗ).

Медицинские работники, выполняющие аэрозольные процедуры (например, аспирацию или открытое отсасывание образцов дыхательных путей, интубацию, сердечно-легочную реанимацию, бронхоскопию), используют:

- респираторы типа FFP2 или эквивалент, или более высокий уровень защиты (пневмошлем),

- очки для защиты глаз или защитный экран,

- противочумный халат и перчатки, водонепроницаемый фартук при проведении процедур, где ожидается, что жидкость может попасть на халат или специальные защитные комплекты.

Необходимо ограничить число лиц, присутствующих в комнате, до минимума, необходимого для сбора образцов. Обязательно следовать требованиям санитарных правил по использованию СИЗ.

Все используемые материалы должны быть утилизированы надлежащим образом. Дезинфекция рабочих зон и обеззараживание возможных разливов крови или инфекционных жидкостей организма должны проводиться в соответствии с утвержденными процедурами с использованием дезинфекционных средств да основе хлора.

7. На настоящем этапе первичное исследование материала, подозрительного на содержание коронавируса 2019-nCoV, осуществляют методами полимеразной цепной

реакции (ПЦР) на базе научно-исследовательских организаций Роспотребнадзора и центров гигиены эпидемиологии в субъектах Российской Федерации согласно приложению 2 с учетом удобства транспортной схемы в соответствии с инструкцией по применению используемого экспериментального набора.

8. При выявлении положительных результатов первичного исследования, материал от больного направляют на подтверждающее тестирование в Референс-центр по мониторингу за коронавирусными инфекционными болезнями ТОРС, БВРС и др. (ФБУН ГНЦ ВБ "Вектор" Роспотребнадзора, адрес - р.п. Кольцово, Новосибирской области, 630559, тел.: +7 383 3366010, факс: +7 383 3367409, e-mail: vector@vector.nsc.ru).

Единичный отрицательный результат теста, особенно если это образец из верхних дыхательных путей, не исключает инфекции. Отбор проб из нижних дыхательных путей должен быть проверен на содержание нового коронавируса 2019-nCoV, особенно при тяжелом или прогрессирующем заболевании. Обнаружение любого другого патогена в образцах от больного не исключает заболевания 2019-nCoV, поскольку пока мало известно о роли микст-инфекций в развитии заболевания.

9. Перевозка образцов должна осуществляться в соответствии с требованиями санитарного законодательства по отношению к микроорганизмам II группы патогенности.

В транспортную емкость (плотно закрывающиеся пластмассовые пробирки или флаконы с завинчивающимися крышками, проверенные на герметичность); плотно закрытый верхний конец транспортной емкости вместе с крышкой герметизируют различными пластификаторами (парафин, парафилм и др.); емкость маркируют.

Транспортную емкость помещают в плотную упаковку подходящего размера с ватой (или другим гигроскопичным материалом) в количестве, достаточном для адсорбции всего образца в случае его протечки; упаковка должна быть герметична заклеена или запаяна.

В отдельный полиэтиленовый пакет вкладывают бланк направления с указанием следующих данных: наименование направляющего материал учреждения, Ф.И.О. больного, его возраст, место жительства, предварительный диагноз, эпидемиологический анамнез, сопутствующие заболевания (при наличии), вид материала, дата и время отбора материала.

Запрещается упаковывать образцы клинического материала от разных людей в одну упаковку.

Герметично закрытые упаковки помещают в герметично закрывающийся металлический контейнер для транспортировки биологических материалов.

Контейнер помещают в пенопластовый термоконтейнер с охлаждающими термоэлементами. К наружной стенке термоконтейнера необходимо прикрепить этикетку с указанием вида материала, условий транспортирования, названия пункта назначения.

10. Результаты лабораторных исследований оформляются соответствующими документами и направляются в адрес соответствующей медицинской организации.

11. При получении положительных на 2019-nCoV результатов на любом из этапов диагностики информация немедленно направляется в региональные органы Роспотребнадзора и Центральный аппарат Роспотребнадзора.

Приложение 2
к письму Роспотребнадзора
от 21 января 2020 г. N 02/706-2020-27

СПИСОК

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

РОСПОТРЕБНАДЗОРА И ЦЕНТРОВ ГИГИЕНЫ И ЭПИДЕМИОЛОГИИ

ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОЛОГИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ

НА НАЛИЧИЕ 2019-NCOV

1. Федеральное бюджетное учреждение науки "Хабаровский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

2. Федеральное казенное учреждение здравоохранения "Иркутский ордена Трудового Красного Знамени научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

3. Федеральное бюджетное учреждение науки "Тюменский научно-исследовательский институт краевой инфекционной патологии" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

4. Федеральное бюджетное учреждение науки "Нижегородский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. академика И.Н. Блохиной" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

5. Федеральное бюджетное учреждение науки "Омский научно-исследовательский институт природно-очаговых инфекций" Роспотребнадзора

6. Федеральное казенное учреждение здравоохранения "Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

7. Федеральное казенное учреждение здравоохранения "Российский научно-исследовательский противочумный институт "Микроб" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

8. Федеральное казенное учреждение здравоохранения "Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт" Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

9. ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в г. Москве" Роспотребнадзора

10. ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Московской области" Роспотребнадзора

11. ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в г. Санкт-Петербурге" Роспотребнадзора

12. ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Приморском крае" Роспотребнадзора

13. ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Ростовской области" Роспотребнадзора

14. ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии в Свердловской области" Роспотребнадзора

15. ФКУЗ "Противочумный центр" Роспотребнадзора

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 13 февраля 2020 г. N 02/2120-2020-32

О РЕКОМЕНДАЦИЯХ ПО ПРОВЕДЕНИЮ УБОРКИ И ДЕЗИНФЕКЦИИ АВТОТРАНСПОРТА

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в связи с неблагоприятной ситуацией, связанной с заболеваниями, вызванными новым коронавирусом в Китайской Народной Республике (КНР), и в целях недопущения распространения инфекции на территории Российской Федерации направляет "Рекомендации по проведению профилактических мероприятий и дезинфекции автотранспортных средств для перевозки пассажиров в целях недопущения распространения новой коронавирусной инфекции".

Просим довести данные рекомендации до заинтересованных организаций, автоперевозчиков и персонала, занимающегося уборкой и дезинфекцией автотранспорта.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 13.02.2020 N 02/2120-2020-32

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ И ДЕЗИНФЕКЦИИ АВТОТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ПЕРЕВОЗКИ ПАССАЖИРОВ В ЦЕЛЯХ НЕДОПУЩЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В связи с неблагополучной ситуацией по новой коронавирусной инфекции в Китайской Народной Республике и в целях недопущения распространения заболевания на территории Российской Федерации необходимо обеспечить соблюдение мер предосторожности, а также проведение профилактических и дезинфекционных

мероприятий при оказании услуг по перевозке пассажиров автомобильным транспортом.

Механизмы передачи инфекции - воздушно-капельный, контактный, фекально-оральный.

Меры профилактики:

По результатам предрейсового осмотра не допускаются к работе водители с проявлениями острых респираторных инфекций (повышенная температура, кашель, насморк).

Водители должны быть обеспечены запасом одноразовых масок (исходя из продолжительности рабочей смены и смены масок не реже 1 раза в 3 часа), а также дезинфицирующими салфетками, кожными антисептиками для обработки рук, дезинфицирующими средствами. Повторное использование одноразовых масок, а также использование увлажненных масок не допускается.

Профилактическая и очаговая (текущая, заключительная) дезинфекция.

Для проведения дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, зарегистрированные в установленном порядке, в инструкциях по применению которых указаны режимы обеззараживания объектов при вирусных инфекциях.

Профилактическая дезинфекция включает меры личной гигиены, использование масок для защиты органов дыхания, частое мытье рук с мылом или протирку их кожными антисептиками, проветривание и проведение влажной уборки салонов транспортных средств и проводится в ходе поездок в КНР, а также в период до истечения 5 дней после возвращения. Для дезинфекции применяют наименее токсичные средства.

По окончании рабочей смены (или не менее 2-х раз в сутки при длительных маршрутах) после высадки пассажиров проводится проветривание, влажная уборка салона и профилактическая дезинфекция путем протирания дезинфицирующими салфетками (или растворами дезинфицирующих средств) ручек дверей, поручней, подлокотников кресел (в междугородних автобусах также откидных столиков, пряжек ремней безопасности, персональных панелей управления (освещением, вентиляцией, вызова сопровождающих лиц и др.), пластмассовых (металлических, кожаных и т.п.) частей спинок сидений, индивидуальных видеомониторов).

При наличии туалетов проводится их уборка и дезинфекция в установленном порядке.

В длительных маршрутах для организации питьевого режима используется только вода в индивидуальных емкостях или одноразовая посуда. В течение маршрута производится сбор использованной одноразовой посуды, а также средств индивидуальной защиты, масок, дезинфицирующих салфеток в одноразовые плотно закрываемые пластиковые пакеты, которые размещаются в багажном отделении и подвергаются дезинфекции в пункте прибытия.

Очаговую дезинфекцию проводят в инфекционном очаге при выявлении больного (текущая дезинфекция - проводится способом протирания дезинфицирующими средствами, разрешенными к использованию в присутствии людей (на основе катионных поверхностно-активных веществ) и после выбытия больного из очага (заключительная дезинфекция).

Заключительная дезинфекция проводится после удаления больного и освобождения салона от людей. Для обработки используют наиболее надежные дезинфицирующие средства на основе хлорактивных и кислородактивных соединений. При обработке поверхностей применяют способ орошения. Воздух в отсутствие людей рекомендуется обрабатывать с использованием открытых переносных ультрафиолетовых облучателей, аэрозолей дезинфицирующих средств.

Обеззараживанию подлежат все поверхности салона транспортного средства.

Дезинфекцию следует начинать с кресел подозреваемых больных (при их наличии). При наличии видимых загрязнений их следует обработать дезинфектантом, очистить, потом дезинфицировать поверхности кресла.

При проведении дезинфекции в туалетных комнатах необходимо нанести дезинфектант на всю загрязненную область, очистить грязную область (убрать твердые частицы или впитать жидкость), повторно нанести дезинфектант.

Для уничтожения микроорганизмов необходимо соблюдать время экспозиции и концентрацию рабочего раствора дезинфицирующего средства в соответствии с инструкцией к препарату. При необходимости, промыть поверхность водой и высушить с помощью бумажных полотенец.

Для дезинфекции могут быть использованы средства из различных химических групп: хлорактивные (натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 0,06%, хлорамин Б - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 3,0%), кислородактивные (перекись водорода - в концентрации не менее 3,0%), катионные поверхностно-активные вещества (КПАВ) - четвертичные аммониевые соединения (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,5%), третичные амины (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,05%), полимерные производные гуанидина (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,2%), спирты (в качестве кожных антисептиков и дезинфицирующих средств для обработки небольших по площади поверхностей - изопропиловый спирт в концентрации не менее 70% по массе, этиловый спирт в концентрации не менее 75% по массе). Содержание действующих веществ указано в Инструкциях по применению.

Заключительная дезинфекция проводится силами специализированных организаций. При заключительной дезинфекции салона транспортного средства и всех загрязненных зон необходимо использовать:

- одноразовые защитные костюмы;

- одноразовые перчатки;

- защитную маску, защитные очки или щиток для лица;

- обувь с закрытым носком или бахилы при повышенном риске разбрызгивания или при сильно загрязненных биологическими жидкостями поверхностях;

- влагонепроницаемые мешки для отходов.

Гигиеническую обработку рук с применением спиртсодержащих кожных антисептиков следует проводить после каждого контакта с кожными покровами больного (потенциально больного), его слизистыми оболочками, выделениями, повязками и другими предметами ухода, после контакта с оборудованием, мебелью и другими

объектами, находящимися в непосредственной близости от больного. Когда уборка и дезинфекция завершены и перчатки сняты, вымыть руки водой с мылом или протереть спиртовой салфеткой. Избегать прикасаться к лицу руками в перчатках или немытыми руками.

Не используется для чистки сжатый воздух и/или вода под давлением, а также любые другие методы, которые могут вызвать разбрызгивание или распространение инфекционного материала в виде аэрозоля. Пылесосы можно использовать только после правильно произведенной дезинфекции.

После завершения уборки и дезинфекции защитную одежду, обувь, средства индивидуальной защиты, уборочный инвентарь следует сложить в промаркированные баки или мешки для проведения их дезинфекции.

Дезинфицирующие средства хранят в упаковках изготовителя, плотно закрытыми в специально отведенном сухом, прохладном и затемненном месте. Меры предосторожности при проведении дезинфекционных мероприятий и первой помощи при случайном отравлении изложены для каждого конкретного дезинфицирующего средства в Инструкциях по их применению.

Инструкция по проведению дезинфекционных мероприятий и о мерах профилактики пассажирского и грузового транспорта, осуществляющего автомобильные перевозки

Коронавирусы (семейство Coronaviridae) - РНК-содержащие вирусы размером 80 - 160 нм, имеющие внешнюю липосодержащую оболочку. По устойчивости к дезинфицирующим средствам относятся к вирусам с низкой устойчивостью.

Механизмы передачи инфекции - воздушно-капельный, контактный, фекально-оральный.

С целью профилактики и борьбы с инфекциями, вызванными коронавирусами, проводят профилактическую и очаговую (текущую, заключительную) дезинфекцию. Для проведения дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, зарегистрированные в установленном порядке. В Инструкциях по применению этих средств указаны режимы для обеззараживания объектов при вирусных инфекциях.

Для дезинфекции могут быть использованы средства из различных химических групп: хлорактивные (натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 0,06%, хлорамин Б - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 3,0%), кислородактивные (перекись водорода - в концентрации не менее 3,0%), катионные поверхностно-активные вещества (КПАВ) - четвертичные аммониевые соединения (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,5%), третичные амины (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,05%), полимерные производные гуанидина (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,2%), спирты (в качестве кожных антисептиков и дезинфицирующих средств для обработки небольших по площади поверхностей - изопропиловый спирт в концентрации не менее 70% по массе, этиловый спирт в концентрации не менее 75% по массе). Содержание действующих веществ указано в Инструкциях по применению.

Обеззараживанию подлежат все поверхности в салоне пассажирского автобуса и грузового автотранспорта.

Уборка и дезинфекция пассажирского автобуса проводится после высадки пассажиров в конечный пункт прибытия.

Уборка и дезинфекция грузового транспорта проводится после убытия с территории КНР, до начала движения по территории Российской Федерации.

Профилактическая дезинфекция

Профилактическая дезинфекция начинается немедленно при возникновении угрозы заболевания с целью предупреждения проникновения и распространения возбудителя.

Включает:

1. Меры личной гигиены, частое мытье рук с мылом или протирку их кожными антисептиками.

2. Проведение влажной уборки салона - обрабатывается потолок, стены и окна, двери, полки, сиденья, поручни, индивидуальные подголовники пассажирских кресел. С мягких кресел сначала удаляют пыль пылесосом, а затем двукратно с интервалом в 2 - 3 минуты их протирают ветошью, смоченной в дезинфекционном растворе. В последнюю очередь обрабатывают пол. Дезинфекция салона может осуществляться путем протирания либо орошения. После завершения дезинфекционной обработки салон автотранспорта тщательно промывают чистой водой от остатков дезинфекционных средств и высушивают.

При выполнении рейсового задания обязательно проводится проветривание салонов пассажирских автобусов и кабины грузового транспорта на остановочных пунктах по маршруту следования.

Для предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем, необходимо проводить своевременную очистку и дезинфекцию систем вентиляции и кондиционирования воздуха в салонах пассажирских автобусов и кабины грузового транспорта.

В условиях отрицательных температур для дезинфекции транспорта используют горячие растворы дезинфектантов или дезинфицирующие средства с антифризами.

Дезинфекция колес автомобильного транспорта проводится при въезде на территорию пункта пропуска на дезинфекционно-промывочных блоках.

Все виды работ с дезинфицирующими средствами следует выполнять во влагонепроницаемых перчатках одноразовых или многократного применения. При проведении дезинфекции способом орошения используют средства индивидуальной защиты (СИЗ). Органы дыхания защищают респиратором, глаз - защитными очками или используют противоаэрозольные СИЗ органов дыхания с изолирующей лицевой частью.

Дезинфицирующие средства хранят в упаковках изготовителя, плотно закрытыми в специально отведенном сухом, прохладном и затемненном месте, недоступном для детей.

Меры предосторожности

Меры предосторожности при проведении дезинфекционных мероприятий и первой

помощи при случайном отравлении изложены для каждого конкретного дезинфицирующего средства в Инструкциях по их применению.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 14 февраля 2020 г. N 02/2230-2020-32

О ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ И ПИЩЕБЛОКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в связи с неблагоприятной ситуацией, связанной с заболеваниями, вызванными новым коронавирусом в Китайской Народной Республике (КНР), в целях реализации мер по недопущению распространения инфекции на территории Российской Федерации, предусмотренных постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 31.01.2020 N 3 "О проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по недопущению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV" направляет "Рекомендации по проведению профилактических и дезинфекционных мероприятий по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции в организациях общественного питания и пищеблоках образовательных организаций".

Просим довести данные рекомендации до заинтересованных организаций, осуществляющих оказание услуг общественного питания, в том числе в образовательных организациях.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 14.02.2020 N 02/2230-2020-32

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ

КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В ОРГАНИЗАЦИЯХ ОБЩЕСТВЕННОГО ПИТАНИЯ И ПИЩЕБЛОКАХ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ

В связи с неблагополучной ситуацией по новой коронавирусной инфекции в Китайской Народной Республике и в целях недопущения распространения заболевания на территории Российской Федерации необходимо обеспечить соблюдение мер предосторожности, а также проведение профилактических и дезинфекционных мероприятий при оказании услуг общественного питания.

Механизмы передачи инфекции - воздушно-капельный, контактный, фекально-оральный.

Меры профилактики:

Соблюдение мер личной гигиены. Недопуск к работе персонала с проявлениями острых респираторных инфекций (повышенная температура, кашель, насморк).

Обеспечение персонала запасом одноразовых масок (исходя из продолжительности рабочей смены и смены масок не реже 1 раза в 3 часа) для использования их при работе с посетителями, а также дезинфицирующими салфетками, кожными антисептиками для обработки рук, дезинфицирующими средствами. Повторное использование одноразовых масок, а также использование увлажненных масок не допускается.

Для проведения дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, зарегистрированные в установленном порядке и разрешенные к применению в организациях общественного питания, в инструкциях по применению которых указаны режимы обеззараживания объектов при вирусных инфекциях.

Профилактическая дезинфекция проводится на системной основе в рамках проведения мероприятий по недопущению распространения новой коронавирусной инфекции и включает меры личной гигиены, использование масок для защиты органов дыхания, частое мытье рук с мылом или обработку их кожными антисептиками, дезинфекцию столовой и кухонной посуды, проветривание и обеззараживание воздуха, проведение влажной уборки помещений с использованием дезинфицирующих средств. Для дезинфекции применяют наименее токсичные средства.

По окончании рабочей смены (или не реже чем через 6 часов) проводятся проветривание и влажная уборка помещений с применением дезинфицирующих средств путем протирания дезинфицирующими салфетками (или растворами дезинфицирующих средств) ручек дверей, поручней, столов, спинок стульев (подлокотников кресел), раковин для мытья рук при входе в обеденный зал (столовую), витрин самообслуживания.

Для уничтожения микроорганизмов необходимо соблюдать время экспозиции и концентрацию рабочего раствора дезинфицирующего средства в соответствии с инструкцией к препарату. При необходимости, после обработки поверхность промывают водой и высушивают с помощью бумажных полотенец.

При наличии туалетов проводится их уборка и дезинфекция в установленном порядке.

Количество одновременно используемой столовой посуды и приборов должно обеспечивать потребности организации. Не допускается использование посуды с

трещинами, сколами, отбитыми краями, деформированной, с поврежденной эмалью.

Организации общественного питания и пищеблоки образовательных организаций рекомендуется оснащать современными посудомоечными машинами с дезинфицирующим эффектом для механизированного мытья посуды и столовых приборов. Механическая мойка посуды на специализированных моечных машинах производится в соответствии с инструкциями по их эксплуатации, при этом применяются режимы обработки, обеспечивающие дезинфекцию посуды и столовых приборов при температуре не ниже 65 °C в течение 90 минут.

Для мытья посуды ручным способом необходимо предусмотреть трехсекционные ванны для столовой посуды, двухсекционные - для стеклянной посуды и столовых приборов.

Мытье столовой посуды ручным способом производят в следующем порядке:

- механическое удаление остатков пищи;

- мытье в воде с добавлением моющих средств в первой секции ванны;

- мытье во второй секции ванны в воде с температурой не ниже 40 °C и добавлением моющих средств в количестве, в два раза меньшем, чем в первой секции ванны;

- ополаскивание посуды в металлической сетке с ручками в третьей секции ванны горячей проточной водой с температурой не ниже 65 °C с помощью гибкого шланга с душевой насадкой;

- обработка всей столовой посуды и приборов дезинфицирующими средствами в соответствии с инструкциями по их применению;

- ополаскивание посуды в металлической сетке с ручками в третьей секции ванны проточной водой с помощью гибкого шланга с душевой насадкой;

- просушивание посуды на решетчатых полках, стеллажах.

При выходе из строя посудомоечной машины, отсутствии условий для соблюдения технологии ручного мытья и дезинфекции посуды, а также одноразовой столовой посуды и приборов работа организации не осуществляется.

При применении одноразовой посуды производится сбор использованной одноразовой посуды в одноразовые плотно закрываемые пластиковые пакеты, которые подвергаются дезинфекции в конце рабочего дня.

Для дезинфекции могут быть использованы средства из различных химических групп: хлорактивные (натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 0,06%, хлорамин Б - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 3,0%), кислородактивные (перекись водорода - в концентрации не менее 3,0%), катионные поверхностно-активные вещества (КПАВ) - четвертичные аммониевые соединения (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,5%), третичные амины (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,05%), полимерные производные гуанидина (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,2%), спирты (в качестве кожных антисептиков и дезинфицирующих средств для обработки небольших по площади поверхностей - изопропиловый спирт в концентрации не менее 70% по массе, этиловый спирт в концентрации не менее 75% по массе). Содержание

действующих веществ указано в Инструкциях по применению.

Дезинфицирующие средства хранят в упаковках изготовителя, плотно закрытыми в специально отведенном сухом, прохладном и затемненном месте, недоступном для детей. Меры предосторожности при проведении дезинфекционных мероприятий и первой помощи при случайном отравлении изложены для каждого конкретного дезинфицирующего средства в Инструкциях по их применению.

В случае выявления заболевших после удаления больного и освобождения помещений от людей проводится заключительная дезинфекция силами специализированных организаций. Для обработки используют наиболее надежные дезинфицирующие средства на основе хлорактивных и кислородактивных соединений. Обеззараживанию подлежат все поверхности, оборудование и инвентарь производственных помещений, обеденных залов, санузлов. Посуду больного, загрязненную остатками пищи, дезинфицируют путем погружения в дезинфицирующий раствор и далее обрабатывают по изложенной выше схеме. При обработке поверхностей применяют способ орошения. Воздух в отсутствие людей рекомендуется обрабатывать с использованием открытых переносных ультрафиолетовых облучателей, аэрозолей дезинфицирующих средств.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ

ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 10 марта 2020 г. N 02/3853-2020-27

О МЕРАХ

ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в целях недопущения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) направляет рекомендации по профилактике новой коронавирусной инфекции (COVID-19) среди работников и предлагает довести их до сведения руководителей организаций независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 10.03.2020 N 02/3853-2020-27

РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

СРЕДИ РАБОТНИКОВ

Работодателям рекомендуется обеспечить:

- при входе работников в организацию (предприятие) - возможность обработки рук кожными антисептиками, предназначенными для этих целей (в том числе с помощью установленных дозаторов), или дезинфицирующими салфетками с установлением контроля за соблюдением этой гигиенической процедуры;

- контроль температуры тела работников при входе работников в организацию (предприятие), и в течение рабочего дня (по показаниям), с применением аппаратов для измерения температуры тела бесконтактным или контактным способом (электронные, инфракрасные термометры, переносные тепловизоры) с обязательным отстранением от нахождения на рабочем месте лиц с повышенной температурой тела и с признаками инфекционного заболевания;

- контроль вызова работником врача для оказания первичной медицинской помощи заболевшему на дому;

- контроль соблюдения самоизоляции работников на дому на установленный срок (14 дней) при возвращении их из стран, где зарегистрированы случаи новой коронавирусной инфекции (COVID-19);

- информирование работников о необходимости соблюдения правил личной и общественной гигиены: режима регулярного мытья рук с мылом или обработки кожными антисептиками - в течение всего рабочего дня, после каждого посещения туалета;

- качественную уборку помещений с применением дезинфицирующих средств вирулицидного действия, уделив особое внимание дезинфекции дверных ручек, выключателей, поручней, перил, контактных поверхностей (столов и стульев работников, орг. техники), мест общего пользования (комнаты приема пищи, отдыха, туалетных комнат, комнаты и оборудования для занятия спортом и т.п.), во всех помещениях - с кратностью обработки каждые 2 часа;

- наличие в организации не менее чем пятидневного запаса дезинфицирующих средств для уборки помещений и обработки рук сотрудников, средств индивидуальной защиты органов дыхания на случай выявления лиц с признаками инфекционного заболевания (маски, респираторы);

- регулярное (каждые 2 часа) проветривание рабочих помещений;

- применение в рабочих помещениях бактерицидных ламп, рециркуляторов воздуха с целью регулярного обеззараживания воздуха (по возможности).

Рекомендуется ограничить:

- любые корпоративные мероприятия в коллективах, участие работников в иных массовых мероприятиях на период эпиднеблагополучия;

- направление сотрудников в командировки, особенно в зарубежные страны, где зарегистрированы случаи заболевания новой коронавирусной инфекцией (COVID-19);

- при планировании отпусков воздержаться от посещения стран, где регистрируются случаи заболевания новой коронавирусной инфекцей (COVID-19).

В зависимости от условий питания работников рекомендовать:

При наличии столовой для питания работников:

- обеспечить использование посуды однократного применения с последующим ее сбором, обеззараживанием и уничтожением в установленном порядке;

- при использовании посуды многократного применения - ее обработку желательно проводить на специализированных моечных машинах в соответствии с инструкцией по ее эксплуатации с применением режимов обработки, обеспечивающих дезинфекцию посуды и столовых приборов при температуре не ниже 65 град. С в течение 90 минут или ручным способом при той же температуре с применением дезинфицирующих средств в соответствии с требованиями санитарного законодательства.

При отсутствии столовой:

- запретить прием пищи на рабочих местах, пищу принимать только в специально отведенной комнате - комнате приема пищи;

- при отсутствии комнаты приема пищи, предусмотреть выделение помещения для этих целей с раковиной для мытья рук (подводкой горячей и холодной воды), обеспечив его ежедневную уборку с помощью дезинфицирующих средств.

При поступлении запроса из территориальных органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека незамедлительно представлять информацию о всех контактах заболевшего новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) в связи с исполнением им трудовых функций, обеспечить проведение дезинфекции помещений, где находился заболевший.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 15 марта 2020 г. N 02/4162-2020-27

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ ПО ОРГАНИЗАЦИИ СКК И МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в дополнение к ранее данным указаниям и в связи с осложнением по коронавирусной инфекции в странах Европейского региона информирует.

В целях обеспечения безопасности государства, защиты здоровья населения и нераспространения новой коронавирусной инфекции на территории России, а также в связи с ухудшением эпидемиологической обстановки в Италии, Германии, Испании и Франции Оперативным штабом по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации приняты следующие решения.

С 00 часов 00 минут 13 марта 2020 года временно ограничиваются пассажирские воздушные перевозки с территории Российской Федерации на территорию Итальянской Республики, Федеративной Республики Германия, Королевства Испания, Французской Республики и в обратном направлении, за исключением:

- регулярных рейсов Москва - Рим (и обратно), регулярных рейсов Москва - Берлин (и обратно), регулярных рейсов Москва - Мюнхен (и обратно), регулярных рейсов Москва - Франкфурт-на-Майне (и обратно), регулярных рейсов Москва - Мадрид (и обратно), регулярных рейсов Москва - Барселона (и обратно), регулярных рейсов Москва - Париж (и обратно), осуществляемых через международный аэропорт Шереметьево (терминал F);

- чартерных рейсов, при условии перевозки в указанные страны их граждан и граждан иных стран и в Российскую Федерацию - граждан Российской Федерации до полного вывоза указанных граждан в их страны.

Также с 00 часов 00 минут 13 марта 2020 года вводится временный запрет на выдачу гражданам Итальянской Республики виз, за исключением деловых, гуманитарных, дипломатических и служебных.

Федеральным органам исполнительной власти и органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации рекомендовано сократить количество проводимых массовых мероприятий, в том числе деловых, спортивных, культурных и развлекательных, и по возможности проводить их в видеоформате или без зрителей, допуская возможность проведения только чрезвычайно важных и неотложных мероприятий.

Кроме того, федеральным органам исполнительной власти рекомендовано отменить загранкомандировки, за исключением загранкомандировок, носящих неотложный характер и (или) организованных во исполнение поручений Президента Российской Федерации и Правительства Российской Федерации и (или) в целях обеспечения безопасности страны, а также рекомендовать сотрудникам воздержаться от всех поездок в страны с неблагоприятной обстановкой, связанной с распространением новой коронавирусной инфекции, если они не вызваны крайней необходимостью.

В связи с изложенным и в дополнение к ранее данным Роспотребнадзором указаниям необходимо:

1. Организовать анкетирование прибывающих на борту воздушных судов, следующих из Европы (анкета на русском и английском языках прилагается).

2. При прилете воздушных судов из Европейских стран:

2.1. Обеспечить 2-кратный тепловизионный контроль (на борту воздушного судна переносным, затем - стационарным тепловизором) всех прибывающих на воздушном судне.

2.2. Организовать выдачу уведомлений о необходимости информирования территориального органа Роспотребнадзора о месте дальнейшего пребывания для организации медицинского наблюдения.

2.3. Предоставить памятку о необходимости (при наличии условий) самоизоляции с указанием телефонов горячих линий, куда следует сообщать о месте своего нахождения. Рекомендации по условиям самоизоляции прилагаются.

2.5. Обеспечить полный сбор информации о прибывающих (анкеты) в целях незамедлительной передачи информации в территориальные органы Роспотребнадзора для своевременной организации полного комплекса профилактических мероприятий по месту фактического пребывания.

Одновременно информируем, что в аэропортах прибытия с 14.03.2020 отменяется забор биологического материала от всех прибывающих без признаков инфекционного заболевания. При выявлении лиц с повышенной температурой из числа прибывших - забор биологического материала проводится непосредственно в аэропортах.

Просим довести до руководителей высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации и руководителей органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан рекомендации по обеспечению основных принципов самоизоляции.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 15 марта 2020 г. N 02/4162-2020-27

РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ОБЕСПЕЧЕНИЮ ОСНОВНЫХ ПРИНЦИПОВ САМОИЗОЛЯЦИИ

В целях недопущения распространения новой коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации граждан, приезжающих из неблагополучных по COVID-19 стран, должна осуществляться изоляция (самоизоляция) в домашних условиях.

В категорию лиц, в отношении которых необходимо применение режима самоизоляции, попадают граждане Российской Федерации, а также граждане, имеющие иное гражданство, но постоянно проживающие на территории России, прибывающие из неблагополучных по COVID-19 стран.

Под самоизоляцией подразумевается изоляция лиц, прибывших из неблагополучных по COVID-19 стран, в изолированной квартире с исключением контакта с членами своей семьи или другими лицами. При этом изолируемый должен находиться в помещении, где проживает как собственник, наниматель или на других законных основаниях. Изолируемый не ограничен в своих правах на территории своего жилья (контакт с людьми возможен посредством видео/аудио, интернет-связи), однако покидать его не имеет права.

По прибытии в Россию необходимо сообщать о своем возвращении из стран, неблагополучных по COVID-2019, месте, датах пребывания на указанных территориях, адрес места самоизоляции и другую контактную информацию по телефону горячей линии территориального органа Роспотребнадзора или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации для дальнейшей передачи информации в территориальную медицинскую организацию, которой устанавливается медицинское наблюдение за прибывшим.

Режим самоизоляции устанавливается сроком на 14 дней с момента пересечения границы Российской Федерации - для лиц, прибывающих из неблагополучных по COVID-19 стран.

При условии совместного путешествия нескольких лиц, проживающих в одной квартире, возможна совместная изоляция нескольких лиц. Не рекомендуется пребывание домашних животных в квартире, где осуществляется самоизоляция.

При невозможности обеспечения изоляции в домашних условиях, а также для лиц, не имеющих постоянного места жительства на территории Российской Федерации, предусматривается изоляция в специально развернутых обсерваторах.

Лицам, находящимся в изоляции, запрещается выходить из помещения даже на непродолжительный срок (покупка продуктов/предметов первой необходимости, вынос мусора, отправка/получение почты и др.). Для обеспечения изолируемого всем необходимым могут привлекаться родственники, службы доставки, волонтеры и др. лица без личного контакта с изолируемым (безналичный расчет; доставляемые продукты/предметы оставляются у входа в квартиру изолируемого). Бытовой мусор, образующийся в месте изоляции, упаковывается в двойные прочные мусорные пакеты, плотно закрывается и выставляется за пределы квартиры, по предварительному звонку лицам, которые будут его утилизировать (выносить).

В период самоизоляции необходимо соблюдать режим проветривания, правила гигиены (мыть руки водой с мылом или обрабатывать кожными антисептиками - перед

приемом пищи, перед контактом со слизистыми оболочками глаз, рта, носа, после посещения туалета и др.), регулярно проводить влажную уборку с применением средств бытовой химии с моющим или моюще-дезинфицирующим эффектом.

Изолируемый имеет право покидать место изоляции в следующих случаях:

- при возникновении ЧС техногенного или природного характера (при вызове сотрудников спецслужб обязательно указывать свой статус "изолированного");

- в случае возникновения угрозы жизни или здоровью изолированного лица (соматические заболевания и др.) (при вызове сотрудников медицинской службы обязательно указывать свой статус "изолированного");

- при появлении первых симптомов заболевания COVID-19 (изолируемый ставит в известность медицинскую организацию, осуществляющую медицинское наблюдение за изолируемым, по номеру телефона, который сообщается ему заблаговременно, после чего изолируемого переводят в инфекционный госпиталь).

За изолируемым устанавливают медицинское наблюдение на дому с обязательной ежедневной термометрией, осуществляемой медицинскими работниками с обязательным соблюдением мер биологической безопасности при контакте с изолируемым (врачи поликлинической сети). На 10 сутки изоляции сотрудниками медицинской организации, производится отбор материала для исследования на COVID-19.

На все время нахождения в режиме изоляции на дому открывается двухнедельный лист нетрудоспособности (без посещения лечебного учреждения).

Контроль за соблюдением изолированным всех ограничений и запретов, которые были включены в понятие "самоизоляция", возлагается на участковых уполномоченных полиции (проведение инструктажа с изолируемым, контроль по телефону лиц, подлежащих изоляции). Участковые уполномоченные полиции осуществляют надлежащий надзор, разъясняют условия изоляции на дому и последствия нарушения режима.

Для контроля за нахождением изолируемого в месте его изоляции могут использоваться электронные и технические средства контроля.

При нарушении режима изоляции лицо, подлежащее изоляции, помещается в изолятор. Самоизоляция завершается после 14-дневного срока изоляции на дому, в случае отсутствия признаков заболевания, на основании отрицательного результата лабораторных исследований материала, взятого на 10 день изоляции.

Форма

Анкета
для прибывающих авиарейсами в Москву для пересечения границы
(заполняется русскими буквами для граждан РФ
или латиницей для иностранных граждан)

Тип рейса:

Прямой рейс □ Транзитный □

Страна:

Страна из которой прибыл (КНР, Италия, Иран, Южная Корея, др.) или границу которой пересек не менее 14 дней назад

Дата пересечения границы вышеуказанной страны:

(число, месяц, год)

Дата прилета в Москву	
Номер рейса	
Посадочное место	

Фамилия

Имя

Отчество (при наличии)

ПОЛ	М		Ж	

дата рождения (число, месяц, год)

гражданство (подданство)

номер телефона для связи на территории РФ (в том числе в Москве)

Заполняется для ГРАЖДАН РФ

заграничный паспорт или паспорт гражданина РФ (серия, номер, дата выдачи)

адрес фактического проживания в Москве

адрес фактического проживания в другом субъекте РФ (если проживаете не в Москве)

адрес постоянной регистрации (город, адрес)

Заполняется для ИНОСТРАННЫХ ГРАЖДАН

Планируемые даты пребывания в Российской Федерации

с _____ по_____

Цель прибытия: ОБУЧЕНИЕ

паспорт иностранного гражданина (номер, дата выдачи)

_____

полное наименование образовательной организации, телефон ВУЗа (деканата)

_____

адрес образовательной организации

Категория жилья: Общежитие □ Аренда жилья □ Гостиница (хостел) □

адрес фактического проживания в Москве (в том числе название гостиницы, при наличии)

Цель прибытия: РАБОТА

паспорт иностранного гражданина (номер, дата выдачи)

наименование работодателя, телефон работодателя

адрес фактического места работы в Москве

Категория жилья: Общежитие □ Аренда жилья □ Гостиница (хостел) □

адрес фактического проживания в Москве (в том числе название гостиницы, при наличии)

Цель прибытия: ТУРИЗМ

_____

паспорт иностранного гражданина (номер, дата выдачи)

Категория жилья: Остановился у родственников (друзей, знакомых) Аренда жилья Гостиница (хостел)

наименование гостиницы или общежития, при наличии

адрес фактического проживания в Москве на время поездки

ЗАПОЛНЯЕТСЯ ДЛЯ ВСЕХ

Планируете ли вы покидать Москву в ближайшие 15 суток: ДА □ НЕТ □

укажите адрес выбытия (страна, населенный пункт, улица, дом, квартира)

Я, _____ (фамилия, имя, отчество), подтверждаю полноту и достоверность представленных мною данных.

Принимаю на себя ответственность, связанную с предоставлением мной в анкете заранее ложной информации.

Подпись

ОБРАЩАЕМ ВНИМАНИЕ!!!
Анкету необходимо предъявить на медицинском посту в аэропорту.
В целях экономии Вашего времени, просим заполнить заблаговременно.

УВЕДОМЛЕНИЕ

ВЫ ЛЕТИТЕ ИЗ РЕГИОНА, В КОТОРОМ ЗАРЕГИСТРИРОВАНЫ СЛУЧАИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НОВОГО ТИПА.

Постановлением Правительства Российской Федерации от 31.01.2020 N 66 коронавирусная инфекция (2019-nCoV) внесена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.

ДЛЯ МИНИМИЗАЦИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИНФЕКЦИИ, ДЛЯ БЛАГА ВАШЕГО, ВАШИХ БЛИЗКИХ И ОКРУЖАЮЩИХ, ВАМ НЕОБХОДИМО:

1. По возможности оставаться дома, в том числе не идти на работу, учебу, свести к минимуму посещение магазинов, аптек, общественных мест, мест массового скопления людей, отказаться от пользования общественным транспортом, избегать личных контактов. Этих же правил просим придерживаться всех членов Вашей семьи. Ваших детей просим не ходить в школу и детский сад.

2. В возможно короткие сроки сообщить в медицинское учреждение по месту прикрепления о том, что Вы посещали страну, в которой есть заболевшие новой коронавирусной инфекцией.

3. Если Вам нужно оформить больничный лист или справку, необходимо вызвать врача городской поликлиники на дом, указав, что Вы прибыли из страны, при посещении которой имеется риск инфицирования и заболевания новой коронавирусной инфекцией.

4. В случае появления первых симптомов инфекционного заболевания (простудные явления, в том числе кашель, повышенная температура тела, отдышка) у Вас или тех, кто с Вами живет, нужно незамедлительно вызвать врача на дом. Врачу следует сообщить, что Вы недавно вернулись из страны, при посещении которой имеется риск инфицирования и заболевания новой коронавирусной инфекцией. Необходимо не допускать посещения медицинского учреждения и ни в коем случае не прибегать к самолечению.

Оперативный штаб по контролю и мониторингу ситуации
с коронавирусом в Москве

The form

Questionnaire for those arriving to Moscow by aircraft
to cross the border
(to be filled in Russian letters by citizens of the Russian Federation or in Latin letters by citizens of other countries)

Flight Type:

Direct flight ☐ Transit ☐

Country:

The country of departure (China, Italy, Iran, South Korea, etc.) or country, which border you have crossed less than 14 days ago

Date of crossing the border of the country mentioned above:

(date, month, year)

Date of arrival in Moscow
Flight number
Seat

Surname

Name

Patronymic (Middle name) (if any)

SEX	m		f	

date of birth (day, month, year)

citizenship

telephone number for communication on the territory of the Russian Federation (including Moscow)

To be filled in by CITIZENS OF THE RUSSIAN FEDERATION

travel or internal passport of a citizen of the Russian Federation (series number, date of issue)

address of actual residence in Moscow

address of actual residence in any other constituent entity of the Russian Federation (if do not reside in Moscow)

permanent registration address (city, address)

To be filled in by CITIZENS OF COUNTRIES, OTHER THAN RUSSIAN FEDERATION

Planned duration of stay in the Russian Federation (state the dates):

from _____ to _____

Purpose of arrival: EDUCATION

_____

passport of a foreign citizen (number, date of issue)

_____

full name of the educational organization, telephone number of the university (dean's office)

_____

address of the educational organization

Accommodation type: Dormitory □ Rented accommodation □ Hotel (hostel) □

address of actual residence in Moscow (including hotel name, if any)

Purpose of arrival: BUSINESS

passport of a foreign citizen (number, date of issue)

name of the employer, phone number of the employer

address of the actual place of work in Moscow

Accommodation type: Dormitory □ Rented accommodation □ Hotel (hostel) □

address of actual residence in Moscow (including hotel name, if any)

Purpose of arrival: Tourism

_____

passport of a foreign citizee (number, date of issue)

Accommodation type: Staying with relatives' (friends') Rented accommodation Hotel (hostel)

name of the hotel or hostel, if any

address of actual residence in Moscow during the trip

TO BE FILLED IN BY EVERYONE

Are you going to leave Moscow in the next 15 days: YES □ NO □

state the address in the country of departure (country, city, street, building, flat)

I, _____ (full name), confirm the completeness and accuracy of the data I provided, I am taking on the responsibility for providing false information by filing it in the questionnaire.

Signature

ATTENTION!!!
The questionnaire is to be submitted at the medical post of the airport.
In order to save your time, please fill it in advance.

NOTIFICATION

YOU ARE FLYING FROM A REGION WHERE CASES OF A NEQ TYPE OF CORONAVIRUS INFECTION HAVE BEEN REPORTED.

According to Russian Federation Government Decree of 31.01.2020 N 66 coronavirus infection (2019-nCoV) was included into the list of diseases that are dangerous for the people around.

IN ORDER TO MINIMIZE THE INFECTION SPREAD, FOR THE SAKE OF YOUR OWN SAFETY AND SAFETY OF YOUR FAMILY MEMBERS AND OTHER PEOPLE, YOU HAVE TO:

1. Stay at home if possible. Do not attend your place of work, studies, minimize visits to shopping malls, pharmacies, public places, places of mass congestion of people, do not use the public transport, avoid personal contacts. We ask all your family members to follow the same rules. We ask your children not to attend school or kindergarten.

2. As soon as possible inform the medical facility you are attached to that you have visited country where the cases of the new type of coronavirus infection have been registered.

3. If you need to Issue a sick leave or certificate, please contact the city polyclinic doctor and request a home visit pointing out that you have arrived from the country, where you were exposed to the risk of being infected with a new type of coronavirus infection.

4. In case you or people who live with you have the first symptoms of an infectious disease (symptoms of cold, including cough, fever, dyspnea) you are to call the doctor and arrange a home visit immediately. It is necessary to inform the doctor that you have recently returned from the country where you were exposed to the risk of being infected with a new type of coronavirus infection.

It is important to avoid visiting any medical facility and not to rely on self-medication in any case.

Operational headquarters for control and monitoring

of the coronavirus situation at Moscow

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 17 марта 2020 г. N 02/4385-2020-27

О НАПРАВЛЕНИИ ПАМЯТОК ДЛЯ ВОЛОНТЕРОВ И ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет для использования в работе рекомендации для лиц пожилого возраста и для волонтеров о профилактических мерах по снижению рисков новой коронавирусной инфекции.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение N 1

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВОЛОНТЕРОВ О МЕРАХ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ОБСЛУЖИВАНИИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Новая коронавирусная инфекция COVID-19 представляет особую опасность для лиц пожилого возраста, а также имеющих хронические болезни, такие как ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, заболевания легких, сахарный диабет и др. В этой связи просим Вас соблюдать следующие меры безопасности:

1. Если Вы выезжали в течение 14 дней до начала Вашей работы в регионы, где отмечается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация по новой коронавирусной инфекции или контактировали с больным человеком, то проинформируйте Вашего руководителя, позвоните на горячую линию и изолируйтесь в домашних условиях.

2. Внимательно следите за своим здоровьем - если у Вас есть такие симптомы, как повышение температуры тела, кашель, насморк, диарея, то обратитесь к врачу и не посещайте Ваших подопечных.

3. Если у человека, которого Вы посещаете есть такие симптомы, как повышение температуры тела, кашель, насморк, то немедленно вызовите скорую и неотложную медицинскую помощь. Не снимайте медицинскую маску, постарайтесь соблюдать

дистанцию между Вами и больным человеком не менее 1 метра.

4. При посещении пожилого человека используйте одноразовую медицинскую маску. Меняйте ее каждый раз после посещения одного человека.

5. Мойте руки как можно чаще с мылом и теплой водой не менее 20 секунд. Не настаивайте на мытье рук в квартире Вашего подопечного - пожилым людям это может доставить лишние хлопоты.

6. Используйте антисептические средства для обработки рук. Обрабатывайте руки при входе в квартиру и выходе из нее, после посещения общественных мест (торговые центры, общественный транспорт и др.).

7. Не прикасайтесь немытыми руками к глазам, носу и рту.

8. Дезинфицируйте поверхности: мобильные устройства, кнопки, ручки, выключатели и другие места, к которым часто прикасаются.

9. Оставайтесь на связи - проверяйте уровень заряда батареи Вашего телефона.

10. Уточняйте потребности Ваших подопечных - продукты питания, лекарственные средства, средства гигиены и т.п.

11. Расскажите об основных профилактических мерах Вашим подопечным, объясните важность их соблюдения для пожилых людей.

12. Узнавайте больше официальной информации, чтобы пресечь распространение слухов. Пожилые люди склонны драматизировать ситуацию, Ваше знание официальных фактов и разъяснение их Вашим подопечным - залог борьбы с необоснованными страхами.

От Ваших грамотных действий зависит здоровье многих людей.

Приложение N 2

РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ПРОФИЛАКТИКЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ДЛЯ ТЕХ,

КОМУ 60 И БОЛЕЕ ЛЕТ

Новая коронавирусная инфекция передается от больного человека к здоровому человеку через близкие контакты. Когда человек чихает или кашляет рядом с вами. Когда капельки слизи изо рта и носа больного попадают на поверхности, к которым вы прикасаетесь.

Люди "серебряного возраста" старше 60 лет в группе особого риска. Важно сохранить Ваше здоровье!

Постарайтесь реже посещать общественные места. По возможности реже пользуйтесь общественным транспортом, особенно в часы пик. Сократите посещение магазинов и торговых центров, МФЦ, банков.

Попросите своих близких или сотрудников социальной службы помочь с оплатой коммунальных услуг, приобретением продуктов или необходимых товаров дистанционно.

Если Ваши близкие вернулись из-за границы и у них появились признаки простуды - ограничьте с ними контакты и настоятельно требуйте их обращения за медицинской помощью. Ваш мудрый совет поможет сохранить здоровье Вас и Ваших родных!

Часто мойте руки с мылом, гигиена очень важна для Вашего здоровья. Мойте их после возвращения с улицы, из общественных мест, после контактов с упаковками из магазинов, перед приготовлением пищи. Не трогайте руками лицо, рот, нос.

Запаситесь одноразовыми бумажными платочками. При кашле и чихании прикрывайте ими рот и нос и выбрасывайте салфетку сразу после использования.

Пользуйтесь влажными салфетками для дезинфекции. Протирайте ими сумки, телефоны, книги и другие предметы, которые были вместе с Вами в общественных местах и в транспорте.

Если Вы заболели или почувствовали себя нехорошо (не только в связи с простудными признаками, но и по другим проблемам со здоровьем, например, давлением) - не ходите в поликлинику, а вызывайте врача на дом.

Если Вы заболели простудой, а среди Ваших близких люди выезжали за рубеж в последние 2 недели, обязательно скажите об этом врачу. Он назначит анализ на новую коронавирусную инфекцию.

Берегите себя и будьте здоровы!

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 18 марта 2020 г. N 02/4457-2020-27

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ COVID-2019

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в целях реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13.03.2020 N 6 направляет инструкцию "Об организации работы по диагностике новой коронавирусной инфекции (COVID-2019)" для руководства в работе.

Органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья довести до медицинских организаций всех форм собственности.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от _____ N __

ИНСТРУКЦИЯ

ОБ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПО ДИАГНОСТИКЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-2019)

1. В лабораториях медицинских организаций исследования на COVID-2019 проводятся только из материала, отобранного у лиц, не имеющих признаков инфекционных заболеваний и не являющихся контактными с больными COVID-2019.

2. К работе с тест-системами для диагностики COVID-2019 в лаборатории медицинской организации допускаются только специалисты, давшие письменное согласие и прошедшие инструктаж, проведенный сотрудниками лабораторий Роспотребнадзора, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителями инфекционных заболеваний человека II группы патогенности.

3. В случае получения положительного или сомнительного результата на COVID-2019 руководитель лаборатории медицинской организации обязан немедленно

проинформировать ближайший территориальный орган Роспотребнадзора и в течение 2-х часов передать положительно (сомнительно) сработавший материал в центр гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации.

4. Территориальные органы Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации при получении информации из лаборатории медицинской организации о выявлении материала, подозрительного на наличие возбудителя COVID-2019 немедленно организуют комплекс противоэпидемических мер по недопущению рисков распространения инфекции, включающих изоляцию и госпитализацию лица, в материале которого определено наличие возбудителя COVID-2019 и работу с контактными, а также немедленно докладывают в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

5. Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации при получении из лаборатории медицинской организации материала, подозрительного на инфицирование COVID-2019 проводит повторные исследования. При получении положительного результата - выдает соответствующее заключение после консультации с ФБУН "ГНЦ ВБ "Вектор" Роспотребнадзора в рабочем порядке, при получении отрицательного результата, повторяет исследование и выдает отрицательный результат, при получении повторно положительного результата после первого отрицательного - направляет материал в ФБУН "ГНЦ ВБ Вектор" Роспотребнадзора.

6. Лаборатории медицинских организаций, независимо от формы собственности, имеющие санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с возбудителями инфекционных заболеваний человека III - IV патогенности (далее - лаборатории медицинских организаций) и условия для работы (методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) или другими методами) могут организовывать работу по диагностике COVID-2019 без выделения возбудителя, пользуясь зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации тест-системами в соответствии с инструкцией по применению.

7. Для получения тест-систем на безвозмездной основе, лаборатории медицинских организаций предоставляют заявку в территориальные органы Роспотребнадзора с приложением документов, подтверждающих наличие санитарно-эпидемиологического заключения и содержащую сведения об имеющихся лабораторных мощностях (наличие лабораторного оборудования, обученного персонала), проводимых объемах лабораторных исследований методом ПЦР (или другими заявленными методами), а также планируемых исследований на COVID-2019 с недельной потребностью.

7.1. При наличии соответствующих условий, заявки передаются в центры гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации для их обобщения и направления в течение 1 дня в ФБУЗ "Федеральный центр гигиены и эпидемиологии" Роспотребнадзора (г. Москва) по мере поступления информации.

7.2. Тест-системы по заявкам медицинских организаций поступают в центры гигиены и эпидемиологии субъектов Российской Федерации, откуда происходит их выдача заявителям. О выдаче тест-систем делается запись в специальном журнале, где ставят подпись выдавшие тест-системы и получатели.

7.3. По мере необходимости заявки актуализируются и подаются по вышеобозначенной схеме в центры гигиены и эпидемиологии (и/или филиалы) Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации.

8. Данные о количестве и результатах всех проведенных исследований на COVID-2019 (включая исследования, проведенные любыми методами, в том числе приобретенными тест-системами) ежедневно предоставляются лабораториями медицинских организаций в центры гигиены и эпидемиологии (и/или филиалы) в субъектах Российской Федерации.

9. Все данные по работе с материалом заносятся в соответствующие отчетные формы Роспотребнадзора.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 22 марта 2020 г. N 02/4716-2020-27

О РЕКОМЕНДАЦИЯХ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДЕЗМЕРОПРИЯТИЙ В ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет "Рекомендации по проведению дезинфекционных мероприятий в жилых помещениях для лиц, находящихся в домашней изоляции", подготовленные ФБУН "НИИ дезинфектологии" Роспотребнадзора для использования в работе.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 22 марта 2020 г. N 02/4716-2020-27

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ЖИЛЫХ ПОМЕЩЕНИЯХ ДЛЯ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ В ДОМАШНЕЙ ИЗОЛЯЦИИ

Для обеспечения безопасного пребывания в квартире, доме, иных помещениях лиц, находящихся на самоизоляции, необходимо:

- проводить влажную уборку не менее 2 раз в день с применением обычных средств, предназначенных для уборки помещений. Особое внимание следует уделить туалету, ванной, кухне. При проведении уборки необходимо соблюдать следующую последовательность: жилая комната - кухня - ванная - туалет. Салфетки, тряпки после уборки следует тщательно промыть в моющем средстве и высушить. Если есть возможность, следует использовать одноразовые салфетки, тряпки, ветошь,

- протирать дезинфицирующим раствором 1 раз, в конце дня, поверхности, к которым прикасаются чаще всего, - дверные ручки, краны, столы, спинки стульев и т.д.,

- кухонную посуду, утварь вымыть с использованием обычных моющих средств, после чего ополоснуть кипятком и высушить, разместив таким образом, чтобы вода свободно стекала с вымытых предметов. При использовании посудомоечной машины дополнительная обработка посуды не требуется,

- обработать кожным антисептиком руки после проведения уборки,

- обработать дезинфекционным средством, кожным антисептиком поверхности пакетов, другой упаковки в случае, если они были доставлены лицу, находящемуся на самоизоляции, после чего обработать руки кожным антисептиком,

- проводить проветривание всех помещений - постоянное или периодическое, в зависимости от погодных условий.

Стирку белья следует проводить в обычном режиме, при температуре воды 60 градусов.

Для проведения дезинфекции следует использовать дезинфекционные средства, предназначенные для обеззараживания поверхностей в соответствии с инструкцией по применению.

При отсутствии дезинфекционных средств можно использовать отбеливатели для белья - хлорные и кислородные. На этикетке отбеливателей есть указание, как приготовить раствор отбеливателя для дезинфекции. При отсутствии такой информации для приготовления дезинфицирующего раствора следует взять 1 часть отбеливателя (грамм, миллилитр) на 10 частей теплой воды, или одна столовая ложка на стакан теплой воды. Раствор тщательно перемешать. Работать в перчаткахки, не допускать попадания в глаза.

Не следует готовить сразу большое количество дезинфицирующего раствора, на один - два дня достаточно 0,5 - 1 литра.

Приготовленный раствор следует хранить в темном месте, в хорошо закрытой емкости. Проведение дезинфекции следует проводить в перчатках. Продезинфицированные поверхности через 5 - 10 минут нужно протереть салфеткой, смоченной чистой водой.

При отсутствии кожного антисептика нужно мыть руки водой с мылом, тщательно намыливая все руки в течение 15 - 20 секунд, затем смывая теплой водой.

После завершения периода домашней изоляции режим уборки и дезинфекции можно продолжать, сократив их периодичность.

В случае, если у лица, находящегося на домашней изоляции, выявлено инфекционное заболевание, в помещении проводится заключительная дезинфекция силами специализированной организации, осуществляющей дезинфекционную деятельность.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 22 марта 2020 г. N 02/4709-2020-27

РАЗЪЯСНЕНИЯ К ПОСТАНОВЛЕНИЮ ГЛАВНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА РФ ОТ 18.03.2020 N 7

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в связи с поступающими обращениями по вопросу порядка действий в отношении лиц, совершающих международные автомобильные грузовые перевозки, сообщает следующее.

1. Грузополучатель на территории Российской Федерации, привлекающий для автомобильных грузоперевозок иностранного перевозчика, обязан принимать поступающие в его адрес грузы (товары) в порядке, исключающем риски распространения COVID-2019:

- организовать прием груза, после прохождения процедур таможенного, пограничного и иного вида государственного контроля при пересечении государственной границы Российской Федерации, в порядке, минимизирующем количество контактов иностранного водителя с иными лицами и время его нахождения на территории Российской Федерации;

- обеспечить оперативное убытие иностранного водителя с территории Российской Федерации;

- в исключительных случаях, при необходимости нахождения водителя (иностранного перевозчика) на территории Российской Федерации, обеспечить ему условия для нахождения в режиме домашней изоляции, исключающем его проживание в гостиницах, хостелах, общежитиях и иных местах временного размещения и жилых помещениях совместно с иными гражданами.

2. Юридические лица и индивидуальные предприниматели (резиденты Российской Федерации), осуществляющие деятельность в сфере международных автомобильных грузоперевозок, и/или грузополучатели в целях исключения рисков распространения COVID-2019 обязаны:

- организовать оперативную доставку и/или прием груза соответственно, в порядке, минимизирующем количество контактов водителя, прибывшего из стран, в которых зарегистрированы случаи заболевания COVID-2019, с иными лицами;

- обеспечить водителю условия для нахождения в режиме самоизоляции,

исключающие его проживание в гостиницах, хостелах, общежитиях и иных местах временного размещения, в том числе жилых помещениях совместно с иными людьми, включая членов семьи и/или родственников;

- информировать водителя:

- об опасности коронавирусной инфекции COVID-19, об ответственности за действия/бездействия, влекущие распространение инфекционного заболевания, представляющего опасность для окружающих, или создающие угрозу наступления указанных последствий;

- о необходимости незамедлительного сообщения об ухудшении состояния здоровья, и появлении признаков респираторного заболевания;

- об обязательности выполнения требования по самоизоляции (нахождению в изолированном помещении, позволяющем исключить контакты с иными лицами);

- о соблюдении мер личной и общественной профилактики;

- обеспечить водителя средствами индивидуальной защиты и личной гигиены.

Просим довести указанную информацию до руководителей высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации и иных заинтересованных лиц.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 23 марта 2020 г. N 02/4745-2020-32

РАЗЪЯСНЕНИЯ О ПОРЯДКЕ РЕАЛИЗАЦИИ ПОСТАНОВЛЕНИЯ ГЛАВНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО САНИТАРНОГО ВРАЧА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ОТ 18.03.2020 N 7

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в связи с поступающими обращениями по вопросу реализации постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 N 7 "Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019" (далее - Постановление) разъясняет.

С момента опубликования Постановления все лица, прибывающие на территорию Российской Федерации, изолируются на 14 календарных дней со дня прибытия.

Одновременно поясняем, что данная мера не распространяется на аккредитованных или назначенных сотрудников дипломатических представительств и консульских учреждений иностранных государств в Российской Федерации, международных организаций и их представительств, иных официальных представительств иностранных государств, расположенных на территории Российской Федерации, водителей автомобилей международного автомобильного грузового сообщения, экипажей воздушных, морских и речных судов, поездных и локомотивных бригад международного железнодорожного сообщения, членов официальных делегаций и лиц, имеющих дипломатические, служебные, обыкновенные частные визы, выданные в связи со смертью близкого родственника, а также лиц, следующих транзитом через воздушные пункты пропуска. При этом, данные лица должны использовать средства индивидуальной защиты и соблюдать правила личной гигиены.

Просим довести указанную информацию до руководителей высших исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации и иных заинтересованных лиц.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ

ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 23 января 2020 г. N 02/770-2020-32

ОБ ИНСТРУКЦИИ

ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗЫВАЕМЫХ КОРОНАВИРУСАМИ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в дополнение к письмам о ситуации по коронавирусной инфекции и дополнительных мерах по недопущению завозов инфекционных болезней от 09.01.2020 N 02/107-2020-27, от 13.01.2020 N 02/215-2020-32 и 21.01.2020 N 02/700-2020-27 направляет инструкцию по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами, подготовленную НИИ дезинфектологии Роспотребнадзора, для использования в работе.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 23 января 2020 г. N 02/770-2020-32

ИНСТРУКЦИЯ

ПО ПРОВЕДЕНИЮ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ

ЗАБОЛЕВАНИЙ, ВЫЗЫВАЕМЫХ КОРОНАВИРУСАМИ

Коронавирусы (семейство Coronaviridae) - РНК-содержащие вирусы размером 80 - 160 нм, имеющие внешнюю липосодержащую оболочку. По устойчивости к дезинфицирующим средствам относятся к вирусам с низкой устойчивостью.

Механизмы передачи инфекции - воздушно-капельный, контактный, фекально-оральный.

С целью профилактики и борьбы с инфекциями, вызванными коронавирусами, проводят профилактическую и очаговую (текущую, заключительную) дезинфекцию. Для проведения дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, зарегистрированные в установленном порядке. В Инструкциях по применению этих средств указаны режимы для обеззараживания объектов при вирусных инфекциях.

Для дезинфекции могут быть использованы средства из различных химических групп: хлорактивные (натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 0,06%, хлорамин Б - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 3,0%), кислородактивные (перекись водорода в концентрации не менее 3,0%), катионные поверхностно-активные вещества (КПАВ) - четвертичные аммониевые соединения (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,5%), третичные амины (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,05%), полимерные производные гуанидина (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,2%), спирты (в качестве кожных антисептиков и дезинфицирующих средств для обработки небольших по площади поверхностей - изопропиловый спирт в концентрации не менее 70% по массе, этиловый спирт в концентрации не менее 75% по массе). Содержание действующих веществ указано в Инструкциях по применению.

Обеззараживанию подлежат все поверхности в помещениях, предназначенных для пребывания пассажиров, а также персонала аэропорта, занятого обслуживанием пассажиров и багажа, включая поверхности в помещениях, руки, предметы обстановки, подоконники, спинки кроватей, прикроватные тумбочки, дверные ручки, посуда больного, игрушки, выделения, воздух и другие объекты.

Профилактическая дезинфекция

Профилактическая дезинфекция начинается немедленно при возникновении угрозы заболевания с целью предупреждения проникновения и распространения возбудителя заболевания в коллективы людей на объектах, в учреждениях, на территориях и т.д., где это заболевание отсутствует, но имеется угроза его заноса извне. Включает меры личной гигиены, частое мытье рук с мылом или протирку их кожными антисептиками, регулярное проветривание помещений, проведение влажной уборки. Для дезинфекции применяют наименее токсичные средства. Мероприятия прекращаются через 5 дней после ликвидации угрозы заноса возбудителя.

Очаговая дезинфекция

Включает текущую в заключительную.

Текущую дезинфекцию в очаге проводят в течение всего времени болезни. Для текущей дезинфекции следует применять дезинфицирующие средства, разрешенные к использованию в присутствии людей (на основе катионных поверхностно-активных веществ) способом протирания. Столовую посуду, белье больного, предметы ухода обрабатывают способом погружения в растворы дезинфицирующих средств.

Гигиеническую обработку рук с применением спиртсодержащих кожных антисептиков следует проводить после каждого контакта с кожными покровами больного (потенциально больного), его слизистыми оболочками, выделениями, повязками и другими предметами ухода, после контакта с оборудованием, мебелью и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от больного.

Воздух в присутствии людей рекомендуется обрабатывать с использованием

технологий и оборудования, разрешенных к применению в установленном порядке, на основе использования ультрафиолетового излучения (рециркуляторов), различных видов фильтров (в том числе электрофильтров) в соответствии с действующими методическими документами.

Заключительную дезинфекцию в инфекционном очаге проводят после выбытия больного из очага. Для обработки используют наиболее надежные дезинфицирующие средства на основе хлорактивных и кислородактивных соединений. При обработке поверхностей в помещениях применяют способ орошения. Воздух в отсутствие людей рекомендуется обрабатывать с использованием открытых ультрафиолетовых облучателей, аэрозолей дезинфицирующих средств.

Все виды работ с дезинфицирующими средствами следует выполнять во влагонепроницаемых перчатках одноразовых или многократного применения (при медицинских манипуляциях). При проведении заключительной дезинфекции способом орошения используют средства индивидуальной защиты (СИЗ). Органы дыхания защищают респиратором, глаз - защитными очками или используют противоаэрозольные СИЗ органов дыхания с изолирующей лицевой частью.

Дезинфицирующие средства хранят в упаковках изготовителя, плотно закрытыми в специально отведенном сухом, прохладном и затемненном месте, недоступном для детей.

Меры предосторожности

Гражданам необходимо соблюдать меры личной гигиены - использовать защитные маски; воздерживаться от посещения мест массового скопления людей и контактов с больными людьми с высокой температурой.

Меры предосторожности при проведении дезинфекционных мероприятий и первой помощи при случайном отравлении изложены для каждого конкретного дезинфицирующего средства в Инструкциях по их применению.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ

ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 25 января 2020 г. N 02/847-2020-27

О НАПРАВЛЕНИИ ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ

РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет предварительные рекомендации по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV) в медицинских организациях, подготовленные ФБУН "Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии" Роспотребнадзора, для использования в работе.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 25 января 2020 г. N 02/847-2020-27

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ

ИНФЕКЦИИ (2019-NCOV) В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

При постановке диагноза nCoV или с подозрением на это заболевание в амбулаторно-поликлинических медицинских организациях (МО) пациент должен госпитализироваться в инфекционный стационар.

Доставка в стационар больных из амбулаторно-поликлинических МО осуществляется на специально выделенном медицинском автотранспорте.

Медицинский персонал, оказывающий помощь пациентам с коронавирусной инфекцией 2019-nCoV и при подозрении на эту инфекцию, а также водители специализированного медицинского автотранспорта, должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты: шапочки, противочумные (хирургические) халаты, респираторы (типа NIOSH-certified N95, EU FFP2 или аналогичные). При перевозке пациентов защитная одежда медицинских работников меняется после каждого больного. При наличии изолированной кабины автотранспорта водитель должен быть одет в комбинезон.

После доставки больного в стационар транспорт и предметы, использованные при транспортировании, обеззараживаются на территории медицинской организации на специально оборудованной площадке со стоком и ямой.

Для проведения дезинфекции используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению, обеспечивающие эффективное обеззараживание в отношение вирусных инфекций. Для обеззараживания воздуха применяются средства и методы разрешенные в установленном порядке.

В приемном отделении проводят текущую и заключительную дезинфекцию.

В кладовой одежду больного хранят в индивидуальных мешках, сложенных в баки или полиэтиленовые мешки.

Пища для больных доставляется в посуде кухни к служебному входу "чистого" блока и там перекладывается из посуды кухни в посуду буфетной госпиталя. В буфетной пища раскладывается в посуду отделений и направляется в раздаточную отделения, где распределяется по порциям и разносится по палатам. Посуда, в которой пища поступила в отделение, обеззараживается кипячением, после чего бак с посудой передается в буфетную, где ее моют и хранят до следующей раздачи. Раздаточная снабжается всем необходимым для обеззараживания остатков пищи. Индивидуальная посуда обеззараживается после каждого приема пищи.

Медицинские отходы, в том числе биологические выделения пациентов (мокрота, моча, кал и др.) утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами, относятся к отходам класса В.

Постельные принадлежности после выписки, смерти или перемещения пациента сдаются в дезинфекционную камеру, в боксе, палате проводится заключительная дезинфекция поверхностей, мебели, оборудования, предметов ухода.

В инфекционном стационаре, где находится пациент с 2019-nCoV, устанавливается противоэпидемический режим, предусмотренный для инфекций с аэрозольным механизмом передачи.

Выписка больных разрешается после полного выздоровления.

В помещениях инфекционного стационара ежедневно проводится текущая дезинфекция, после освобождения помещений - заключительная дезинфекция.

Контроль соблюдения требований биологической безопасности в инфекционном стационаре осуществляют специалисты территориальных органов Роспотребнадзора.

Мероприятия по профилактике 2019-nCoV у медицинских работников.

Учитывая данные о высоких рисках заражения медицинских работников, необходимо

выполнение ряда превентивных мероприятий.

Руководство медицинских организаций должно обеспечить проведение обучения и инструктажей медицинским сотрудникам по вопросам предупреждения распространения коронавирусной инфекции 2019-nCoV, проведения противоэпидемических мероприятий, использованию средств индивидуальной защиты (СИЗ) и мерах личной профилактики.

Медицинский персонал, оказывающий помощь пациентам с коронавирусной инфекцией 2019-nCoV и при подозрении должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты: шапочки, противочумные (хирургические) халаты, респираторы (типа NIOSH-certified N95, EU FFP2 или аналогичные).

Под особый контроль следует взять мероприятия по обеспечению безопасности воздушной среды. Необходимо обеззараживать воздух в помещениях медицинских организаций с применение разрешенных средств и методов.

Медицинский персонал не должен прикасаться к глазам, носу, рту, руками, в том числе в перчатках. Должна проводиться гигиеническая обработка рук с применением кожных спиртовых антисептиков до контакта с пациентом, перед проведением любой процедуры, после контакта с биоматериалами пациента и предметами в его окружении.

Для медицинских работников, в функции которых входит сбор и удаление медицинских отходов класса В, необходима защита органов дыхания с помощью респиратора.

При попадании биологического материала, содержащего возбудитель 2019-nCoV на слизистые оболочки или кожные покровы:

- руки обрабатывают спиртсодержащим кожным антисептиком или спиртом, если лицо не было защищено, то его протирают тампоном, смоченным 70%-м этиловым спиртом;

- слизистые оболочки рта и горла прополаскивают 70%-м этиловым спиртом, в глаза и нос закапывают 2%-й раствор борной кислоты.

Необходимо организовать контроль за состоянием здоровья медицинских работников: ежедневные осмотры с проведением термометрии 2 раза в день на протяжении всего периода ухода за пациентами с коронавирусной инфекцией 2019-nCoV и в течение 14 дней после последнего контакта с больным.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ

ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

31 января 2020 г. N 02/1297-2020-32

"О НАПРАВЛЕНИИ ВРЕМЕННОГО ПОРЯДКА ДЕЙСТВИЙ ПРИ ЛАБОРАТОРНОМ ПОДТВЕРЖДЕНИИ СЛУЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ"

17 февраля 2020

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет "Временный порядок действий при окончательном лабораторном подтверждении случая заболевания новой коронавирусной инфекцией" для использования в работе.

Приложение: временный порядок на 2 л. в 1 экз.

Руководитель А.Ю. Попова

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 31.01.2020 N 02/1297-2020-32

ВРЕМЕННЫЙ ПОРЯДОК ДЕЙСТВИЙ ПРИ ОКОНЧАТЕЛЬНОМ ЛАБОРАТОРНОМ ПОДТВЕРЖДЕНИИ СЛУЧАЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ

1. Рекомендации предназначены для специалистов, организующих эпидемиологическое расследование и комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при возникновении случаев инфекционных болезней.

2. При получении окончательного заключения лабораторных исследований о наличии nCoV в материале от больного с предполагаемым случаем инфекции, проведенных Государственным научным центром вирусологии и биотехнологии "Вектор" Роспотребнадзора (далее - больной nCoV) организуются:

- изоляция и госпитализация в боксированные отделения (палаты) инфекционных больниц (отделений) контактных лиц из близкого окружения больного nCoV (семья, совместно проживающие лица, лица, находящиеся в одном кабинете, классе, палате и другие) на срок 14 дней с момента последнего контакта с больным nCoV;

- отбор материала (мазки из ротоглотки и носоглотки, кровь, моча) от контактных лиц из близкого окружения больного nCoV для лабораторного исследования в 1-й день госпитализации и на 10-й день госпитализации;

- проведение заключительной дезинфекции по месту жительства (пребывания) больного nCoV;

- контроль за обеспечением противоэпидемического режима в медицинской организации, куда проведена госпитализация больного nCoV и контактных с ним лиц.

3. Лечение больного nCoV проводится в боксированных отделениях (палатах) инфекционных больниц (отделений) в соответствии с Временными методическими рекомендациями "Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)".

4. Выписка больного nCoV проводится при клиническом выздоровлении после двукратного лабораторного исследования на наличие nCoV с интервалом не менее 1-го дня.

5. Выписка контактных с больным nCoV лиц проводится через 14 дней после последнего контакта с больным nCoV при отсутствии клинических проявлений и отрицательных лабораторных исследований материала (мазки из ротоглотки, носоглотки, кровь и моча), проведенных в 1-й и 10-й день госпитализации (или 10-й день от контакта с больным nCoV).

6. Лица, бывшие в неблизком контакте с больным nCoV (в пути следования, на работе и другое) находятся под медицинским наблюдением по месту жительства в течение 14-ти дней с момента последнего контакта с больным nCoV. При появлении симптомов респираторного заболевания в период медицинского наблюдения проводится их изоляция и госпитализация с лабораторными исследованиями как для контактных из близкого окружения.

7. Под медицинским наблюдением понимается ежедневный медицинский осмотр сотрудниками поликлинических отделений участковых (территориальных) медицинских организаций с измерением температуры и оценкой состояния здоровья. По истечении 14-ти дней с момента последнего контакта с больным nCoV медицинское наблюдение прекращается.

8. О проведении медицинского наблюдения, его результатах и окончании медицинские организации в обязательном порядке информируют территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 10 февраля 2020 г. N 02/1866-2020-32

О НАПРАВЛЕНИИ ДОПОЛНЕНИЙ ВО ВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (2019-NCOV)

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в дополнение к письмам от 21.01.2020 N 02/706-2020-27 ("О направлении временных рекомендаций по организации лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции (2019-nCoV)") и от 31.01.2020 N 02/1297-2020-32 ("О направлении временного порядка действий при лабораторном подтверждении случая заболевания новой коронавирусной инфекции") обращает внимание на кратность проведения лабораторных исследований среди следующих категории лиц:

- у больных с симптоматикой ОРВИ и эпидемиологическим анамнезом (прибытие из КНР в течение 14-и дней или контакт с больным nCoV): в 1-й день при поступлении в медицинскую организацию, при отрицательном результате анализа - на 3-й день и на 10-й день госпитализации;

- у больных с симптоматикой ОРВИ и эпидемиологическим анамнезом при положительном 1-м результате, на 10-й день и 12-й день;

- у госпитализированных лиц из близкого контакта без респираторных симптомов - аналогично: на 1-й, 3-й и 10-й дни или 1-й - 10-й - 12-й дни.

Во всех случаях госпитализированные лица не могут быть выписаны из стационара ранее 14-го дня с момента прибытия с неблагополучной территории или с момента последнего контакта с подтвержденным случаем nCoV.

Основанием для выписки является отсутствие клинических проявлений болезни, получение двукратного отрицательного анализа и истечение 14-ти дней с момента выезда с неблагополучной территории или с момента последнего контакта с больным nCoV.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО

от 11 февраля 2020 г. N 02/2037-2020-32

О НАПРАВЛЕНИИ ВРЕМЕННЫХ РЕКОМЕНДАЦИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОБСЕРВАТОРА

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека направляет для использования в работе временные рекомендации по организации работы обсерватора для лиц, прибывших из эпидемически неблагополучной территории по новой коронавирусной инфекции, подготовленные ФКУЗ РосНИПЧИ "Микроб" Роспотребнадзора.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 11.02.2020 N 02/2037-2020-32

ВРЕМЕННЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ОБСЕРВАТОРА ДЛЯ ЛИЦ, ПРИБЫВШИХ ИЗ ЭПИДЕМИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ ПО НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

1. Общие требования

1.1 Обсерваторы, специально приспосабливаемые учреждения для изоляции и медицинского наблюдения за лицами, прибывшими из эпидемически неблагополучной территории по новой коронавирусной инфекции. Развертывают в любых учреждениях, в которых могут быть соблюдены требования по изоляции, обработке стоков, охраны территории, находящиеся в отдаленном расстоянии от крупных городов (санатории, профилактории, реабилитационные центры и пр.).

1.2 На настоящем этапе новый коронавирус (2019-nCoV) отнесен к II группе

патогенности, в связи с чем в обсерваторе должны строго соблюдать требования биологической безопасности, как при работе с микроорганизмами II группы патогенности.

1.3 В обсерватор помещаются только здоровые люди на срок 14 календарных дней (продолжительность инкубационного периода).

1.4 Заполнение отделений или палат обсерватора проводится одномоментно. Обсервируемые размещаются по срокам поступления, по возможности небольшими группами с принятием мер к исключению общения с лицами из других помещений. В одну палату могут помещаться до 4-х человек (члены одной семьи, или с согласия по гендерному признаку).

1.5 Выход обсервируемых за пределы палат, в которые они помещены, не допускается.

1.6 Работу по наблюдению за лицами, изолированными в обсерваторах, выполняют врачи и медицинские сестры, прошедшие подготовку по вопросам особо опасных инфекционных болезней. Младший и обслуживающий персонал проходит подготовку на рабочем месте. К работе допускают персонал, не имеющий противопоказаний к лечению противовирусными препаратами и антибиотиками, получивший вакцинацию от сезонного гриппа.

1.7 Организацию и проведение мероприятий в обсерваторах обеспечивают руководители медицинских организаций, на базе которых развернут обсерватор.

2. Требования к зданиям, помещениям обсерватора

2.1 Помещения обсерватора должны быть разделены на "чистую" и "заразную" зоны. На границе чистой и заразной зоны оборудуется санитарный пропускник.

2.2 При отсутствии конструктивной возможности организации санитарного пропускника разграничение потоков движения в "заразной" зоне обеспечивается проведением текущей дезинфекции после каждого посещения палат медицинским и обслуживающим персоналом или выхода из палат обсервируемых.

2.3 В "заразной" зоне должны располагаться приемные, палаты с туалетными и душевыми комнатами, комнаты для взятия биологического материала, хранения личных вещей обсервируемых, помещение для снятия и последующей дезинфекции СИЗ, помещения для хранения уборочного инвентаря.

2.4 Поверхности помещений и мебель "заразной" зоны должны быть гладкими и устойчивыми к действию дезинфицирующих средств. При входе в палаты помещают дезинфекционные коврики. В "заразной" зоне исключается нахождение предметов, вещей (цветы в горшках, ковры, мягкая мебель и др.), не подвергающихся дезинфекционной обработке.

2.5 В "заразной" зоне оборудуется пост медицинской сестры для обеспечения круглосуточного наблюдения за обсервируемыми.

2.6 Для обеззараживания воздуха в "заразной" зоне используется специальное оборудование для очистки и обеззараживания воздуха.

2.7 При организации обсерватора важно предусмотреть наличие дезинфекционной камеры, либо предусмотреть маршрутизацию камерной обработки. Камерная обработка проводится с использованием местной, стационарной или передвижной установки.

2.8 В "чистой" зоне размещают комнаты для медицинского и обслуживающего персонала, помещения для хранения запаса медицинских препаратов и расходных материалов (средства для отбора проб, дезинфицирующие средства, СИЗ), туалетная комната для персонала, гардеробная для персонала.

2.9 На территории обсерватора выделяется площадка для дезинфекционной обработки транспорта. Площадка должна иметь твердое покрытие, желательно иметь навес, по возможности - сток в герметичную яму для дезинфекции.

2.10 В помещениях зданий, выделенных под обсерватор, перед началом работы проводятся дезинсекционная и дератизационная обработки.

3. Требования к организации работы обсерватора

3.1 Обсерваторы должны находиться под круглосуточной охраной. Все сотрудники охраны должны быть обеспечены СИЗ и проинструктированы о мерах безопасности.

3.2 На территорию, где организован обсерватор, запрещается допуск посторонних лиц, не задействованных в работе обсерватора, в том числе родственников обсервируемых.

3.3 Работа организуется в круглосуточном режиме. Закрепленный персонал, занятый до окончания периода обсервации не выезжает за пределы обсерватора.

3.4 Для проживания сотрудников обсерватора организуется общежитие с оборудованием мест для отдыха и питания персонала.

3.5 Все лица, поступающие под наблюдение, проходят санитарную обработку в санитарном пропускнике, при его отсутствии - в палатах. После принятия душа им выдается сменная обувь, верхняя одежда. В дальнейшем, после дезинфекции санитарный пропускник используется для персонала в течение всего срока работы обсерватора.

3.6 Вещи обсервируемых, которые могут являться факторами передачи инфекции (дамские сумки, мобильные телефоны, ноутбуки, планшеты, документы, косметические наборы и др.) обрабатываются открытыми ультрафиолетовыми облучателями в соответствии с действующими нормативными документами. В случае невозможности использования ультрафиолетовых облучателей, оборудуется место для проведения дезинфекции вещей путем протирания влажными спиртовыми салфетками.

3.7 Личная верхняя и нижняя одежда обсервируемых, мягкие вещи обрабатываются в дезинфекционной камере, после чего возвращаются обсервируемым.

3.8 В ходе работы обсерватора медицинским персоналом проводится текущая дезинфекция во всех помещениях 2 раза в сутки с использованием дезинфектантов, рекомендованных в письме Роспотребнадзора от 23.01.2020 N 02/770-2020-32.

3.9 Во всех помещениях проводится обеззараживание воздуха с использованием специального оборудования для очистки и обеззараживания воздуха.

3.10 Постельное белье, полотенца, личная одежда обсервируемых при их замене подвергаются дезинфекции путем замачивания в растворе дезинфектанта и затем стирке.

3.11 Питание обсервируемых организуется непосредственно в палатах, где они находятся. Используется одноразовая посуда, которая после использования обеззараживается и утилизируется, или многоразовая посуда, которая после использования подвергается

дезинфекции в соответствии с действующими требованиями. Остатки пищи засыпаются либо заливаются раствором дезинфицирующего средства из расчета 1 : 4. После экспозиции согласно инструкции по примененному дезинфицирующему средству утилизируются как безопасные отходы. Многоразовая посуда обеззараживается методом погружения в раствор дезинфицирующего средства в концентрации в соответствии с действующими требованиями. После экспозиции согласно инструкции по примененному дезинфицирующему средству многоразовая посуда моется по правилам к предприятиям общественного питания.

3.12 Обсерватор должен быть оборудован резервуаром для сбора жидких отходов. Дезинфекция жидких отходов в резервуарах накопления осуществляется путем периодического внесения в резервуар раствора хлорсодержащего дезинфектанта для достижения концентрации 10 г активного хлора на 1 $м^3$. Расчет необходимого количества раствора и периодичность его внесения в резервуар осуществляется специализированным учреждением дезинфекционного профиля.

3.13 Транспорт, на котором были доставлены обсервируемые и их вещи, подвергается дезинфекционной обработке.

3.14 После освобождения отделения обсерватора проводят заключительную дезинфекцию силами специализированной дезинфекционной организации.

3.15 По окончании работы в обсерваторе персонал не проходит обсервацию в том случае, если больные или носители среди обсервируемых не выявлены.

3.16 Проведение дезинфекционных мероприятий в обсерваторе регистрируется в журналах (приложение 1).

4. Требования по медицинскому наблюдению и забору материала у обсервируемых

4.1 В обсерваторе проводится медицинское наблюдение с целью выявления лиц с симптомами новой коронавирусной инфекции (респираторные симптомы, лихорадка, боль в груди, одышка, головная боль, миалгии, кашель, диарея, тошнота, рвота, дискомфорт в грудной клетке и другие).

4.2 Медицинский персонал трижды в сутки проводит термометрию с опросом на наличие жалоб обсервируемых с регистрацией результатов в специальном журнале (приложение 2).

4.3 Забор клинического материала для лабораторного исследования на коронавирус 2019-nCoV в соответствии с действующими рекомендациями по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции осуществляют медицинские работники обсерватора в присутствии специалиста, прошедшего подготовку по безопасной работе с возбудителями особо опасных инфекций. Забор материала осуществляется 4-х кратно: при поступлении в обсерватор, на 3, 10 и 11 день наблюдения.

4.4 При выявлении в обсерваторе больного с симптомами, не исключающими заболевания, вызванного новой коронавирусной инфекцией, его переводят в инфекционный госпиталь (в соответствии с комплексным планом санитарной охраны территории субъекта). Лиц, контактировавших с заболевшим, изолируют на месте в обсерваторе до установления диагноза. При подтверждении диагноза новой коронавирусной инфекции у заболевшего все контактировавшие с ним по обсерватору

лица переводятся в изолятор. В помещении, где находился заболевший с контактными, коридорах проводится заключительная дезинфекция с полной сменой СИЗ персонала.

Для остальных обсервируемых увеличивают продолжительность обсервации на срок инкубационного периода выявленного заболевания с момента госпитализации больного и проведения заключительной дезинфекции в помещении обсерватора.

4.5 В случае получения отрицательных результатов лабораторного исследования на новую коронавирусную инфекцию у заболевшего первоначальный срок обсервации всех лиц, находящихся в обсерваторе, не изменяют.

4.6 Выписываются из обсерватора по окончании срока медицинского наблюдения (14 дней) с 2-х кратным отрицательным результатом исследования на новую коронавирусную инфекцию.

4.7 По окончании срока наблюдения лицам, находящимся в обсервации, выдаются листы нетрудоспособности, что определяется постановлением Главного государственного санитарного врача по субъекту Российской Федерации.

4.8. В обсерваторе необходимо предусмотреть аптечку посиндромной терапии для оказания экстренной медицинской помощи.

5. Требования по соблюдению биологической безопасности при работе в обсерваторе

5.1 Медицинский персонал обсерватора в "заразной" зоне использует противочумный костюм 1-го типа или его аналоги (комбинезон, респиратор класса защиты FFP3, защитные очки, бахилы, перчатки), в "чистой" зоне медицинский и обслуживающий персонал обсерватора работает в медицинских халатах и медицинских масках.

5.2 По окончании смены персонал снимает защитную одежду. Средства индивидуальной защиты обеззараживаются следующим способом: очки протираются 70° спиртом экспозицией 30 минут, костюмы, маски, перчатки замачиваются в дезинфицирующем растворе хлорамина в концентрации, регламентированные письмом Роспотребнадзора от 23.01.2020 N 02/770-2020-32, после экспозиции утилизируется в соответствии с требованиями, предъявляемые к медицинским отходам класса В.

5.3. Обсерватор должен иметь не снижаемый, своевременно пополняемый запас средств индивидуальной защиты (противочумный костюм 1-го типа или аналоги).

5.4 В обсерваторе должны быть не снижаемый запас средства экстренной личной профилактики: 70% этиловый спирт и 2% борная кислота и дезсредств, рекомендуемые Инструкцией по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызванных коронавирусами, в письме Роспотребнадзора от 23.01.2020 N 02/770-2020-32: хлорактивные (натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 0,06%, хлорамин Б - в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 3%), кислородактивные (перекись водорода в концентрации не менее 3%), полимерные производные гуанидина (в концентрации рабочего раствора не менее 0,2%).

6. Требования по сбору и обеззараживанию медицинских отходов

6.1 В течение рабочего дня медицинские отходы класса В собирают в отделениях заразной

зоны обсерватора в специальные пакеты для отходов класса В.

По окончании рабочей смены содержимое пакетов увлажняют разрешенными дезинфицирующими средствами, помещают в пакеты повышенной прочности, герметизируют стяжкой и переносят в отдельное помещение для временного хранения медицинских отходов. Временное хранение медицинских отходов осуществляют в помещении не более 24 часов, вывоз осуществляется ежедневно.

6.2 Перед вывозом с территории обсерватора медицинские отходы, дважды упакованные в пакеты, дополнительно обрабатывают дезинфицирующим средством и помещают в третий пакет повышенной плотности и герметично закрывают стяжками с последующей наружной дезинфекцией пакета.

Для транспортировки отходов используют специальный транспорт специализированной организации по утилизации отходов, с его последующей дезинфекцией.

Приложение 1

ПЕРЕЧЕНЬ ЖУРНАЛОВ ОБСЕРВАТОРА

1. Журнал учета термометрии и жалоб лиц, помещенных в обсерватор.

2. Журнал учета работы ультрафиолетовых облучателей (или других установок).

3. Журнал генеральных уборок.

4. Журнал учета обеззараживания накопительной емкости для жидких отходов.

5. Журнал регистрации термометрии сотрудников обсерватора.

6. Журнал регистрации дезинфекции.

7. Журнал учета приготовления и контроля дезинфицирующих растворов.

8. Журнал учета посещения сторонними лицами.

9. Журнал учета камерной обработки вещей.

10. Технологический журнал утилизации отходов класса В в обсерваторе.

11. Технологический журнал утилизации отходов класса В в специализированной организации.

Приложение 2

ЖУРНАЛ

учета термометрии и жалоб лиц, помещенных в обсерватор

N палаты	ФИО обсервируемого	Дата, время	Температура тела	Жалобы	ФИО медработника, подпись

3.4. САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ

Организация, обеспечение и оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий в случае завоза или возникновения особо опасных инфекций, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения Российской Федерации и международного сообщения

Методические указания
МУ 3.4.1030—01

1. Разработаны: Ростовским-на-Дону научно-исследовательским противочумным институтом Минздрава России (Ю. М. Ломов, Э. А. Москвитина, В. И. Прометной, И. Я. Черепахина, О. П. Фецайлова, Э. А. Бардахчан, Ю. М. Пухов, Б. П. Голубев, И. В. Рыжко, А. И. Щербанюк, Р. И. Цураева, Э. Д. Самоходкина); Иркутским научно-исследовательским противочумным институтом Сибири и Дальнего Востока Минздрава России (А. С. Марамович, А. Ф. Даниленко, Г. А. Воронова, С. А. Косилко, В. И. Погорелов); Противочумным центром Минздрава России (А. А. Кюрегян, Л. А. Калошина, К. С. Фонарева, Ю. С. Королев); Российским научно-исследовательским противочумным институтом «Микроб» Минздрава России (В. В. Кутырев, Е. В. Куклев, В. В. Топорков, Т. Н. Донская, А. И. Кологоров, В. Н. Храмов, О. В. Кедрова); Департаментом госсанэпиднадзора Минздрава России (Ю. М. Федоров, Н. Я. Жилина).

2. Одобрены Межведомственным Научным Советом по санитарно-эпидемиологической охране территории Российской Федерации 7 октября 1999 г. Утверждены Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации – Первым заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации Г. Г. Онищенко 6 апреля 2001 г.

3. Введены впервые.

Сокращения

КВГЛ – контагиозные вирусные геморрагические лихорадки;
ЛПУ – лечебно-профилактические учреждения;
ОКЗ – острые кишечные инфекции;
ООИ – особо опасные инфекции;
СКО – санитарно-карантинный отдел;
СКП – санитарно-карантинный пункт;
СПЭК – санитарно-противоэпидемическая комиссия;
ПСКП – пограничный санитарно-карантинный пункт (на железной дороге);
ПЧУ – противочумные учреждения;
ПЦР – полимеразная цепная реакция;
СПЭБ – специализированная противоэпидемическая бригада;
ФАП – фельдшерско-акушерский пункт;
ЦГСЭН – центр госсанэпиднадзора;
ЧС – чрезвычайная ситуация.

УТВЕРЖДАЮ
Главный государственный санитарный врач Российской Федерации – Первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
Г. Г. Онищенко
6 апреля 2001 года
Дата введения – с момента утверждения

3.4. САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ

Организация, обеспечение и оценка противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий в случае завоза или возникновения особо опасных инфекций, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения Российской Федерации и международных сообщений

Методические указания
МУ 3.4.1030—01

1. Область применения

1.1. Методические указания содержат материалы по организации и обеспечению санитарно-противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание чумой, холерой и другими опасными инфекционными заболеваниями (далее – *болезни*), а также инфекционными болезнями неустановленной этиологии, представляющими опасность для населения Российской Федерации и международных сообщений (далее – *синдромы*).

1.2. В положении приведены также материалы по оценке готовности санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических учреждений к проведению мероприятий в случае выявления больного (трупа), подозрительного на чуму, холеру, КВГЛ, другие *болезни*, а также *синдромы*.

1.3. Указания предназначены для специалистов лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений страны независимо от их подчиненности и форм собственности.

1.4. Методические указания разработаны на основании федерального закона Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании.

2. Нормативные ссылки

2.1. Федеральный закон Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г.

2.2. Международные санитарные правила (1969 г.) (3-е аннотированное издание).—Женева, 1984.

2.3. Санитарная охрана территории Российской Федерации. СанПиН 3.4.035—95.

2.4. Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных: Сборник санитарных и ветеринарных правил.— Т. 7. Чума. СП 3.1.090—96.

2.5. Безопасность работы с микроорганизмами I—II групп патогенности. СП 1.2.011—94.

2.6. Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I—IV групп патогенности. СП 1.2.036—96.— М., 1996.

2.7. Профилактика паразитарных болезней Российской Федерации. СанПиН 3.2.569—96.

2.8. Руководство по профилактике чумы.—Саратов, 1992.

2.9. Руководство по клинике, диагностике и лечению опасных инфекционных болезней.—М., 1994.

2.10. Инструкция по организации и проведению противохолерных мероприятий № 01—19/50—11 от 03.06.95.

2.11. Инструкция по экстренной профилактике и лечению опасных инфекционных заболеваний.—М., 1984.

2.12. Вирусные геморрагические лихорадки/ Доклад комитета экспертов ВОЗ (Серия технических докладов ВОЗ № 721).—Женева: ВОЗ, 1986.

2.13. Приказ Минздрава РФ от 02.07.99 № 263 «О введении в действие Перечня инфекционных заболеваний, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации».

2.14. Порядок разработки, экспертизы, утверждения, издания и распространения нормативных и методических документов системы государственного санитарно-эпидемиологического нормирования. Р 1.1.001—1.1.005—96.

3. Организация и обеспечение противоэпидемической готовности медицинских учреждений к проведению мероприятий в случае выявления больного (подозрительного) чумой, холерой, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками, другими *болезнями*, а также с *синдромами*

3.1. Организация и обеспечение противоэпидемической готовности учреждений санитарно-эпидемиологической службы

3.1.1. Комплексные планы по санитарной охране территории от завоза и распространения болезней *и* синдромов *учреждениями санитарно-эпидемиологической службы, министерства (департамента, отдела, комитета, управления) здравоохранения на уровне административного деления – республика, край, область, город, район (в дальнейшем – территории)*

Комплексные планы разрабатывают центры госсанэпиднадзора и департаменты здравоохранения (управления, комитеты, отделы – далее *органы здравоохранения*) в субъектах Российской Федерации и территориях регионального подчинения, согласовывают с заинтересованными ведомствами и службами и представляют на утверждение местной администрации с ежегодной корректировкой в соответствии со складывающейся санитарно-эпидемиологической обстановкой на местах.

План предусматривает выполнение мероприятий с указанием срока исполнения, ответственных за их выполнение лиц по следующим разделам: организационные мероприятия, подготовка кадров, профилактические мероприятия, оперативные мероприятия при выявлении больного (подозрительного) чумой, холерой, КВГЛ, другими *болезнями* и *синдромами*.

Организационные мероприятия

Утверждение главой администрации субъекта Российской Федерации или территории персонального состава санитарно-противоэпидемической комиссии (СПЭК).

Утверждение на заседании СПЭК состава медицинского (противоэпидемического) штаба и группы консультантов.

Рассмотрение на заседании СПЭК следующих вопросов:

- санитарно-гигиеническая ситуация на административной территории;
- состояние очистки и обеззараживания сточных вод;
- санитарно-гигиеническая оценка поверхностных водоемов;
- санитарно-гигиеническое состояние вокзалов, общежитий, гостиниц, мест массового отдыха населения;
- соблюдение санитарно-гигиенического режима на предприятиях пищевой промышленности, торговли и общественного питания;
- состояние инфекционной заболеваемости на административной территории, меры по ее снижению;
- готовность лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических учреждений к проведению комплекса санитарно-противоэпидемических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага;
- организация медицинского наблюдения и санитарно-эпидемиологического надзора за иностранными рабочими, учащимися, студентами, преподавателями, туристами;
- организация медицинского и санитарно-эпидемиологического надзора за беженцами, вынужденными переселенцами, мигрантами.

Участие учреждений госсанэпиднадзора в лицензировании туристических фирм, имеющих как уже действующие, так и вновь организуемые маршруты в страны, эндемичные по *болезням*

Корректировка оперативных планов медицинских учреждений по проведению первичных противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного (подозрительного) чумой, холерой, КВГЛ, другими *болезнями* и *синдромами*.

Определение медицинских учреждений для перепрофилирования их под специализированные, провизорные госпитали, изоляторы с учетом территориальных условий.

Определение немедицинских учреждений с готовым коечным фондом под развертывание обсерватора для лиц, убывающих из очага в случае введения карантина, а также для лиц, прибывающих из эпидемических очагов чумы и КВГЛ (внутри страны или из-за рубежа) и не прошедших обсервацию перед выездом (вылетом).

Составление (корректировка) планов на специализированные госпитали, изоляторы, обсерваторы и лаборатории, развертываемые на случай завоза чумы, холеры, КВГЛ.

Определение персонального состава консультантов (эпидемиолог, инфекционист, врач-бактериолог, вирусолог).

Определение и закрепление аптек за госпитальной базой.

Определение лабораторий для проведения анализов на чуму, холеру, КВГЛ.

Определение источников и резервов материально-технического, в т. ч. транспортного и кадрового обеспечения госпитальной и лабораторной баз.

Учет действующих дезинфекционных камер и санпропускников, определение их пропускной способности и рабочего состояния, закрепление за планируемыми подразделениями госпитальной базы, определение дезинфекционных групп и финансовое обеспечение работ.

Определение патологоанатомических отделений, на базе которых предусматривается вскрытие умерших от чумы, холеры, КВГЛ, других *болезней* и *синдромов*, а также других особо опасных инфекций.

Комплектация групп по перевозке и погребению трупа.

Создание резерва необходимого количества медикаментов, оборудования, аппаратуры, питательных сред, химреактивов, диагностических и профилактических препаратов, дезинфицирующих средств в соответствии с мощностью планируемых к развертыванию противоэпидемической, профилактической, лабораторной и административно-хозяйственной служб (групп).

Определение порядка взаимодействия всех служб и ведомств, задействованных в обеспечении санитарной охраны территории (ЛПУ, ЦГСЭН, ПЧУ, СКО, СКП, ПСКП).

Проведение санитарно-просветительной работы среди населения по мерам личной и общественной безопасности в отношении *болезней*.

Подготовка кадров

Определение объема, кратности и направленности подготовки медицинского персонала по вопросам эпидемиологии (постановка эпидемиологического диагноза), клиники, лечения и профилактики карантинных и других особо опасных инфекций, а также плана обучения немедицинского персонала по проведению первичных противоэпидемических мероприятий на случай возникновения очага чумы, холеры, КВГЛ, других *болезней* и *синдромов*.

Теоретическая подготовка врачебного и среднего медицинского персонала (раздельное обучение). Практическое совместное обучение обеих групп медицинских работников.

Организация семинаров, практических и тренировочных занятий для врачей, среднего и младшего медицинского персонала поликлиник, больниц, скорой помощи по вопросам диагностики и проведения первичных санитарно-противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (подозрительного) чумой, холерой, КВГЛ, другими *болезнями* и *синдромами*.

Проведение семинаров с решением практических задач для врачей-бактериологов (вирусологами) центров госсанэпиднадзора и инфекционных больниц по лабораторной диагностике *болезней*.

Подготовка персонала клинических лабораторий по режиму биологической безопасности работы с материалом от больных чумой, холерой, КВГЛ, другими *болезнями* и *синдромами*.

Проведение семинаров для эпидемиологов центров госсанэпиднадзора и медицинских учреждений с решением практических задач по эпидемиологии, клинике, организации комплекса профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации очагов чумы, холеры, КВГЛ, других *болезней* и *синдромов*.

Подготовка врачей и среднего медицинского персонала скорой помощи, поликлиник, кабинетов инфекционных заболеваний больниц, приемных отделений соматических и инфекционных стационаров, ФАП (ов) на практических занятиях по методике забора материала от больного (подозрительного) на чуму, холеру, КВГЛ, другие *болезни* и *синдромы*.

Подготовка личного и приписного состава госпитальной базы по диагностике, лечению, режиму биологической безопасности работы при чуме, холере, КВГЛ, других *болезнях* и *синдромах*.

Подготовка медицинских работников СКП, СКО и медпунктов по комплексу первичных санитарно-противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (подозрительного) чумой, холерой, КВГЛ, другими *болезнями* и *синдромами*.

Обучение сотрудников туристических фирм, сопровождающих группы в эндемичные по карантинным инфекциям страны, персонала транспортных средств, осуществляющих международные перевозки, сотрудников гостиниц, общежитий, домов отдыха, санаториев, кемпингов, принимающих иностранных граждан, гидов и переводчиков, сопровождающих иностранных граждан, сотрудников милиции, таможни, пограничной службы знаниям сигнальных признаков *болезней* и *синдромов* и мер личной и общественной безопасности.

Проведение совместных командно-штабных учебно-тренировочных занятий всех задействованных служб по локализации и ликвидации очагов чумы, холеры, КВГЛ, других *болезней* и *синдромов*.

Привлечение специалистов противочумных учреждений к проведению семинаров, практических и теоретических занятий для медицинского и немедицинского персонала.

Профилактические мероприятия

Анализ интенсивности миграционных потоков, экономических, культурных, религиозных, туристических связей со странами, неблагополучными по карантинным и другим особо опасным инфекциям, и определение наиболее вероятных путей заноса этих инфекций на административную территорию.

Оценка своевременности выявления подозрительных больных с сигнальными признаками *болезней* и *синдромов* на СКО, СКП, на всех этапах оказания медицинской помощи населению.

Организация и проведение медицинского наблюдения за прибывшими из неблагополучных по *болезням* и *синдромам* районов.

Осуществление контроля по предупреждению завоза из-за рубежа носителей и переносчиков *болезней*.

Организация и проведение эпизоотологического обследования в портах, вокзалах и на транспортных средствах.

Осуществление санитарно-гигиенического мониторинга за ввозимыми грузами, товарами, сырьем, продуктами питания из стран, эндемичных по *болезням*.

Осуществление эпизоотологического обследования на энзоотичной территории с целью своевременного выявления эпизоотий чумы.

Организация эпидемиологического наблюдения за населением на энзоотичных по чуме территориях.

Проведение профилактических прививок населению.

Проведение дезинсекции, дератизации в целях профилактики.

Лабораторное исследование воды поверхностных водоемов и сточных вод на наличие холерных вибрионов в соответствии с действующими приказами.

Бактериологическое обследование на холеру больных с диареей и рвотой при тяжелом течении.

Обеспечение функционирования информационно-аналитической системы контроля по санитарной охране территории Российской Федерации для проведения санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий.

Противоэпидемические мероприятия при выявлении больного, подозрительного на чуму, холеру, КВГЛ, другие *болезни* и *синдромы*

Введение в действие оперативных планов первичных санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Оперативное информирование вышестоящих центров госсанэпиднадзора по подчиненности, территориальных органов власти о выявлении подозрительного больного.

Направление (вызов) консультантов (эпидемиолога, инфекциониста, бактериолога и (или) вирусолога), в том числе специалистов противочумных учреждений, для подтверждения диагноза по месту выявления или госпитализации больного.

Созыв санитарно-противоэпидемической комиссии для организации и руководства комплексом мероприятий, проводимых в очаге чумы, холеры, КВГЛ, других *болезней* и *синдромов*.

Поэтапное развертывание и обеспечение работы в противоэпидемическом режиме специализированных учреждений (госпитали, изоляторы, лаборатории, морги, эвакотранспорт, дезбригады).

Введение ограничительных мероприятий (карантин).

Обеспечение вооруженной охраны специализированных учреждений.

Медицинское наблюдение за населением.

Экстренная профилактика населению по показаниям.

3.1.2. Оперативные планы по организации и обеспечению профилактических и противоэпидемических мероприятий на случай возникновения очага чумы, холеры, КВГЛ, других болезней *и* синдромов

Оперативные планы проведения первичных противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного (трупа) с подозрением на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, другими *болезнями* и *синдромами* составляются в учреждениях госсанэпиднадзора и лечебно-профилактической службы.

План должен содержать:

- способ передачи информации руководителю учреждения (заместителю);
- порядок информации (в рабочее и нерабочее время) вышестоящего руководства о выявлении подозрительного больного;
- схему оповещения и сбора специалистов (в рабочее и нерабочее время);
- наличие укладок со средствами для экстренной профилактики медицинского персонала, комплектов индивидуальной защиты (противочумные костюмы или другие регламентированные средства индивидуальной защиты) и забора материала для лабораторного исследования;
- учет имеющихся дезинфекционных камер, степень их пригодности к эксплуатации;

• наличие в лечебно-профилактических учреждениях, выделенных под госпиталь, провизорный госпиталь графических схем развертывания, обеспечения их необходимыми запасами антибиотиков, регидратационных жидкостей;

• схемы перепрофилирования бактериологической лаборатории с расчетом мощности и штатов, утвержденный список приписного состава для лаборатории, наличие неснижаемого запаса диагностических препаратов, питательных сред, лабораторной посуды и дезсредств, схемы перераспределения анализов на другие инфекции и список резерва кадров микробиологов;

• функциональные обязанности и действия руководителей лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, отделений, лабораторий, эпидемиологов, инфекционистов и других специалистов.

3.1.3. Организация и обеспечение противоэпидемической готовности санитарно-карантинных отделов (пунктов)

Противоэпидемические мероприятия на СКП, СКО, ПСКП проводятся согласно плану, который утверждают главный врач регионального или территориального центра госсанэпиднадзора на транспорте и руководитель транспортного предприятия, на базе которого размещается СКП или СКО, и содержит следующие основные мероприятия:

• составление и корректировка схемы информации при возникновении подозрения на *болезни* и *синдромы* (в рабочее и нерабочее время);

• составление и корректировка оперативных планов первичных санитарно-противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного на транспортном средстве, в здании аэровокзала, морского (речного) вокзала, железнодорожной или автодорожной станции;

• определение приказом руководителя транспортного предприятия места санитарной площадки (причала, тупика, стоянки), действий диспетчерских служб при выявлении больного на транспортном средстве;

• согласование порядка обеспечения вооруженной охраны транспортного средства, багажа пассажиров;

• согласование порядка прохождения пограничного и таможенного контроля больного и пассажиров, контактировавших с больным, их багажа;

• выделение транспорта для эвакуации больного и контактировавших в транспортном средстве, в помещение для временной изоляции;

• определение и подготовка необходимого набора помещений для временной изоляции больного и для хранения багажа больного, пассажиров, контактировавших с больным, подозрительным на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, другими *болезнями* и *синдромами*;

• укомплектование укладки защитной одеждой для персонала, для забора материала, экстренной личной профилактики;

• наличие необходимого запаса дезинфицирующих средств;

• порядок взаимодействия с территориальными лечебно-профилактическими учреждениями специального назначения со службами транспортного предприятия и противочумными учреждениями.

3.1.4. Лабораторная база для проведения исследований с целью эпидемиологического надзора за холерой

Диагностические исследования на холеру в регламентированном комплексными планами объеме могут проводить лаборатории, имеющие разрешение на работу с микроорганизмами III группы патогенности – бактериологические лаборатории центров госсанэпиднадзора, лечебно-профилактических и ведомственных учреждений.

При осуществлении эпиднадзора бактериологические лаборатории городских, районных и ведомственных центров госсанэпиднадзора проводят исследования на холеру:

- материала от больных ОКИ по клиническим и (или) эпидемиологическим показаниям;
- материала от здоровых лиц (определенного контингента);
- проб из объектов окружающей среды в объеме, предусмотренном для соответствующего типа территории, с учетом эпидемических проявлений холеры.

Исследование материала ведут до установления отрицательного результата анализа или выделения культуры с характерным для вибрионов ростом на агаровой и полиуглеводной средах с положительной реакцией на оксидазу. Такие культуры проверяют в мазке, окрашенном по Граму, на подвижность и в слайд-агглютинации с холерными сыворотками О1, Огава, Инаба, RO и О139. При положительном результате немедленно сообщают в территориальные центры госсанэпиднадзора и в противочумное учреждение. Окончательную идентификацию таких культур заканчивают прибывшие из указанных учреждений специалисты на месте или выделенные культуры немедленно доставляют в специализированную лабораторию в установленном порядке.

Лаборатории отделов (отделений) особо опасных инфекций республиканских, краевых, областных центров госсанэпиднадзора:

- выполняют полное диагностическое исследование материала от больных и умерших с подозрением на холеру;
- идентифицируют культуры вибрионов, выделенных в территориальных и ведомственных лабораториях, осуществляют (или организуют) бактериологический контроль качества питательных сред и селективных добавок к ним;
- представляют оперативную информацию о выделенных культурах холерных вибрионов О1 и О139;
- в установленном порядке немедленно передают в территориальные противочумные учреждения культуры холерных вибрионов О1 и О139 независимо от объекта выделения, а также других серогрупп не О1, выделенных от людей;
- контролируют деятельность территориальных лабораторий, оказывают им методическую помощь по всем вопросам лабораторного обеспечения эпидемиологического надзора за холерой.

Лаборатории противочумных учреждений:

- проводят исследования, направленные на своевременное выявление случаев заболевания холерой, вибрионосительства, а также с целью мониторинга за контаминацией водоемов;
- подтверждают таксономическую принадлежность культур холерных вибрионов, выделенных на курируемой территории;

• идентифицируют все атипичные культуры холерных вибрионов с использованием дополнительных методов для уточнения таксономической принадлежности;

• определяют вирулентность и токсигенность культур с использованием комплекса регламентированных методов, принадлежность к фаговару, антибиотикочувствительность;

• осуществляют методическое руководство по всем вопросам лабораторной диагностики холеры на курируемой территории;

• в установленном порядке передают с паспортами культуры холерных вибрионов, выделенных на курируемой территории, в головной по проблеме «Холера» Ростовский-на-Дону научно-исследовательский противочумный институт. Кроме того, паспорта на эти же культуры направляют в Противочумный центр Минздрава России и в Государственную коллекцию патогенных бактерий, которая дислоцируется на базе Российского научно-исследовательского противочумного института «Микроб».

Диагностические исследования на холеру проводят в течение рабочего дня. При проведении анализов от больных (трупов), подозрительных на заболевание холерой, необходимо предусмотреть перевод лаборатории на круглосуточную работу.

Регламентирование лабораторных исследований, включая нормирование затрат времени на конкретные виды работы, проводят в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами.

3.1.5. Формирование лабораторной базы при возникновении очага холеры

Формирование лабораторной базы на случай возникновения очага холеры должно быть предусмотрено комплексным планом мероприятий по санитарной охране территории.

При планировании лабораторной базы на случай возникновения очага холеры специалисты (врачи отделов особо опасных инфекций, противочумных учреждений) проводят паспортизацию всех лабораторий (территориальных и ведомственных центров госсанэпиднадзора, крупных пищевых предприятий, институтов бактериологического профиля и других учреждений) и отмечают те из них, которые могут быть перепрофилированы для проведения массовых исследований на холеру. Разрешение на проведение диагностических исследований на холеру лабораториям, входящим в состав лабораторной службы очага, выдается в соответствии с действующими санитарными правилами по биологической безопасности работы.

При выборе лаборатории руководствуются обязательными требованиями, предусматривающими размещение ее в отдельном здании или в изолированных помещениях (в обоих случаях с двумя входами) с наличием водопровода и канализации, силовой электроэнергии, телефонной связи. Планировка здания должна позволять развертывание всех подразделений лаборатории по проведению исследований на холеру с соблюдением требований *санитарных правил по биологической безопасности* (прилож. 3).

Все диагностические лаборатории, предусмотренные для работы в очаге холеры, составляют лабораторную базу очага. В зависимости от размеров очага, объема исследований и имеющихся возможностей лабораторная база очага может состоять из одной, двух или более лабораторий. Мощность лабораторной базы очага определяется суммой показателей мощности всех лабораторий очага. Под

мощностью лаборатории понимается максимальное количество анализов, которое она может выполнить в сутки.

Расчет производственной мощности лабораторной базы осуществляется на основании количественных показателей анализов для конкретных контингентов и объектов обследования с определением среднесуточного объема по следующей схеме.

Таблица 1

№ п/п	Объекты обследования	Количество объектов	Количество анализов	Количество дней работы лаборатории	Среднее количество анализов в сутки
1	2	3	4	5	6

В графе «Объекты обследования» расшифровывают: а) больные холерой и вибрионосители (определяется ориентировочно 1 : 1); б) контактировавшие с больными и вибрионосителями (1 : 4—5); в) больные ОКЗ; г) обследованные на вибрионосительство лица из декретированных и других групп населения; д) объекты окружающей среды (поверхностные водоемы, источники водоснабжения, хозяйственно-бытовые стоки, пищевые продукты, пробы из окружения больного и вибрионосителя).

Планируемая мощность лабораторной базы (М) определяется как сумма показателей графы 6. При планировании необходимо исходить из следующих положений:

- общее количество анализов на одного больного холерой и вибрионосителя составляет – 6;
- число провизорно госпитализированных в день должно быть выше примерно на 15 % по отношению к среднедневному количеству больных ОКИ, вычисленному для данного сезона в конкретном населенном пункте (за счет активного выявления больных);
- среднее число анализов от одного провизорно госпитализированного составляет – 3;
- количество лиц, подлежащих обследованию на вибрионосительство, определяется противоэпидемической службой очага;
- объем и продолжительность работы лаборатории с полной нагрузкой в очаге определяется сроками его существования и ликвидации и рассчитывается в соответствии с конкретными задачами, определяемыми противоэпидемической службой очага.

При планировании лабораторной базы необходимо предусмотреть бактериологические лаборатории противочумных учреждений и распределение анализов между лабораториями или в одной лаборатории по контингентам с учетом особенностей их исследования: анализы из холерного, провизорного госпиталей и изолятора, анализы от остальных групп населения, обследуемых по эпидемиологическим показаниям, семейных, производственных и других очагов, пробы из объектов окружающей среды (вода, иловые отложения поверхностных водоемов, гидробионты, сточные воды и пищевые продукты).

В предэпидемический период должен быть назначен начальник лабораторной службы на случай возникновения очага, его заместитель по материально-

техническому обеспечению лабораторной службы. Во главе каждой лаборатории должен быть предусмотрен заведующий. С учетом необходимости круглосуточного режима работы расчет потребности в кадрах, необходимых для реализации расчетной производственной мощности лаборатории производится в соответствии с «Расчетом потребности в кадрах», предусмотренных в регламентированных инструктивно-методических или нормативных документах по организации и проведению противохолерных мероприятий.

В первый день работы лаборатория, полностью укомплектованная, может выполнить не более 50 % своей расчетной мощности; во второй – 75 % и только с третьего дня она способна полностью реализовать свою мощность.

В лабораториях, входящих в лабораторную базу, должны быть предусмотрены следующие функциональные подразделения с распределением обязанностей их персонала:

- группа приема материала;
- группа пересевов;
- группа просмотра посевов и отбора колоний;
- группа идентификации, ускоренной диагностики и определения антибиотикограммы;
- группа обеззараживания материала;
- группа мойки посуды, заготовки и стерилизации;
- группа розлива сред и подготовки их к посевам;
- группа регистрации и выдачи ответов;
- группа материально-технического обеспечения.

Необходимо провести расчет врачебного, среднего и младшего медицинского персонала по функциональным группам в соответствии с данными, приведенными в табл. 2.

Таблица 2

Примерное распределение работников по функциональным группам в лаборатории мощностью 1000 анализов в сутки (700 – от людей и 300 – воды) при 36-часовой рабочей неделе

№ п/п	Функциональная группа	Врачи	Лаборанты	Санитарки
1	2	3	4	5
1	Группа приема материала	–	7	–
2	Группа пересевов	–	6	–
3	Группа просмотра посевов и отбора колоний	7	3	–
4	Группа идентификации, ускоренной диагностики и определение антибиотикограммы	7	9	–
5	Группа обеззараживания материала	–	5	–
6	Группа мойки посуды, заготовки и стерилизации	–	3	22

Продолжение табл. 2

1	2	3	4	5
7	Группа розлива сред и подготовки их к посевам	–	8	–
8	Группа регистрации и выдачи ответов	1	3	–
9	Группа материально-технического обеспечения и хозяйственных работ (не считая специалистов по оборудованию, электрика, сантехника и т. д.)	–	1	8
	Итого:	**15**	**45**	**30**

Для определения антибиотикограммы штаммов холерного вибриона (с учетом распространения возбудителя с множественной лекарственной устойчивостью) лаборатория должна быть оснащена набором антибактериальных препаратов: доксициклин, тетрациклин, левомецитин, налидиксовая кислота, ципрофлоксацин, фуразолидон, рифампицин, ампициллин, цефотаксим (торговое название клафоран и др.), стрептомицин, гентамицин, канамицин, триметоприм/сульфамонометоксин (сульфато).

Оснащение лабораторий, предусмотренных для работы в очагах холеры, осуществляется в соответствии с действующими инструктивно-методическими документами.

Центрами ГСЭН в субъектах Российской Федерации должны быть взяты на учет все имеющиеся в них специалисты-бактериологи, прошедшие подготовку по диагностике холеры, что в случае эпидемических осложнений позволит доукомплектовывать лабораторные базы, предусматриваемые в районах и отдельных населенных пунктах.

Примерная схема лаборатории для исследований на холеру приведена в прилож. 3.

3.1.6. Организация лабораторных исследований в случае возникновения подозрения на чуму

Согласно действующим нормативным документам все виды диагностических работ с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителем чумы, проводятся только в специализированных лабораториях противочумных учреждений, имеющих на это соответствующее разрешение, персоналом (врачами, биологами, лаборантами), окончившим курсы специализации по особо опасным инфекциям и допущенным к работе с таким материалом приказом руководителя учреждения.

Объем, сроки и характер изучения выделенных культур чумного микроба определяются руководителем противочумного учреждения по согласованию с курирующим научно-исследовательским противочумным институтом. Выделенные культуры возбудителя чумы с паспортами направляют в Государственную коллекцию патогенных бактерий на базе РосНИПЧИ «Микроб» или уничтожают по согласованию с головным по проблеме «Чума» Российским научно-исследовательским противочумным институтом «Микроб» (СП 1.2006—93, СП 1.2.011—94, СП 3.1.090—96).

Во всех случаях выявления больного (трупа), подозрительного на чуму, незамедлительно должны быть вызваны консультанты из противочумного учреждения (научно-исследовательский противочумный институт, противочумная станция, отделение или эпидотряд).

Забор материала от больных производится медицинскими работниками стационара, где госпитализирован больной, в присутствии и под руководством специалистов по особо опасным инфекциям ЦГСЭН или противочумного учреждения. В случае невозможности быстрого прибытия указанных специалистов забор материала от больного осуществляют два медицинских работника, один из которых должен быть врач-инфекционист или терапевт (хирург), имеющий специальную подготовку по особо опасным инфекциям.

От умерших с подозрением на чуму материал забираёт патологоанатом в присутствии и под наблюдением специалистов противочумного учреждения или ОООИ ЦГСЭН.

Материал упаковывают, опечатывают в соответствии с *санитарными правилами по безопасности работы* и направляют на исследование в ближайшее противочумное учреждение или лабораторию отдела особо опасных инфекций ЦГСЭН, где он хранится в холодильнике до прибытия консультантов. Допускается исследование материала специалистами лаборатории отделов особо опасных инфекций после его обеззараживания экспресс-методами для выдачи предварительного диагноза.

Поскольку в ряде регионов Российской Федерации доставка материала в специализированные лаборатории затруднена из-за больших расстояний, что отдаляет сроки диагностики, целесообразно в крупных административных центрах с интенсивными международными связями для установления диагноза с подозрением на чуму предусмотреть в комплексных планах и подготовить лаборатории преимущественно на базах лабораторий ОООИ ЦГСЭН, где будут проводиться диагностические исследования на чуму. Заблаговременно специалисты (врачи отдела ООИ ЦГСЭН, ПЧУ) обследуют лаборатории и определяют те, которые могут быть перепрофилированы для временной диагностической работы на чуму (при возникновении подозрения на эту инфекцию). На такие лаборатории составляют акт о соответствии их требованиям *правил по биологической безопасности* с приложением схемы перепрофилирования, пояснительной записки о возможном объеме исследований диагностического материала на чуму, о необходимом обеспечении аппаратурой. Эти документы направляют в противочумный центр на экспертизу для получения разрешения на временную работу с материалом, подозрительным на зараженность возбудителем чумы в случае возникновения чрезвычайной эпидемической ситуации. Начальные этапы диагностических исследований (забор материала, первичные посевы) осуществляют бактериологи лаборатории отделов ООИ ЦГСЭН, прошедшие подготовку по особо опасным инфекциям. Дальнейшее исследование проводят прибывшие специалисты противочумного учреждения. По окончании работы весь инфекционный материал должен быть уничтожен или передан в ПЧУ, о чем составляется акт. В помещении лаборатории проводится заключительная дезинфекция.

Исследование материала от больных (трупов), подозрительных на заболевание чумой, проводят в специально предназначенных для этого лабораториях, имеющих разрешение на работу с возбудителем этой инфекции.

При выборе лаборатории для перепрофилирования необходимо руководствоваться следующими условиями:

- отдельно стоящее здание с двумя входами (для приема анализов и персонала);
- централизованное водоснабжение и канализация;
- подводка силового электрического кабеля;
- телефонная связь, сигнализация.

Обязательным условием при выборе лаборатории должна быть возможность разделения ее на «чистую», «заразную» и «условно заразную» зоны.

«Заразная» зона:

- комната для приема и регистрации заразного материала;
- разбор, сортировка материала (очес грызунов);
- блок для работы с инфицированными животными (для заражения, содержания и вскрытия лабораторных животных);
- бактериологическая;
- ПЦР-лаборатория (комната для обработки проб, выделения ДНК);
- термостатная (может отсутствовать);
- для обеззараживания материала с автоклавами и плитой.

«Условно заразная» зона:

- люминесцентная;
- серологическая;
- ПЦР-лаборатория (комната для проведения ПЦР и комната для электрофореза);
- моечная;
- препараторская;
- бокс для розлива сред;
- стерилизационная;
- комната для ведения документации.

«Чистая» зона:

- комната для ведения документации;
- для верхней одежды;
- для переодевания в рабочую одежду (пижама, тапочки);
- душевая;
- кабинет заведующего;
- туалет;
- кладовая.

Примерная схема лаборатории для исследования на чуму приведена в прилож. 4.

3.1.7. Паспортизация бактериологических лабораторий специального назначения центров госсанэпиднадзора

Паспорт бактериологической лаборатории, в которой согласно комплексному плану будут проводиться исследования на карантинные инфекции.

Адрес лаборатории _____

Ведомственная принадлежность_____

Паспорт составлен «_____» _____ 200____ г.

Корректирован «_____» _____ 200____ г.

Производственная мощность _____ анализов в сутки.

Планируемая мощность _____ анализов в сутки.

Коммунальная характеристика лаборатории

Тип здания, в котором размещена лаборатория (типовой проект, приспособленное).

Площадь лаборатории _____

Водоснабжение (тип) _____

Канализация (тип)_____

Обеззараживание заразного материала _____

План-схема лаборатории с указанием предназначения помещений, их площади и потока движения заразного материала.

План-схема перепрофилирования лаборатории и потока движения заразного материала.

Разрешение на работу с возбудителями III группы патогенности.

Разрешение на работу с материалом, подозрительным на зараженность возбудителем чумы – для лабораторий, в которых такая работа предусмотрена комплексным планом.

План перераспределения текущих исследований другим лабораториям.

Таблица 3

Штаты лаборатории и приписной состав

№	Ф.,И.,О.	Должность	Специальность	Откуда приписан (название учреждения)

Таблица 4

Материально-техническое обеспечение

№	Вид и наименование имущества	Количество		Источник получения недостающего имущества						
		Имеется	Требуется	Резерв	Другие лаборатории		Торгующие организации	Другие источники		Основание
					лаборатории	количество		источник	количество	
1	Защитная одежда									
2	Лабораторная посуда									
3	Термостаты									
4	Холодильники									
5	Автоклавы, сухожаровые шкафы, электроплиты									
6	Питательные, дифференциально-диагностические среды									
7	Диагностикумы, реактивы, антибиотики									
8	Дезсредства и прочие									

Таблица 5

Транспорт

№ п/п	Вид транспорта	Откуда выделяется (название учреждения)	Назначение транспорта	Основание

Подпись

Главный врач центра госсанэпиднадзора

Зав. лабораторией

3.1.8. Формирование специализированных бригад и групп консультантов

Специализированные противоэпидемические бригады (СПЭБ) создаются при противочумных учреждениях и непосредственно подчиняются Департаменту госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения Российской Федерации. Основной кадровый состав комплектуется из сотрудников этих учреждений и дополняется специалистами общегигиенического профиля территориальных центров госсанэпиднадзора согласно действующему положению «О специализированной противоэпидемической бригаде».

В задачи СПЭБ(ов) входит:

- участие в организации и проведении комплекса оперативных противоэпидемических мероприятий по выявлению, локализации и ликвидации очагов карантинных и других инфекционных заболеваний, в т. ч. возникших вследствие активизации местных природных очагов;
- участие в организации и проведении комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий в зонах чрезвычайных ситуаций, обусловленных стихийными бедствиями, катастрофами и социальными потрясениями, с целью предупреждения и снижения инфекционной заболеваемости населения, оценки и прогнозирования санитарно-эпидемиологической ситуации;
- диагностика заболеваний неясной этиологии и индикация возбудителей инфекционных болезней бактериальной этиологии в объектах окружающей среды.

Согласно комплексному плану мероприятий по санитарной охране территории создаются группы консультантов из ведущих специалистов лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений.

Задачами группы являются:

- постановка клинико-эпидемиологического диагноза;
- определение объема и направленности первичных противоэпидемических мероприятий в зависимости от конкретной ситуации.

Кроме того, в центрах госсанэпиднадзора и противочумных учреждениях необходимо предусмотреть выездные бригады в составе эпидемиолога, бактериолога и двух лаборантов для проведения исследований непосредственно в очаге холеры на базе территориальной лаборатории.

Лабораторная диагностика других *болезней* и *синдромов*

Организация и обеспечение лабораторных исследований (специфическая индикация, генная диагностика) на КВГЛ, желтую лихорадку, геморрагические лихорадки Хунин, Мачупо осуществляются в учреждениях, определенных Министерством здравоохранения Российской Федерации.

3.2. Организация и обеспечение противоэпидемической готовности лечебно-профилактических учреждений к проведению мероприятий на случай выявления больного (подозрительного) чумой, холерой, КВГЛ, другими болезнями *и* синдромами

3.2.1. Формирование госпитальной базы – специальных лечебных учреждений: госпиталя, провизорного госпиталя, изолятора, обсерватора

Выбор и набор помещений специальных лечебных учреждений: госпиталя для больных чумой, холерой, провизорного госпиталя, изолятора осуществляют в соответствии с действующими *санитарными правилами по биологической безопасности ра-*

боты с патогенными микроорганизмами. Лечебно-профилактические учреждения, предусмотренные для использования под госпитальную базу, должны иметь:

- паспорта на госпиталь для больных, провизорный госпиталь, изолятор, предусмотренные для развертывания на случай завоза или выявления больных чумой, холерой другими *болезнями* и *синдромами*;
- оперативные планы первичных санитарно-противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного чумой, холерой, с симптомами других *болезней* (*синдромов*);
- схему информации при поступлении больного с подозрением на чуму, холеру, другие *болезни (синдромы)*;
- запас антибиотиков, средств патогенетической терапии, в т. ч. регидратационных жидкостей, дезинфектантов, защитной одежды;
- укладки для забора материала от больных (прилож. 6,7).

3.2.2. Принципы расчета мощности специализированных лечебных учреждений, их штатно-организационная структура определяются в соответствии с «Методическими указаниями по расчету коечного фонда и норм штатов госпитальной базы в эпидемических очагах чумы и холеры» (Саратов, 1999). При планировании госпитальной базы на чуму необходимо учитывать наличие на территории природного очага чумы, его эпидемический потенциал, а также интенсивность международных связей конкретного населенного пункта. Мощность холерного госпиталя должна быть предусмотрена на единичные и групповые (более пяти случаев заболеваний холерой и вибрионосительства) случаи.

Мощность провизорного госпиталя в очаге холеры определяется в зависимости от уровня заболеваемости острыми желудочно-кишечными инфекциями в данном населенном пункте в месяц сезонного подъема и рассчитывается по формуле:

$$П_{пг} = 1{,}15 \cdot Р \cdot К, \text{ где}$$

$П_{пг}$ – потребность в койках,

1,15 – поправочный коэффициент,

$Р$ – среднее число больных ОКЗ за месяц сезонного подъема (по данным за предыдущие 3 года),

$К$ – продолжительность пребывания больного на койке (7 дней).

Мощность изолятора определяется на основании предполагаемого количества больных холерой и вибрионосителей и средней численности состава семьи на конкретной территории и определяется по формуле:

$$П_{из} = Б \cdot Н, \text{ где}$$

$П_{из}$ – потребность в койках для изоляции контактных;

$Б$ – предполагаемое количество больных холерой и вибрионосителей;

$Н$ – средняя численность семьи на данной территории.

3.2.3. Обеспечение специальных лечебных учреждений средствами патогенетической и этиотропной терапии, защитной одеждой и дезсредствами в соответствии с действующими инструкциями

В лечебных учреждениях, на базе которых в соответствии с комплексным планом предусматривается развернуть специализированные учреждения на единичные случаи *болезни*, должен быть неснижаемый запас средств патогенетической, этиотропной терапии, защитной одежды и дезинфицирующих средств в соответствии с действующими нормативными документами.

При возникновении массовых случаев чумы, холеры и других *болезней* недостающие средства из указанного перечня обеспечиваются из фонда Министерства (департамента, отдела, управления) здравоохранения субъекта Российской Федерации.

А. На случай возникновения чумы

Для этиотропной терапии чумы используются аминогликозиды (гентамицин, стрептомицин и др.); доксициклин; рифампицин (только в комбинации с аминогликозидами, триметоприм, фторхинолонами, ампициллином, цефалоспоринами III поколения); фторхинолоны (ципрофолоксацин, офлоксацин, пефлоксацин), цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим) и их комбинации с аминогликозидами.

В качестве резерва необходимо иметь неснижаемый запас гентамицина, стрептомицина, доксициклина, рифампицина, ципрофолоксацина, ампициллина (табл. 7), в количествах, необходимых для лечения 5 больных (с учетом срока годности и своевременной замены).

Выбор средств для экстренной профилактики и этиотропной терапии чумы производится в соответствии с антибиотикочувствительностью выделенных культур возбудителя. Антибиотикограмма выделенного штамма чумного микроба должна содержать данные о его чувствительности к гентамицину, стрептомицину, доксициклину, ципрофлоксацину, рифампицину, ампициллину, цефотаксиму, сульфамонометоксину/ триметоприму.

Таблица 6

Антибактериальные препараты и схемы их применения для экстренной профилактики чумы

Антибактериальный препарат	Разовая доза, г	Кратность применения в сутки	Средняя суточная доза, г	Средняя доза на курс профилактики, г	Средняя продолжительность курса профилактики, сутки
1	2	3	4	5	6
Для приема внутрь					
Доксициклин *	0,2	1	0,2	1,4	7
Ципрофлоксацин *	0,25	2	0,5	3,5	7
Офлоксацин	0,2	2	0,4	2,8	7
Пефлоксацин	0,4	2	0,8	5,6	7
Сульфаметоксин/триметоприм	1,0/0,4	2	2,0/0,8	14,0/5,6	7
Рифампицин/ Триметоприм	0,3/ 0,08	2	0,6/ 0,16	3,0/ 0,8	5
Рифампицин * + ампициллин *	0,3 + 1,0	1 2	0,3 + 2,0	1,5 + 10,0	5
Рифампицин + ципрофлоксацин	0,3 + 0,25	1	0,3 + 0,25	1,5 + 1,25	5
Рифампицин + офлоксацин	0,3 + 0,2	1	0,3 + 0,2	1,5 + 1,0	5
Рифампицин + пефлоксацин	0,3 + 0,4	1	0,3 + 0,4	1,5 + 2,0	5

Продолжение табл. 6

1	2	3	4	5	6
Для инъекций					
Гентамицин *	0,08	2	0,16	0,8	5
Сизомицин	0,1	2	0,2	1,0	5
Нетилмицин	0,1	2	0,2	1,0	5
Амикацин	0,5	2	1,0	5,0	5
Стрептомицин *	0,5	2	1,0	5,0	5
Канамицин	0,5	2	1,0	5,0	5
Тобрамицин	0,1	2	0,2	1,0	5
Цефтриаксон	1,0	1	1,0	5,0	5
Цефотаксим	1,0	2	2,0	14,0	7
Цефтазидим	1,0	2	2,0	14,0	7

Примечание: * препараты, которые необходимо иметь в резерве для обеспечения готовности на случай выявления больного чумой

Таблица 7

Антибактериальные препараты и схемы их применения для лечения бубонной, легочной и септической форм чумы

Антибактериальный препарат	Разовая доза, г	Кратность применения в сутки	Средняя суточная доза, г	Средняя доза на курс лечения, г	Средняя продолжительность курса лечения, сутки
1	2	3	4	5	6
При бубонной форме					
Для приема внутрь					
Доксициклин *	0,2	1	0,2	2,0	10
Ципрофлоксацин *	0,25	2	0,5	3,5—5,0	7—10
Пефлоксацин	0,4	2	0,8	5,6—8,0	7—10
Офлоксацин	0,2	2	0,4	2,8—4,0	7—10
Сульфамонометоксин/ триметоприм	1,0/ 0,4	2	2,0/ 0,8	20,0—28,0/ 8,0—11,2	10—14
Рифампицин/ Триметоприм	0,45/ 0,12	2	0,9/ 0,24	6,3/ 1,68	7
Для инъекций					
Гентамицин *	0,08	2	0,16	1,12	7
Сизомицин	0,1	2	0,2	1,4	7
Нетилмицин	0,1	2	0,2	1,4	7
Амикацин	0,5	2	1,0	7,0	7
Стрептомицин *	0,5	2	1,0	7,0	7
Канамицин	0,5	2	1,0	7,0	7
Тобрамицин	0,1	2	0,2	1,4	7
Цефтриаксон	2,0	1	2,0	14,0	7

Продолжение табл. 7

1	2	3	4	5	6
Цефотаксим	2,0	3—4	6,0—8,0	42,0—80,0	7—10
Цефтазидим	2,0	2	4,0	28,0—40,0	7—10
Ампициллин/ Сульбактам	2,0/ 1,0	3	6,0/ 3,0	42,0—60,0/ 21,0—30,0	7—10
Азтреонам	2,0	3	6,0	42,0—60,0	7—10
При легочной и септической формах					
Для приема внутрь					
Ципрофлоксацин *	0,75	2	1,5	15,0—21,0	10—14
Пефлоксацин	0,8	2	1,6	16,0—22,4	10—14
Офлоксацин	0,4	2	0,8	8,0—11,2	10—14
Рифампицин/ Триметоприм	0,6/ 0,16	2	1,2/ 0,32	8,4—12,0/ 2,24—3,2	7—10
Для инъекций					
Гентамицин *	0,08	3	0,24	2,4	10
Сизомицин	0,1	3	0,3	3,0	10
Нетилмицин	0,1	3	0,3	3,0	10
Амикацин	0,5	3	1,5	15,0	10
Стрептомицин *	0,5	3	1,5	15,0	10
Канамицин	0,5	3	1,5	15,0	10
Тобрамицин	0,1	3	0,3	3,0	10
Цефтриаксон	2,0	2	4,0	28,0—40,0	10
Цефотаксим	3,0	3	9,0	90,0	10
Цефтазидим	2,0	3	6,0	60,0	10

Примечание: * препараты, которые необходимо иметь в резерве для обеспечения готовности на случай выявления больного чумой

Таблица 8

Антибактериальные препараты и схемы их комбинированного применения для лечения больных легочной и септической формами чумы *

Название антибиотиков	Разовая доза, г	Кратность применения в сутки	Средняя суточная доза, г	Средняя доза на курс, г
1	2	3	4	5
Беталактам ** + стрептомицин (или амикацин, или канамицин)	1,0 + 0,5	2	2,0 + 1,0	20,0 + 10,0
Беталактам ** + гентамицин (или сизомицин, или тобрамицин)	1,0 + 0,08 или 0,1	2	2,0 + 0,16 или 0,2	20,0 + 1,6 или 2,0
Беталактам ** + рифампицин	1,0 + 0,3	2	2,0 + 0,6	20,0 + 6,0

Продолжение табл. 8

1	2	3	4	5
Ципрофлоксацин *** + рифампицин	0,5 + 0,3	2	1,0 + 0,6	10,0 + 6,0
Ципрофлоксацин *** + стрептомицин (или амикацин, или канамицин)	0,5 + 0,5	2	1,0 + 1,0	10,0 + 10,0
Ципрофлоксацин *** + гентамицин (или сизомицин, или тобрамицин)	0,5 + 0,08 или 0,1	2	1,0 + 0,16 или 0,2	10,0 + 1,6 или 2,0
Ципрофлоксацин *** + цефтриаксон	0,5 + 1,0	2	1,0 + 2,0	10,0 + 20,0
Рифампицин + гентамицин (или сизомицин, или тобрамицин)	0,3 + 0,08 или 0,1	2	0,6 + 0,16 или 0,2	6,0 + 1,6 или 2,0
Рифампицин + стрептомицин (или амикацин, или канамицин)	0,3 + 0,5	2	0,6 + 1,0	6,0 + 10,0

Примечание:
* – средняя продолжительность лечения –10 дней;
** – беталактамы (цефтриаксон, цефотаксим, цефтазидим);
*** – ципрофлоксацин можно заменить на офлоксацин (разовая доза – 0,3 г), пефлоксацин (разовая доза – 0,6 г).

Этиотропная терапия чумы должна проводиться совместно с интенсивной патогенетической и симптоматической терапией. Необходимо учитывать, что поздно начатое или неадекватное лечение может привести к развитию инфекционно-токсического шока (ИТШ). Рекомендации по патогенетической терапии и интенсивному лечению ИТШ даны в «Руководстве по клинике, диагностике и лечению опасных инфекционных заболеваний» (М., 1994), а также в других специальных руководствах.

Госпитальная база должна иметь необходимый запас средств патогенетической и симптоматической терапии.

В госпитале на 10 больных чумой необходимо предусмотреть не менее 25 комплектов защитной одежды (противочумный костюм I типа или другое средство индивидуальной защиты, разрешенное к применению в учреждениях медицинского профиля). Расчет необходимого количества дезсредств следует проводить, исходя из мощности и площади госпиталя на основании норм расхода дезсредств, приведенных в действующих санитарных правилах по безопасности работы с патогенными микроорганизмами.

Б. На случай возникновения очага холеры

Лечебные учреждения, на базе которых планируется развертывание холерного госпиталя, должны иметь все необходимое оборудование, неснижаемый запас медикаментов для проведения патогенетической терапии (табл. 9).

Таблица 9

Оснащение холерного госпиталя на 100 больных

№	Наименования медикаментов и других материалов	Количество
Для патогенетической терапии (регидратационные растворы)		
1	Глюкосалан	650 пакетов (на I литр раствора каждый)
2	Молочно-кислый раствор Рингера или другого регидратационного раствора типа трисоль, дисоль, квартасоль, даккский раствор 5 : 4 : 1	300 флаконов по 400 мл
3	Апирогенные системы для внутривенного введения	50 шт.
4	Наборы для введения жидкости в вены головы у детей или подключичную вену	10 шт.
5	Интраназальный катетер, внешний диаметр 2,7 мм, внутренний диаметр 1,5 мм, длина 38 см для детей	3 шт.
Другие предметы и материалы для организации лечения		
1	Бак с краном (с отметкой уровней на 5 и 10 литров) для приготовления больших количеств растворов глюкосалана	2
2	Сосуд емкостью на I л для раствора глюкосалана	20
3	Стаканы на 200 мл для питья	40
4	Чайные ложки	20
5	Вата	5 кг
6	Лейкопластырь	3 катушки
7	Бинты разные	20 шт.
8	Шприцы одноразовые на 2, 5,10 и 20 мл	400 шт.
9	Шприцы обычные, разного объема	20 шт.
10	Иглы к шприцам № 16—18	30 шт.
11	Стерилизатор	I
12	Перчатки хирургические 6—9 размера	50
13	Марля	20 метров
14	Жгуты для сдавливания вен конечностей	3 шт.
15	Термометр максимальный	5 шт.
16	Штатив для внутривенной трансфузии	5

В обязательном порядке должно быть предусмотрено наличие оборудования для оснащения реанимационно-регидратационной палаты (отделения), определены источники дооснащения (электрокардиограф, центрифуга и др.) (табл. 10).

Таблица 10

Оснащение реанимационно-регидратационной палаты

№	Наименования медикаментов и других материалов	Количество
1	2	3
1	Специальная или приспособленная холерная кровать	2
2	Градуированное или приспособленное ведро	4

Продолжение табл. 10

1	2	3
3	Таз для рвотных масс	2
4	Емкость для обеззараживания выделений больных (20—30 л)	1
5	Емкость для замачивания горшков, подкладных суден (10—15 л)	1
6	Емкость для замачивания белья (10—15 л)	1
7	Емкость для обеззараживания столовой посуды больного (5—10 л)	1
8	Емкость для замачивания спецодежды персонала (20—30 л)	1
9	Емкость для замачивания аптечной посуды (10—15 л)	1
10	Ведро с тряпками для мытья полов	1
11	Бутыль для приготовления маточного раствора 10 %-ной хлорной извести	1
12	Емкость для мытья (дезинфекции) рук персонала	1
13	Дезковрик	1
14	Стерилизатор, электроплитка	1+1
15	Укладка для забора материала от больного, бикс для его транспортирования	1
16	Рабочий стол или тумбочка	1
17	Центрифуга на 3000 об./мин	1
18	Набор флаконов для определения удельного веса плазмы	1
19	Штатив для внутривенной трансфузии	2
20	Грелка	5
21	Тонометр с фонендоскопом	1
22	Электрокардиограф портативный с автономным питанием	1
23	Клеенчатый мешок для хранения и отправки вещей больного и постельных принадлежностей	2

Одновременно с началом регидратации необходимо проведение курса этиотропной терапии, которая способствует уменьшению объема и длительности водно-солевых потерь, сроков клинических проявлений инфекции и препятствует формированию вибриононосительства.

В связи с распространением среди холерных вибрионов множественной лекарственной устойчивости адекватный выбор средств профилактики и лечения холеры может быть сделан только на основе определения чувствительности выделенных штаммов холерного вибриона к широкому набору антибактериальных препаратов.

Помимо традиционно применяемых для лечения холеры антибактериальных препаратов: доксициклина, тетрациклина, левомицетина (хлорамфеникола), фуразолидона, сульфаметоксазола/триметоприма предлагаются в качестве альтернативных: фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин, пефлоксацин, норфлоксацин, ломефлоксацин), аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин, сизомицин, канамицин, амикацин), а также синергидные комбинации рифампицина с триметопримом и другими препаратами (табл. 11, 12,13).

Таблица 11

Антибактериальные препараты для профилактики холеры

Антибактериальный препарат	Разовая доза, г	Способ введения	Кратность применения в сутки	Средняя суточная доза, г	Средняя продолжительность курса профилактики, сутки	Средняя доза на курс профилактики, г
Доксициклин *	0,2	внутрь*	1	0,2	4	0,8
Тетрациклин	0,3	то же	4	1,2	4	4,8
Ципрофлоксацин *	0,25	- " -	2	0,5	4	2,0
Офлоксацин	0,2	- " -	2	0,4	4	1,6
Пефлоксацин	0,4	- " -	2	0,8	4	3,2
Норфлоксацин	0,4	- " -	2	0,8	4	3,2
Ломефлоксацин	0,4	- " -	1	0,4	4	1,6
Левомицетин *	0,25	- " -	4	1,0	4	4,0
Сульфаметоксазол/ Триметоприм *	0,8/0,16	- " -	2	1,6/0,32	4	6,4/1,28
Сульфамонометоксин/ Триметоприм *	0,5/0,2	- " -	2	1,0/0,4	4	4,0/1,6
Рифампицин/ Триметоприм	0,3/0,08	- " -	2	0,6/0,16	4	2,4/0,64
Фуразолидон * + Канамицин	0,1 0,5	- " – - " -	4 совместно 4	0,4 2,0	4 4	1,6 8,0

Примечание: * - препараты, которые необходимо иметь в резерве на случай выявления больного холерой

Ципрофлоксацин по жизненным показаниям в случае неэффективности других препаратов можно назначать детям всех возрастных групп для приема внутрь в дозе 20—25 мг/кг/сут, для внутривенного введения – 7—10 мг/кг/сут.

Таблица 12

Антибактериальные препараты для лечения больных холерой (I—IV степень дегидратации)

Антибактериальный препарат	Разовая доза, г	Способ введения	Кратность применения в сутки	Средняя суточная доза, г	Средняя продолжительность курса лечения, сутки	Средняя доза на курс лечения, г
1	2	3	4	5	6	7
I—II степень дегидратации						
Доксициклин *	0,2	внутрь	1	0,2	5	1,0
Тетрациклин	0,3	то же	4	1,2	5	6,0
Ципрофлоксацин *	0,25	- " -	2	0,5	5	2,5
Офлоксацин	0,2	- " -	2	0,4	5	2,0
Пефлоксацин	0,4	- " -	2	0,8	5	4,0
Норфлоксацин	0,4	- " -	2	0,8	5	4,0
Ломефлоксацин	0,4	- " -	1	0,4	5	2,0

Продолжение табл. 12

1	2	3	4	5	6	7
Левомицетин *	0,5	- " -	4	2,0	5	10,0
Сульфаметоксазол/ Триметоприм *	0,8/0,16	- " -	2	1,6/0,32	5	8,0/1,6
Сульфамонометоксин/ Триметоприм *	1,0/0,4	- " -	2	2,0/0,8	5	10,0/4,0
Рифампицин/ Триметоприм	0,3/0,08	- " -	2	0,6/0,16	5	3,0/0,8
Фуразолидон* + Канамицин	0,1 0,5	- " - - " -	4 совместно 4	0,4 2,0	5 5	2,0 10,0
III—IV степень дегидратации						
Доксициклин **	0,2	в/в	1	0,2	5	1,0
Офлоксацин	0,4	то же	1	0,4	5	2,0
Ципрофлоксацин **	0,2	- " -	2	0,4	5	2,0
Сульфаметоксазол **/ Триметоприм	0,8/0,16	- " -	2	1,6/0,32	5	8,0/1,6
Левомицетина сукцинат натрия **	1,0	- " -	2	2,0	5	10,0
Гентамицин **	0,08	- " -	2	0,16	5	0,8
Тобрамицин	0,1	- " -	2	0,2	5	1,0
Сизомицин	0,1	- " -	2	0,2	5	1,0
Канамицин	0,5	- " -	2	1,0	5	5,0
Амикацин	0,5	- " -	2	1,0	5	5,0

Примечание:

* – препараты, которые необходимо иметь в резерве на случай выявления больного холерой с I—II степенью дегидратации;

** – растворимые формы препаратов, которые необходимо иметь для лечения больного с III—IV степенью дегидратации, их внутривенное введение в максимальной терапевтической дозе начинают одновременно с регидратацией; через 6—8 ч 50—60 % суточной дозы вводят per os, остальную часть – внутривенно; после появления калового стула и увеличения диуреза препараты назначают только внутрь.

Таблица 13

Схемы применения комбинаций антибактериальных препаратов в лечении больных холерой

Антибактериальный препарат	Разовая доза, г	Способ введения	Кратность применения в сутки	Средняя суточная доза, г	Средняя продолжительность курса лечения, сутки	Средняя доза на курс лечения, г
1	2	3	4	5	6	7
Доксициклин + Ципрофлоксацин *	0,1 0,25	внутрь	1 (утро) 1 (вечер)	0,1 0,25	5	0,5 1,25
Доксициклин + Рифампицин	0,1 0,3	то же	1 то же 1	0,1 0,3	5	0,5 1,5
Ципрофлоксацин * + Рифампицин	0,25 0,3	- " - - " -	1 - " - 1 - " -	0,25 0,3	5	1,25 1,5
Сульфаметоксазол/ Триметоприм + Ципрофлоксацин *	0,8/0,16 0,25	- " - - " -	1 - " - 1 - " -	0,8/0,16 0,25	5	4,0/0,8 1,25
Сульфамонометоксин/ Триметоприм + Ципрофлоксацин *	0,5/0,2 0,25	- " - - " -	1 - " - 1 - " -	0,5/0,2 0,25	5	2,5/1,0 1,25

Продолжение табл 13

1	2	3	4	5	6	7
Сульфаметоксазол/ Триметоприм + Рифампицин	0,8/0,16 0,3	- " -	1 - " - 1 - " -	0,8/0,16 0,3	5	4,0/0,8 1,5
Сульфамонометоксин/ Триметоприм + Рифампицин	0,5/0,2 0,3	- " -	1 - " - 1 - " -	0,5/0,2 0,3	5	2,5/1,0 1,5

Примечание: * – ципрофлоксацин можно заменить на офлоксацин или ломефлоксацин (разовая доза – 0,2 г), пефлоксацин или норфлоксацин (разовая доза – 0,4 г) Лечение больных холерой с III—IV степенью дегидратации можно начинать с препарата имеющего форму для внутривенного введения, и заканчивать другим, предназначенным для применения внутрь

В качестве резерва необходимо предусмотреть неприкосновенный запас доксициклина, ципрофлоксацина, гентамицина, фуразолидона, левомицетина, сульфаметоксазола/триметоприма в количестве, необходимом для лечения 10 больных. Для лечения тяжелых форм инфекции часть препаратов (доксициклин, ципрофлоксацин, сульфаметоксазол/триметоприм, левомицетина сукцинат натрия) необходимо иметь в растворимой форме для внутривенного введения. В связи с тем, что большая часть препаратов необходима для лечения больных холерой и чумой, из экономических соображений можно иметь единый комплект антибиотиков с учетом двух инфекций.

Следует уточнить, что фторхинолоны, как препараты резерва, используются в случае выделения штаммов холерного вибриона с множественной лекарственной устойчивостью и только в оптимальных дозах и курсах терапии, а также в комбинации с другими препаратами с синергидным характером действия для предотвращения возникновения устойчивости к этой, в настоящее время наиболее эффективной, группе препаратов.

На складе больницы, на базе которой предполагается развертывание холерного госпиталя, должен быть достаточный запас препаратов для текущей и заключительной дезинфекции. Дезинфекционные мероприятия осуществляются в соответствии с действующими *санитарными правилами по биологической безопасности.*

Для проведения забора материала от больных и вибриононосителей в холерном госпитале должны быть предусмотрены укладки (прилож. 4).

3.2.4 Обеспечение противоэпидемической готовности поликлиник, станций и пунктов скорой медицинской помощи

В целях обеспечения противоэпидемической готовности поликлиник, станций и пунктов скорой медицинской помощи эти учреждения должны иметь оперативный план проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (трупа), подозрительного на *болезни* и *синдромы*, схему оповещения. У всех специалистов, ведущих прием больных, у ответственного дежурного врача смены станции (пункта) скорой медицинской помощи должны быть памятки по основным клиническим симптомам карантинных инфекций и других *болезней (синдромов)*, действию врача при выявлении больного, мерам личной профилактики и правилам забора материала для лабораторного исследования.

В поликлинике, станции (пункте) скорой медицинской помощи должны находиться в постоянной готовности:

- укомплектованные противочумные костюмы I типа или другие регламентированные костюмы индивидуальной защиты (не менее 3 комплектов);
- укладка для забора материала от больных (прилож. 6);
- аптечка для персонала, контактировавшего с подозрительным на заболевание чумой, холерой и другими *болезнями.* В аптечке должны находиться 70 °-ный

этиловый спирт, йод, сухой марганцево-кислый калий, стерильная дистиллированная вода, набор антибиотиков специфического действия, глазные пипетки, шприц для приготовления растворов антибиотиков, ножницы, вата, марлевые салфетки, необходимые для обработки открытых частей тела;

- аптечка для неотложной помощи больному в критическом состоянии;
- для неотложной помощи больному холерой – один из стандартных солевых растворов (дисоль, трисоль, квартасоль) не менее 5 л, система разовая для внутривенного введения – 2 комплекта.

3.2.5. Организация патологоанатомической службы для проведения клинико-анатомических исследований на чуму, холеру, другие болезни, синдромы

Комплексным планом мероприятий по санитарной охране территории предусматривают патологоанатомическое отделение для вскрытия умерших с подозрением на чуму, холеру, другие *болезни* и *синдромы*.

Согласно существующим требованиям вскрытие трупа с подозрением на *болезни* и *синдромы* проводит бригада в составе патологоанатома (судмедэксперта), имеющего специальную подготовку, и специалиста по особо опасным инфекциям центра госсанэпиднадзора или противочумного учреждения. Трупы умерших подлежат вскрытию в условиях морга, только в крайнем случае допустимо вскрытие в специально приспособленном помещении.

Подготовка и переподготовка патологоанатомов, судмедэкспертов по *болезням* и *синдромам* проводится в специализированных учреждениях, на курсах, а также на тематических семинарах, организуемых центрами госсанэпиднадзора и органами здравоохранения в субъектах РФ с привлечением высококвалифицированных специалистов по особо опасным инфекциям, в т. ч. из противочумных учреждений.

Трупы погибших от КВГЛ вскрывают в исключительных случаях при согласовании с Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации.

3.2.6. Обеспечение готовности патологоанатомической службы к проведению клинико-анатомических исследований

Штатное расписание патологоанатомической службы определяется мощностью госпитальной базы административной территории.

В патологоанатомическом отделении должны быть: оперативный план противоэпидемических мероприятий на случай подозрения на чуму, холеру, КВГЛ, другие *болезни* и *синдромы* при вскрытии трупа, схема оповещения, памятка по технике вскрытия и забора материала для бактериологического, гистологического, судебно-гистологического и судебно-химического исследований, защитная одежда в количестве не менее 3 комплектов (противочумный костюм I типа или другой регламентированный костюм индивидуальной защиты), укладка для забора материала (прилож. 6), секционный набор, укладка для экстренной профилактики медперсонала (см. р. 3.2.3.), запас дезсредств и емкости для их приготовления.

3.2.7. Обеспечение защитными костюмами, укладками для забора материала на чуму, холеру, КВГЛ

За создание необходимого запаса защитной одежды, комплектацию укладок для забора материала, экстренную профилактику несет персональную ответственность главный врач лечебно-профилактического учреждения.

4. Оценка состояния готовности (критерии оценки) санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических учреждений к проведению мероприятий на случай выявления больного (подозрительного) чумой, холерой, КВГЛ, другими *болезнями* и *синдромами*

Под готовностью подразумевается способность к оперативному проведению комплекса организационных, санитарно-гигиенических, профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах карантинных и других особо опасных инфекций.

Готовность лечебно-профилактических учреждений, фельдшерско-акушерских (фельдшерских) пунктов, здравпунктов, СКП, СКО к проведению санитарно – противоэпидемических мероприятий определяется возможностями диагностировать (заподозрить) больного с симптомами *болезней* или *синдромов* на транспортном средстве в пути следования, по прибытии в пункт назначения, в гостинице, поликлинике, стационаре, морге. Необходимо знание сигнальных признаков *болезней*, *синдромов*, умение медицинских работников оперативно и грамотно проводить первичные мероприятия в местах выявления подозрительного больного.

Непременными показателями готовности госпитальной и лабораторной базы является фактическая способность к оперативному развертыванию специальных стационаров с боксами, изоляторов, обсерваторов при введении карантина (в очагах чумы, КВГЛ), бактериологических лабораторий, а также обеспеченность их оборудованием, медикаментами, защитной одеждой, диагностическими средствами, дезинфекционными препаратами.

Из всех возможных способов проверки готовности учреждений наиболее действенным и эффективным является учебно-тренировочное занятие, проведенное в условиях, максимально приближенных к реальной ситуации.

Наиболее целесообразно оценивать готовность учреждений, используя балльную шкалу, где каждому критерию соответствует определенное количество баллов (в диапазоне от 0 до максимального значения для данного критерия), которые выводятся экспертным путем. Сумма баллов, превышающая 75 из 100, указывает на удовлетворительную готовность проверяемого учреждения.

4.1. Оценка состояния готовности санитарно-эпидемиологической службы

Таблица 14

№ п/п	Критерии	Баллы
1	2	3
1	Наличие комплексного плана по санитарной охране территории и кратность его корректировки А) Ежегодно Б) Раз в два года	 15 10
2	Наличие схемы взаимодействия по санитарной охране А) В режиме повседневной готовности Б) В чрезвычайном режиме	 5 10

Продолжение табл. 14

1	2	3
3	Степень подготовленности специалистов центров госсанэпиднадзора по *болезням* и *синдромам* А) 75 % специалистов центра имеют подготовку Б) 50 % специалистов имеют подготовку	 15 5
4	Наличие укладок	15
5	Укомплектованность укладок	15
6	Мониторинг за инфекционной заболеваемостью в регионе (наличие информационно-аналитической базы)	30
Итого (максимум)		**100**

4.2. Оценка состояния готовности санитарно-карантинных отделов (пунктов)

Таблица 15

№ п/п	Критерии	Баллы
1	2	3
1	Укомплектованность кадрами	10
2	Наличие и готовность помещения транспортного предприятия для временной изоляции подозрительного на чуму, холеру, КВГЛ, другие *болезни*, инфекционные заболевания с одним из *синдромов*	5
3	Наличие и реальность оперативного плана, наличие схемы оповещения, функциональных обязанностей медработников, расчета сил и средств, обеспеченность памятками по карантинным инфекциям	25
4	Число медицинских работников, прошедших теоретическую подготовку по карантинным инфекциям с учетом 75 % охвата	10
5	Число сотрудников, участвовавших в практических тренировочных занятиях по карантинным инфекциям с учетом 75 % охвата	5
6	Знание медработниками эпидемиологии, клиники, диагностики карантинных инфекций (система экзаменов, зачетов)	5*
7	Наличие у медработников практических навыков в пользовании защитной одеждой, укладками для забора материала, дезинфекционными средствами	15
8	Наличие дезинфекционных средств, емкостей для их приготовления	5
9	Количество и укомплектованность укладок противочумными костюмами 1 типа в соответствии с действующими инструктивно-методическими указаниями	10
10	Наличие, количество и укомплектованность укладок для забора материала, средств личной профилактики и симптоматической терапии	10
Итого		**100**

---

* Рассчитывается по формуле: УЗ=(3a+4b+5c)/N, где УЗ – уровень знаний; a – количество медработников, получивших при опросе оценку «удовлетворительно» по пятибальной системе; b – количество медработников, получивших при опросе оценку «хорошо»; c – количество медработников, получивших при опросе оценку «отлично», N – число опрошенных.

4.3. Оценка состояния готовности лабораторной службы

Готовность бактериологических лабораторий определяется наличием плана перепрофилирования на случай проведения экспресс-диагностики, а также исследований ускоренными и классическими методами материала от больных, подозрительных на карантинное заболевание (кроме чумы, КВГЛ), от контактировавших с больным, проб из объектов окружающей среды, пищевых продуктов. Каждая лаборатория выполняет определенный объем исследований (с учетом ее мощности), предусмотренный комплексным планом. Непременным условием готовности этих учреждений является достаточная производственная площадь, позволяющая соблюдать поточность движения заразного материала и режим работы с ним согласно действующим *санитарным правилам*, укомплектованность квалифицированными кадрами, обеспеченность необходимым оборудованием, средами и диагностическими препаратами.

4.3.1. Оценка готовности бактериологических лабораторий

Таблица 16

№ п/п	Перечень критериев	ЦГСЭН в краях, областях и городах	ЦГСЭН в районах и приближенных к пунктам международного доступа (пропуска через границу)	При лечебно-профилактических учреждениях
1	2	3	4	5
1	Наличие и реальность плана перепрофилирования лаборатории, ее расчетной мощности	5	5	5
2	Укомплектованность кадрами а) врачами-бактериологами б) лаборантами	 5 5	 5 5	 5 5
3	Наличие схем оповещения, графика работы	5	5	5
4	Наличие противочумных костюмов I типа в соответствии с действующими инструктивно-методическими указаниями	5	5	5
5	Наличие и укомплектованность укладок для забора материала от больного	5	5	–
6	Подготовка медработников по особо опасным инфекциям (специальные курсы, семинары, решение практических задач)	10	10	10
7	Обеспеченность питательными и дифференциальными средами, диагностическими препаратами, реактивами, дезсредствами	10	10	10

Продолжение табл. 15

1	2	3	4	5
8	Обеспеченность термостатами, холодильниками, микроскопами, автоклавами, сушильными шкафами, центрифугами	5	5	5
9	Наличие люммикроскопов	5	5	5
10	Реальность проведения исследований:			
	а) системой серологических реакций	5	10	10
	б) методом флюоресцирующих антител	5	10	10
	в) ускоренными методами и при подращивании на средах с целью накопления материала	5	10	10
	г) посев на питательные среды и выделение чистой культуры	5	10	10
	д) определение чувствительности к антибиотикам	5	–	5
	е) идентификация выделенной культуры до определения вида микроорганизма (кроме чумы)	5	–	–
	ж) биологическим методом (постановка биопробы на лабораторных животных)	5	–	–
	з) ПЦР (для базовых лабораторий)	5	–	–
Всего баллов		**100**	**100**	**100**

4.3.2. Оценка общей готовности лабораторной базы

Готовность лабораторной базы оценивается по совокупности критериев на основании экспертной оценки каждой лаборатории.

Таблица 17

№ п/п	Критерии оценки	Баллы
1	План работы лабораторной службы при возникновении очага *болезни*	25
2	Расчет мощности лабораторной базы	10
3	План и порядок перепрофилирования лабораторных помещений	20
4	Кадровое обеспечение лабораторной базы	10
5	План регулирования нагрузки лабораторий	10
6	План работ по материально-техническому обеспечению лабораторий	25
Итого (максимум)		**100**

4.4. Оценка состояния готовности лечебных учреждений специального назначения (госпиталь, провизорный госпиталь, изолятор)

Готовность госпитальной базы определяется способностью лечебно-профилактических учреждений, определенных комплексным планом, к развертыванию стационаров различного профиля. Существенное значение имеет обеспеченность этих учреждений квалифицированными, теоретически и практически подготовленными кадрами, достаточным запасом необходимых медикаментов, диагностическим и другим лабораторным оборудованием, мягким и твердым инвентарем, средствами для дезинфекции. Готовность каждого учреждения госпитальной базы оценивается в баллах по 100-балльной шкале.

4.4.1. Инфекционный госпиталь

Таблица 18

№ п/п	Критерии оценки	Баллы
1	Наличие и реальность схемы профилирования лечебно-профилактического учреждения для приема и лечения больных	20
2	Укомплектованность кадрами	17
3	Подготовленность основного и дублирующего персонала ЛПУ к работе в условиях госпиталя (уровень теоретической и практической подготовки)	17
4	Коечный фонд (количество и возможность его приспособления)	13
5	Обеспеченность оборудованием, медикаментами и другими материалами, необходимыми для проведения диагностики, этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения, защитной одеждой	23
6	Готовность учреждения к проведению дезинфекционных мероприятий (наличие необходимых дезсредств и инвентаря)	10
Итого		**100**

4.4.2. Провизорный госпиталь

Таблица 19

№ п/п	Критерии оценки	Баллы
1	Наличие и реальность схемы профилирования лечебно-профилактического учреждения в провизорный госпиталь	20
2	Укомплектованность кадрами	20
3	Подготовленность основного и дублирующего персонала ЛПУ к работе в условиях госпиталя (уровень теоретической и практической подготовки)	16
4	Достаточность коечного фонда	12
5	Обеспеченность оборудованием, медикаментами и другими материалами, необходимыми для проведения диагностики, этиотропного, патогенетического и симптоматического лечения, защитной одеждой	20
6	Готовность учреждения к проведению дезинфекционных мероприятий (наличие необходимых дезсредств и инвентаря)	12
Итого		**100**

4.4.3. Изолятор

Таблица 20

№ п/п	Критерии оценки	Баллы
1	Наличие и реальность схемы профилирования лечебно-профилактического учреждения в изолятор	20
2	Укомплектованность кадрами	20
3	Подготовленность основного и дублирующего персонала ЛПУ к работе в условиях изолятора (уровень теоретической и практической подготовки)	16
4	Достаточность коечного фонда	12
5	Готовность учреждения к проведению дезинфекционных мероприятий (наличие необходимых дезсредств и инвентаря)	12
6	Обеспеченность медикаментами для оказания экстренной помощи по жизненным показаниям	20
Итого		**100**

4.5. Оценка состояния готовности других лечебно-профилактических учреждений (поликлиники, станции и пункты скорой медицинской помощи)

Таблица 21

№ п/п	Критерии	Баллы
1	Наличие и реальность оперативного плана, наличие схемы оповещения, функциональных обязанностей медработников, обеспеченность памятками по чуме, холере, КВГЛ, другим *болезням* и *синдромам*	40
2	Число медицинских работников, прошедших теоретическую подготовку по *болезням* и *синдромам* с учетом % охвата	10
3	Число работников, участвовавших в практических тренировочных занятиях по *болезням* и *синдромам* с учетом % охвата	10
4	Знание медработниками клиники, диагностики карантинных инфекций	5
5	Наличие у медработников практических навыков в пользовании защитной одеждой, укладками для забора материала, дезинфекционными средствами	10
6	Количество и укомплектованность укладок противочумными костюмами 1 типа	10
7	Наличие дезинфекционных средств, емкостей для их приготовления	5
8	Наличие, количество и укомплектованность укладок для забора материала, средств личной профилактики и симптоматической терапии	10
Итого		**100**

4.6. Оценка состояния готовности прозектур городских и районных больниц, судебно-медицинских моргов

Таблица 22

№ п/п	Критерии	Баллы
1	Наличие и реальность оперативного плана, схемы оповещения, обеспеченность памятками	20
2	Число прозекторов, судмедэкспертов, лаборантов, прошедших теоретическую (на семинарах) подготовку по *болезням* и *синдромам* (с указанием % охвата)	15
3	Число работников, участвовавших в практических тренировочных занятиях по *болезням* и *синдромам* с учетом % охвата	15
4	Знание патологоанатомической картины *болезней* и *синдромов*, правил вскрытия трупов больных, погибших от опасных инфекционных заболеваний	5
5	Практические навыки медработников в пользовании защитной одеждой, укладками для забора материала, дезинфекционными средствами	5
6	Количество и укомплектованность укладок противочумными костюмами 1 типа	10
7	Наличие дезинфицирующих средств, емкостей для их приготовления	10
8	Наличие, количество и укомплектованность укладок для забора материала, стерильного секционного набора, средств личной профилактики	20
Итого		**100**

4.7. Обсерватор

Обсерватор организуется в случае введения карантина в составе профилактической службы.

Таблица 23

№ п/п	Критерии оценки	Баллы
1	Наличие и реальность схемы развертывания обсерватора	25
2	Укомплектованность кадрами	25
3	Подготовленность основного и дублирующего персонала к работе в условиях обсерватора (уровень теоретической и практической подготовки)	20
4	Достаточность коечного фонда	15
5	Готовность учреждения к проведению дезинфекционных мероприятий (наличие необходимых дезсредств и инвентаря)	15
Итого		**100**

4.8. Оценка готовности органов здравоохранения субъектов Российской Федерации

Оценивается по совокупности показателей, характеризующих готовность отдельных звеньев лечебно-профилактической и противоэпидемической служб территории, участвующих в комплексе мероприятий, направленных на предотвращение завоза, распространения чумы, холеры, КВГЛ, других *болезней, синдромов*. Эта оценка носит качественный характер, но формируется из количественной оценки готовности каждой из служб. Величина показателя готовности каждого учреждения, равная 80 баллам и выше, указывает на его удовлетворительную готовность.

Таблица 24

№ п/п	Критерии	Баллы
1	План работы противоэпидемического штаба, в т. ч.: а) при спорадических случаях; б) при эпидемических осложнениях	10 5 5
2	План работы лечебной группы и схема развертывания госпитальной базы	15
3	План работы противоэпидемической группы (реальность его выполнения)	15
4	План работы профилактической группы	10
5	План работы карантинной группы	5
6	План и схема развертывания лабораторной группы	15
7	План работы дезинфекционной группы	10
8	План работы зоолого-паразитологической группы	5
9	План работы административно-хозяйственной группы	10
10	Порядок взаимодействия между группами	5
Итого		**100**

Пример. Пункт 2 – в наличии имеется план мероприятий, проводимых этой группой, он скорректирован в текущем году с уточнением списка лиц, ответственных за выполнение мероприятий, уточнена схема развертывания госпитальной базы с указанием приписного состава, источников материально-технического обеспечения, определены лица, отвечающие за его выполнение. Соблюдение этих требований – 15 баллов, при несоответствии – баллы снижаются. Аналогичным образом оцениваются и остальные пункты.

По совокупности показателей готовности отдельных учреждений здравоохранения к проведению противоэпидемических мероприятий при заносе чумы, холеры, КВГЛ, других *болезней, синдромов* можно судить о готовности медицинской службы территории в целом.

4.9. Оценка состояния общей готовности медицинской службы (на территориальном, региональном уровне) к проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий при завозе болезней *и* синдромов

Готовность лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических учреждений, бактериологических лабораторий, патологоанатомических отделений, т. е. в целом медицинской службы территории слагается из степени готовности от-

дельных подразделений, которая определяется методом экспертной оценки по 100-балльной шкале для каждого учреждения.

Наиболее удобно оценивать степень готовности, рассчитывая ее полуколичественным методом, используя формулу G. Astoldi, L. Verga

$$ПГ = \frac{3a + 4b + 5c}{N}$$ где,

$ПГ$ – показатель готовности,
a – количество учреждений, набравших от 50 до 74 баллов;
b – количество учреждений, набравших от 75 до 80 баллов;
c – количество учреждений, набравших более 80 баллов;
N – число обследованных учреждений.

Показатель ниже 4,0 свидетельствует о неудовлетворительной готовности медицинской службы.

Пример. Всего проверено 10 учреждений лечебно-профилактического, санитарно-эпидемиологического профиля, из них 3 получили более 80 баллов, 5 – от 75 до 80 баллов, а 2 – менее 75 баллов:

$$ПГ = \frac{3 \cdot 2 + 4 \cdot 5 + 5 \cdot 3}{10} = 4{,}1$$

Таким образом, показатель готовности территориальной медицинской службы равен 4,1, т. е. готовность удовлетворительная, при этом внимание в повышении готовности должно обращаться на учреждения, получившие менее 75 баллов.

Используя эту же формулу можно также рассчитать показатель готовности совокупности отдельных профильных медицинских учреждений административной территории.

Пример. Проверена готовность центров госсанэпиднадзора к проведению мероприятий в очагах *болезни* и *синдромов*, всего 21 центр. В результате проверки установлено, что готовность 10 центров по 100-балльной шкале превышает 80 баллов, в пяти – от 75 до 80 баллов, в шести менее – 75 баллов.

$$ПГ = \frac{3 \cdot 6 + 4 \cdot 5 + 5 \cdot 10}{21} = 4{,}2$$

Показатель готовности центров госсанэпиднадзора равен 4,2 – готовность удовлетворительная.

Таким образом, приведенная методика расчета позволяет оценить готовность как отдельных учреждений, так и территории в целом к проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий в очагах *болезни* и *синдромов*.

Методика количественной оценки может быть использована для комиссионной проверки санитарно-эпидемиологических и лечебно-профилактических учреждений, по итогам которой главный врач центра госсанэпиднадзора и руководитель здравоохранения субъекта Российской Федерации объективно оценивают состояние готовности медицинской службы, в т. ч. структурных подразделений, к работе в очагах карантинных и других особо опасных инфекций и принимают обоснованное решение.

Приложение 1*
(обязательное)

ПЕРЕЧЕНЬ**
инфекционных заболеваний,
требующих проведения мероприятий по санитарной охране
территории Российской Федерации

№ п/п	Нозологическая форма	Код по МКБ-10***
1	Холера	A.00: A.00.0, A00.1, A00.9
2	Чума	A20: A20.1, A20.2, A20.3, A20.7, A20.8, A20.9
3	Желтая лихорадка	A95: A95.0, A95.1, A95.9
4	Геморрагическая лихорадка Хунин (Аргентинская геморрагическая лихорадка)	A96.0
5	Геморрагическая лихорадка Мачупо (Боливийская геморрагическая лихорадка)	A96.1
6	Лихорадка Ласса	A96.2
7	Болезнь, вызванная вирусом Марбург	A98.3
8	Болезнь, вызванная вирусом Эбола	A98.4
9	Малярия, вызванная Plasmodium falciparum	B50
10	Малярия, вызванная Plasmodium Vivax	B51
11	Малярия, вызванная Plasmodium malarie	B52
12	Малярия, вызванная Plasmodium ovale	B53

* – Дополнение к СанПиН «Санитарная охрана территории Российской Федерации».
** – Приложение к приказу Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июля 1999 г. № 263.
*** – Коды болезней соответствуют «Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем». Десятый пересмотр. Женева, 1995 (МКБ-10, Женева, 1995).

Приложение 2*
(справочное)

Определение синдромов инфекционных болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения страны и международного распространения

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

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

1. Синдром острой геморрагической лихорадки

- острое начало с лихорадкой, продолжающейся менее трех недель;
- сочетание двух следующих симптомов: геморрагическая сыпь или геморрагическая пурпура; носовое кровотечение; кровь в мокроте; кровь в стуле; иной геморрагический симптом;
- отсутствие известных предрасполагающих факторов неинфекционного характера у заболевшего.

Каждый случай требует уведомления.

2. Острый респираторный синдром

- острое начало с кашлем разной интенсивности;
- лихорадка до 40° и выше;
- расстройство дыхания (одышка, цианоз, тахикардия);
- тяжелое течение заболевания с явлениями интоксикации (гипотония, сопорозное или коматозное состояние);
- возраст более 5 лет;
- отсутствие известных предрасполагающих факторов неинфекционного характера у заболевшего.

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

3. Острый диарейный синдром

- острое начало диареи;
- тяжелое течение заболевания с обезвоживанием (более 7 %), сопровождающееся олигурией;
- острая почечная недостаточность;
- возраст более 5 лет;
- отсутствие известных предрасполагающих факторов неинфекционного характера у заболевшего.

---

* Дополнение к СП «Санитарно-эпидемиологическая охрана территории Российской Федерации».

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

4. Острый синдром желтухи

- острое начало желтухи;
- тяжелое течение заболевания с интоксикацией;
- отсутствие известных предрасполагающих факторов неинфекционного характера у заболевшего.

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

5. Острый неврологический синдром

- острое начало дисфункции нервной системы, определяемое одним или более из следующих симптомов: острое нарушение функции психики (например, ухудшение памяти, ненормальное поведение, сниженный уровень сознания);острое начало паралича; судороги; симптомы раздражения мозговых оболочек; непроизвольные движения (например, хорея, тремор, клонические подергивания мышц);
- прочие тяжелые симптомы поражения нервной системы;
- тяжелое течение заболевания;
- отсутствие известных предрасполагающих факторов у заболевшего.

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

6. Другие синдромы, подлежащие регистрации и требующие уведомления

Любые другие тяжелые инфекционные заболевания в острой форме (течение до трех недель).

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

Приложение 3
(рекомендательное)

Примерная схема
развертывания бактериологической лаборатории для выполнения диагностических исследований на холеру



Примечание: X – окно для передачи материала.

Приложение 4
(рекомендательное)

Примерная схема развертывания лаборатории для диагностики чумы



Примечание: X - окно для передачи материала.

Приложение 5
(обязательное)

Перечень предметов, необходимых при заборе материала от больного (трупа) для лабораторного исследования

Укладка для забора нативного материала от больного с подозрением на холеру и малярию (для больничных учреждений неинфекционного профиля, станций скорой и неотложной медицинской помощи, амбулаторно-поликлинических учреждений, СКП, СКО)

1.	Банки стерильные широкогорлые с крышками или притертыми пробками, емкостью не менее 100 мл	2 шт.
2.	Стеклянные трубки с резиновой грушей мелкого размера	2 шт.
3.	Емкость эмалированная 10 л	1 шт.
4.	Клеенка медицинская подкладная	1 м
5.	Предметные стекла обезжиренные	50 шт.
6.	Предметные стекла с шлифованным краем	3 шт.
7.	Перья-скарификаторы для взятия крови	30 шт.
8.	Полиэтиленовые пакеты	5 шт.
9.	Марлевые салфетки	5 шт.
10.	Направление на анализ (бланки)	3 шт.
11.	Лейкопластырь	1 уп.
12.	Простой карандаш	1шт.
13.	Карандаш по стеклу	1 шт.
14.	Бикс (металлический контейнер)	1шт.
15.	Инструкция по забору материала	1 шт.
16.	Хлорамин в пакете по 300 г, рассчитанный на получение 10 л 3 %-ного раствора и сухая хлорная известь в пакете из расчета 200 г на 1 кг выделений	1 шт.
17.	Перчатки резиновые	2 пары

Приложение 6
(обязательное)

Укладка для забора материала от больного (трупа), подозрительного на заболевание чумой, холерой, малярией, КВГЛ, *синдромами* (для инфекционных стационаров, моргов, центров госсанэпиднадзора и противочумных учреждений)

1.	Пинцет анатомический	1 шт.
2.	Пипетки пастеровские с длинными концами (стерильные)	10 шт.
3.	Перья-скарификаторы для взятия крови (стерильные)	3 шт.
4.	Ножницы	1 шт.
5.	Шприцы 5 мл разовые	2 шт.
6.	Шприц 10 мл разовый	1 шт.
7.	Иглы к шприцам с широким просветом	3 шт.
8.	Пробирки бактериологические (стерильные)	5 шт.
9.	Пробирки с ватным тампоном для взятия мазков из зева (стерильные)	2 шт.
10.	Пробки резиновые № № 12, 14 (под пробирки, флаконы – стерильные)	10 шт.
11.	Стекла предметные обезжиренные	50 шт.
12.	Стекла предметные с шлифованными краями	3 шт.
13.	Петли алюминиевые (стерильные)	10 шт.
14.	Банки стерильные широкогорлые с крышками или притертыми пробками, емкостью не менее 200 мл (стерильные)	4 шт.
15.	Жгут резиновый	1 шт.
16.	Стеклянные трубки (стерильные) с резиновой грушей малого размера	3 шт.
17.	Шпатели деревянные (металлические) – стерильные	2 шт.
18.	Штатив складной из 6 гнезд	1 шт.
19.	Вата 50,0 г	1 пачка
20.	Вода дистиллированная в ампулах по 5 мл	2 шт.
21.	0,9 %-ный раствор NaCl в ампулах по 5 мл	3 шт.
22.	Йод 5 %-ный по 1,0 мл в ампулах	1 шт.
23.	Пептонная вода 1%-ная во флаконах по 50 мл, закрытых резиновыми пробками, завальцованных металлическими колпачками	4 шт.
24.	Спирт ректификат 96°	250 мл.
25.	Спиртовка	1 шт.
26.	Коробочка стерилизационная (среднего размера)	1 шт.
27.	Клеенка медицинская подкладная	1 м
28.	Пластилин	15 г
29.	Нитки суровые или лигатура	0,5 м

30.	Груша резиновая со шлангом	1 шт.
31.	Емкость для фиксатора	1 шт.
32.	Бланки направлений	10 шт.
33.	Пенал металлический для пробирок	1 шт.
34.	Лейкопластырь	1 уп.
35.	Блокнот, простой карандаш	1+1
36.	Полиэтиленовые пакеты	5 шт.
37.	Бульон питательный (рН 7,2) по 5 мл в пробирках стерильный [xx]	3 шт.
38.	Бульон питательный (рН 7,2) во флаконе стерильный [xx]	50 мл
39.	Вазелиновое масло	10 мл
40.	Спички	1 кор.
41.	Бикс или металлический ящик для доставки проб в лабораторию	1 шт.
42.	Инструкция по забору материала на указанные в заголовке инфекции	1 экз.
43.	Хлорамин в пакете по 300 г, рассчитанный на получение 10 л 3% -ного раствора и сухая хлорная известь в пакете из расчета по 200 г на 1 кг выделений	по 1 шт.
44.	Направление на анализ (бланки)	5 шт.
45.	Скальпель	1 шт.
46.	Пергидроль из расчета приготовления 10 л дезраствора	1л
47.	Навески моющего средства по 5,0 г	3 шт.
48.	Бумага чистая	10 лист.
49.	Бумага копировальная	2 лист.
50.	Перчатки резиновые	2 пары
51.	Карандаш по стеклу	1 шт.
52.	Марля	1 м
53.	Емкость из темного стекла на 1 л	3 шт.
54.	Емкость эмалированная 10 л	2 шт.
55.	Катетер резиновый № № 26 и 28	2 шт.
56.	Чашки Петри разовые	10 шт.
57.	Тампоны ватно-марлевые стерильные	30 шт.

[x] При выявлении больного, подозрительного на чуму, в лаборатории берется питательный бульон, который должен обладать высокой чувствительностью для роста чумного микроба.

[xx] Подлежащие обеззараживанию предметы должны стерилизоваться 1 раз в 3 месяца.

Примечание: укладка в патологоанатомическом отделении подбирается из указанного перечня предметов, необходимых для забора материала от трупа

Приложение 7
(обязательное)

Укладка для забора проб из объектов окружающей среды (для ЦГСЭН, ПЧУ, СКП, СКО)

1.	Ящик тарный на 20 гнезд	1 шт.
2.	Ящик металлический для оборудования	1 шт.
3.	Бутылки 0,5 л с ватно-марлевыми пробками и бумажными колпачками	20 шт.
4.	Спирт 96°	100 мл
5.	Вата	100 г
6.	Карандаш по стеклу	2 шт.
7.	Карандаш простой	1 шт.
8.	Бумага писчая	10 лист.
9.	Направления	10 лист.
10.	Копировальная бумага	5 лист.
11.	Перчатки резиновые	2 пары
12.	Халат медицинский с шапочкой	2 шт.
13.	Пинцет	1 шт.
14.	Банка 0,5 л с матерчатыми салфетками для обработки проб со сточными водами	1 банка (15 шт.)
15.	Термометр до 50°	1 шт.
16.	Бумага индикаторная для определения РН (1—12)	1 уп.
17.	Банка с притертой крышкой с ватными тампонами	1 шт.
18.	Батометр	1 шт.
19.	Шпагат – мотки по 5,10 и 30 м	45 м
20.	Хлорамин в пакетах по 30 г, рассчитанный на получение 1 л 3 %-ного раствора (или другое дезсредство, разрешенное к применению Департаментом ГСЭН)	2 шт.
21.	Перчатки резиновые	2 пары
22.	Пакеты полиэтиленовые	5 шт.

Методические указания МУ 3.4.2552-09 “Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения” (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.)

11 ноября 2009

Справка

Методические указания
МУ 3.4.2552-09
“Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения”
(утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.)

Дата введения:
1 ноября 2009 г.

Сокращения

КВГЛ	**- контагиозные вирусные геморрагические лихорадки**
ТОРС	- тяжелый острый респираторный синдром
КГЛ	- Крымская геморрагическая лихорадка
ОКИ	- острые кишечные инфекции
ООИ	- особо опасные инфекции
Болезнь	- инфекционная (паразитарная) болезнь, вызывающая чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения
СПК	- санитарно-противоэпидемическая комиссия
ПЧУ	- противочумные учреждения
ПЦР	- полимеразная цепная реакция
СП	- санитарно-эпидемиологические правила
СПЭБ	- специализированная противоэпидемическая бригада
ЛПУ	- лечебно-профилактические учреждения

ФАП	- фельдшерско-акушерский пункт
ФП	- фельдшерский пункт
ФГУЗ	- Федеральное государственное учреждение здравоохранения
ЦГиЭ	- Центр гигиены и эпидемиологии
Минздравсоцразвития России	- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Роспотребнадзор	- Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Минздравсоцразвития России
ПАО	- патологоанатомическое отделение
БСМЭ	- бюро судебно-медицинской экспертизы
СКП	- санитарно-карантинный пункт
ПСКП	- пограничный санитарно-карантинный пункт

1. Область применения

1.1. В методических указаниях приведены материалы по инфекционным болезням, требующим проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации: клинико-эпидемиологическая характеристика отдельных нозологических форм, действия медицинского персонала при выявлении больного (трупа), схемы информации и оповещения, лечения и экстренной профилактики, комплектование укладок, правила забора и транспортировки материала, применение средств индивидуальной защиты, режимы обеззараживания различных объектов, зараженных патогенными микроорганизмами.

1.2. Методические указания предназначены для специалистов органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации, специалистов противочумных учреждений, органов управления здравоохранением и лечебно-профилактических учреждений.

1.3. Методические указания обязательны для выполнения на всей территории Российской Федерации территориальными органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и рекомендованы к исполнению лечебно-профилактическими учреждениями.

1.4. Методические указания разработаны на основании Закона Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и «Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании».

2. Нормативные ссылки

2.1. Закон Российской Федерации "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", № 52-ФЗ от 30 марта 1999 года (Собрание законодательства Российской

Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2002, № 1 (ч. 1), ст. 2; 2003, № 2, ст. 167; № 27 (ч. 1), ст. 2700; 2004, № 35, ст. 3607; 2005, № 19, ст. 1752; 2006, № 1, ст. 10; 2007, № 1, ст. 29).

2.2. Закон Российской Федерации «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.1998 г. № 157-ФЗ.

2.3. Санитарно-эпидемиологические правила "Санитарная охрана территории Российской Федерации" СП 3.4.2318-08; СП 3.4.2366-08 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам «Санитарная охрана территории Российской Федерации СП 3.4.2318-08» (приложение).

2.4. Санитарно-эпидемиологические правила «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней» СП 3.3.2367-08.

2.5. Санитарно-эпидемиологические правила «Санитарно-эпидемиологические требования к проведению дератизации» СП 3.5.3.1129-02.

2.6. Санитарно-эпидемиологические правила «Общие требования по профилактике инфекционной и паразитарной заболеваемости» СП 3.1./3.2.1379-03.

2.7. Санитарные правила и нормы «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинсекционных мероприятий против синантропных членистоногих» СанПиН 3.5.2.1376-03.

2.8. Международные медико-санитарные правила (2005 г.).

2.9. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр, Женева, 1995 г. (МКБ-10, Женева, 1995).

2.10. Санитарно-эпидемиологические правила "Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности)". СП 1.3.1285-03.

2.11. Санитарно-эпидемиологические правила «Порядок учета, хранения, передачи и транспортировки микроорганизмов I-IV группы патогенности» СП 1.2.036-95.

2.12. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика чумы» СП 3.1.7.1380-03.

2.13. Сборник санитарных и ветеринарных правил «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных» СП 3.1.084-96, ВП 13.34.1100-96.

2.14. Санитарные правила и нормы "Профилактика паразитарной заболеваемости на территории Российской Федерации" СанПиН 3.2.1333-03.

2.15. Санитарно-эпидемиологические правила «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний» СП 3.1./3.2.1379-03.

2.16. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика полиомиелита» СП 3.1.1.2343-08.

2.17. Санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика менингококковой инфекции» СП 3.1.2.2156-06.

2.18. Санитарно-эпидемиологические правила «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования материалов, инфицированных или потенциально инфицированных диким полиовирусом» СП 3.1.2260-07.

2.19. Методические указания «Порядок сбора, упаковки, хранения, транспортирования и проведения лабораторного анализа биологического материала от больных (и умерших) пациентов с подозрением на тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)» МУ 1.3.1877-04.

2.20. Методические указания «Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности учреждений на случай возникновения очага холеры» МУ 3.1.1. 2232-07.

2.21. Методические указания «Лабораторная диагностика холеры» МУК 4.2.2218-07.

2.22. Руководство по профилактике чумы. Саратов, 1992 г.

2.23. Руководство по клинике, диагностике и лечению опасных инфекционных болезней. Москва, 1994 г.

2.24. Письмо Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации № 0100/7156-05-23 от 02.09.2005 «О рекомендациях по клинике, дифференциальной диагностике и лечению птичьего гриппа».

3. Перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории

В соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации» и СП 3.4.2366-08 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам «Санитарная охрана территории Российской Федерации СП 3.4.2318-08» перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, включает: оспа; полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), холера, чума, желтая лихорадка, лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия, лихорадка Западного Нила, Крымская геморрагическая лихорадка, лихорадка Денге, менингококковая инфекция, лихорадка Рифт-Валле.

Кроме того, имеет значение также выявление неэндемичных для данной местности инфекций невыясненной этиологии с необычно высокими показателями заболеваемости и летальности.

На указанный перечень инфекционных болезней распространяется организация и проведение первичных мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевание.

Общие сведения об инфекционных болезнях, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения представлены в Приложении 1.

4. Порядок планирования мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных болезней, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

Мероприятия по предупреждению заноса и распространения Болезней на территорию Российской Федерации проводят на основании действующих Санитарно-эпидемиологических правил «Санитарная охрана территории Российской Федерации». СП 3.4.2318-08 и «Международных медико-санитарных правил (2005 г.)» в соответствии с комплексными планами противоэпидемических мероприятий по санитарной охране территорий республик, краев, областей, автономных округов, автономной области, городов и районов, разработанных Управлениями (территориальными отделами Управлений) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам Российской Федерации, по железнодорожному транспорту и органами управления здравоохранением (департаменты, управления, комитеты, отделы) в субъектах Российской Федерации и территориях на уровне административного деления - республика, край, область, автономный округ, автономная область, город, район (в дальнейшем - территории) совместно с органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления.

Комплексные планы должны быть согласованы со всеми заинтересованными министерствами, ведомствами, организациями и утверждены (1 раз в каждые 5 лет) главой администрации (правительства) соответствующей территории, коррективы вносятся ежегодно. Планы разрабатывают по разделам:

1. Организационные мероприятия.

2. Подготовка кадров.

3. Профилактические мероприятия.

4. Противоэпидемические мероприятия.

В комплексных планах должны быть предусмотрены следующие основные вопросы:

- определение персонального состава межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии (СПК) и медицинского противоэпидемического штаба;

- порядок информации о выявленном больном вышестоящих органов, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и органов управления здравоохранением, органов по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям (приложение 2);

- определение учреждения, осуществляющего транспортировку больных в стационар;

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

- выделение, освобождение и перепрофилирование помещений для специализированной и провизорной госпитализации больных, изоляции контактировавших, для развертывания обсерваторов в случае введения карантина;

- оборудование площадки для обработки эвакотранспорта;

- определение лабораторной базы для диагностических исследований;

- выделение и подготовка персонала для работы в очаге;

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

- определение моргов;

- обеспечение транспортом всех функциональных подразделений, работающих в очаге;

- выделение помещений под общежитие для персонала;

- материальное и финансовое обеспечение всех мероприятий по локализации и ликвидации очага;

- проведение вакцинации и медицинское наблюдение за населением;

- организация экстренной профилактики контингентов риска;

- ветеринарные мероприятия;

- санитарно-гигиенические мероприятия;

- ограничительные мероприятия (карантин);

- осуществление надзора за ввозимыми грузами, товарами, сырьем, продуктами питания из стран, эндемичных по болезням, проведение выборочного лабораторного исследования санитарно-опасных грузов по эпидпоказаниям;

- создание выездных лабораторных групп для исследования материала от больного (подозрительного) в регионе, где выявлен больной;

- информационно-разъяснительная работа среди населения.

Руководители Управлений (территориальных отделов Управлений) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам Российской Федерации и по железнодорожному транспорту и руководители органов управления здравоохранением доводят комплексные планы до сведения руководителей всех задействованных учреждений и ведомств, ежегодно их корректируют, проверяют реальность исполнения путем проведения тренировочных учений (не реже 1 раза в год) для повышения практических навыков в работе по ликвидации эпидемических очагов.

На основе комплексного плана в каждом медицинском учреждении составляют оперативный план проведения противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного (трупа). План корректируют постоянно по мере кадровых и других изменений в учреждении. План вводит в действие руководитель учреждения при выявлении (поступлении) больного, подозрительного на заболевание (приложение 3).

Оперативные планы медицинского учреждения должны содержать перечень конкретных мероприятий при выявлении больного (трупа), подозрительного на одну из инфекционных болезней, вызывающих чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения:

- способ передачи информации руководителю учреждения (заместителю);

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

- оповещение и сбор специалистов (в рабочее и нерабочее время);

- определение функциональных обязанностей и действий каждого специалиста;

- мероприятия в зависимости от места выявления больного (трупа);

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

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

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

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

5. Общие принципы, порядок организации и проведения противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (трупа)

Все первичные противоэпидемические мероприятия проводят при установлении предварительного диагноза, который ставят на основании характерной клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза. Мероприятия включают:

- временную изоляцию больного с последующей его госпитализацией;

- уточнение диагноза; вызов консультантов;

- информацию о выявленном больном (трупе) руководителя учреждения в установленном порядке (приложение 2);

- оказание больному необходимой медицинской помощи (приложение 4);

- забор материала для лабораторного исследования (приложения 5, 6);

- выявление, регистрация лиц, контактировавших с больным или объектами, контаминированными (подозрительными) возбудителем болезни;

- в случае выявления больного с подозрением на оспу, ТОРС, чуму, холеру, КВГЛ временная изоляция лиц, контактировавших с больным, в любом свободном помещении до решения специалиста Управления (территориального отдела Управления Роспотребнадзора) или эпидемиолога ФГУЗ (ЦГиЭ по субъекту или филиала) о мерах, которые к ним должны применяться (изоляция, экстренная профилактика, медицинское наблюдение), временное запрещение входа в здание (объект), транспортное средство и выхода из него, а также бесконтрольного перемещения внутри объекта, эвакуация больного, подозрительного на заболевание в специальный инфекционный госпиталь (стационар), провизорный госпиталь, контактировавших - в изолятор;

- проведение текущей и заключительной дезинфекции.

Первичные противоэпидемические мероприятия, проводимые в рамках оперативных планов медицинских учреждений, являются составной частью комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага в рамках комплексных планов, которые включают в себя, кроме перечисленных, следующие мероприятия:

- медицинское наблюдение за населением;

- выявление и провизорная госпитализация всех больных;

- экстренная профилактика населения (по показаниям);

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

- введение и проведение ограничительных мероприятий (карантин);

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

- проведение дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий;

- санитарный контроль за объектами окружающей среды и эпидемиологически опасными грузами (лабораторный контроль объектов окружающей среды - возможных источников и факторов передачи, пищевых продуктов, наблюдение за состоянием численности грызунов и их блох);

- ветеринарное наблюдение за верблюдами, домашними животными и т.д.;

- эпизоотолого-эпидемиологическое обследование;

- информационно-разъяснительная работа среди населения об эпидемической ситуации.

Объем и характер мероприятий определяются нозологической формой инфекционной болезни и данными эпидемиологического обследования, которое проводят немедленно после выявления больного (трупа).

Противоэпидемические мероприятия проводят органы и учреждения Роспотребнадзора, органы управления здравоохранением и лечебно-профилактические учреждения. Противочумные учреждения осуществляют консультативно-методическую и

практическую помощь при организации и проведении противоэпидемических мероприятий.

Руководство мероприятиями по локализации и ликвидации эпидемического очага осуществляет межведомственная СПК. Для эффективного и своевременного проведения мероприятий по локализации и ликвидации очага инфекционной болезни, подозрительной на вышеуказанные заболевания, должно быть предусмотрено обеспечение всех лечебно-профилактических учреждений, органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъектам Российской Федерации и по железнодорожному транспорту оперативной бесперебойной связью (телефон, электронная почта, радио, телетайп, факс и др.).

Все лечебно-профилактические учреждения Министерства здравоохранения и социального развития, других министерств и ведомств должны иметь необходимый запас:

- медикаментов для проведения симптоматической терапии, экстренной профилактики, химиопрофилактики малярии (приложение 4);

- средств личной экстренной профилактики (приложение 8);

- средств индивидуальной защиты (приложения 7, 11);

- дезинфицирующих средств.

Первая информация о выявлении больного (трупа) с подозрением на Болезнь доводится: главному врачу лечебно-профилактического учреждения, который передает ее станции (отделению) скорой медицинской помощи, учреждению дезинфекционного профиля, руководителю органа управления здравоохранением и главному государственному санитарному врачу соответствующей территории. Во все перечисленные адреса информация должна поступать не позднее двух часов с момента выявления больного.

Органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы управления здравоохранением решением СПК вводят в действие комплексный план противоэпидемических мероприятий, информируют о случае заболевания соответствующие учреждения и организации, предусмотренные планом, в том числе территориальное противочумное учреждение, административные органы территории не позже 6 часов после выявления больного (приложение 2).

При установлении предварительного диагноза и проведении противоэпидемических мероприятий необходимо руководствоваться следующими сроками инкубационного периода инфекционных болезней:

- чума - 6 дней;

- холера - 5 дней;

- желтая лихорадка - 6 дней;

- Крымская геморрагическая лихорадка - 14 дней,

- лихорадки Ласса,

- болезни, вызванные вирусами Эбола, Марбург - 21 день;

- оспа - 22 дня;

- полиомиелит, вызванный диким полиовирусом - 21 день;

- человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса - 7 дней;

- тяжелый острый респираторный синдром - 10 дней;

- лихорадка Западного Нила - 8 дней;

- лихорадка Денге - 14 дней;

- лихорадка Рифт-Валли - 6 дней;

- менингоккоковая инфекция - 10 дней.

Во всех случаях выявления больного (трупа) немедленная информация в органы и учреждения здравоохранения по подчиненности должна содержать следующие сведения:

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

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

- адрес постоянного места жительства, гражданство больного (трупа);

- дата заболевания;

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

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

- где находится больной (труп) в настоящее время (стационар, морг, самолет, поезд, судно и т.д.);

- краткий эпидемиологический анамнез, клиническая картина и тяжесть заболевания;

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

- получал ли профилактические прививки, сроки прививок;

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

- какая требуется помощь: консультанты, медикаменты, дезинфицирующие средства, транспорт и т.п.;

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

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

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

Осмотр больного консультантами является обязательным и должен осуществляться на месте выявления или немедленно после госпитализации.

Забор материала от больных производится медицинскими работниками стационара, где госпитализирован больной под руководством специалистов отделов особо опасных инфекционных болезней ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации или противочумных учреждений, вирусологических центров. В случае невозможности быстрого прибытия указанных специалистов забор материала от больного осуществляют два медицинских работника, один из которых должен быть врач-инфекционист или терапевт (хирург), подготовленный по вопросам диагностики особо опасных инфекций, обученный правилам биологической безопасности при работе с клиническим материалом, подозрительным на заражение возбудителями инфекционных болезней I-II групп патогенности.

Допускается забор материала от больного, подозрительного на холеру (испражнения, рвотные массы), медицинским работником на дому, по месту работы, в медицинском учреждении, в пункте пропуска через государственную границу, где выявлен больной.

У больного, подозрительного на малярию, забор крови на исследование (тонкий мазок и толстая капля) осуществляется при его выявлении в любом медицинском учреждении (здравдпункт, судовой изолятор, ФАП, ФП, поликлиника, больница и т.д.) или немедленно при поступлении в стационар, если больной выявлен на дому, в вагоне поезда, на вокзале и других местах, где нет условий для взятия крови на исследование.

Правила забора материала от больного (трупа) представлены в приложении 6. Взятый материал должен быть немедленно направлен на исследование в лабораторию, предусмотренную комплексным планом противоэпидемических мероприятий, или сохранен с соблюдением требований действующих санитарных правил по безопасности работы до прибытия специалиста. Материал сохраняют в термоконтейнере в опечатанном виде, за исключением материала на холеру, который должен храниться при комнатной температуре или в термостате.

Материал от больного с подозрением на чуму для проведения клинических исследований необходимо предварительно обеззараживать (приложение 10).

Списки лиц, контактировавших с больным, составляют по форме:

- фамилия, имя, отчество;

- год рождения;

- место жительства (постоянное, в данной местности, телефон);

- место работы (название предприятия, учреждения, адрес, телефон);

- путь следования (вид транспорта);

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

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

- дата и час составления списка;

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

Медицинский персонал, находившийся вместе с больным чумой, натуральной оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом, ТОРС, КВГЛ, а также другие лица, контактировавшие с таким больным, подлежат изоляции на срок, равный инкубационному периоду соответствующей инфекционной болезни.

За медицинским персоналом и другими лицами, контактировавшими с больными Крымской геморрагической лихорадкой, менингококковой инфекцией, устанавливается медицинское наблюдение на срок инкубационного периода. В очаге полиомиелита проводят осмотр бывших в контакте с больным детей до 5 лет педиатром и невропатологом и устанавливают за ними медицинское наблюдение в течение 20 дней с двукратной регистрацией результатов наблюдения в медицинской документации.

Лица, имевшие непосредственный контакт с больным (носителем) холерой, могут быть изолированы или оставлены под медицинским наблюдением по указанию специалиста Управления (территориального отдела Управления Роспотребнадзора) или врача-эпидемиолога ФГУЗ (ЦГиЭ по субъекту или филиала).

При выявлении больного желтой лихорадкой, лихорадкой Западного Нила, лихорадкой Денге, лихорадкой Рифт-Валли за всеми лицами, которые находились с больным на одном транспортном средстве, при наличии комаров - специфических переносчиков возбудителей, устанавливается медицинское наблюдение.

При выявлении больного малярией за лицами, находившимися вместе с больным при наличии комаров, устанавливается медицинское наблюдение, включая исследование крови на наличие возбудителя.

При установлении диагноза в первую очередь учитывают следующие данные эпидемиологического анамнеза:

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

- общение выявленного больного с аналогичными больными в пути следования, по месту жительства или работы;

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

- пребывание в районах, пограничных со странами, неблагополучными по указанным инфекциям, на энзоотичной или эндемичной территории.

6. Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного в медицинском учреждении или по месту проживания

6.1. Мероприятия при выявлении больного в стационаре

Мероприятия в лечебно-профилактических учреждениях проводят по единой схеме согласно оперативным планам противоэпидемических мероприятий учреждений (приложение 3).

В каждом лечебно-профилактическом учреждении в кабинетах главного врача (заместителя), врачебных и других кабинетах и на видных местах должны иметься схемы оповещения при выявлении больного (трупа) (приложение 2), сведения о местах хранения укладки универсальной для забора материала от людей, дезинфицирующих средств и емкостей для их разведения, емкости для сбора рвотных и каловых масс от больных холерой, а также перечень функциональных обязанностей для врачей и средних медицинских работников. Укладки должны храниться в местах, доступных для работающего персонала в течение круглых суток. Место хранения укладок, ключей от комнаты и номер телефона ответственного за их хранение должны быть известны каждому сотруднику медицинского учреждения (под роспись).

Порядок передачи сообщения главному врачу или лицу, его замещающему, устанавливается для каждого учреждения отдельно в зависимости от конкретных условий.

Информация о выявленном больном в органы и учреждения государственного и негосударственного здравоохранения в порядке подчиненности и внутриотраслевого взаимодействия, органы и учреждения Роспотребнадзора, вызов консультантов в стационар и эвакобригады для госпитализации больного, дезбригады для проведения заключительной дезинфекции осуществляется соответствии с действующими нормативными и распорядительными документами руководителем учреждения здравоохранения (лицом, его заменяющим), который также решает вопрос (совместно с эпидемиологом) о порядке, местах выставления внутренних и внешних постов.

В случае выявления больного с подозрением на Болезнь в каждом лечебном учреждении должны быть проведены первичные противоэпидемические мероприятия:

- изоляция больного по месту его выявления до его госпитализации в специализированный инфекционный стационар;

- оказание больному необходимой медицинской помощи (приложение 4);

- госпитализация больного санитарным транспортом в специально выделенные стационары;

- оказание нетранспортабельным больным помощи на месте с вызовом оснащенной всем необходимым бригады скорой медицинской помощи;

- медицинский работник, не выходя из помещения, где выявлен больной:

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

б) при подозрении на чуму, оспу, КВГЛ, человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса, ТОРС, Крымскую геморрагическую лихорадку медицинский работник должен закрыть нос и рот маской или любой повязкой (полотенцем, косынкой, бинтом и т.д.), предварительно обработав руки и открытые части тела дезинфицирующим средством (хлорамин 1%, спирт 70° и т.д.), и оказать помощь больному; дождаться прихода инфекциониста или врача другой специальности и покинуть кабинет. Прибывший инфекционист (терапевт) заходит в кабинет или палату к больному в защитной одежде (приложение 7), а сопровождающий их сотрудник (медсестра, санитарка) около палаты разводит дезинфицирующий раствор. Врач, выявивший больного, снимает медицинский халат и повязку, защищавшую его дыхательные пути, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором или влагонепроницаемый пакет, обрабатывает дезинфицирующим раствором обувь и переходит в соседний кабинет или другое помещение, где проходит полную обработку, переодевается в запасной комплект одежды (личную одежду и обувь помещают в брезентовый или клеенчатый мешок для обеззараживания) и принимает меры экстренной личной профилактики (приложение 8).

При подозрении на холеру медицинский работник должен строго соблюдать меры личной профилактики острых кишечных инфекций: после осмотра больного руки следует обработать дезинфицирующим раствором (1% раствор хлорамина, 70° этиловый спирт). При попадании выделений больного на одежду (спецодежду или личную) и обувь их следует заменить запасными, а загрязненные оставить для обеззараживания.

Вопрос об изоляции и экстренной профилактике решается после подтверждения диагноза консультантами (приложение 4).

Прибывший в защитной одежде инфекционист или терапевт, осматривает больного, подтверждает подозрение на одно из инфекционных заболеваний, по показаниям продолжает лечение больного (приложение 4). Проводит опрос больного, выясняет эпиданамнез, выявляет лиц, бывших в контакте с больным среди:

- больных, находившихся в данном учреждении;

- больных, переведенных или направленных (на консультацию, стационарное лечение) в другие лечебные учреждения, и выписанных;

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

- посетителей, в том числе и покинувших учреждение к моменту выявления больного;

- лиц по месту жительства больного, работы, учебы.

В палате, где выявлен больной оспой, КВГЛ, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, чумой, холерой, закрывают двери и окна, отключают вентиляцию или кондиционер, прекращают слив жидкостей в канализацию без предварительного обеззараживания, проводят текущую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, смывных вод после мытья рук, предметов ухода за больным и т.д.). Методы и средства дезинфекции изложены в приложении 9.

Временно запрещают вход в медицинское учреждение и выход из него. Закрывают двери всего учреждения или того отделения (этажа), в котором выявлен больной, при условии полной его изоляции от других помещений. На входных дверях учреждения необходимо вывесить объявление о временном его закрытии. Прекращают сообщение между этажами.

Выставляют посты у палаты, где находится больной, у входных дверей больницы (отделения) и на этажах. Запрещают хождение больных внутри отделения, где выявлен больной, и выход из него. Временно прекращают прием (выписку больных, выдачу трупов, посещение больных родственниками и другими лицами), запрещают вынос вещей из палаты, передачу историй болезни до проведения заключительной дезинфекции. Прием больных по жизненным показаниям проводят в изолированных от общего потока больных помещениях, имеющих отдельный вход.

Лица, контактировавшие с больным оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, чумой, холерой, КВГЛ подлежат изоляции.

За лицами, контактировавшими с больными Крымской геморрагической лихорадкой, менингококковой инфекцией, желтой лихорадкой, лихорадкой Денге, лихорадкой Рифт-Валли, малярией, полиомиелитом, вызванным диким полиовирусом, устанавливают медицинское наблюдение.

Лица, имевшие контакт с больным холерой (вибриононосителем), могут быть изолированы или оставлены под медицинским наблюдением.

При выявлении больного, подозрительного на малярию, желтую лихорадку, лихорадки Западного Нила, Денге, Рифт-Валли, принимают меры для его госпитализации в инфекционный стационар. В любом случае у больного с подозрением на малярию необходимо взять кровь на исследование (мазок и толстая капля). Больного помещают в палату или бокс, недоступный для комаров, пробы крови передают в лабораторию.

6.2. Мероприятия при выявлении больного в поликлинике

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

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

Инфекционист (терапевт) в защитной одежде входит в кабинет к больному для проведения его осмотра (опроса), подтверждения или снятия подозрения на Болезнь. Врач, выявивший больного, после того, как передаст его инфекционисту, покидает кабинет. Все его дальнейшие действия описаны в разделе 6.1.

Медсестра перед кабинетом разводит дезинфицирующий раствор и осуществляет связь инфекциониста (терапевта) с главным врачом.

Главный врач при подтверждении подозрения на Болезнь прекращает прием больных в поликлинике, выставляет посты на всех входах и выходах из поликлиники.

При выходе переписывают всех посетителей с указанием их места жительства.

Бывших в близком контакте с больным (подозрительным на заболевание) оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, чумой, холерой, КВГЛ, временно изолируют в одном из помещений поликлиники до решения вопроса о необходимости их помещения в изолятор.

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

После эвакуации больного и контактировавших с ним лиц, проводят заключительную дезинфекцию во всех помещениях, которые посещал больной, после чего поликлиника может работать в обычном режиме.

6.3. Мероприятия при выявлении больного в ФАПе (ФП)

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

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

Соблюдение мер личной профилактики, принципы лечения больного, надевание защитного костюма, выявление контактных, текущая дезинфекция и другие мероприятия проводятся, как указано в разделе 6.1. настоящего документа.

Так как на ФАПе (ФП) медработник в момент выявления больного может быть в единственном числе, то для проведения первичных противоэпидемических мероприятий он может покинуть временно свой кабинет, предварительно сняв контаминированную одежду: медицинский халат, косынку или шапочку, поместив их в дезинфицирующий раствор, обработать открытые части лица и провести другие виды обработок (приложение 8), переодеться в чистую защитную одежду.

6.4. Мероприятия при выявлению больного на дому, в учреждении

При выявлении больного на дому (в учреждении) врачом поликлиники или станции скорой медицинской помощи врач принимает меры для его временной изоляции в отдельной комнате, оказывает больному медицинскую помощь, максимально обезопасив себя от заражения. Врач (фельдшер) до получения защитной одежды обрабатывает руки, открытые части тела любым имеющимся дезинфицирующим средством (спирт, водка, одеколон, дезодорант и т.д.), нос и рот закрывает полотенцем или маской, сделанной из подручных материалов (ваты, марли, бинта).

О выявленном больном с помощью родственников, соседей или водителя машины скорой помощи сообщает главному врачу поликлиники или скорой медицинской помощи.

Врач, выявивший больного, обязан собрать эпиданамнез, взять на учет всех лиц, контактировавших с больным с начала его заболевания.

После эвакуации больного и приезда бригады дезинфекторов врач снимает рабочую одежду, помещает ее в дезинфицирующий раствор или влагонепроницаемые мешки, обрабатывает обувь, принимает средства личной экстренной профилактики (приложение 8).

При выявлении больного с подозрением на малярию, желтую лихорадку, лихорадку Западного Нила, лихорадку Денге, лихорадку Рифт-Валли описанные мероприятия не требуются. Больной специальным транспортом направляется в инфекционный стационар для госпитализации.

6.5. Мероприятия при выявлении больного в гостинице

Врач медпункта (здравпункта) гостиницы или врач поликлиники (станции скорой медицинской помощи), вызванный к проживающему в гостинице больному и заподозривший у него Болезнь, через дежурного по этажу сообщает о выявленном больном (трупе) главному врачу лечебно-профилактического учреждения, который в соответствии с оперативным планом реализует комплекс первичных противоэпидемических мероприятий, как указано в разделе 6.1. Врач остается с больным до прибытия эвакобригады, эпидбригады, при необходимости оказывает экстренную медицинскую помощь больному (приложение 4). Запрещается посещение посторонними лицами номера, где находится больной.

При подозрении на заболевание оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса; ТОРС, легочной чумой, КВГЛ врач до получения защитной одежды обрабатывает руки, открытые части тела любым имеющимся дезинфицирующим средством (спирт, водка, одеколон, дезодорант и т.д.), нос и рот закрывает полотенцем или маской, сделанной из подручных материалов (ваты, марли, бинта), доставленных в номер.

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

Больного (труп) временно оставляют в номере. Закрывают двери и окна, отключают вентиляцию или кондиционер. Больному не разрешают пользоваться канализацией. На месте изыскиваются необходимые емкости для сбора выделений больного, которые после соответствующей дезинфекции сливают в канализацию (приложение 9).

У больного выясняют возможные контакты по гостинице и за ее пределами. Составляют списки контактировавших с больным (по приведенной в разделе 7 схеме).

Директору гостиницы предлагается:

- закрыть входные двери гостиницы, не допускать в гостиницу лиц, не проживающих в ней, и полностью прекратить выход из нее;

- отключить систему вентиляции (кондиционирования) при подозрении на воздушно-капельную инфекцию;

- выставить пост у номера, где выявлен больной;

- прекратить сообщение между этажами и отдельными секциями здания гостиницы;

- запретить вход на этаж, где выявлен больной (труп), лицам, не проживающим на данном этаже;

- изолировать граждан, контактировавших с больным (умершим) непосредственно, в номерах, где они проживают (кроме лиц, проживающих в одном номере с больным);

- запретить до проведения заключительной дезинфекции выносить вещи из номера больного (умершего).

При выявлении больного с подозрением на малярию, желтую лихорадку, лихорадку Западного Нила, лихорадку Денге, лихорадку Рифт-Валли описанные мероприятия не требуются. Больной специальным транспортом направляется в инфекционный стационар для госпитализации. После эвакуации больного, контактировавших с ним (или установления за контактировавшими медицинского наблюдения), проведения заключительной дезинфекции гостиница переходит на обычный режим работы.

6.6. Мероприятия в патологоанатомическом отделениии (ПАО) или в бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ)

Вскрытие трупа с подозрением на чуму, холеру, оспу, ТОРС** проводит бригада в составе патологоанатома (судмедэксперта), имеющего специальную подготовку, и специалиста по особо опасным инфекциям Управления (территориального отдела Управления) Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по субъекту Российской Федерации или ФГУЗ «ЦГиЭ» в субъекте Российской Федерации или противочумного учреждения.

При возникновении подозрения на эти инфекции в момент вскрытия необходимо:

- приостановить вскрытие до приезда консультантов-специалистов (труп накрыть клеенкой без применения дезинфицирующих средств). Если в этом помещении проводят вскрытия других трупов - прекратить работу;

- немедленно информировать заведующего ПАО (БСМЭ), главного врача больницы или лицо, его замещающее о предварительных результатах вскрытия и возникшем подозрении (приложения 2, 3);

- принять меры к нераспространению инфекции: отключить секционный стол от централизованной канализации, окна, форточки и двери секционной и других помещений прозекторской закрыть, вентиляцию отключить (кроме случаев подозрения на холеру, малярию, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом);

- лицам, находящимся в прозекторской, необходимо покинуть помещение и приступить к принятию мер по обеспечению личной безопасности. В чистом помещении снять рабочую одежду, поместив ее в емкости с 3% раствором хлорамина, обработать открытые части тела 0,5%-1% раствором хлорамина или 70° этиловым спиртом. Рот и горло прополоскать 70° этиловым спиртом, в нос закапать 1% раствор протаргола. Слизистые оболочки глаз и носа обработать раствором антибиотиков, а при подозрении на КВГЛ - слабым раствором марганцево-кислого калия (приложения 8, 9);

- дальнейшую работу в секционном зале выполнять после приезда специалистов только в защитной одежде в соответствии с подозреваемой нозологической формой (приложение 1.2; 7);

- в случаях невозможности прибытия консультантов в ближайшие 4-6 ч вскрытие продолжает и заканчивает патологоанатом, но в условиях строгого соблюдения требований действующих санитарных правил биологической безопасности, используя специальную укладку на случай выявления трупа человека, погибшего от особо опасной инфекции (приложение 5);

- провести забор материала стерильными инструментами для лабораторного исследования;

- во время вскрытия проводить текущую дезинфекцию;

- после окончания вскрытия труп обработать 3%-ным раствором хлорамина, завернуть в простыню, смоченную в дезинфицирующем средстве, и поместить в металлический или деревянный, обитый внутри клеенкой гроб, на дно которого насыпана хлорная известь слоем 10 см. В помещении прозекторской провести заключительную дезинфекцию;

- при подтверждении подозрения на особо опасную инфекцию персонал, непосредственно занимавшийся вскрытием, подлежит изоляции и профилактическому лечению.

За лицами, находившимися в помещении прозекторской на момент возникновения подозрения на особо опасную инфекцию, но непосредственно не участвующими во вскрытии, устанавливается медицинское наблюдение.

7. Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного на транспортных средствах

7.1. Мероприятия при выявлении больного в вагоне пассажирского поезда в пути следования

Проводник, заподозривший заболевание у пассажира, информирует начальника поезда, который приглашает медработника, находящегося в поезде в качестве пассажира, а при его отсутствии из медпункта ближайшей станции. Медицинский работник, приглашенный к больному начальником поезда, после осмотра передает через проводника смежного вагона текст телеграммы о предполагаемом диагнозе у больного. Начальник поезда направляет телеграмму в адрес ближайшего по пути следования ПСКП, медицинского пункта или санитарно-экспертного пункта (СЭП) вокзала. Работники ПСКП, медицинского пункта вокзала или СЭП информируют о выявленном больном территориальный отдел Управления Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту (приложение 2.2).

Принимаются меры к госпитализации больного (доставке трупа) в населенном пункте по ходу движения поезда, где имеются соответствующие условия для госпитализации и лечения больного или квалифицированного вскрытия и захоронения трупа (мероприятия в отношении иностранных граждан проводятся с учетом требований Международных медико-санитарных правил (2005 г.).

Медработник совместно с поездной бригадой проводит следующие мероприятия:

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

- закрывают двери вагона, запрещают посадку и выход пассажиров до особого распоряжения, хождение пассажиров по вагону и в другие вагоны. При подозрении на оспу, человеческий грипп, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, легочную чуму, КВГЛ закрывают также окна и отключают вентиляцию или кондиционер, больному оказывают медицинскую помощь. Его обеспечивают отдельной посудой для питья и приема пищи, а также емкостями для сбора и обеззараживания выделений. Медицинский

работник до получения защитной одежды временно закрывает себе нос и рот полотенцем или маской, сделанной из подручных материалов (ваты, марли, бинта), не находившихся в купе с больным. При подозрении на холеру медицинский работник должен строго соблюдать меры личной профилактики желудочно-кишечных инфекций;

- в купе, где находится больной (труп), а также в других купе, коридоре и туалетах вагона проводят текущую дезинфекцию (приложение 9);

- один из туалетов выделяют для сбора и дезинфекции выделений больного, унитаз в нем закрывают, устанавливают емкости (ведра) с крышками. Второй туалет используется остальными пассажирами вагона. Туалеты обеспечивают дезинфицирующими средствами для рук. Возле туалета и купе больного для вытирания ног кладется ветошь, увлажненная дезинфицирующим раствором;

- проводят разъяснительную работу среди пассажиров о значении проводимых мероприятий и мерах личной профилактики;

- составляют списки пассажиров, следовавших в вагоне, обслуживающего персонала, контактировавших с больным;

- после госпитализации больного в вагоне проводят заключительную дезинфекцию.

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

7.2. Мероприятия при выявлении больного на вокзале (железнодорожном, морском, речном, аэровокзале, автостанции)

Врач здравпункта, выявивший больного с подозрением на легочную чуму, КВГЛ, оспу, человеческий грипп, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, сообщает главному врачу лечебно-профилактического учреждения по подчиненности, начальнику вокзала согласно принятой схеме оповещения. Больного изолируют в помещении изолятора или здравпункта, оказывают ему при необходимости медицинскую помощь, принимают меры к немедленной госпитализации (доставке трупа). На месте обнаружения больного проводят текущую дезинфекцию.

Мероприятия в отношении врача, выявившего больного, аналогичны описанным в п. 6.1. По указанию начальника вокзала принимаются меры к прекращению доступа пассажиров в вокзал (зал ожидания), где находился больной; отключению вентиляции (кондиционера) - в случае подозрения на воздушно-капельную инфекцию; прекращению работы предприятий торговли и общественного питания; к организации приема и отправки пассажиров, не контактировавших с больным; проведению радиообращений с целью информационно-разъяснительной работы среди пассажиров. Выявляют и анкетируют лиц, контактировавших с больным: в билетных кассах, багажном отделении, зале ожидания, буфете, ресторане, других помещениях вокзала.

Дальнейшие мероприятия проводят по указанию прибывшего специалиста Управления (территориального отдела Управления Роспотребнадзора) или эпидемиолога ФГУЗ (ЦГиЭ по субъекту или филиала) в соответствии с оперативным планом проведения противоэпидемических мероприятий.

Во всех помещениях, которые мог посетить больной, проводят заключительную дезинфекцию (по показаниям - дезинсекцию, дератизацию).

Больного с подозрением на заболевание малярией санитарным транспортом доставляют в инфекционный стационар, противоэпидемические мероприятия не проводятся.

7.3. Мероприятия при выявлении больного в самолете

При выявлении больного на борту самолета принимают меры к изоляции его от окружающих пассажиров в отдельном отсеке или на задних сиденьях салона, при необходимости оказывают неотложную медицинскую помощь. При подозрении на легочную чуму, КВГЛ, оспу, человеческий грипп, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС принимают меры, которые в какой-то мере могут предотвратить возможность воздушно-капельной передачи инфекции (отгородить кресло больного ширмой, пленкой, материалом). Принимают меры к индивидуальной защите членов экипажа и пассажиров. Информацию о выявленном больном направляют в ближайший аэропорт по пути следования самолета. Бортпроводники раздают анкеты для внесения соответствующих данных пассажирами и членами экипажа и контролируют полноту вносимой информации.

При подозрении на холеру больной обеспечивается необходимым количеством крафт-пакетов для сбора его выделений, использованные пакеты помещают в специально выделенную емкость с крышкой. Член экипажа или медицинский работник, оказывающий больному помощь, должен строго соблюдать меры личной профилактики желудочно-кишечных инфекций.

При выявлении переносчиков возбудителей трансмиссивных болезней на борту осуществляют дезинсекционные мероприятия.

По прибытии в аэропорт самолет отводят на санитарную площадку. Его встречает специалист СКП. На борт самолета поднимаются специалист СКП и врач здравпункта аэропорта в защитной одежде.

Больного эвакуируют в инфекционный стационар.

Пассажиров и членов экипажа эвакуируют через выход, противоположный от места нахождения больного. У трапа самолета кладется коврик (дорожка), смоченный дезраствором.

Контактировавших с больным направляют в изолятор, предусмотренный территориальным комплексным планом по санитарной охране территории, или устанавливают за ними медицинское наблюдение. На всех лиц, находившихся на борту самолета вместе с больным, составляются списки.

Вопрос о мерах в отношении контактировавших с больным пассажиров, членов экипажа решает прибывший специалист Управления (территориального отдела Управления Роспотребнадзора) или врач-эпидемиолог ФГУЗ (ЦГиЭ по субъекту или филиала), исходя из конкретной ситуации.

После эвакуации больного (трупа), пассажиров и экипажа проводят осмотр воздушного судна на наличие грызунов и членистоногих; в салоне, туалете самолета проводится заключительная дезинфекция (по показаниям - дезинсекция, дератизация), трап, части транспортного средства также подлежат дезинфекции. Дальнейшие мероприятия проводятся в соответствии с оперативным планом противоэпидемических мероприятий с учетом требований, предусмотренных нормативными документами по санитарной охране территории Российской Федерации, а в отношении иностранных граждан - с учетом требований Международных медико-санитарных правил (2005 г.).

7.4. Мероприятия при выявлении больного на судне во время рейса (для судов, имеющих в составе экипажа медицинских работников)

О выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание Болезнью, медицинский работник или ответственный член экипажа немедленно докладывает капитану судна.

Капитан судна сообщает об этом в порт приписки и в порт следования судна.

При выявлении подозрительного больного в ходе приема в здравпункте все мероприятия проводятся, как указано п. 6.1, до момента прибытия в порт.

При выявлении больного в каюте медработник или ответственный член экипажа, не выходя из нее, через членов команды сообщает о больном начальнику медицинского пункта (медчасти) и капитану судна, запрашивает защитную одежду, необходимые медикаменты, средства личной профилактики, растворы дезинфицирующих средств, до получения которых должен строго соблюдать меры личной профилактики в зависимости от предполагаемого диагноза.

В обоих случаях больной остается на месте выявления (медпункт, каюта); обеспечивается индивидуальной посудой и предметами ухода. Двери и окна каюты, где находится больной, закрывают; не допускают вход и выход из каюты. В случае подозрения на заболевание легочной чумой, КВГЛ, оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС отключают вентиляцию или кондиционер. Больному при необходимости оказывают медицинскую помощь. Выделяют персонал для ухода за больным и обеспечения охраны каюты, проводят текущую дезинфекцию. При выявлении больного, подозрительного на малярию, желтую лихорадку, лихорадки Западного Нила, Денге, Рифт-Вали, его помещают в каюту с засетченными окнами и дверьми с целью предотвращения доступа комаров.

Персонал, выделенный для временного обслуживания больного, подозрительного на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, оспой, человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса, Крымской геморрагической лихорадкой, ТОРС, должен работать в соответствующей защитной одежде (приложение 7).

Труп помещают в специальное хранилище.

Во всех помещениях, где находился больной (труп) до момента изоляции, проводят заключительную дезинфекцию, а при необходимости - дезинсекцию и дератизацию.

Лиц, имевших наиболее тесный и продолжительный контакт с больными (трупом) оспой, гриппом, вызванным новым подтипом вируса, ТОРС, чумой, КВГЛ, размещают в развернутом изоляторе. За остальными пассажирами и экипажем устанавливают медицинское наблюдение в течение срока, равного инкубационному периоду предполагаемой нозологической формы болезни. При необходимости проводят экстренную профилактику. При появлении первых признаков подозреваемой инфекционной болезни среди лиц, за которыми осуществляется медицинское наблюдение, они изолируются в отдельную каюту.

Усиливается контроль за санитарным состоянием судна.

По прибытии в порт судна, на борту которого был выявлен больной (труп), все дальнейшие противоэпидемические мероприятия проводятся в соответствии с оперативным планом противоэпидемических мероприятий.

8. Противоэпидемические мероприятия, проводимые бригадами эпидемиологов, эвакуации и дезинфекции при выявлении больных с подозрением на инфекционную болезнь, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

8.1. Мероприятия бригады эпидемиологов (эпидбригады)

Члены эпидбригады по прибытии к месту выявления больного (трупа) перед входом в помещение, где находится больной (труп), надевают защитные костюмы в зависимости от предполагаемого диагноза.

Врач эпидбригады:

- уточняет у больного данные эпиданамнеза, круг лиц, которые общались с ним (с указанием даты, степени и длительности контакта);

- определяет контингенты лиц, подлежащих изоляции, медицинскому наблюдению, экстренной профилактике, а также объекты для дезинфекции;

- обеспечивает контроль за эвакуацией больного и контактировавших с ним лиц, проведением текущей и заключительной дезинфекции (при отсутствии врача-дезинфекциониста);

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

- определяет объекты, подлежащие лабораторному исследованию;

- сообщает Руководителю Управления (территориального отдела Управления) Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации (главному врачу ФГУЗ ЦГиЭ) по телефону (при отсутствии связи - с нарочным) уточненные сведения о контактировавших с больным и проведенных первичных мероприятиях по локализации очага.

8.2. Мероприятия бригады эвакуации (эвакобригада)

При получении информации о случае заболевания, подозрительного на болезнь, для эвакуации больного (трупа) направляется бригада эвакуаторов.

Эвакобригада должна состоять из врача и двух помощников (фельдшер, санитар).

Транспортировка двух и более инфекционных больных на одной машине допускается лишь в исключительных случаях при эвакуации из одного очага, например, из детских дошкольных учреждений больных с одинаковым первичным диагнозом. Перевозка контактировавших с больными лиц на одной автомашине не рекомендуется. Выезд персонала для проведения эвакуации и заключительной дезинфекции на одной автомашине не рекомендуется. В отдельных случаях (при недостатке транспорта) на санитарной машине, предназначенной для транспортировки больного в стационар, может быть доставлена дезинфекционная бригада в очаг для проведения заключительной дезинфекции. В этих случаях прибывшая бригада проводит дезинфекцию, а машина отвозит больного в стационар, не ожидая конца обработки. После госпитализации

инфекционного больного машина заезжает в очаг за дезбригадой и забирает вещи для камерной дезинфекции.

Машину скорой медицинской помощи оснащают медико-техническими, лекарственными, перевязочными средствами, эпидемиологической, реанимационной укладками.

Машина скорой медицинской помощи должна быть оснащена гидропультом или ручным распылителем, уборочной ветошью, емкостью с крышкой для приготовления рабочего раствора дезсредства и хранения уборочной ветоши; емкостью для сбора и дезинфекции выделений. Необходимый набор дезинфицирующих средств из расчета на 1 сутки:

- средство для дезинфекции выделений;

- средство для дезинфекции поверхностей салона;

- средство для обработки рук персонала (1-2 упаковки);

- бактерицидный облучатель.

Расход дезинфицирующих средств, необходимых на 1 смену, рассчитывают в зависимости от того какое средство имеется в наличии и возможного числа выездов.

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

Для перевозки больного легочной чумой, КВГЛ, оспой необходимо использовать специальные санитарные машины, предварительно, по возможности, герметизированные (щели заклеены лейкопластырем, окна плотно закрыты и т.д.). Шофер эвакобригады при наличии изолированной кабины должен быть одет в комбинезон, при отсутствии ее - в защитную одежду.

Запрещается сопровождение больного родственниками и знакомыми.

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

Машина, предметы ухода за больным подвергаются заключительной дезинфекции на территории больницы силами самой больницы или бригад учреждения дезинфекционного профиля (в соответствии с комплексным планом).

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

Труп, тщательно обернутый простыней и клеенкой (во избежание вытекания жидкости), на специально выделенном транспорте, в сопровождении эвакуаторов, одетых в защитную одежду, перевозят в морг, предусмотренный комплексным планом по санитарной охране территории. Из морга труп перевозится на кладбище или в крематорий эвакобригадой с обязательным сопровождением специалистов по особо опасным инфекциям Управлений (территориальных отделов Управлений) Роспотребнадзора по субъекту РФ или противочумных учреждений.

Захоронение проводится при строгом соблюдении требований санитарно-эпидемиологических правил "Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности)" СП 1.3.1285-03.

Заключительную дезинфекцию в очаге проводит бригада дезинфекторов.

8.3. Мероприятия бригады дезинфекции (дезбригада)

По прибытии на место проведения дезинфекции члены бригады надевают защитную одежду в зависимости от предполагаемого диагноза. Заключительную дезинфекцию в очаге проводят немедленно после эвакуации больного (трупа). При подозрении на чуму, в случае необходимости, одновременно проводят дезинсекцию и дератизацию. В эпидемических очагах малярии, желтой лихорадки, лихорадок Рифт-Валли, Западного Нила, Денге при наличии комаров проводят обработку помещений инсектицидами.

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

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

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

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

Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
Главный государственный санитарный врач Российской Федерации Г.Г. Онищенко

---

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

** Вскрытие умерших от контагиозных вирусных геморрагических лихорадок и взятие материала от них не производят.

Приложение 1
(справочное)

1. Общие сведения об инфекционных болезнях, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

1.1. Клинико-эпидемиологическая характеристика болезней

Чума

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

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

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

Летальность зависит от клинической формы, срока начала лечения и составляет от 10 до 50%.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - 6 суток (легочная, септическая формы чумы - 1-3 суток, бубонная чума 3-6 суток), у вакцинированных до 8-10 суток.

Источники инфекции - больные животные и больной человек. Естественная инфицированность чумой выявлена почти у 250 видов животных, среди которых имеются представители 8 отрядов класса Млекопитающих. Основными носителями в природных очагах чумы являются:

в Евразии - сурки, суслики, песчанки, полевки, пищухи, крысы;

в Северной Америке - суслики, луговые собачки, хомяки, полевки;

в Южной Америке - хомяки, кролики, морские свинки, опоссумы;

в Северной и Западной Африке - песчанки и крысы, в Южной Африке - многососковая и другие виды крыс, песчанки, в Тропической Африке - крысы.

Переносчиками чумы являются эктопаразиты животных и человека (блохи, иксодовые и гамазовые клещи).

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

Пути передачи возбудителя инфекции:

- трансмиссивный (при укусе блох, заразившихся на больных грызунах, верблюде или человеке);

- контактно-бытовой (через кровь, выделения больного человека, зараженных животных);

- воздушно-капельный и воздушно-пылевой (при снятии шкурок, рубке мяса, при контакте с больными первичной или вторичной легочной формами чумы);

- пищевой (при употреблении в пищу инфицированного мяса).

Условия заражения:

- нахождение в предшествующие заболеванию 6 дней в поле, степи, пустыне, горах, где есть природные очаги чумы;

- участие в прирезке больного верблюда или ухода за ним, обработка верблюжьего мяса;

- охота на территории природного очага чумы на сурков, сусликов, тарбаганов, зайцев, мелких хищников (хорь, ласка);

- снятие шкурок и разделка тушек грызунов и хищников, добытых на территории природных очагов;

- уход за больными чумой (или тесный контакт с ним);

- участие в ритуале похорон умершего.

Основные клинические признаки

При любой клинической форме чумы начало заболевание внезапное, острое, без продромальных явлений. Сильный озноб, быстрое повышение температуры до 38-40°С, резкая головная боль, головокружение, раннее нарушение сознания, бессонница, бред, иногда рвота. Состояние беспокойства, возбуждения. У других больных - заторможенность, оглушенность. Лицо покрасневшее, одутловатое, затем становится осунувшимся, черты его заостряются. Гиперемия конъюнктивы. Темные круги под глазами. Страдальческое выражение лица, нередко полное страха, ужаса. Язык обложен («меловой язык»), припухший, нередко тремор. Сухость слизистых полости рта. Зев гиперемирован, миндалины могут быть увеличены. Быстро нарастают явления сердечно-сосудистой недостаточности. Через сутки развиваются характерные для каждой формы признаки болезни.

Бубонная форма (наиболее частая) - основным признаком является бубон (воспаление ближайшего к месту внедрения возбудителя чумы лимфатического узла). Бубон резко болезненный, плотный, спаянный с окружающей подкожной клетчаткой (неподвижный, плохо контурируемый).

Кожная, кожно-бубонная формы встречаются сравнительно редко. При кожной форме, переходящей обычно в кожно-бубонную, выявляются изменения в виде некротических язв, фурункула, геморрагического карбункула. Различают быстро сменяющиеся стадии: пятно, папула, везикула, пустула. Язвы при чуме на коже отличаются длительностью течения, заживают медленно, образуя рубцы.

Легочная форма - на фоне общетоксических признаков появляются боли в грудной клетке, одышка, рано наступает угнетение психики, бред; кашель появляется с самого начала заболевания. Мокрота часто пенистая с прожилками алой крови. Характерно несоответствие между данными объективного обследования легких и общим тяжелым состоянием больного.

Септическая форма - тяжелая ранняя интоксикация, чрезвычайно тяжелые общие симптомы заболевания и быстрая смерть (резкое падение кровяного давления, кровоизлияния на слизистых, коже, кровотечение во внутренних органах).

Примечание: не исключена возможность развития чумного менингита с тяжелым течением, заканчивающегося неблагоприятным исходом. Широкое применение антибиотиков, изменяющих клиническую картину чумы, может привести к появлению стертых и атипичных форм болезни.

Кишечная форма - встречается крайне редко. На фоне высокой температуры и выраженной интоксикации больные жалуются на боли в животе, рвоту с примесью крови и жидкий стул с примесью крови. Без своевременно начатого лечения заболевание заканчивается летально.

Дифференциальный диагноз

Бубонную и кожную формы чумы дифференцируют с туляремией (бубон подвижный, менее болезненный, хорошо контурируется); с кожной формой сибирской язвы (отсутствие болезненности, значительная отечность, дополнительное высыпание вокруг струпа новых пузырьков); сапом (узелки болезненные, лимфангоит).

Легочную форму - с крупозной пневмонией (наличие вязкой мокроты ржавого цвета, явление интоксикации проявляется позднее); с гриппозной бронхопневмонией (катаральные явления, менее выраженная интоксикация, быстрое падение температуры); туберкулезом легких (данные анамнеза и лабораторных исследований); легочной формой сибирской язвы (катаральные явления, сравнительное обилие перкуторных и особенно аускультативных данных).

Септическую форму - с септическим состоянием различной этиологии на основании эпиданамнеза.

Оспа

Оспа натуральная (variola vera) - антропонозная вирусная инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи инфекции, характеризующаяся интоксикацией, лихорадкой, пустулезно-папулезной сыпью и высокой летальностью. Болезнь

ликвидирована в октябре 1977 г., что было сертифицировано Генеральной Ассамблеей ВОЗ в мае 1980 г. Вместе с тем мероприятия по эпидемиологическому надзору за натуральной оспой продолжаются, в частности проводятся исследования поксвирусов животных (например, возбудителей оспы обезьян, белой оспы), которые могут в результате мутации стать вирулентными для человека, хотя вероятность этого представляется возможной в весьма отдаленном будущем.

Возбудитель - ДНК-содержащий вирус Poxvirus variolae из семейства Poxviridae, подсемейства Chordopoxviridae, рода Orthopoxvirus.

При тяжелой геморрагической оспе («черная оспа») летальность равна 70-100%, при сливной - 50-70%, среднетяжелой - 5-10%, при легкой (вариолоид, оспа у привитых) - 2-3%. При доброкачественной форме натуральной оспы летальность составляет менее 2%.

Оспа обезьян - зоонозная природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь, характеризующаяся лихорадкой, общей интоксикацией и появлением экзантемы, сходной с высыпаниями при натуральной оспе. Оспа обезьян не входит в перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории.

Возбудитель - вирус, относящийся к семейству поксвирусов (Poxviridae), подсемейству поксвирусов позвоночных (Chordopoxviridae), роду ортопоксвирусов (Orthopoxvirus). Вирус впервые был выделен в 1958 г. от больных обезьян. По своим свойствам сходен с другими представителями группы оспы. В антигенном отношении вирус оспы обезьян стоит ближе к вирусу натуральной оспы, чем к вирусам коровьей оспы и осповакцины.

Заболевания наблюдались в ряде стран Западной и Центральной Африки (Заир, Либерия, Сьерра-Леоне, Нигерия и др.). В основном регистрировались спорадические случаи, иногда - небольшие групповые заболевания. Около 10% всех случаев составляют заболевания, вызванные заражением человека от человека. Были случаи оспы обезьян, в семьях заболевших (протекали легко), третичной передачи не наблюдалось. Заболели лица, не получавшие прививок против натуральной оспы.

Инкубационный период длится около 2 недель. Клиническая симптоматика оспы обезьян весьма сходна с проявлениями натуральной оспы. Заболевание протекает легче, чем при натуральной оспе. Летальность составляет 10-15%.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - 22 дня (от 5 до 22 суток). У привитых противооспенной вакциной - от 15 до 17 суток.

Источник инфекции - больной человек или труп умершего от оспы.

Пути передачи возбудителя инфекции:

- воздушно-капельный и воздушно-пылевой (при рассеивании вируса с капельками слизи и слюны, особенно при кашле и чихании, при разговоре с больным);

- контактно-бытовой (при контакте с вещами больного или предметами обстановки, загрязненными слизью, гноем и корочками с пораженной кожи, содержащими вирус).

Условия заражения:

- при общении с больным, при соприкосновении с его вещами или предметами обстановки, загрязненными слизью, гноем и корочками с пораженной кожи, фекалиями, мочой больного, содержащими вирус;

- при вскрытии трупа.

Основные клинические признаки

Среднетяжелая форма. Выделяют несколько периодов течения болезни: продромальный, высыпания, нагноения, подсыхания пустул и реконвалесценции. Болезнь начинается остро, с озноба, повышения температуры до 39,5-40°С. Появляются тошнота, рвота, мучительная головная боль и боль в области крестца. У детей возможны судороги. Отмечается воспаление слизистой оболочки мягкого неба и носоглотки. На 2-3 день болезни появляется пятнистая или мелкоточечная сыпь, сначала на лице, затем на конечностях и туловище; сыпь может напоминать коревую и скарлатинозную. В течение 12-24 ч она исчезает бесследно. На 3-4 день болезни, резко снижается температура, общее состояние улучшается. Одновременно появляется оспенная сыпь на слизистых оболочках рта, мягкого неба, носоглотки, конъюнктиве, а затем и на коже (на лице, волосистой части головы, шее, потом на руках, туловище и ногах). Характерно наличие сыпи на ладонях и стопах. Первоначально сыпь имеет вид выпуклых розовых пятен, затем папул медно-красного цвета размером с горошину. К 5-6 дню с момента высыпания появляются везикулы с вдавлением в центре и гиперемией на периферии. К 7-8 дню элементы сыпи нагнаиваются, повышается температура, и самочувствие больного резко ухудшается. Наблюдается резкий отек кожи, особенно лица. Оспенная сыпь, располагаясь по краю века, травмирует роговицу, а присоединяющаяся вторичная бактериальная флора вызывает тяжелое поражение глаз с возможной потерей зрения. Носовые ходы заполняются гнойным экссудатом. Изо рта исходит зловонный запах. Отмечается мучительная боль при глотании, разговоре, мочеиспускании, дефекации, что обусловлено одновременным появлением пузырьков на слизистой оболочке бронхов, конъюнктиве, уретры, влагалища, пищевода, прямой кишки, где они быстро превращаются в эрозии и язвочки. Сознание спутанное, наблюдается бред. Период нагноения переходит, в период подсыхания оспенных пустул. К 15-17 дню болезни начинается образование корок, сопровождающееся сильным зудом. Состояние больного постепенно улучшается, температура нормализуется, на месте отпавших корок остаются красноватые пятна, а у людей со смуглой кожей - пятна депигментации. При глубоком поражении пигментного слоя дермы после отпадения корок образуются стойкие, обезображивающие лучистые рубцы, особенно заметные на лице. В неосложненных случаях болезнь продолжается 5-6 недель.

Легкая форма. Вариолоид характеризуется коротким течением болезни, небольшим количеством элементов, отсутствием их нагноения, наблюдался у лиц, привитых против оспы. Рубцы при вариолоиде не образуются. С отпадением корочек болезнь заканчивается. При оспе без сыпи лишь в начальном периоде наблюдаются повышение температуры, головная боль, боль в области крестца. Болезнь продолжается 3-4 дня. Оспа без температуры: на коже и слизистых оболочках появляется скудная узелково-пузырьковая сыпь; общее состояние не нарушается. Распознавание оспы без сыпи и оспы без температуры возможно лишь в очаге инфекции. К легкой форме оспы относится аластрим (синоним: белая оспа, малая оспа), встречавшийся в странах Южной Америки и Африки. Эта форма отличается наличием сыпи белого цвета, не оставляющей рубцов.

Тяжелая форма. При оспенной пурпуре инкубационный период укорочен. Температура с первого дня болезни поднимается до 40,5°. Характерны множественные кровоизлияния в

кожу, слизистые оболочки и конъюнктиву. Наблюдаются кровотечения из носа, легких, желудка, почек.

При пустулезно-геморрагической оспе инкубационный период также укорочен. Отмечается высокая температура, токсикоз. Геморрагические проявления развиваются в период образования папул, но особенно интенсивно - в период образования пустул, содержимое которых становится кровянистым и придает им вначале темно-коричневый, а затем черный цвет (черная оспа). В мокроте, рвотных массах, моче обнаруживается кровь. Возможно развитие геморрагической пневмонии.

Сливной оспе свойственна обильная сыпь, очень быстро распространяющаяся по всему телу, включая волосистую часть головы, лицо, слизистые оболочки верхних дыхательных путей и конъюнктиву. Пузырьки быстро превращаются в гнойнички, сливающиеся между собой. Болезнь протекает с постоянной высокой температурой, тяжелым токсикозом.

Дифференциальный диагноз

Сложнее всего дифференцировать натуральную оспу от ветряной оспы. В отличие от ветряной оспы при натуральной оспе отмечается более продолжительный продромальный период, и период превращения элементов сыпи в везикулы измеряется днями, а не часами. Для натуральной оспы весьма характерно то, что все элементы сыпи однородны, в то время как при ветряной оспе на одном и том же участке тела они могут находиться на разных стадиях развития. К числу других заболеваний, сходных с натуральной оспой, относятся вакцинальная экзема, герпетическая экзема, везикулезный риккетсиоз, лекарственные сыпи, некоторые случаи контактных дерматитов, а также синдром Стивенса-Джонсона. Молниеносные, геморрагические формы натуральной оспы напоминают менингококкемию, тиф и геморрагические лихорадки.

Холера

Холера - острая бактериальная инфекционная болезнь с диарейным синдромом, нарушением водно-солевого обмена, обезвоживанием, токсикозом.

Эндемичными по холере регионами являются некоторые страны Азии, Африки, зарегистрированы заносы в страны Азии, Африки, Европы, Америки и Австралии с Океанией.

Возбудители: холерный вибрион группы 01 классического или эльтор биовара, и холерный вибрион 0139 серогруппы семейства Vibrionaceae, рода Vibrio.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - 5 суток (от 10 часов до 5 суток).

Источник инфекции: больной человек, вибриононоситель.

Пути передачи возбудителя инфекции:

- водный;

- пищевой;

- контактно-бытовой.

Условия заражения:

- нахождение в предшествующие заболеванию 5 дней в неблагополучном по холере населенном пункте, районе, иностранном государстве;

- уход за больным диареей;

- использование для питья необеззараженной воды или использование для купания и других нужд воды открытого водоема;

- употребление в пищу слабосоленой рыбы домашнего изготовления, креветок, раков, крабов, морской капусты и других продуктов с недостаточной термической обработкой;

- употребление в пищу овощей и фруктов, привезенных из неблагополучных по холере районов;

- работы, связанные с эксплуатацией открытых водоемов (водолазы, рыбаки), обслуживанием канализационных и водопроводных сооружений.

Основные клинические признаки

Различают: легкое течение холеры, при которой жидкий стул и рвота могут быть однократными. Обезвоживание почти не выражено и не превышает 3% массы тела (дегидратация I степени). Самочувствие удовлетворительное. Жалобы на сухость во рту и повышенную жажду. Больные за медицинской помощью не обращаются, выявление их затруднительно. Без бактериологического исследования зачастую невозможно провести дифференциальный диагноз с желудочно-кишечными заболеваниями другой этиологии. Продолжительность болезни - 1-2 дня.

При средне-тяжелом течении холеры начало острое с появления обильного стула (иногда может предшествовать рвота - гастрический вариант). Стул становится все более частым - 15-20 раз в сутки, постепенно теряет каловый характер и приобретает вид рисового отвара (может быть желтоватым, коричневым с красноватым оттенком, вида "мясных помоев"). Понос не сопровождается болями в животе, тенезмами. Иногда могут быть умеренные боли в области пупка, дискомфорт, урчание в животе. Вскоре к поносу присоединяется обильная рвота, без тошноты. Нарастает обезвоживание организма, потеря жидкости составляет 4-6% массы тела (дегидратация II степени). Появляются судороги отдельных групп мышц. Голос сиплый. Жалобы больных на сухость во рту, жажду, недомогание, слабость. Отмечается цианоз губ, иногда акроцианоз. Снижается тургор кожи. Язык сухой.

Тяжелое течение холеры характеризуется выраженной степенью обезвоживания, с потерей жидкости 7-9% от массы тела и нарушением гемодинамики (дегидратация III степени). У больных частый, обильный, водянистый стул, рвота, выраженные судороги мышц. Отмечается падение артериального давления. Пульс слабый, частый. Одышка, цианозы кожных покровов, олигурия или анурия. Черты лица заострившиеся, глаза и щеки впалые, голос сиплый, вплоть до афонии. Тургор кожи резко снижен, кожная складка не расправляется. Пальцы рук и ног морщинистые. Язык сухой. Урчание в животе, легкая болезненность в эпигастрии и околопупочной области. Больные жалуются на резчайшую слабость, неутолимую жажду.

Потеря жидкости, достигающая 8-10% от веса тела больного, а также солевой дефицит приводят к развитию состояния, известного как алгид. При алгиде падает артериальное

давление вплоть до его исчезновения. Пульс отсутствует, резкая одышка (до 50-60 в мин.). Выраженный общий цианоз кожных покровов, судороги мышц конечностей живота, лица. Олигурия, а затем анурия. Афония. Температура тела до 35,5°С. Кожа холодная, тургор ее резко снижен, выражен симптомом "рука прачки". Объем стула уменьшается до прекращения. При проведении немедленной регидратации вновь появляется частый стул и может быть рвота. В периферической крови увеличение числа эритроцитов, лейкоцитов, гипокалиемия.

Примечание: Особую диагностическую трудность представляет бессимптомное вибриононосительство. Выявление носителей основывается на положительных результатах бактериологического исследования, причем присутствие вибрионов в испражнениях носителя непостоянно.

Дифференциальный диагноз проводят с:

отравлением грибами (анамнестические данные, болевой синдром);

отравлением клещевиной (анамнестические данные);

отравлениями неорганическими и органическими ядами (групповые отравления, результаты химического анализа);

пищевыми токсикоинфекциями, сальмонеллезами (болевой синдром, повышение температуры, сравнительно редкое развитие заболевания до степени алгида, данные бактериологического исследования);

ботулинической интоксикацией (тошнота, рвота, головокружение, комплекс нервнопаралитических явлений, анамнез и данные лабораторных исследований);

бактериальной дизентерией (лихорадочная реакция, тенезмы, схваткообразные боли в животе, симптомы гемоколита, стул со слизью и кровью);

отравлением ядохимикатами, применяемыми в сельскохозяйственном производстве (анамнестические данные).

Полиомиелит

Полиомиелит представляет собой инфекционную болезнь вирусной этиологии, возникающую в результате инфицирования одним из трех типов вируса полиомиелита, который поражает центральную нервную систему с развитием периферических параличей.

Случай острого вялого спинального паралича, при котором выделен "дикий" вирус полиомиелита, классифицируется как острый паралитический полиомиелит, вызванный "диким" завезенным вирусом полиомиелита (1, 2 или 3 тип) или острый паралитический полиомиелит, вызванный "диким" местным (эндемичным) вирусом полиомиелита (1, 2 или 3 тип).

Возбудитель - РНК-содержащий вирус семейства Picornaviridae рода Enterovirus. Известны 3 серотипа вируса. Возбудитель может поражать мотонейроны серого вещества спинного мозга и ядра двигательных черепных нервов. При разрушении 40-70% мотонейронов возникают парезы, свыше 75% - параличи. Распространение вируса в организме человека может закончиться на любом этапе - с этим, и связано развитие той

или иной клинической формы полиомиелита. Большинство случаев проходит асимптоматично (со стороны неясно, что человек болеет). У детей раннего возраста наблюдают так называемую абортивную форму (более 90% всех случаев), характеризующуюся легким течением и отсутствием поражения нервной системы. Заболевание развивается через 3-5 дней после контакта и протекает с небольшим повышением температуры тела, недомоганием, слабостью, головной болью, рвотой, болью в горле. Выздоровление происходит через 24-72 ч. В 1% случаев развивается более тяжелая, но тоже не паралитическая форма - временное воспаление мозговых оболочек (полиоменингит).

Полиомиелит поражает, в основном, детей в возрасте до пяти лет. Заболеваемость преобладает в летне-осенние месяцы. В одном из 200 случаев инфицирования развивается необратимый паралич (обычно ног). Из таких парализованных 5%-10% умирают в результате паралича дыхательных мышц.

В 2008 г. лишь четыре страны в мире - Афганистан, Индия, Нигерия и Пакистан - остаются эндемичными по полиомиелиту, тогда как в 1988 г. число таких стран превышало 125.

В настоящее время в центре внимания инициативы по ликвидации полиомиелита являются районы с устойчивой передачей полиомиелита в северной Индии, северной Нигерии и на границе между Афганистаном и Пакистаном.

До тех пор, пока в мире останется хоть один инфицированный ребенок, риску заражения полиомиелитом будут подвергаться дети во всех странах. За период 2003-2005 гг. 25 стран, ранее свободных от полиомиелита, были повторно инфицированы в результате завезенного вируса.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - от 2 до 35 дней (в среднем 5-12 дней).

Источник инфекции: больной человек, особенно легкими и стертыми формами заболевания.

Механизм передачи возбудителя инфекции:

- фекально-оральный;

- аспирационный. (Полиовирус появляется в отделяемом носоглотки больного через 36 часов, а в испражнениях - через 72 часа после заражения и продолжает обнаруживаться в носоглотке в течение одной, а в испражнениях - в течение 3-6 недель. Наибольшее выделение вируса происходит в течение первой недели заболевания).

Условия заражения:

- контакт с больным полиомиелитом за 3 недели до появления первых симптомов заболевания;

- пребывание в течение последних 1,5 месяцев на неблагополучных по полиомиелиту территориях.

Основные клинические признаки

Инаппарантная форма полиомиелита, без каких-либо клинических проявлений (вирусоносительство). Размножение вируса заканчивается в кишечнике. Диагностика осуществляется только по данным вирусологического обследования. Абортивная форма полиомиелита (малая болезнь) характеризуется общеинфекционными симптомами без признаков поражения нервной системы: умеренная лихорадка, интоксикация, небольшая головная боль, иногда незначительные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, разлитые неинтенсивные боли в животе, дисфункция кишечника. Вирус проникает в кровь. Окончательный диагноз ставится по данным лабораторного обследования больного.

Менингеальная форма полиомиелита протекает с синдромом серозного менингита. Вирус проникает в центральную нервную систему. Кроме менингеальных явлений иногда выявляются положительные симптомы натяжения и боль при пальпации по ходу нервных стволов. Диагноз серозного менингита подтверждается при исследовании ликвора. Паралитическая форма полиомиелита возникает при проникновении вируса в центральную нервную систему и характеризуется поражением серого вещества, расположенного в передних рогах спинного мозга и двигательных ядрах черепно-мозговых нервов. Клинически это выражается развитием вялых или периферических парезов и параличей.

Различают 4 формы острого паралитического полиомиелита.

Спинальная форма острого паралитического полиомиелита является самой распространенной формой паралитического полиомиелита. Поражаются шейный, грудной, поясничный отделы спинного мозга. В препаралитическом периоде спинальной формы отмечается менингорадикулярный синдром и двигательные нарушения в виде подергивания или вздрагивания отдельных мышечных групп, впоследствии в этих мышцах в первую очередь появляются парезы и параличи. В паралитическом периоде двигательные нарушения обусловлены поражением серого вещества спинного мозга и развитием парезов, которые всегда бывают вялыми без каких-либо признаков спастичности. Чаще всего страдают нижние конечности. Вялые парезы и параличи при остром полиомиелите отличаются рядом особенностей:

- период нарастания двигательных нарушений очень короткий: от нескольких часов до 1-2 дней;

- чаще страдают проксимальные отделы конечностей;

- парезы и параличи имеют асимметричное "мозаичное" расположение; чувствительные, тазовые нарушения и пирамидная симптоматика отсутствуют, трофические нарушения выражаются только атрофией мышц;

- без нарушения целостности тканей. Атрофия мышц появляется довольно рано, на 2-3 неделе болезни и в дальнейшем прогрессирует.

Бульбарная форма острого паралитического полиомиелита является одной из самых тяжелых. Она протекает очень остро, бурно, с коротким препаралитическим периодом или без него. Клиническая симптоматика обусловлена локализацией поражения в области ствола мозга, что определяет тяжесть течения болезни (нарушение дыхания, глотания, фонации, поражение сердечно-сосудистого центра).

Бульбо-спинальная форма острого паралитического полиомиелита сочетает признаки спинальной и бульбальной форм полиомиелита.

Понтинная форма острого паралитического полиомиелита выражается изолированным поражением ядра лицевого нерва и имеет наиболее благоприятное течение. Заболевание довольно часто протекает без лихорадки и общей интоксикации, т.е. без симптомов препаралитического периода, в паралитическом периоде развивается слабость или полная неподвижность мимических мышц лица, как правило, одной его половины.

Дифференциальный диагноз

Проводится с острым миелитом, полирадикулоневритом, ботулизмом, клещевым энцефалитом, серозными менингитами, дифтерийными параличами, полиомиелитоподобными заболеваниями, вызываемыми вирусами ECHO и Коксаки.

Человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса гриппа A(H5N1)

Грипп - антропонозная острая вирусная инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи возбудителя. Характеризуется острым началом, лихорадкой, общей интоксикацией и поражением дыхательных путей.

Возбудитель: РНК-содержащий вирус семейства Ortomyxoviridae. По антигенным особенностям выделяют три серологических типа: А, В, С.

К гриппу восприимчивы все возрастные категории людей. Источником инфекции является больной человек с явной или стертой формой болезни, выделяющий вирус с кашлем, чиханием и т.д. Больной заразен с первых часов заболевания и до 3-5-х суток болезни. Характеризуется аспирационным (вдыхание мельчайших капель слюны, слизи, которые содержат вирус гриппа) механизмом передачи и чрезвычайно быстрым распространением в виде эпидемий и пандемий. Эпидемии гриппа, вызванные серотипом А, возникают примерно каждые 2-3 года, а вызванные серотипом В - каждые 4-6 лет.

Грипп птиц - высоко контагиозная вирусная инфекция, которая может поражать все виды пернатых. Природным резервуаром вируса являются мигрирующие водоплавающие птицы, часто дикие утки и гуси, которые передают инфекцию домашней птице. Наиболее чувствительными к этой инфекции из домашних видов являются куры и индюки. Главный механизм передачи фекально-оральный. При контакте с перелетными птицами (чаще носителями вируса) через воду может происходить инфицирование домашних уток и распространение инфекции на другие виды птиц, чаще молодняк (цыплята, индюшата).

Вирус гриппа птиц принадлежат к вирусам гриппа типа А семейства Orthomixoviridae. Разделение вируса гриппа А на субтипы основано на различных антигенных свойствах его двух поверхностных гликопротеидов: гемагглютинина - НА, которых известно 16 типов и нейраминидазы - NA, которых известно 9 типов. Существует несколько подтипов возбудителя. Среди наиболее патогенных для домашних птиц выделяются вирусы с антигенной формулой H7N7 (вирус «куриной чумы») и H5N1, способные вызывать поголовную гибель кур. Антигенные свойства вирусов гриппа могут изменяться постепенно точечными мутациями, либо кардинально - путем реассортации генома.

За последние 7 лет вирусы гриппа птиц H5N1 и H7N7 в результате мутаций резко изменили свои биологические свойства и приобрели способность не только преодолевать хозяйский барьер с непосредственным инфицированием людей (минуя промежуточного хозяина), но и вызывать чрезвычайно тяжелые клинические формы заболеваний, значительная часть которых заканчивается летальными исходами.

Летальность достигает 50-80%. Летальный исход обычно наблюдается на второй недели болезни.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - от 1 до 7 дней (обычно 2-3 суток).

Источник инфекции: дикие птицы околоводного комплекса (в основном представители отряда гусеобразных, ржанкообразных, чайкообразных и аистообразных), птицы антропогенного комплекса (сороки, вороны, грачи, воробьи), домашние птицы (в основном утки и гуси).

Пути передачи возбудителя инфекции:

- воздушно-капельный (воздушно-пылевой);

- контактно-бытовой (контакт с инфицированной птицей и их фекалиями при уходе и убое);

- пищевой (употребление термически плохо обработанного мяса птицы).

Условия заражения:

в течение 7-14 дней до начала симптомов

- контакт с живой или мертвой домашней или дикой птицей или птицей птицеводческих хозяйств, подозрительных на заражение птичьим гриппом (H5N1);

- уход за больными с предполагаемыми или подтвержденными случаями гриппа H5N1;

- контакт с человеком, у которого предполагается или доказан грипп А (H5N1).

Основные клинические признаки

Заболевание начинается остро с озноба, миалгии, возможны боли в горле, ринорея. В странах Юго-Восточной Азии более чем у половины больных отмечались водянистая диарея при отсутствии слизи и крови в фекалиях, в четверти случаев повторная рвота. Повышение температуры тела является одним из ранних и постоянных симптомов. Уже в первые часы болезни температура превышает 38°С и часто достигает высоких и гиперпиретических значений. В разгар заболевания (на 2-3 день болезни) характерно поражение нижнего отдела дыхательных путей (нижний респираторный синдром) с возможным развитием первичной вирусной пневмонии: кашель, одышка и дисфония. Кашель обычно влажный, в мокроте нередко отмечается примесь крови. Прогрессирование заболевания сопровождается развитием дыхательной недостаточности и острого респираторного дистресс-синдрома.

Дифференциальный диагноз

Дифференцируют с другими острыми респираторными вирусными заболеваниями.

Тяжелый острый респироаторный синдром

Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС), «атипичная пневмония» - новое инфекционное заболевание, впервые зарегистрированное в ноябре 2002 года в Южном

Китае и распространившееся на территории 29 государств Европы, Азии, Северной и Южной Америки, Африки и Австралии. Официально сообщается о 8422 заболевших и более чем 900 умерших от ТОРС.

Возбудитель ТОРС - РНК(+) - содержащий вирус. Это ранее неизвестный представитель семейства Coronaviridae, отличающийся по структуре генома от других коронавирусов человека и животных. Отнесен к микроорганизмам II группы патогенности.

Основные группы риска - медицинские работники и близкие родственники больного. Согласно данным гонконгских исследователей, резервуаром вируса могут быть виверры (они же циветты или civet cats) - животные, родственные енотам и барсукам. В настоящее время точно установлено наличие вируса ТОРС в фекалиях, секрете верхних дыхательных путей и моче больных. Не исключено, что вирус может распространяться контактным путем через загрязненные объекты, например, дверные ручки, телефоны и кнопки в лифтах. В конце марта 2003 г. в одном из микрорайонов Гонконга было зарегистрировано более 320 одновременно возникших случаев ТОРС. Эпидемиологическое расследование показало, что фактором передачи была, по-видимому, водопроводная вода.

Предполагают, что ТОРС может протекать не только в виде респираторного синдрома. Так, при вышеописанной вспышке заболевания в Гонконге, где инфекция передавалась через водопроводную воду, у 66% заболевших наблюдалась диарея, которая при других вспышках отмечена лишь в 2-7% случаев.

Летальность при ТОРС составляет примерно 4%. Летальность в различных возрастных группах значительно колеблется: у пациентов до 24 лет она составляет 1%, от 25 до 44 лет - 6%, от 45 до 65 лет - 15% и у лиц старше 65 лет превышает 50%. Причиной смерти является, в основном, тяжелое поражение легких с развитием респираторного дистресс-синдрома.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - от 2 до 10 суток, чаще 2-7 суток.

Источник инфекции - больной человек.

Пути передачи возбудителя инфекции:

- воздушно-капельный, воздушно-пылевой (инфицирование происходит при тесном контакте с больным, выделяющим вирус при кашле и чихании);

- прямой контакт (через загрязненные объекты, например, дверные ручки, телефоны и кнопки в лифтах).

Вирус в значительном количестве выделяется с фекалиями и мочой, что не исключает фекально-оральный механизм передачи.

Условия заражения:

- контакт с лицами с подозрением на ТОРС;

- пребывание в эпидемическом очаге.

Основные клинические признаки

Клиническая картина ТОРС неспецифична. Проявления заболевания сходны с хорошо известной атипичной пневмонией, возбудителями которой являются легионеллы, микоплазма, хламидии. После инкубационного периода у пациента внезапно после потрясающего озноба отмечается температура выше 38°С и быстро ухудшается общее состояние - появляются головная боль, головокружение, недомогание, миалгии. Затем присоединяются тошнота, рвота, воспаление гортани, кашель с отделением мокроты, сопровождающийся нарастающей одышкой; иногда может присоединяться диарейный синдром. Типичной особенностью ТОРС является отсутствие чихания и насморка - симптомов, обычно сопровождающих простудное заболевание. При осмотре у больного выявляются гипертермия, нарастающая одышка как ведущий симптом поражения легких, причем, как правило, выслушать хрипы на ранних стадиях заболевания не удается.

На начальных этапах заболевания поражения легких носят разнообразный характер - от несимметричных единичных фокальных образований до множественных двусторонних очагов. При развитии ТОРС имеются очаги затемнения в легочной ткани у всех пациентов, но разной степени выраженности. Первичные данные рентгенологического исследования легких могут отличаться от признаков, характерных для атипичной бронхопневмонии, вызванной другими возбудителями. При ТОРС это может быть поражение только периферической зоны легочных полей.

Первоначально выраженность респираторных симптомов и аускультативные данные не соответствуют незначительным, выявляемым рентгенографически, изменениям. При клиническом ухудшении очаги поражения быстро увеличиваются, к 7-10 дню заболевания процесс принимает тяжелое течение.

Дифференциальный диагноз проводят с другими острыми респираторными заболеваниями.

Лихорадка Ласса

Лихорадка Ласса - зоонозная природно-антропургическая вирусная особо опасная инфекционная болезнь, характеризуется лихорадкой, интоксикацией и явлениями геморрагического диатеза, нарушениями со стороны центральной нервной системы.

В настоящее время эндемичными являются некоторые страны Западной (Сьерра-Леоне, Нигерия, Сенегал, Мали, Гвинея, Либерия) и Центральной (Демократическая Республика Конго, Буркина Фасо, ЦАР) Африки. В эндемичных районах Африки лихорадка Ласса является причиной значительной заболеваемости - до 200-300 тыс. в год, унося ежегодно по 5000 жизней.

Вирус Ласса - РНК-содержащий вирус из семейства Arenaviridae. Вирус Ласса не имеет известного переносчика среди членистоногих. Резервуаром инфекции в природе являются грызуны, известные под обобщенным названием «многососковые крысы».

Летальность от 1-2 до 16%.

Основные эпидемиологические признаки

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

Источник инфекции:

- грызуны (многососковая крыса и др.). Эпидемиологическое значение имеют несколько видов - Mastomys natalensis, M. huberty и M. Erythroleucu, как правило, обитающие вблизи поселений человека, а также черная крыса Rattus rattus. Вирус вызывает у грызунов длительную персистирующую инфекцию, во время которой инфицируется моча, секреты носа и рта.

- больной человек.

Пути передачи возбудителя инфекции:

- воздушно-капельный (при вдыхании частиц аэрозоля, выделяемых при кашле больного);

- контактный (через повреждения и порезы на коже при непосредственном соприкосновении с выделениями или кровью больных, особенно в домашних условиях, в некоторых случаях - через слизистые, конъюнктиву). Вирус передается через контаминированное медицинское оборудование. Персонал больниц может заражаться и при экстренных хирургических операциях).

Попадание экскретов носителей в пищу человека и воду, а также высыхание в составе пыли может обусловить реализацию фекально-орального механизма с пищевым и водным путями передачи.

Условия заражения

- пребывание в странах Западной и Центральной Африки (в сельской местности);

- уход за больным (или контакт) геморрагической лихорадкой, прибывшим из-за рубежа;

- участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки прибывшего из Западной и Центральной Африки.

Основные клинические признаки

В раннем периоде болезни симптомология чаще неспецифична. Начало болезни постепенное, повышение температуры, озноб, недомогание, головная, мышечные боли. На первой неделе заболевания развивается тяжелый фарингит с появлением белых пятен или язв на слизистой глотки, миндалин, мягкого неба. Затем присоединяются тошнота, рвота, диарея, боли в груди и животе. На второй неделе диарея проходит, но боли в животе и рвота могут сохраняться. Нередко отмечаются головокружение, снижение зрения и слуха. Появляется пятнисто-папулезная сыпь. При тяжелой форме болезни нарастают синдромы токсикоза, появляются геморрагический диатез, нарушение со стороны ЦНС и органов дыхания. Кожа лица и груди становится красной, лицо и шея отечны, температура держится около 40°С, сознание спутанное. Отмечается олигурия. Могут увеличиваться подкожные кровоизлияния на руках, ногах, животе. Нередки кровоизлияния в плевру, причиняющие острую боль в груди. Лихорадочный период длится 7-21 день. Смерть чаще наступает на 2 неделе болезни от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Наряду с тяжелыми встречаются легкие и субклинические формы заболевания.

Болезнь, вызванная вирусом Марбург

Болезнь, вызванная вирусом Марбург - зоонозная природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь с выраженным геморрагическим синдромом, тяжелым течением, часто заканчивающаяся летально. Спорадическая и вспышечная заболеваемость болезнью,

вызванной вирусом Марбург в настоящее время зарегистрирована на ряде территорий Африки: Демократическая республика Конго (Заир), Уганда, Кения, Зимбабве, ЮАР. Наблюдается расширение нозоареала болезни. Так, впервые в 2005 г. зафиксирована вспышка лихорадки Марбург в Анголе. Ареал вируса Марбург включает ДРК, Кению, Зимбабве, Родезию, Анголу, Уганду, Либерию и ЦАР.

Резервуар в природе и источник инфекции - африканские зеленые мартышки Cercopithecus aethiops, которые могут быть инфицированы без проявления болезни.

В эксперименте восприимчивы к вирусу Марбург также обезьяны Macaca mulatta (Macaca rhesus), Saimiri sciureus, морские свинки. В экспериментах прослежено размножение вируса в организме комара Aedes aegypti. В последние годы активно обсуждается возможная роль летучих мышей как природного резервуара вируса.

Возбудитель - РНК-содержащий вирус из семейства Filoviridae.

При вспышечной заболеваемости в Анголе летальность составила 88%.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - от 3 до 16 суток (чаще 3-9 суток).

Источник инфекции - обезьяны Cercopithecus aethiops, больной человек.

Пути передачи возбудителя инфекции

Предполагают воздушно-капельный, контактно-бытовой (через поврежденные кожу и слизистые оболочки при попадании на них контаминированных крови, мочи, носоглоточного отделяемого) и парентеральный пути передачи возбудителя инфекции.

Условия заражения

- пребывание в Восточной и Южной Африке;

- контакт с африканскими зелеными мартышками, их органами, тканями, выделениями;

- уход за больным человеком (или реконвалесцентом) геморрагической лихорадкой или заболеванием с неясной этиологией, в т.ч. протекавшем с геморрагическим синдромом и прибывшего из районов Восточной и Южной Африки;

- участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки;

- лабораторное заражение.

Основные клинические признаки

Заболевание имеет острое начало и характеризуется быстрым подъемом температуры, миалгиями. На 3-4 день болезни появляются тошнота, боли в животе, сильная рвота, понос. Диарея может продолжаться несколько дней, в результате чего наступает значительное обезвоживание организма. К 5 дню у большинства больных сначала на туловище, затем на руках, шее и лице появляются сыпь, конъюнктивит, развивается геморрагический диатез, который выражается в появлении петехий на коже, энантемы на мягком небе, гематурии, кровотечения из десен, в местах шприцевых уколов и др. Заболевание нередко осложняется бактериальной пневмонией, орхитом и гепатитом.

Острый лихорадочный период длится около 2 недель. В тяжелых случаях смерть наступает на 7-17 день болезни от острой сердечной недостаточности.

Болезнь, вызванная вирусом Эбола

Болезнь, вызванная вирусом Эбола - зоонозная природно-очаговая контагиозная вирусная инфекционная болезнь. Острое заболевание, протекающее с выраженным геморрагическим синдромом, обычно в тяжелой форме, часто заканчивающее летально.

Впервые вспышки болезни, вызванной вирусом Эбола, наблюдались в Судане (заболело 284 человека, летальность 53%) и Демократической республике Конго (Заире) в 1976 году(заболело 318, летальность 88%). Заболеваемость регистрируется в зоне влажных тропических лесов Западной (Кот-д"Ивуар) и Центральной (Заир, Габон Уганда, экваториальные районы Судана) Африки. В 2000 г. в Уганде отмечена самая большая за всю историю вспышка ГЛЭ. В период с сентября по январь 2001 г. выявлено 425 случаев, включая 224 (53%) с летальным исходом. Наблюдается продолжающаяся активизация природных очагов лихорадки Эбола, расширение ареала (Габон - 1994-96, 2001-02 гг.) и его выход за пределы Африканского континента.

По результатам сероэпидемиологического обследования населения и животных антитела к вирусу Эбола обнаружены в Либерии, Камеруне, Габоне, Гвинее, Зимбабве, Кения, ЮАР, Кот-д"Ивуар, Уганде, Сьерра-Леоне, Сенегале, ЦАР, Чаде, ДРК, Мадагаскаре и Филиппинах. В 1989 г. в США от обезьян циномолгус (Macaca fascicularis) выделен вирус Эбола штамм Reston. Инфицированы четыре лабораторных служителя, у которых обнаружены антитела и заболевание протекало без клинических проявлений. Вспышки болезни, вызванной штаммом Reston, зарегистрированы в 1989-1996 гг. среди обезьян, привезенных в США и Италию с Филиппин.

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

Возбудитель - РНК-содержащий вирус из семейства Filoviridae. В настоящее время известно четыре подтипа, или геновариант, вируса Эбола: суданский, заирский, филиппинский и кот-д"ивуарский.

Для болезни, вызванной вирусом Эбола, характерна высокая контагиозность (5-15 последовательных передач вируса), ведущая к развитию внутрибольничных вспышек. Высокий риск заражения имеет медицинский персонал, работающий на вспышках лихорадки Эбола, а также члены семей, имеющие контакт с больным.

Летальность - от 50 до 88%, при внутрибольничных вспышках достигает 100%.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - 21 сутки (чаще от 4 до 16 суток).

Источник инфекции - шимпанзе, обезьяны циномолгус, больной человек.

Механизмы передачи возбудителя аналогичны таковым при лихорадке Марбург.

Условия заражения

- пребывание в странах Западной и Центральной Африки;

- уход за больным (или контакт) геморрагической лихорадкой или заболеванием с неясной этиологией, в т.ч. протекавшим с геморрагическим синдромом и прибывшим из районов Западной или Центральной Африки;

- участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки;

- лабораторное заражение;

- контакт с шимпанзе, обезьянами циномолгус или их органами.

Основные клинические признаки

Заболевание начинается остро с повышения температуры до 39°С, появления общей слабости, сильной головной боли. Затем появляются боли в области шейных и поясничных мышц и мышцах ног, развивается конъюнктивит. Больные нередко жалуются на сухой кашель, резкие боли в груди, сильную сухость в горле и глотке, которые мешают есть и пить и часто приводят к появлению трещин и язв на языке и губах. На 2-3 день болезни появляются боли в животе, рвота и понос. Через несколько дней стул становится дегтеобразным или содержит яркую кровь. Диарея часто вызывает дегидратацию различной степени. Обычно на 5 день болезни больные имеют характерный внешний вид: запавшие глаза, истощение, слабый тургор кожи. Полость рта сухая, покрыта мелкими язвами, похожими на афтозные. На 5-6 день болезни сначала на груди, затем на спине и конечностях появляется пятнисто-папулезная сыпь, которая через 2 суток исчезает. На 4-7 день болезни развиваются геморрагичекий синдром (кровотечения из носа, десен, ушей, мест шприцевых уколов, кровавая рвота, мелена) и тяжелая ангина. Часто отмечаются симптомы, свидетельствующие о вовлечении в процесс ЦНС (тремор, судороги, парестезии, менингеальные симптомы, резкая заторможенность или наоборот возбуждение, раздражительность и агрессивность, в тяжелых случаях развиваются отек мозга, энцефалит). Смерть наступает на 8-9 день болезни от кровопотери и шока.

Дифференциальный диагноз

Диагностика лихорадки Ласса, болезней, вызываемых вирусами Эбола и, Марбург, по клиническим признакам в первые дни болезни крайне затруднительны. Любой случай лихорадки с полиморфной тяжелой клинической картиной в пределах 3 недель после убытия из эндемичной местности, общения с больными особо опасной вирусной инфекцией или контакта с заразным материалом должен расцениваться как заболевание, подозрительное на особо опасную вирусную инфекцию.

При болезнях Марбург, Эбола отмечается острое начало заболевания. В отличие от болезней, вызванных вирусами Марбург и Эбола, характерным симптомом при лихорадке Ласса является фарингит. В остальном клиническая картина этих трех заболеваний сходна.

Лихорадку Ласса, болезни, вызываемые вирусами Эбола и Марбург, дифференцируют с:

- малярией (исследование крови на плазмодии малярии, пробное лечение антималярийными препаратами - хлорохин внутримышечно),

- брюшным тифом (выделение гемокультуры, пробное лечение левомицетином, эритромицином, тетрациклином),

- стрептококковыми и другими септицемиями (посев крови);

- при наличии геморрагии - с желтой лихорадкой, лихорадками Денге, Крымской геморрагической.

Желтая лихорадка

Желтая лихорадка - зооантропонозная природно-очаговая вирусная инфекционная болезнь, характеризующаяся двухфазным течением, геморрагическим синдромом, поражением печени и почек.

Болезнь эндемична на обширных территориях Южной и Центральной Америки, Центральной, Западной и отчасти Восточной Африки в зоне влажных тропических лесов. Ареал ЖЛ достаточно четко установлен и занимает обширные пространства Экваториальной Африки и Южной Америки. Здесь имеются теплокровные носители вируса и переносчики - комары рода Aedes, а также благоприятные климатические условия для циркуляции возбудителя. По данным ВОЗ, ежегодно регистрируется примерно 200 тыс. больных, у 30 тыс. из них болезнь заканчиваются летальным исходом. Около 90% случаев ЖЛ приходится на Африку. В природных очагах возбудитель ЖЛ может передаваться комарами человеку от обезьян и от больного.

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

Возбудитель - РНК-содержащий вирус из семейства Flaviviridae, рода Flavivirus.

Основным переносчиком вируса в дождевом лесу Африки являются комары Aedes africanus, а также комары других видов. В очагах Южной Америки переносчиками вируса являются комары родов Haemagogus и Sabethes. Заболевания людей регистрируются спорадически.

Летальность составляет 5-10%, но может повышаться до 25-40%, при тяжелой форме - до 80%.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - 3-6 суток, реже удлиняется до 9-10 суток.

Источник инфекции - различные виды обезьян (капуцины, ревуны, паукообразные обезьяны), сумчатые тушканчики, больной человек.

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

Условия заражения:

- пребывание в странах Африки, Центральной и Южной Америки, при отсутствии в анамнезе сведений о прививке против этой инфекции;

- нахождение на транспортном средстве, следующем из указанных выше регионов мира;

- погрузочно-разгрузочные работы в морском порту или аэропорту, на транспорте, прибывшем из эндемичных стран при наличии в трюмах, грузовых отсеках комаров - специфических переносчиков возбудителей желтой лихорадки.

Основные клинические признаки

Заболевание начинается остро, температура тела за 1-2 дня повышается до 39-40°С, затем наступает короткий период ремиссии, вслед за которым развивается гепатонефротоксическая стадия с геморрагическими проявлениями (кровотечения из носа и десен, "черная" рвота, кровь (старая или свежая) в кале, желтуха, анурия, прогрессирующая протеинурия, уремическая кома, гипотония, шок). Смертельный исход наступает через 10 дней от начала заболевания.

Заболевание может протекать в легкой абортивной форме, а также в бессимптомной форме.

Дифференциальный диагноз

Желтую лихорадку дифференцируют от малярии с помощью исследования толстой капли крови (наличие малярийного плазмодия).

От лихорадки Паппатачи - по наличию инъекции сосудов склер при последней. По наличию мучительных болей в спине и суставах, лимфаденита, эритематозной сыпи при лихорадке Денге.

От геморрагических лихорадок по раннему проявлению геморрагического синдрома и наличию в разгар болезни нейтрофилного лейкоцитоза при них, а также по наличию бледного носогубного треугольника и отсутствию отечности губ.

От иктерогеморрагического лептоспироза по характерным для него болям в икроножных мышцах, наличию менингеальных симптомов, нейтрофильного лейкоцитоза.

От вирусного гепатита отличается желтая лихорадка по наличию при ней симптомов поражения почек, геморрагического синдрома при неяркой желтухе.

Малярия

Малярия - антропонозная протозойная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя. У человека малярию вызывают 4 вида плазмодиев: P. vivax (возбудитель трехдневной малярии), P. malariae (возбудитель четырехдневной малярии), P. falciparum (возбудитель тропической малярии), P. ovale (возбудитель малярии, подобной трехдневной). Резервуаром (источником) инфекции является человек (больной или паразитоноситель). Преобладающий механизм передачи возбудителя трансмиссивный, через укус инфицированной самки комаров рода Anopheles (большинство из них питаются кровью в ночное время). Инфицированный от человека комар становится опасным для заражения человека (при оптимальных параметрах температуры воздуха) через определенный промежуток времени - P.vivax - через 7, P. falciparum - 8-10, P. malariae - 30-35, P. ovale - 16 дней. При температуре воздуха ниже +16°С (для P. vivax) и +18°С (для остальных видов возбудителя) развитие возбудителя в переносчике (комар) прекращается. Заражение человека возможно парентеральным путем - при гемотрансфузиях от донора - паразитоносителя, при проведении парентеральных манипуляций недостаточно обработанными инструментами. Иногда наблюдается вертикальная (трансплацентарная) передача возбудителя инфекции (тропическая малярия).

Продолжительность существования плазмодиев в организме человека (без лечения) составляет для P. falciparum до 1,5 лет, для P. vivax и P. ovale - до 4 лет, для P. malariae - в отдельных случаях пожизненно.

В России ежегодно регистрируются случаи завоза малярии в основном из Таджикистана и Азербайджана. Регистрируются вторичные от завезенных случаи малярии в Нижегородской, Саратовской, Курганской, Московской областях и Краснодарском крае.

Тропическая малярия (возбудитель Plasmodium falciparum) - тяжелое заболевание, угрожающее жизни больного, проявляется лихорадкой, ознобом, сильной потливостью и головными болями; может наблюдаться острый энцефалит, нарушение ориентировки, делирий и кома (церебральная форма малярии) или шок; болезнь имеет рецидивирующее течение, показатели летальности при этой форме инфекции высокие. Трехдневная и четырехдневная форма малярии (возбудители Plasmodium vivax, P. ovale или P. malariae) - менее опасны (но не для младенцев); классические приступы болезни начинаются слабостью и потрясающими ознобами, после чего наблюдается постепенный подъем температуры с головной болью и тошнотой, а затем - профузное потоотделение; приступы повторяются через определенные промежутки времени, иногда с нерегулярными интервалами; рецидивы обычно наблюдаются в течение нескольких месяцев.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период: P. falcipanum - 12 суток; P. vivax - 14 суток, при заражении некоторыми штаммами P. vivax в северном полушарии инкубационный период может быть гораздо более продолжительным (6-9 мес.); P. malariae - 30 суток; P. ovale - 7-20 суток.

Источник инфекции - больной человек.

Механизм передачи возбудителя инфекции:

- трансмиссивный - комарами рода Anopheles.

- артификационный с парентеральным путем передачи - при гемотрансфузиях от донора паразитоносителя, манипуляциях недостаточно обработанными инструментами;

- вертикальный.

Условия заражения

- пребывание на эндемичных территориях;

- пребывание в местности, где присутствуют больные люди (человек) и комары - специфические переносчики.

Основные клинические признаки

Клиническая картина болезни характеризуется приступами лихорадки, развивающимися с определенной периодичностью, с жаром, ознобом, потоотделением, гемолитической анемией, гепатоспленомегалией. Предшествует приступу продромальный период. Продолжительность приступа от 1-2 ч до 12-14 ч, при тропической малярии - 24-36 ч. На высоте приступа наблюдается гиперемия лица, инъекция сосудов склер; кожные покровы туловища сухие и горячие, конечности часто холодные. Тахикардия, гипотония, тоны

сердца приглушены. Слизистые сухие, язык покрыт густым белым налетом. Осложнения: кома, гемолитическая анемия, гемоглобинурийная лихорадка, геморрагический и отечный синдром, алгид, психозы, почечная недостаточность, разрыв селезенки.

Тропическая малярия (P.falciparum) - наиболее тяжелая форма малярии, часто заканчивается комой.

Течение трехдневной малярии (P.Vivax) доброкачественное, осложнения наблюдаются редко.

P. Ovale характеризуется доброкачественным течением.

Четырехдневная малярия (P.malariae) характеризуется частым чередованием приступов, иногда развиваются сдвоенные приступы. Характерно большое число рецидивов на протяжении многих лет.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз основывается на эпидемиологических (пребывание на эндемичных по малярии территориях), клинических и лабораторных данных.

Приступы малярии дифференцируют с гриппом, сыпным и брюшным тифом, лептоспирозом, менингококковой инфекцией, геморрагической лихорадкой, вирусным гепатитом, арбовирусной инфекцией, риккетсиозом, сепсисом - по периодичности приступов, бледно-желтой окраске кожных покровов и склер, тахикардии и раннему увеличению печени и селезенки.

Кроме клинических признаков, диагноз подтверждается наличием плазмодиев в крови.

Крымская геморрагическая лихорадка (КГЛ)

Крымская геморрагическая лихорадка - зоонозная природно-очаговая арбовирусная инфекционная болезнь с интоксикационным и геморрагическим синдромом и высокой летальностью.

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

Вирус Крымской геморрагической лихорадки - РНК-содержащий вирус из семейства Bunyaviridae, рода Nairovirus. Заболевание передается иксодовыми клещами. Основным резервуаром вируса КГЛ являются клещи 27 видов и подвидов. Наибольшую роль играют клещи рода Hyalomma. В цикл поддержания вируса в природных очагах вовлечены как дикие, так и домашние животные.

В литературе неоднократно описывались случаи внутрибольничных и внутрилабораторных вспышек.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - 14 суток (от 1 до 14 суток, чаще всего 2-7 суток).

Источник инфекции: дикие мелкие млекопитающие (заяц-русак, еж ушастый, мышь домовая, суслик малый); больной человек

Механизм передачи возбудителя:

- трансмиссивный - через укус клещей, мокрецов;

- контактно-бытовой - через выделения больных, преимущественно кровь; заражение возможно при снятии шкурок и разделке тушек зайца-русака, суслика малого и ежа ушастого;

- предполагается аспирационный с воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями передачи возбудителя.

Условия заражения:

- нахождение в предшествующие 14 дней перед заболеванием в степи, лесостепи, пойменно-речных районах энзоотичных по КГЛ территориях в период с мая по сентябрь (трудовая деятельность, связанная с животноводством и сельскохозяйственными работами, туризм, отдых, охота, снятие шкурок и разделка тушек;

- уход, тесный контакт и медицинское обслуживание больных КГЛ.

Основные клинические признаки

В течение болезни выделяются периоды: начальный, геморрагический и реконвалесценции. Заболевание начинается остро, с ознобом, температура в первый же день достигает 39 - 40°С. Выражены резкая головная боль, слабость, сонливость, ломота во всем теле, суставные и мышечные боли, тошнота; возможны рвота, боли в животе, в пояснице, сухость во рту.

В начальном периоде весьма характерны - резкая гиперемия лица, шеи, верхних отделов грудной клетки, зева, инъецированность конъюнктивальных сосудов, артериальная гипотония, относительная брадикардия, увеличение печени. Первый (начальный) период длится 1-2 дня.

Геморрагический период (обычно ему предшествует кратковременное снижение температуры) развивается на 2-6-й день болезни. К числу его проявлений относятся: геморрагическая сыпь на животе, боковых поверхностях грудной клетки, в области плечевого пояса, нередко на спине, бедрах, предплечье, гематомы в местах инъекций, кровоизлияния в слизистые оболочки, носовые и маточные кровотечения, кровохарканье, макрогематурия, кровоточивость слизистой десен, рта, языка, конъюнктивы. Особенно грозным в прогностическом отношении является возникновение желудочных и кишечных кровотечений. Длительность геморрагического периода - до 12 дней. Летальность до 32%-37%.

Дифференциальный диагноз

Крымскую геморрагическую лихорадку следует дифференцировать от чумы (септическая форма), других геморрагических лихорадок, в т.ч. КВГЛ, сепсиса, лептоспироза, острого лейкоза, болезни Шейлен-Геноха, иногда от кишечных форм сибирской язвы.

Для септической формы чумы характерны выраженная интоксикация, расстройство сознания, признаки септицемии, увеличение печени и селезенки, часто наблюдается геморрагический менингит. Учитывается эпизоотическая обстановка.

Для других геморрагических лихорадок имеет большое значение эпидемиологический анамнез, регион предполагаемого заражения, особенности клинического течения болезни. Лептоспироз чаще протекает с разными мышечными болями, увеличением печени и селезенки, желтухой и лейкоцитозом. Для уточнения диагноза проводят соответствующие лабораторные исследования

Лихорадка Западного Нила

Лихорадка Западного Нила (ЛЗН) - зоонозная, природно-очаговая, арбовирусная инфекция с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, протекающая у человека в виде острого лихорадочного заболевания с симптомами общей интоксикации, головными болями, миалгией, артралгией, сыпью, в тяжелых случаях - с развитием серозного менингита и менингоэнцефалита.

Впервые вирус лихорадки западного Нила был выделен из крови больного человека в 1937 г. в Уганде. В последующем появились указания на широкое распространение заболевания в Африке и Азии. Наиболее часто заболевание встречается в странах Средиземноморья, особенно в Израиле и Египте. Описаны случаи болезни во Франции - на побережье Средиземного моря и на Корсике, а также в Индии и Индонезии. Существуют природные очаги заболевания в Армении, Туркмении, Таджикистане, Азербайджане, Казахстане, Молдавии. На территории России заболевания регистрируются в Астраханской, Волгоградской, Ростовской областях. В последние годы наблюдается расширение ареала вируса - зафиксированы эпидемические вспышки ЛЗН в Румынии, США, Канаде.

Возбудителем является вирус Западного Нила (семейство Flaviviridae, род Flavivirus, комплекс японского энцефалита). Переносчиками, осуществляющими передачу вируса позвоночным, являются орнитофильные комары родов Culex и Aedes, Anopheles, принадлежащие к различным видам, родам, семействам и отрядам, особенно водно-околоводного комплекса, а также домашние. Сохранение вирусной популяции в межэпизоотический период может происходить в аргасовых клещах. Заболеваемость имеет отчетливую сезонность - позднее лето и осень. Чаще заболевают люди молодого возраста.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период - 3-6 суток (от 2 до 14 суток).

Источник инфекции: птицы (вороны, голуби, птицы водного и околоводного комплекса).

Механизм передачи возбудителя: трансмиссивный (комарами рода Culex и Aedes.

Документированы случаи передачи возбудителя при переливании крови, трансплантации органов, через материнское молоко. Описаны случаи внутрилабораторного заражения.

Условия заражения - пребывание в эндемичной по лихорадке Западного Нила местности.

Основные клинические признаки

Заболевание начинается остро с быстрого повышения температуры тела до 38°С - 40°С, сопровождающегося ознобом. У некоторых больных повышению температуры тела предшествуют кратковременные явления в виде общей слабости, понижения аппетита, усталости, чувства напряжения в мышцах, особенно в икроножных, потливости, головных болей. Лихорадочный период продолжается в среднем 5-7 дней, хотя может быть и очень коротким - 1-2 дня. Температурная кривая в типичных случаях носит ремиттирующий характер.

Заболевание характеризуется резко выраженными явлениями общей интоксикации: сильная мучительная головная боль с преимущественной локализацией в области лба и глазниц, боли в глазных яблоках, генерализованные мышечные боли. Особенно сильные боли отмечаются в мышцах шеи и поясницы. У многих больных наблюдаются умеренные боли в суставах конечностей, припухлости суставов не отмечается. На высоте интоксикации нередко возникают многократная рвота, аппетит отсутствует, появляются боли в области сердца, чувство замирания и другие неприятные ощущения в левой половине грудной клетки. Может отмечаться сонливость. Кожа, как правило, гиперемирована, иногда может наблюдаться макулопапулезная сыпь (5% случаев). Редко, обычно при длительной и волнообразной лихорадке, сыпь может приобретать геморрагический характер. Практически у всех больных выявляются выраженная гиперемия конъюнктивы век и равномерная инъекция сосудов конъюнктивы глазных яблок. Надавливание на глазные яблоки болезненно. У большинства больных определяются гиперемия и зернистость слизистых оболочек мягкого и твердого неба.

Часто наблюдается увеличение периферических лимфатических узлов. Лимфатические узлы слабо болезненны при пальпации. Отмечаются тенденция к артериальной гипотензии, приглушенность тонов сердца, на верхушке может выслушиваться грубый систолический шум. На ЭКГ могут выявляться признаки гипоксии миокарда в области верхушки и перегородки, очаговые изменения, замедление атриовентрикулярной проводимости. Патологические изменения в легких, как правило, отсутствуют. Очень редко (0,3-0,5%) может развиваться пневмония.

Язык обычно обложен густым серовато-белым налетом, суховат. При пальпации живота часто определяются разлитые боли в мышцах передней брюшной стенки. Примерно в половине случаев выявляются умеренное увеличение и чувствительность при пальпации печени и селезенки. Могут наблюдаться желудочно-кишечные расстройства (чаще поносы по типу энтерита без болей в животе). На фоне описанных выше клинических проявлений обнаруживается синдром серозного менингита (у 50% больных). Он характеризуется диссоциацией между слабо выраженными оболочечными симптомами (ригидность мышц затылка, симптом Кернига, реже симптомы Брудзинского) и отчетливыми воспалительными изменениями в ликворе (плеоцитоз до 100-200 клеток в 1 мкл, 70-90% лимфоциты); возможно небольшое повышение содержания белка. Характерна рассеянная очаговая неврологическая микросимптоматика (горизонтальный нистагм, хоботковый рефлекс, симптом Маринеску - Радовичи, легкая асимметрия глазных щелей, снижение сухожильных рефлексов, отсутствие брюшных рефлексов, диффузное снижение тонуса мышц).

Дифференциальную диагностику следует проводить с другими арбовирусными инфекциями, микоплазмозом, орнитозом, листереллезом, токсоплазмозом, туберкулезом, риккетсиозом, сифилисом, гриппом и другими респираторными заболеваниями, энтеровирусной инфекцией.

Лихорадка Денге

Лихорадка Денге - острая зооантропонозная вирусная болезнь с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, протекающая с лихорадкой, интоксикацией, миалгией и артралгией, экзантемой, лимфаденопатией, лейкопенией. Некоторые варианты Денге протекают с геморрагическим синдромом.

Вирус Денге относится к роду Flavivirus семейства Flaviviridae. Существует 4 серотипа вируса: Денге 1, Денге 2, Денге 3 и Денге 4, имеющие различное географическое распространение. Ареал вируса Денге определяется ареалом переносчика и границами температурного минимума (не ниже 22°), при котором возможно развитие вируса в организме комара. Болезнь распространена между 42° северной и 40° южной широты и охватывает в виде широкого пояса весь земной шар. Ареал охватывает Американский континент, Восточное Средиземноморье (Испания, Кипр, Греция), Юго-восточную Азию, Африку и Западный бассейн Тихого океана. В настоящее время эндемичными являются более 100 стран и представляют угрозу для здоровья 40% населения земного шара (2,5-3 миллиарда), особенно в тропическом и субтропическом поясах. По некоторым оценкам, ежегодно заболевают десятки миллионов людей, из них 90% составляют дети до 15 лет.

Передача инфекции у человека осуществляется комарами Aedes aegypti, у обезьян - A. albopictus. Комар A. aegypti становится заразным через 8-12 дней после питания кровью больного человека. Комар остается инфицированным до 3 мес и более. Вирус способен развиваться в теле комара лишь при температуре воздуха не ниже 22°С. Эпидемические вспышки наблюдаются в тропических и субтропических странах при заносе серотипа вируса, который в данной местности ранее не регистрировался. Повторные заболевания в один и тот же сезон обусловлены другим типом вируса. Заболевают преимущественно дети, а также вновь прибывшие в эндемичный район лица. Летальность при этой форме около 5%.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период: от 3 до 15 суток (чаще 5-7 суток).

Источник инфекции - больной человек, обезьяны и, возможно, летучие мыши.

Механизм передачи возбудителя: трансмиссивный - у человека осуществляется комарами Aedes aegypti, у обезьян - A. albopictus.

Условия заражения: пребывание в эндемичной по лихорадке Денге местности.

Основные клинические признаки

Заболевание обычно начинается внезапно. Лишь у отдельных больных за 6-10 ч отмечаются нерезко выраженные продромальные явления в виде разбитости и головной боли. Обычно среди полного здоровья появляются озноб, боли в спине, крестце, позвоночнике, суставах (особенно коленных). Лихорадка наблюдается у всех больных, температура тела быстро повышается до 39-40°С. Отмечаются резкая адинамия, анорексия, тошнота, головокружение, бессонница; у большинства больных - гиперемия и пастозность лица, инъекция сосудов склер, гиперемия зева. По клиническому течению различают лихорадочную (классическую) и геморрагическую формы.

Классическая лихорадка Денге протекает благоприятно. У большинства больных увеличиваются периферические лимфатические узлы. Выраженные артралгия, миалгия и мышечная ригидность затрудняют передвижение больных. К концу 3 суток температура тела критически падает. Ремиссия длится 1-3 дня, затем снова повышается температура

тела, и появляются основные симптомы болезни. Спустя 2-3 дня температура тела понижается. Общая длительность лихорадки 2-9 дней. Характерный симптом - экзантема. Она может появиться иногда во время первой лихорадочной волны, чаще при втором повышении температуры тела, а иногда в периоде апирексии после второй волны, на 6-7-й день болезни. Экзантема отличается полиморфизмом. Сыпь обильная, зудящая, сначала появляется на туловище, затем распространяется на конечности, оставляет после себя шелушение. Элементы сыпи сохраняются в течение 3-7 дней. Геморрагические явления наблюдаются редко (у 1-2% больных). В периоде реконвалесценции длительно (до 4-8 недель) остаются астения, слабость, понижение аппетита, бессонница, мышечные и суставные боли.

Геморрагическая лихорадка Денге (филиппинская геморрагическая лихорадка, таиландская геморрагическая лихорадка, сингапурская геморрагическая лихорадка) протекает более тяжело. Болезнь начинается внезапно, начальный период характеризуется повышением температуры тела, кашлем, анорексией, тошнотой, рвотой, болями в животе, иногда очень сильными. Начальный период длится 2-4 дня. В отличие от классической формы Денге миалгии, артралгии и боли в костях возникают редко. При обследовании - повышение температуры тела до 39-40°С и выше, слизистая оболочка миндалин и задней стенки глотки гиперемирована, пальпируются увеличенные лимфатические узлы. В период разгара состояние больного быстро ухудшается, нарастает слабость. Выделяют 4 степени, которые характеризуются следующими клиническими симптомами:

Степень I. Лихорадка, симптомы общей интоксикации, появление кровоизлияний в локтевом сгибе при наложении манжетки или жгута ("проба жгута").

Степень II. Имеются все проявления, характерные для степени I + спонтанные кровотечения (внутрикожные, из десен, желудочно-кишечные).

Степень III. См. Степень II + циркуляторная недостаточность, возбуждение.

Степень IV. См. Степень III + глубокий шок с нерегистрируемым артериальным давлением и пульсом.

Дифференциальный диагноз

Дифференцируют от малярии, лихорадок чикунгунья, Паппатачи, желтой лихорадки, других геморрагических лихорадок, инфекционно-токсического шока при бактериальных заболеваниях.

Лихорадка Рифт-Валли

Лихорадка Рифт-Валли (ЛРВ) - зоонозная арбовирусная природно-очаговая инфекционная болезнь людей, овец и крупного рогатого скота с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя, характеризуется лихорадкой, общей интоксикацией, поражением центральной нервной системы, органов зрения, геморрагическими проявлениями и желтухой. Болезнь у домашних животных обычно проявляется в виде эпизоотий.

Возбудитель болезни - вирус Рифт-Валли принадлежит к роду Phlebovirus семейства Bunyaviridae. Распространен в Южной и Восточной Африке. Вирус обнаружен у комаров Culex pipiens, Eretmapodites chrysogaster, Aedes cabbalus, Aedes circurnluteolus, Culex theiler L. Вирус был впервые выявлен в 1931 году во время расследования эпидемии среди овец на одной ферме в Рифтовой долине (Rift Valley), Кения. С тех пор эпидемии регистрировались в Африке к югу от Сахары и в Северной Африке. В 1997-1998 годах

крупная вспышка болезни произошла в Кении, Сомали и Танзании, а в сентябре 2000 года случаи заболевания ЛРВ были подтверждены в Саудовской Аравии и Йемене. Это было первое зарегистрированное появление болезни за пределами африканского континента, что вызвало опасения относительно ее возможного распространения в другие части Азии и Европы. Заболевания людей регистрировали странных Северной, Восточной и южной Африки (Кения, Сомали и Танзания, Уганда, ЮАР) и Латинской Америки.

Летальность в этих случаях достигает 3,3%.

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период: 6 суток (от 4 до 6 суток).

Источник инфекции - крупный и мелкий рогатый скот, верблюды, лошади, антилопы, обезьяны в период вирусемии больной человек может быть источником возбудителя для комара.

Механизм передачи возбудителя:

- трансмиссивный, переносчики - комары родов Culex, Aedes и др;

- контактный - при разделке туши больного животного;

- возможно - аспирационный (при вдыхании аэрозолей, образовавшихся во время забоя инфицированных животных и при работе в лаборатории).

Условия заражения:

- нахождение в предшествующие заболеванию 6 дней на территории природного очага в период эпизоотии при укусах инфицированных комаров, возможна также передача вируса гематофагами (питающимися кровью мухами);

- прямые или косвенные контакты с кровью или органами инфицированных животных (при манипуляциях с тканями животных во время их забоя или разделки, оказании помощи животным при родах, проведении ветеринарных процедур или утилизации трупов и эмбрионов). Повышенному риску инфицирования подвергаются люди, занимающиеся определенными видами деятельности, такие как пастухи, фермеры, работники скотобоен и ветеринары;

- путем вдыхания аэрозолей, образовавшихся во время забоя инфицированных животных. Аэрозольный путь передачи приводит также к инфицированию работников лабораторий.

Основные клинические признаки

Начало внезапное. Больной испытывает недомогание, чувство познабливания или настоящий озноб, головную боль, ретроорбитальные боли, боли в мышцах всего туловища и конечностей, боль в поясничной области. Температура тела быстро повышается до 38,3-40°С. Позже наблюдаются ухудшение аппетита, потеря вкуса, боли в эпигастрии, фотофобия. При физикальном обследовании отмечают покраснение лица и инъекцию сосудов конъюнктивы. Температурная кривая имеет двухфазный характер: первичное повышение длится 2-3 дня, за ним следуют ремиссия и повторное повышение температуры. При легких формах выздоровление наступает быстро. Однако возможны и тяжелые формы с развитием энцефалита, ретинопатии и геморрагических проявлений.

Энцефалит возникает как острая инфекция, затем симптомы его затухают, но у выживших остаются тяжелые последствия.

Дифференциальный диагноз

Дифференцировать следует с другими флебовирусными лихорадками (флеботомная лихорадка, колорадская клещевая лихорадка, лихорадка Зика).

Менингококковая инфекция

Менингококковая инфекция - острая антропонозная бактериальная инфекционная болезнь, вызываемая менингококком Neisseria meningitidis, с аспирационным механизмом передачи возбудителя; клинически характеризуется поражением слизистой оболочки носоглотки (назофарингит), генерализацией в форме специфической септицемии (менингококцемия) и воспалением мягких мозговых оболочек (менингит). Возбудитель болезни менингококк Вексельбаума - Neisseria meningitidis. Известны 11 серогрупп менингококка (A, B, C, 29E, H, K, L, W135, X, Y, Z). Помимо этого встречаются нетипируемые штаммы.

Менингококковая инфекция регистрируется во всех странах мира, во всех климатических зонах. Наиболее высокая заболеваемость - в странах Африки, особенно в Центральной и Западной (так называемый «менингитный пояс»).

Основные эпидемиологические признаки

Инкубационный период: от 2 до 10 суток (чаще 4-6 суток).

Источник инфекции - человек, больной генерализованной формой, острым назофарингитом, и здоровые носители.

Пути передачи возбудителя инфекции - воздушно-капельный (при кашле, чиханье, разговоре).

Входными воротами инфекции служат слизистые оболочки носоглотки. Однако лишь в 10-15% случаев попадание менингококка на слизистую оболочку носа и глотки приводит к развитию воспаления (назофарингит, катаральный тонзиллит). Еще реже менингококк оказывается способным преодолеть местные защитные барьеры.

Условия заражения: тесное и длительное общение с источником возбудителя.

Основные клинические признаки

Выделяют:

- локализованные формы (менингококконосительство и острый назофарингит);

- генерализованные формы (менингококцемия, менингит, менингоэнцефалит и смешанная);

- редкие формы (эндокардит, полиартрит, пневмония, иридоциклит).

Острый назофарингит может быть продромальной стадией гнойного менингита или самостоятельным клиническим проявлением менингококковой инфекции. Характеризуется повышением температуры тела (до 38,5°С), которая держится 1-3 дня,

слабо выраженными симптомами общей интоксикации (разбитость, головная боль, головокружение) и назофарингитом (заложенность носа, гиперемия, сухость, отечность стенки глотки с гиперплазией лимфоидных фолликулов).

Менингит начинается, как правило, остро, с резкого озноба и повышения температуры тела до 38-40°С. Лишь у части больных (45%) за 1-5 дней появляются продромальные симптомы в виде назофарингита. Заболевание характеризуется выраженной общей слабостью, болями в глазных яблоках, особенно при движении, затем появляется головная боль в лобно-височных, реже - затылочных областях. Головная боль становится разлитой, мучительной, давящего или распирающего характера. Исчезает аппетит, возникает тошнота. Наблюдаются повышенная чувствительность (гиперестезия) ко всем видам внешних раздражителей (светобоязнь, гиперакузия), вялость, заторможенность, нарушения сна. При тяжелых формах - нарушения сознания. Через 12-14 ч от начала болезни появляются объективные симптомы раздражения мозговых оболочек (ригидность мышц затылка, симптом Кернига, симптомы Брудзинского, Гийена).

Менингококковый менингоэнцефалит характеризуется тяжелым течением, выраженными энцефалитическими проявлениями в сочетании с резким менингеальным и общеинтоксикационным синдромами. Общемозговая симптоматика нарастает быстро. К концу первых - началу вторых суток болезни развиваются нарушения сознания в виде глубокого сопора, сопровождающегося психомоторным возбуждением, судорогами, нередко зрительными или слуховыми галлюцинациями. Параллельно нарастают менингеальные знаки. Через сутки от начала болезни у большинства больных наблюдается характерная менингеальная поза - больной лежит на боку с согнутыми ногами и запрокинутой головой. Признаки энцефалита выступают на первый план по мере уменьшения интоксикации и отека мозга. Определяется очаговая церебральная симптоматика: парез мимической мускулатуры по центральному типу, выраженная анизорефлексия сухожильных и пери-остальных рефлексов, резкие патологические симптомы, спастические геми- и парапарезы.

Менингококкемия без менингита регистрируется редко, в основном у больных, госпитализированных в первые часы болезни. При легком течении признаки общей интоксикации нерезко выражены, температура тела - 38-39°С. В первые часы болезни на коже нижних конечностей, туловища появляется скудная петехиальная сыпь с отдельными элементами звездчатого характера (диаметром 2-3 мм, неправильной формы, выступающими над уровнем кожи, плотными на ощупь). При средней тяжести болезни температура тела поднимается до 40°С. Геморрагическая сыпь обильная, петехиальные и звездчатые элементы появляются на коже голеней, бедер, в паховых и подмышечных областях, на животе и груди. Элементы сыпи могут увеличиваться в размерах, достигая в диаметре 3-7 мм. При тяжелых формах заболевания размеры геморрагических элементов могут быть более крупными - до 5-15 см и более, с некрозом кожи. Отмечаются кровоизлияния в склеру, конъюнктиву, слизистую оболочку носоглотки. Могут наблюдаться и другие геморрагические проявления.

Тяжелая и крайне тяжелая менингококцемия у взрослых, как правило, сочетается с менингитом. При этом могут наблюдаться такие осложнения, как поражение сердца по типу эндокардита, миокардита и перикардита; тромбозы крупных сосудов с последующей гангреной пальцев, конечностей; инфекционно-токсический шок, часто сочетающийся с острой надпочечниковой недостаточностью.

Дифференциальный диагноз

Дифференциальную диагностику проводят с менингитами, вызванными различной бактериальной флорой: пневмококками, гемофильной палочкой, стафилококками, стрептококками, грибами. Менингококкемию необходимо отличать от кори, краснухи, болезни Шелейн-Геноха и др.

Приложение 1
(справочное)

1.2. Патологическая анатомия болезней

Причины ведущие к смерти	**Срок наступления смерти**	**Характерные патологоанатомические изменения**	**Необходимый материал для лабораторного анализа**	**Защитная одежда**
1	2	3	4	5
ЧУМА				
Генерализация инфекции	От нескольких часов до нескольких недель	При бубонной форме - наличие первичного бубона - острого воспаления группы регионарных к месту попадания инфекта группы лимфатических узлов. Лимфатические узлы увеличены, спаяны между собой и с окружающей клетчаткой, пропитаны серозно-геморрагической жидкостью, «пестрого» вида из-за наличия участков некроза и гнойного расплавления на фоне геморрагического пропитывания. Локализация первичного бубона - бедренная, паховая, шейная, подмышечная области. Вторичные бубоны локализуются в любой группе лимфатических узлов. В сердце - кровоизлияния	Кровь из сердца, кусочки селезенки, лимфатических узлов, печени	I тип противочумного костюма

		в перикарде и под эндокардом. Печень увеличена с признаками мутного набухания, жировой дистрофии и очаговыми некрозами. Селезенка - увеличена, капсула напряжена, с очаговыми кровоизлияниями, пульпа дает обильный соскоб. В почках - кровоизлияния, явления мутного набухания. В серозных и слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта - мелкоочаговые кровоизлияния. Вторичные кожные проявления при бубонной форме чумы - кровоизлияния, розеолы, пустулы, карбункулы, язвы. Вторичная чумная пневмония - мелкоочаговая (размером от просяного зерна до сливы), реже - сливная, локализуется в разных долях. Характерны красный, серо-красный, серо-желтый или серый цвет пневмонических фокусов, гладкая поверхность их и плевры. Фокусы могут быть окружены множественными кровоизлияниями. При кожной (кожно-бубонной) форме в месте проникновения		

		возбудителя возникает первичный аффект в виде фликтены, пустулы, язвы, некроза, чумного карбункула. Карбункул - плотный, неподвижный, инфильтрированный, отечный конусообразный участок кожи с серозно-геморрагическим или гнойным пропитыванием тканей на разрезе. В центре карбункула может быть некроз или язва, которая имеет плотные валикообразные края, инфильтрированное дно желтоватого цвета. Пустулы также могут быть изъязвлены. В регионарных к первичному аффекту лимфатических узлах - первичные бубоны. Изменения в других органах - как при бубонной чуме. Первично-легочная пневмония протекает по типу очаговой или сливной, реже псевдолобарной, единичные или множественные пневмонические очаги локализуются в разных долях, на разрезе гладкие, красного цвета, реже - серо-красные или серые, несколько выступают над поверхностью разреза,		

		плотновато-эластической консистенции, при сдавлении с поверхности разреза стекает кровянистая пенистая жидкость. Вокруг и вне очагов, под плеврой - множественные кровоизлияния. В плевральной полости может быть небольшое количество серозной или серозно-геморрагической жидкости, после антибиотикотерапии - фибринозные наложения на плевре. В лимфатических узлах в области корней легких и средостения - изменения, характерные для первичных бубонов. В вышележащих отделах дыхательных путей - явления острого катара. При первично-септической форме патологоанатомические изменения не успевают развиться вследствие ее быстротечности. На вскрытии обнаруживают признаки, характерные для сепсиса: единичные или множественные мелкоочаговые кровоизлияния в коже, слизистых и серозных оболочках, во внутренних органах, иногда - некоторое		

		увеличение селезенки. При кишечной форме на вскрытии в брюшной полости отмечают большое количество серозной жидкости, кровоизлияния в серозном покрове тонкого и толстого кишечника, в брыжейке, отек слизистой оболочки и кровоизлияния в ней, увеличение мезентериальных узлов (по типу первичного бубона), в содержимом кишечника - примесь крови.		
ХОЛЕРА				
Резкая дегидратация. Интоксикация.	Со 2-й недели	Холерный алгид - «лицо Гиппократа»: запавшие глаза с подсохшей роговицей, заострившиеся черты, землистый цвет кожи, иногда с синюшным оттенком на кончике носа, губах, мочках ушей. Сухость, синюшность и морщинистость кожи, особенно пальцев рук («руки прачки»). Трупное окоченение раннее и резко выражено, труп имеет своеобразный вид, напоминающий «позу борца или боксера» - согнутые руки, ноги, пальцы, рельефность мускулатуры, живот запавший. Может	Содержимое кишечника и желчного пузыря	II тип противочумного костюма

		наблюдаться «гусиная кожа». Трупные пятна багрово-фиолетовые. На разрезе кожа, подкожная клетчатка, мышцы плотные, сухие. Кровь темная, густая, из перерезанного сосуда не вытекает. Серозные оболочки полнокровны, с точечными кровоизлияниями, сухие, липкие. В желудке имеются кровоизлияния. Возможен слизистый, липкий выпот или налет, тянущийся в виде нитей между петлями кишок. Серозная оболочка тонкого кишечника может быть неравномерно полнокровной и иметь «мраморный вид». Петли вялые, растянутые обильным содержимым без запаха, имеющим вид «рисового отвара», иногда с примесью крови или желчи. Слизистая оболочка тонкого кишечника набухшая, полнокровная, отечная, с мелкоочаговыми кровоизлияниями и отрубевидным налетом. Солитарные лимфатические фолликулы и пейеровы бляшки набухшие, с венчиком кровоизлияний.		

		Лимфатические узлы у корня брыжейки тонкого кишечника увеличены, плотные, на разрезе сочные. Наибольшая выраженность изменений в подвздошной кишке. Слизистая в верхнем отделе толстого кишечника чаще всего бледная, иногда с участками полнокровия и отека. Печень резко полнокровна, дряблая, имеет буро-красный или желтоватый цвет, иногда с видимыми очажками некроза серого цвета. Почки уменьшены в размерах, капсула легко снимается. Селезенка на разрезе сухая, иногда в ней обнаруживаются инфаркты, капсула ее морщиниста. При холерном тифоиде - меньше выражено трупное окоченение, нет морщинистости кожи, кровь в сосудах жидкая. Цианоз выражен слабо или отсутствует. Нередко на губах, деснах, языке черноватый налет. Серозные покровы приобретают обычный вид. Изменения в тонком кишечнике могут быть лишь на ограниченных участках подвздошной кишки в		

		виде очагов дифтеритического воспаления. На месте пейеровых бляшек слизистая оболочка некротизирована до мышечного слоя. Содержимое петель жидкое или полужидкое обычного цвета и запаха, либо петли спавшиеся, содержат слизь. Основные изменения в толстом кишечнике, где возникает фибринозное, чаще дифтеритическое воспаление слизистой с серовато-зелеными наложениями и возможным образованием язв, напоминающими изменения при дизентерии. Почки увеличены, капсула напряжена, легко снимается. Корковое вещество расширено, в мозговом - полнокровие пирамид, слизистой лоханок, в последних иногда кровоизлияния. Печень с признаками зернистой и жировой дистрофии. В легких чаще всего отмечают гипостазы и отек, пристеночная плевра с кровоизлияниями, по поверхности легких - клейкий экссудат. Селезенка обычно увеличена, иногда с инфарктами. При		

		гибели от холерной уремии - в почках резкий контраст между анемичным корковым и полнокровным мозговым веществом. В первом видны белые очаги некроза пирамидальной формы, окруженные зоной резкого полнокровия и обращенные основанием к капсуле.		
КРЫМСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА				
Геморрагический синдром. Инфекционно-токсический шок. Острая печеночно-почечная недостаточность. Отек легких.	3-10 сутки болезни	Кожа вокруг естественных отверстий испачкана кровью. На теле множественные кровоизлияния. В полостях небольшое количество геморрагического экссудата. На серозных оболочках петехиальные кровоизлияния. В желудке содержимое цвета кофейной гущи или темно-красная кровь, в просвете кишечника - кровь. Печень увеличена, тусклая, коричнево-желтого цвета с глинистым оттенком. Легкие отечны, полнокровны, с очагами кровоизлияний. Возможны очаговые и сливные пневмонии. Почки полнокровны с синюшно-багровым оттенком. Гиперемия мозговых оболочек,	Кровь, кусочки внутренних органов	I тип противочумного костюма

		точечные кровоизлияния в вещество мозга.		
ОСПА				
Геморрагические осложнения. Сепсис. Энцефаломиелит.	Отдаленные сроки	Обязательным для натуральной оспы являются однородность элементов сыпи и отсутствие многоядерных гигантских клеток и/или внутриядерных включений. Инфицированные эпителиальные клетки увеличены в объеме и содержат цитоплазматические включения, окруженные зоной просветления (тельца Гварниери). Печень, селезенка, лимфатические узлы увеличены. Характерным является обнаружение при гистологическом исследовании в тканях органов очаговых скоплений крупных мононуклеарных клеток.	Содержимое везикул, соскоб с основания везикул, кровь.	I тип противочумного костюма
МАЛЯРИЯ				
Малярийная кома.	Отдаленные сроки от начала болезни	Отек и кровоизлияния в вещество мозга и мозговые оболочки. Аспидно-серая окраска печени, селезенки и костного мозга, коричнево-серое прокрашивание вещества головного	Кровь и кусочки печени, селезенки, головного мозга	Не регламентирована

		мозга и мозжечка. Полнокровие почек.		
ЖЕЛТАЯ ЛИХОРАДКА				
Массивное кровотечение. Кома	6-8 сутки болезни	На фоне желтой окраски кожи и слизистых видны кровоизлияния разной величины. В полостях кровь. Увеличены печень и селезенка. Печень дряблая, бледно-коричневая с желтоватым оттенком, подчеркнут рисунок доли. Почки набухшие с геморрагиями.	Кровь	Не регламентирована
ЛИХОРАДКА ЛАССА				
Поражение ЦНС и геморрагический синдром	Вторая неделя болезни	Отек и кровоизлияния в вещество мозга. Петехиальные кровоизлияния на коже лица, спины, плеч, макулезная и макуло-папулезная сыпь. Шейный лимфаденит. Кровоизлияния в слизистую желудка, кишечника. Возможно скопление крови в кишечнике. Отек и венозное полнокровие легких, экссудат в полостях. Печень увеличена.		*
ЛИХОРАДКА ЗАПАДНОГО НИЛА				
Осложнения у лиц с отягощенным преморбидным фоном	Отдаленные сроки	Патоморфологические изменения не носят специфического характера, выявляются признаки полиорганной	На ранних сроках кровь	Не регламентирована

		недостаточности.		
ЛИХОРАДКА ДЕНГЕ				
Геморрагический синдром. Шок.	4-5 сутки	Бледность кожи лица и периоральный цианоз, петехии, локализующиеся чаще всего на лбу и дистальных участках конечностей. Макулярная или макулопапулезная сыпь по всему телу. Геморрагический выпот в полостях, геморрагическое содержимое в просвете желудочно-кишечного тракта. Увеличение печени, возможно увеличение лимфатических узлов без признаков воспаления. Общие проявления шока.	Кровь	Не регламентирована
ЛИХОРАДКА РИФТ-ВАЛЛИ				
Генерализованные кровоизлияния. Энцефалит. Печеночная недостаточность	Конец первой недели	Патологоанатомические признаки энцефалита. Множественные геморрагические проявления, при генерализованных кровоизлияниях - кровь в полостных органах и геморрагический экссудат в полостях. Обширный некроз печени.	Кровь, кусочки органов (головной мозг, печень, селезенка).	Не регламентирована
БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ МАРБУРГ				
Полиорганная недостаточность	8-17 сутки	Отек мозга и гиперемия мягких мозговых оболочек, значительные		*

		геморрагии на слизистых оболочках		
БОЛЕЗНЬ, ВЫЗВАННАЯ ВИРУСОМ ЭБОЛА				
Геморрагический синдром.	Конец первой - начало второй недели	Резкая бледность кожи лица, типичны конъюнктивальные кровоизлияния. Характерна сыпь - макулопапулезная (у европейцев) или кореподобная (у африканцев) на лице, туловище (особенно в нижней части), дистальных отделах конечностей. При гибели в поздние сроки на местах высыпаний отмечается десквамация. Ярко выражен геморрагический синдром в виде носовых, маточных, кишечных и желудочных кровотечений, кровоизлияний на месте инъекций. На слизистой рта и десен - кровоточащие эрозии. Печень и селезенка увеличены и более темного цвета, чем обычно. При разрезе печени обильно вытекает кровь, освобождая ткани светло-желтого цвета. Ткань селезенки мягкая, пастозная, фолликулы неразличимы.		*

ТЯЖЕЛЫЙ ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ (ТОРС)				
Развитие респираторного дистресс-синдрома	Конец первой недели	Патологический процесс характеризуется первичным развитием острого воспаления в интерстиции респираторных отделов легкого с возможным вторичным образованием экссудата в просвете альвеол и бронхиол. При вскрытии доминирующими выступают признаки острой легочно-сердечной недостаточности. При гистологическом исследовании изменения в легких характеризуются повреждением альвеолярного эпителия, полнокровием альвеолярных капилляров, воспалительной инфильтрацией альвеолярной стенки полиморфноядерными лейкоцитами и макрофагами, нередко с формированием гиалиновых мембран. ТОРС не имеет специфических морфологических признаков.	Кровь, смыв из бронхиального дерева, экссудат	I тип противочумного костюма
ГРИПП ЧЕЛОВЕКА, ВЫЗВАННЫЙ НОВЫМ ПОДТИПОМ ВИРУСА				
Прогрессирующая дыхательная недостаточность	С 6 по 30 сутки (в среднем на 9-10 сутки)	Поражение легких с гистопатологическими изменениями в виде диффузных альвеолярных поражений. Отмечаются заполнение полостей альвеол фибринозным	Кровь и кусочки внутренних органов (легких, печени, почек, селезенки, лимфатически	I тип противочумного костюма

		экссудатом и эритроцитами, образование гиалиновых мембран, застой в сосудах, инфильтрация лимфоцитами интерстиция и пролиферация реактивных фибробластов. Поражение альвеолоцитов II типа. Сокращение лимфоидной ткани, появление атипических лимфоцитов в селезенке и лимфатических узлах. Возможен центрально-долевой некроз в печени, острый тубулярный некроз почек.	х узлов).	
МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ				
Генерализация инфекции. Инфекционно-токсический шок.	Первые сутки	Сыпь разнообразная по характеру и величине элементов, а также по локализации, чаще геморрагическая. Элементы сыпи имеют неправильную форму, плотные на ощупь, иногда выступают над уровнем кожи. Преимущественная локализация сыпи - конечности, туловище, ягодичные области, реже лицо. На коже встречаются участки некрозов, глубокие язвы. Участки некротических тканей ушных раковин,	Носоглоточная слизь, кровь, ликвор, соскобы и биоптаты элементов сыпи, ткани внутренних органов. Если немедленная доставка материала невозможна, следует хранить его в термостате при температуре 37°С, но не	Не регламентирована

		кончика носа, концевых фаланг пальцев рук и ног. Множественные кровоизлияния в различных тканях и внутренних органах. Вторичные метастатические очаги (менингококковые эндокардиты, артриты, иридоциклиты и пр.). Серозно-гнойное или гнойное воспаление мягких мозговых оболочек. Воспалительный процесс локализуется на поверхности больших полушарий и на основании головного мозга, но нередко захватывает и спинной мозг. Мягкая мозговая оболочка в свободных от скопления гноя местах представляется отечной, гиперемированной и мутной. Сосуды инъецированы, встречаются мелкие кровоизлияния и воспалительные фокусы в мозговом веществе. Отек и набухание вещества головного мозга, смещение и вклинение миндалины мозжечка в большое затылочное отверстие. Тромбозы сосудов, кровоизлияния в различных органах, в том числе в надпочечниках,	более суток.	

		некрозы, повреждение почек («шоковая почка»).		
ПОЛИОМИЕЛИТ, ВЫЗВАННЫЙ ДИКИМ ПОЛИОВИРУСОМ				
Развитие паралича дыхательных мышц	Отдаленные сроки при установленном диагнозе	Спинной мозг гиперемирован, отечен, отмечаются стазы, кровоизлияния и участки некроза в сером веществе. Возможен тотальный некроз с размягчением мозговой ткани. При гистологическом исследовании наибольшие изменения определяются в клетках передних рогов спинного мозга - мотонейронах. Клетки набухают, происходит растворение тигроидных глыбок и пикноз ядер. В мышцах встречаются участки атрофии, в миокарде - явления интерстициального воспаления, в легких - циркуляторные нарушения вследствие параличей бульбарных нервов.	Кровь, ликвор, кусочки мозгового вещества.	Не регламентирована

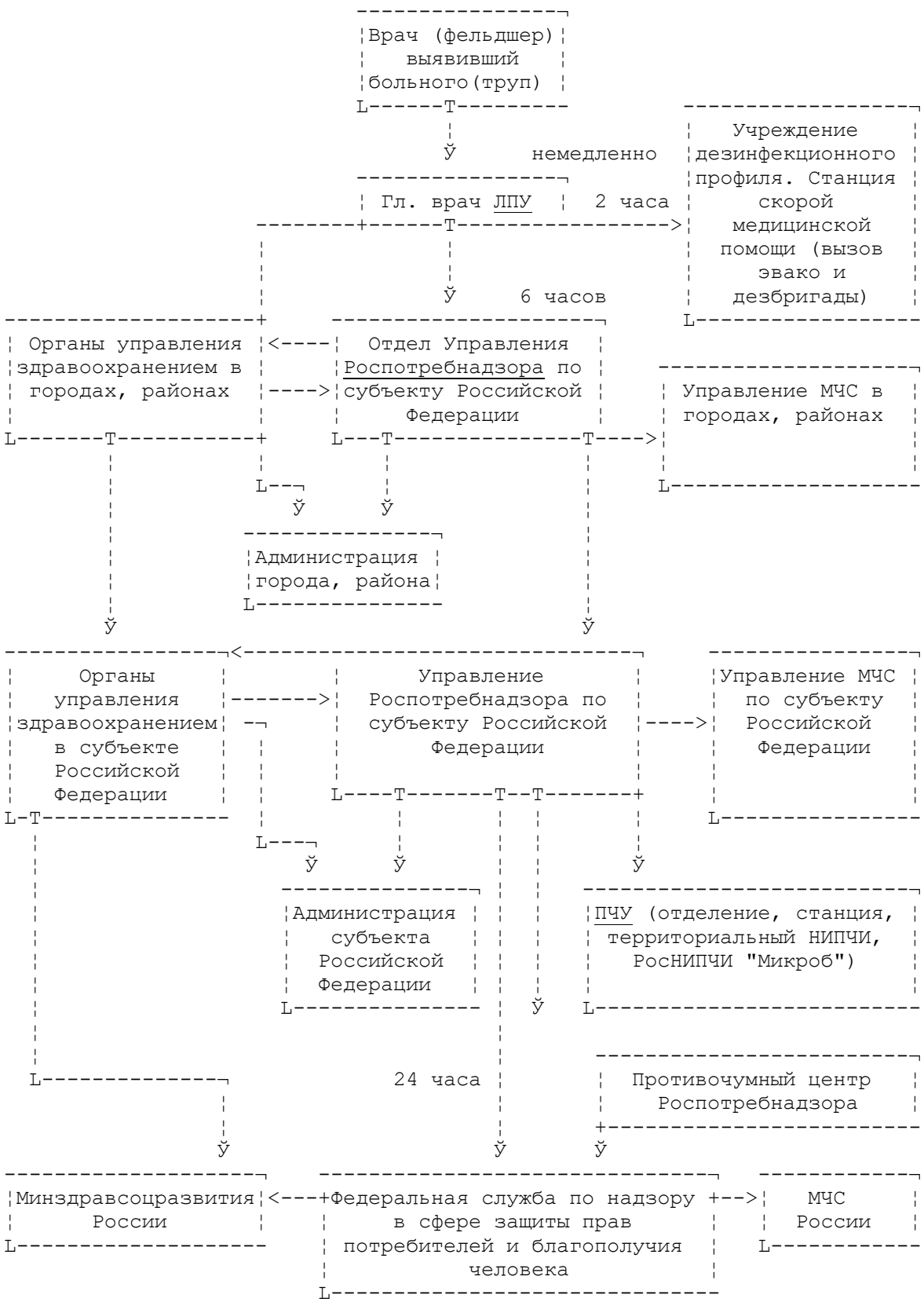
---

* вскрытие не проводится

Приложение 2
(обязательное)

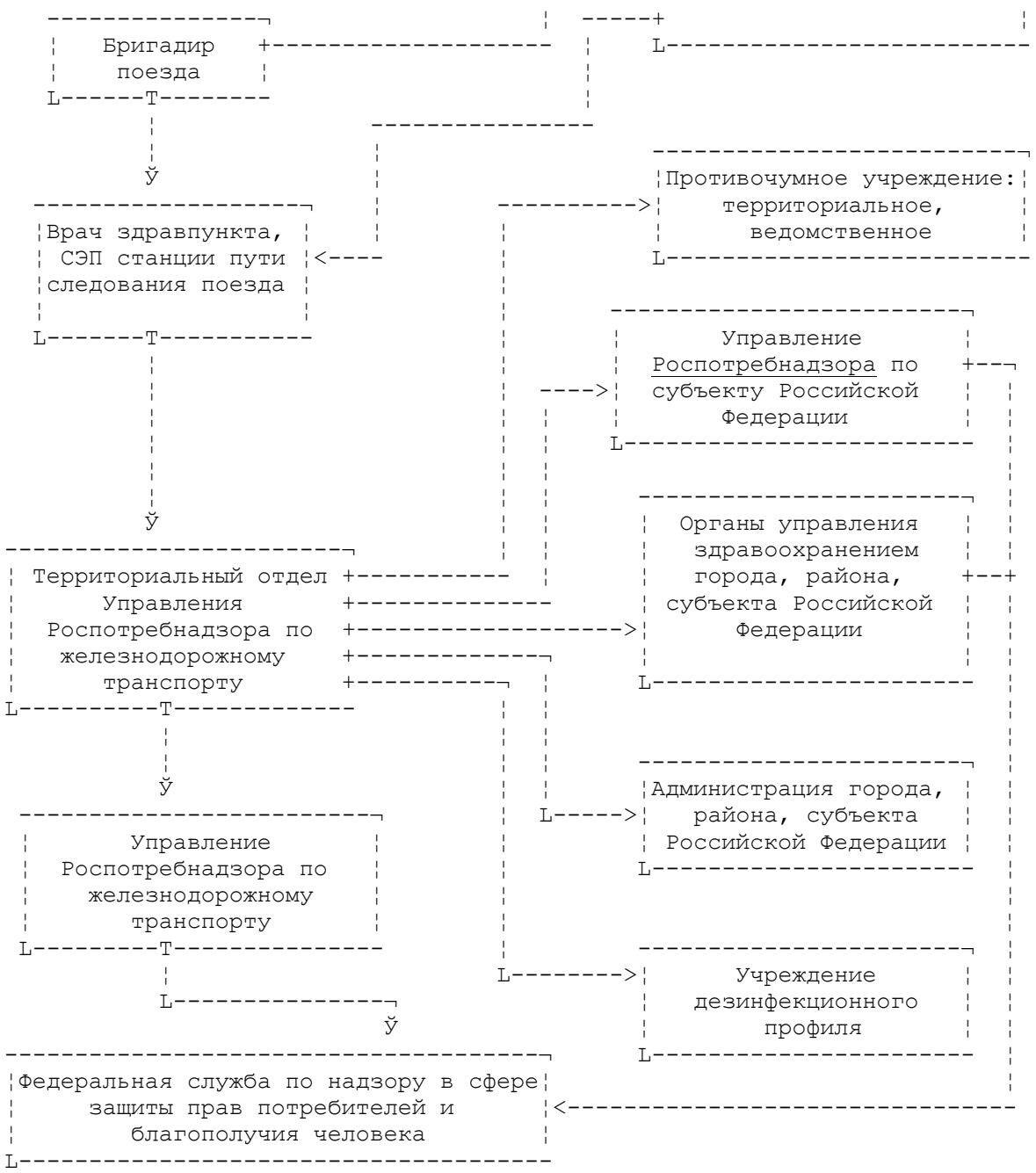
Схема
информации при выявлении подозрительного больного (трупа)

2.1. В лечебно-профилактическом учреждении, на дому, по месту работы, в гостинице

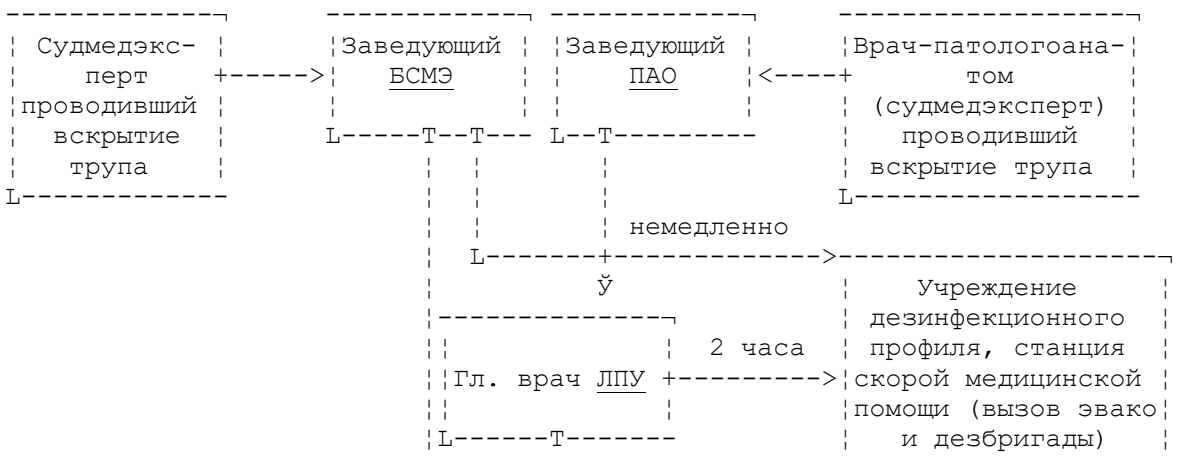


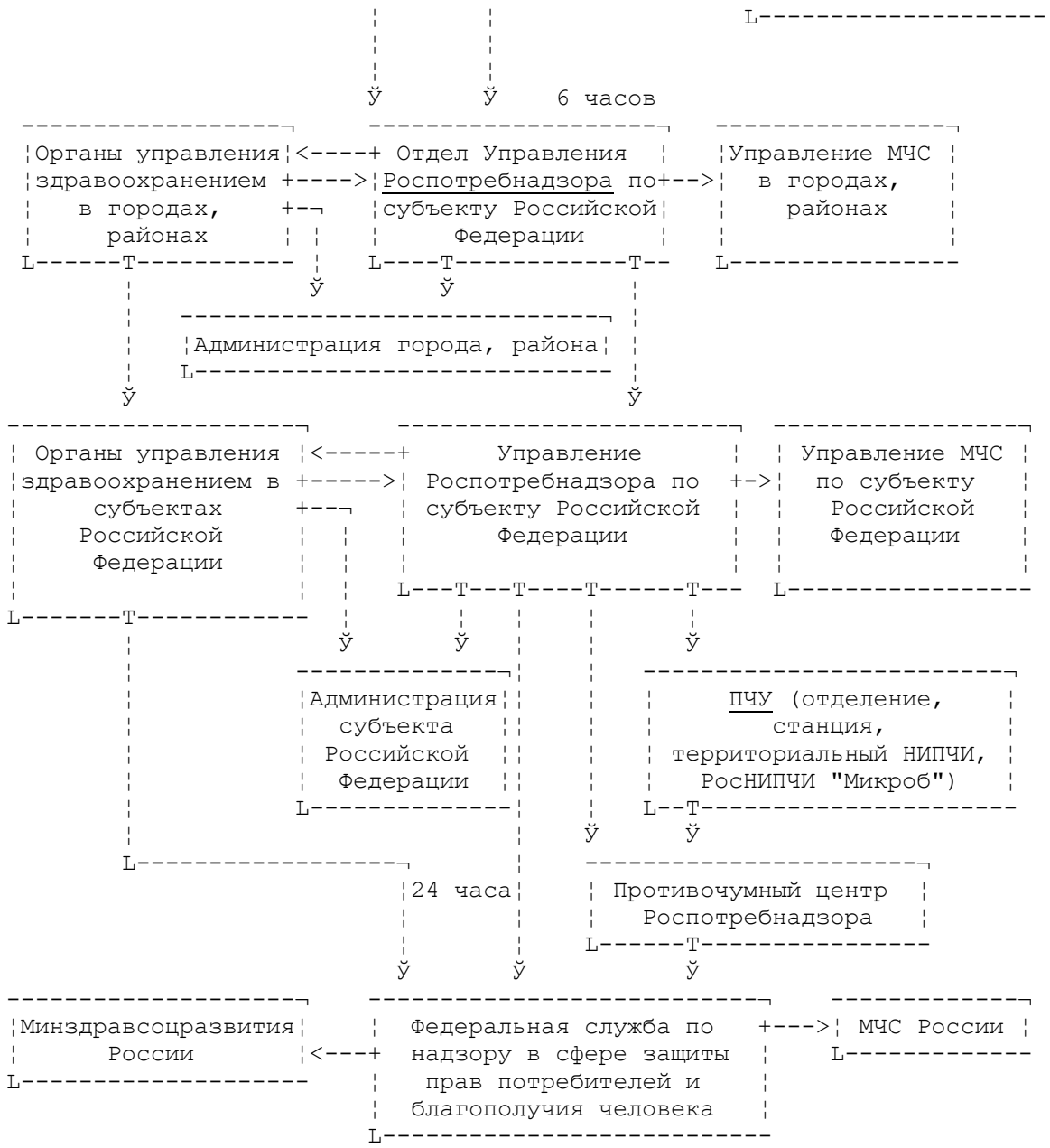
2.2. Схема информации при выявлении подозрительного больного (трупа) в вагоне поезда





2.3. Схема информации при возникновении подозрения на Болезни во время вскрытия трупа в морге (патологоанатомическом отделении - ПАО), бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ)





Приложение 3
(рекомендуемое)

Схемы
оперативных планов мероприятий в лечебно-профилактических учреждениях

3.1. Схема оперативного плана поликлиники по локализации очага в случае выявления больного (трупа) с подозрением на инфекционную болезнь, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ п/п	Мероприятия	Срок выполнения	Ответственный исполнитель
1	2	3	4
1.	Немедленное оповещение главного врача (заместителя) в случае	Немедленно при возникновении	Врачи поликлиники

	возникновения подозрения на холеру, чуму, КВГЛ, оспу, ТОРС, грипп, вызванный новым подтипом вируса, по телефону или нарочным. Гл. врач - № тел.....… Зам. гл. врача по леч. части - № тел.....	подозрения	
2.	Направление инфекциониста или терапевта в кабинет, где выявлен больной, для подтверждения диагноза с укладкой универсальной для забора материала от людей (№ 1, приложение 5), дезсредств (№ 2, приложение 9), средств личной профилактики (№ 3, приложение 8), средств для оказания неотложной помощи больному (№ 4, приложение 4). Укладки хранятся: № 1 - комн. № ..... шкаф № ..... № 2 - комн. № ..... шкаф № ..... № 3 - комн. № ..... шкаф № ..... № 4 - комн. № ..... холод. № ..... Ключи от комнат № ... и шкафов № .... хранятся в кабинете№	Немедленно	Главный врач поликлиники (заместитель) Инфекционист или зав. терапевтическим отделением: 1 смена …. (Ф.И.О.) 2 смена: …. (Ф.И.О.)
3.	Экстренная информация о выявлении больного по схеме согласно приложению № 2.	Немедленно после подтверждения инфекционистом (терапевтом)	Главный врач (заместитель) поликлиники
4.	Распоряжение о прекращении работы поликлиники и перекрытие сообщения между этажами, отельными отсеками	Не позже 20 мин. с момента подтверждения подозрения	Главный врач (заместитель) поликлиники Старшая медицинская сестра: 1 смена:…...(ФИО) 2 смена:..... (ФИО)
5.	Регистрация с указанием домашних адресов и эвакуация посетителей (пациентов) поликлиники. Выявление контактировавших с больным лиц по данным регистратуры, врачебных и диагностических кабинетов, манипуляционной, другим кабинетам, в местах ожидания приема. Выяснение по амбулаторной карточке, какие анализы больного взяты на исследование и передача их в специализированную лабораторию	Не позже 1 часа после обнаружения больного	Эпидемиолог поликлиники или лицо его замещающее 1 смена: врач.....….. (ФИО) м/с.....….. (ФИО) 2 смена: врач.....… (ФИО) м/с.....(ФИО) Лечащий врач Эпидгруппа
6.	Эвакуация больного эвакобригадой	Не позже 2 часов после выявления	Главный врач (заместитель)

		больного	
7.	Проведение заключительной дезинфекции дезбригадой учреждения дезинфекционного профиля, определенного комплексным планом по санитарной охране территории.	После эвакуации больного	Главный врач (заместитель) поликлиники, эпидемиолог

3.2. Схема оперативного плана больницы по локализации очага в случае выявления больного (трупа) с подозрением на инфекционную болезнь, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ п/п	**Мероприятия**	**Срок выполнения**	**Ответственный исполнитель**
1	2	3	4
1.	Немедленное оповещение зав. отделением и главного врача (заместителя) в случае возникновения подозрения на холеру, чуму, КВГЛ, оспу, ТОРС, грипп, вызванный новым подтипом вируса по телефону или нарочным. Гл. врач - № тел..... Зам. гл. врача по лечебной части - № тел.....	Немедленно при возникновении подозрения	Врачи больницы
2.	Направление инфекциониста или терапевта в приемное отделение или палату, где выявлен больной, для подтверждения диагноза с укладкой универсальной для забора материала от людей (№ 1, приложение 5), дезсредств (№ 2, приложение 9), средств личной профилактики (№ 3, приложение 8), средств для оказания неотложной помощи больному (№ 4, приложение 4). Укладки хранятся: № 1 - комн. № ..... шкаф № ..... № 2 - комн. № ..... шкаф № ..... № 3 - комн. № ..... шкаф № ..... № 4 - комн. № ..... шкаф № ..... Ключи от комнат № ... и шкафов № ... хранятся в кабинете № ..	Немедленно	Зав. отделением, главный врач больницы (заместитель). В выходные дни и ночное время - дежурный врач
3.	Экстренная информация о выявлении больного по схеме согласно приложению № 2.	Немедленно	Зав. отделением, главный врач больницы (заместитель). В выходные дни и в ночное время -

			дежурный врач.
4.	Вызов консультантов.	Немедленно	Главный врач (заместитель) больницы
5.	Изоляция больного в отдельной палате.	Не позже 20 мин. с момента обнаружения больного	Главный врач (заместитель) больницы, зав. отделением В выходные дни и ночное время - дежурный врач.
6.	Распоряжение о прекращении приема и выписки больных, выдачи трупов, посещения больных родственниками и знакомыми. Перекрытие сообщения между этажами, отельными отсеками больницы.	После подтверждения подозрения инфекционистом (терапевтом)	Зав. отделением, главный врач больницы (заместитель) В выходные дни и ночное время - дежурный врач.
7.	Выявление контактировавших с больным по приемному отделению, палате, диагностическим, манипуляционным и другим кабинетам, столовой, туалету. Изъятие (уничтожение или передача в специальную лабораторию) материала от больного из всех лабораторий (бактериологической, биохимической, иммунологической)	Не позже 1 часа после обнаружения больного	Эпидемиолог больницы
8.	Эвакуация больного эвакобригадой и направление его в госпиталь для больных указанными инфекциями.	Не позже 2 часов после выявления больного	Дежурный врач, зав. отделением
9.	Проведение заключительной дезинфекции дезбригадой учреждения дезинфекционного профиля, определенного комплексным планом по санитарной охране территории.	После эвакуации больного	Эпидемиолог или лицо, его замещающее. Эпидгруппа из ФГУЗ «ЦГиЭ»

3.3. Схема оперативного плана больницы, на базе которой в соответствии с комплексным планом города, района предусмотрено развертывание госпиталя для больных чумой, холерой, КВГЛ, оспой, ТОРС, гриппом, вызванным новым подтипом вируса

№ п/п	Мероприятие	Срок выполнения	Исполнители

1	2	3	4
1.	Госпитализация первого больного (больных) в специально предусмотренный бокс или отдельную палату инфекционного отделения.	При поступлении	Зав. отделением или дежурный врач инфекционного отделения или больницы
	Дезинфекция транспорта, на котором доставлен больной.	После приема больного	Дезинфектор (м/с) приемного отделения
2.	Экстренная информация о поступившем больном главному врачу (заместителю), в нерабочее время - ответственному дежурному врачу больницы	Немедленно	Зав. отделением, дежурный врач
3.	Введение в действие оперативного плана мероприятий.	После подтверждения диагноза	Главный врач (заместитель)
4.	Вызов консультантов: инфекциониста - ФИО, № тел..... эпидемиолога - ФИО, № тел..... бактериолога - ФИО, № тел.....	Немедленно	Главный врач (заместитель), ответственный дежурный врач больницы
5.	Экстренное сообщение о поступившем больном с подозрением на особо опасную инфекционную болезнь по схеме согласно приложению 2.	Немедленно	-" -
6.	Забор материала на лабораторное исследование у больного, назначение лечения	Не позже 60 мин. после поступления больного	Врач-инфекционист или медсестра, специалисты по особо опасным инфекциям
7.	Упаковка и направление материала на исследование на специальном транспорте в лабораторию, предусмотренную в комплексном плане - адрес № тел.....	В течение 2 часов после поступления больного	Врач-инфекционист врач-бактериолог (консультант)
8.	Вызов сотрудников, задействованных в работе госпиталя, по схеме оповещения (приложение 3.3.1.)	В течение 2 часов после введения в действие оперативного плана	Гл. врач, заведующий отделением
9.	Подготовка к поэтапному развертыванию госпиталя для приема больных в случае	После подтверждения	Гл. врач, Заведующий

	продолжения эпидемических проявлений. Переход на трехсменную работу.	диагноза	отделением
10.	Перевод больных, которые находятся на стационарном лечении в отделении, предназначенном для перепрофилирования, в отделения больницы, предусмотренные для этих целей (№ отделения....., количество больных.....). Выписка выздоравливающих больных на амбулаторное лечение. Дезинфекция освободившихся палат.	В течение 2 часов после приема больного или сообщения о его выявлении	Главный врач (заместитель) больницы, зав. инфекционным отделением, зав. отделениями
11.	Изоляция отделения от остальных подразделений больницы перекрытием проходов, дверей, лестниц в соответствии с приложением 3.3.2.	- " -	- " -
12.	Выполнение персоналом госпиталя своих функциональных обязанностей.	Спустя 2 часа от начала развертывания	Начальник госпиталя и весь персонал
13.	Выполнение действующих санитарно-эпидемиологических правил по безопасности работы.	Постоянно	Начальник госпиталя, весь персонал

3.3.1. Схема оповещения сотрудников госпиталя в нерабочее время

№ п/п	Фамилия И.О.	Должность	№ телефона	Адрес	Кто сообщает

3.3.2. Схема развертывания госпиталя для больных чумой (холерой, КВГЛ, оспой, ТОРС, гриппом, вызванным новым подтипом вируса) на базе ....отделения .....больницы

Графически изображается план всех помещений госпиталя с указанием его функциональных подразделений в «заразном» отделении (приемно-сортировочное отделение и палаты для больных, раздаточная пищи, комната для обеззараживания инфицированного материала, ванные и туалетные комнаты, процедурная, помещение для

выписки больных с санитарным пропускником, санитарный пропускник для персонала, палаты для регидратации, рентгеновский кабинет, оборудованный передвижной аппаратурой, операционная) и «чистой» незаразной половины (гардероб, санпропускник, туалетные, комнаты для персонала, включая рабочие комнаты, комнаты отдыха и приема пищи, бельевая, подсобные помещения).

Стрелками должно быть показано движение больного от приема до выписки и заразного материала до его обеззараживания.

3.4. Схема оперативного плана патологоанатомического отделения (ПАО) больницы или Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) в случае выявления трупа с подозрением на инфекционную болезнь, вызывающую чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№ п/п	Мероприятия	Срок исполнения	Ответственный исполнитель
1	2	3	4
1.	Оповещение зав. ПАО (БСМЭ) и главного врача больницы в случае возникновения подозрения на чуму, холеру, оспу, ТОРС, КВГЛ во время вскрытия по телефону или с нарочным Главный врач - № телефона…… Зам. главного врача по лечебной части - № телефона……	Немедленно при возникновении подозрения	Врач-патологоанатом (судмедэксперт)
2.	Экстренная информация о выявлении трупа с подозрением на чуму, холеру, оспу, ТОРС, КВГЛ по инстанциям (Приложение 2). Вызов консультантов - № телефонов.....	Немедленно	Главный врач больницы (БСМЭ) или заместитель. В выходные дни и ночное время - дежурный врач
3.	Временное прекращение вскрытия до прибытия консультантов. Изоляция помещений секционной. Задействование аварийных аптечек и укладок. Приготовление дезраствора.	Немедленно	Врач-патологоанатом (судмедэксперт), зав. ПАО (БСМЭ)
4.	Снятие рабочей одежды персонала с погружением в дезраствор. Обеззараживание открытых участков кожи и слизистых оболочек.	Сразу по выполнении предыдущих операций	- " -
5.	Изоляция персонала и всех лиц, присутствовавших при вскрытии, на чистой половине.	До приезда консультантов	Зав. ПАО (БСМЭ)
6.	Завершение вскрытия (кроме подозрения на КВГЛ) в соответствии	После приезда	- " -

	с действующими санитарными правилами по безопасности работы, забор материала для исследований, подготовка к захоронению трупа.	консультантов	
7.	Проведение заключительной дезинфекции.	После вывоза трупа для его захоронения	Зав. ПАО (БСМЭ), Эпидемиолог ФГУЗ «ЦГиЭ», консультант противочумного учреждения

Приложение 4
(рекомендуемое)

Лечение и экстренная профилактика инфекционных болезней, вызывающих чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения

4.1. Схема терапии больных в критическом состоянии

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

	сочетании с препаратами калия: преднизолон внутривенно 60-90 мг, ингаляция кислорода, раствор Лабори 500 мл, 5% раствор альбумина 300 мл, раствор глюкозы 500 мл, инсулин 8 ЕД внутривенно, капельно. При гипертензии одновременно 1% раствор лазикса 2 мл. При гипертермии - реопирин - 5 мл, или амидопирин 5% - 5 мл, анальгин 50% - 2мл. Местная и общая физическая гипотермия.

4.2. Схемы общей экстренной профилактики (при неизвестном возбудителе)

Наименование Препарата	**Способ применения**	**Разовая доза, г**	**Кратность применения в сутки**	**Средняя доза на курс профилактики, г**	**Средняя продолжительность курса профилактики, сутки**
Доксициклин*	Внутрь	0,2	1	1,0	5
Ципрофлоксацин(*)*	"-"	0,5	2	5,0	5
Рифампицин**	"-"	0,3	2	3,0	5
Тетрациклин**	"-"	0,5	3	7,5	5
Сульфамонометоксин/ триметоприм	"-"	1,0/04	2	10,0/4,0	10

_____

* Основное средство общей экстренной профилактики.

** Резервное средство общей экстренной профилактики.

(*) Ципрофлоксацин можно заменить на офлоксацин (разовая доза - 0,3 г) или пефлоксацин (разовая доза - 0,6 г).

4.3. Схемы применения антибактериальных препаратов при экстренной профилактике чумы

Наименование препарата	**Способ применения**	**Разовая доза, г**	**Кратность применения в сутки**	**Суточная доза, г**	**Курсовая доза, г**	**Продолжительность курса, сутки**
Ципрофлоксацин	внутрь	0,5	2	1,0	5,0	5
Офлоксацин	"	0,2	2	0,4	2,0	5
Пефлоксацин	"	0,4	2	0,8	4,0	5
Доксициклин	"	0,2	2	0,4	2,8	7

Рифампицин	"	0,3	2	0,6	4,2	7
Рифампицин/триметоприм	"	0,3/0,08	2	0,6/0,16	4,2/1,12	7
Рифампицин + ампициллин	"	0,3 +1,0	1 +2	0,3 +2,0	2,1 +14,0	7
Рифампицин +ципрофлоксацин	"	0,3 + 0,25	1	0,3 + 0,25	1,5 + 1,25	5
Рифампицин + офлоксацин	"	0,3 + 0,2	1	0,3 + 0,2	1,5 + 1,0	5
Рифампицин + пефлоксацин	"	0,3 + 0,4	1	0,3 + 0,4	1,5 + 2,0	5
Сульфамонометоксин/триметоприм	"	1,0/0,4	2	2,0/0,8	14,0/5,6	7
Гентамицин	в/м	0,08	3	0,24	0,8	5
Амикацин	"	0,5	2	1,0	5,0	5
Стрептомицин	в/м	0,5	2	1,0	5,0	5
Цефтриаксон	"	1,0	1	1,0	5,0	5
Цефотаксим	"	1,0	2	2,0	14,0	7
Цефтазидим	"	1,0	2	2.0	14,0	7

4.4. Схемы применения антибактериальных препаратов при экстренной профилактике холеры

Наименование препаратов	**Способ применения**	**Разовая доза, г.**	**Кратность применения в сутки**	**Суточная доза, г**	**Курсовая доза, г**	**Продолжительность курса, сутки**
Доксициклин*	внутрь	0,2 в первый день, затем по 0,1	1	0,2 в первый день, затем по 0,1	0,6	4
Ципрофлоксацин*	"	0,5	2	1,0	3,0-4,0	3-4

Цефтибутен*	"	0,4	1	0,4	1,2-1,6	3-4
Тетрациклин	"	0,3	4	1,2	4,8	4
Офлоксацин	"	0,2	2	0,4	1,6	4
Пефлоксацин	"	0,4	2	0,8	3,2	4
Норфлоксацин	"	0,4	2	0,8	3,2	4
Ломефлоксацин	"	0,4	1	0,4	1,6	4
Левомицетин*	"	0,5	4	2,0	8,0	4
Сульфаметоксазол/триметоприм*	"	0,8/0,16	2	1,6/0,32	6,4/1,28	3-4
Сульфамонометоксин/триметоприм*	"	0,5/0,2	2	1,0/0,4	4,0/1,6	4
Рифампицин/триметоприм	"	0,3/0,08	2	0,6/0,16	2,4/0,64	4
Фуразолидон* + канамицин	"	0,1+0,5	4 совместно	0,4+2,0	1,6+8,0	4
_____ * - препараты, которые необходимо иметь в резерве на случай выявления больного холерой.						

Цефтибутен как наименее токсичный рекомендуется назначать беременным и детям. Беременным назначают также фуразолидон, детям бисептол.

Ципрофлоксацин назначают в случае множественной лекарственной устойчивости возбудителя к антибактериальным препаратам.

4.5. Схемы применения специфического иммуноглобулина при экстренной профилактике болезней, вызываемых вирусами Эбола и Марбург

Наименование препарата	**Способ применения**	**Разовая доза, мл**	**Кратность применения**	**Титр нейтрализующих антител**
Специфический иммуноглобулин	в/м	6	1	не менее 1:4096
Специфический иммуноглобулин	п/к или в/м + в/м	1-3 + до 6	обкалывание поврежденного участка кожи 1	не менее 1:4096 не менее 1:4096

4.6. Схема применения антивирусных препаратов при экстренной профилактике лихорадки Ласса

Наименование препарата	Способ применения	Разовая доза, г	Кратность применения	Суточная доза, г	Курсовая доза, г	Продолжительность курса, сутки
Виразол (рибамидил)	внутрь	0,2	4	0,8	8,0	10

4.7. Схемы применения антивирусных препаратов для экстренной профилактики гриппа

Наименование препарата	Способ применения	Разовая доза, г	Кратность применения в сутки	Суточная доза, г	Курсовая доза, г	Продолжи-тельность курса, сутки
Ремантадин	внутрь	0,005	1	0,005	0,05/0,075	10-15
Циклоферон	"	Детям с 4-х лет и взрослым 0,3/0,6	1	0,3-0,6	1,5-3,0	на 1, 2, 4, 6, 8 дни
Арбидол	"	0,2	1	0,2	2-2,8	10-14
Занамивир (Реленза)	ингаляции	Взрослым и детям старше 12 лет - 0,2; детям 6-12 лет - 0,1; детям 2-6 лет - 0,05	1	0,2 0,1 0,05	2-2,8 1-1,4 0,5-0,7	10-14
Озельтамивир (тамифлю)	внутрь	Взрослым и детям старше 12 лет - 0,075 мг	1	0,075 мг	0,375	5

4.8. Химиопрофилактика малярии

В случае местной передачи малярии, подтвержденной эпидобследованием очага, в период эффективной заражаемости комаров необходимо проводить сезонную химиопрофилактику населения в очаге делагилом или тиндурином 1 раз в неделю. Если в большом населенном пункте случаи заболевания малярией локализованы на отдельном участке, химиопрофилактику можно проводить по микроочаговому принципу. Предварительное лечение лихорадящих однократной дозой этого препарата следует проводить в тех случаях, когда надо срочно ослабить клинические проявления или предупредить передачу малярии в очаге. Для предупреждения поздних проявлений трехдневной малярии после завершения сезона передачи или перед началом следующего эпидемического сезона тем же лицам следует провести межсезонную химиопрофилактику примахином в течение 14 дней. Химиопрофилактика проводится по семейным спискам,

препарат принимают только в присутствии медицинского работника. Решение о проведении химиопрофилактики принимает Управление (территориальный отдел Управления) Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации.

Препараты, применяемые для химиопрофилатики тропической малярии

Препараты или их сочетание*	**Дозы**					**Схемы**	
	для взрослых	для детей				До выезда в зону	После возвращения
		1-4 г	5-8 л	9-12 л	13-14 л		
Делагил (хлорохин)	300 мг/нед.	-	-	-	-	За 2 недели	6 недель
Делагил (хлорохин) + прогуанил	300 мг/нед. + 200 мг/нед.	- -	- -	- -	- 1 доза взрослого	1 раз в неделю	1 раз в неделю
Мефлохин	250 мг	-	-	-	-	За 1 неделю однократно	4 недели 1 раз в неделю
Доксициклин	100 мг/день	не рекомендуется			1 доза взрос.		
_____ * - в общей сложности период приема не должен превышать 4-6 мес., препараты противопоказаны детям до 1 года. Для беременных женщин: хлорохин + прогуанил - только в первые 3 мес., мефлохин - от 4 мес. Беременность желательна толко через 3 мес. после завершения профилактики мефлохином, через 1 неделю после доксициклина.							

4.9. Схема проведения экстренной профилактики лихорадки Рифт-Валли

Наименование препаратов	**Способ применения**	**Разовая доза, г**	**Кратность применения в сутки**	**Суточная доза, г**	**Курсовая доза, г**	**Продолжительность курса, сутки**
1	2	3	4	5	6	7
Виразол	в/в	1,0-1,5	1	1,0-1,5	3,0-6,0	3-4
Альфаферон	в/м	3 млн. МЕ	1	3 млн. МЕ	9-12 млн. МЕ	3 - 4
Иммуноглобулин нормальный человеческий для внутривенного введения	в/в	25-50 мл	1 (через 48-72 часа после первого применения)	25-50 мл	3-10 трансфузий	4-20

Аскорбиновой кислоты 5% раствор	в/в	2,0 мл	1	2,0 мл	10,0-14,0	5-7
Рутин	внутрь	0,002	3	0,006	0,03-0,042	5-7
Димедрол	в/м	0,001	1	0,001	0,005-0,007	5-7

4.10. Схема проведения экстренной профилактики натуральной оспы

Наименование препаратов	**Способ применения**	**Разовая доза, г**	**Кратность применения в сутки**	**Суточная доза, г**	**Курсовая доза, г**	**Продолжительность курса, сутки**
1	2	3	4	5	6	7
Метисазон	внутрь	Для взрослых - 0,6 Для детей - 10мг /кг	2	1,2	7,2	4-6

Одновременно проводится вакцинация оспенной вакциной (независимо от предшествующей вакцинации).

4.11. Мероприятия в отношении контактировавших с больными полиомиелитом и с явлениями острых вялых параличей

Детям до 5 лет проводится однократная вакцинация живой оральной полиомиелитной вакциной вне зависимости от ранее проведенных прививок.

4.12. Химиопрофилактика в очагах менингококковой болезни

Наименование препаратов	**Способ применения**	**Разовая доза, г**	**Кратность применения в сутки**	**Суточная доза, г**	**Курсовая доза, г**	**Продолжительность курса, сутки**
1	2	3	4	5	6	7
Рифампицин*	внутрь	Для взрослых - 0,6 Детям от 12 мес.- 10мг/кг веса Детям до года -	2	1,2	2,4	2

		5 мг/кг				
Ципрофлоксацин **	внутрь	лицам старше 18 лет - 0,5	1	0,5	0,5	1
Ампициллин	внутрь	взрослым по 0,5 гр	4	2,0	8,0	4

_____

* - не рекомендуется беременным

** - не рекомендуется лицам моложе 18 лет, беременным и кормящим матерям.

Лечение назофарингита проводится теми же препаратами в соответствии с инструкцией.

Приложение 5
(обязательное)

Комплект медицинский
(укладка универсальная для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни)

№№ п/п	**Предметы и средства**	**Количество**
1	2	3
	Предметы для забора крови*	
1	Пробирка (ПП) (4 мл) для забора крови и получения сыворотки	10 шт
2	Пробирка (ПП) (4 мл) для забора крови с ЭДТА или цитратом натрия (для ПЦР диагностики)	10 шт
3	Скарификатор-копье одноразового применения стерильный	10 шт
4	Салфетка преднъекционная дезинфицирующая	10 шт
5	Жгут кровеостанавливающий венозный	1 шт
6	Бинт медицинский марлевый стерильный	1 шт
7	Салфетка марлевая медицинская стерильная	1 уп
8	Лейкопластырь	1 шт
9	Шприц с иглой (до 20 мл) медицинский одноразового применения стерильный	10 шт

Предметы для забора биологического материала*		
10	Тампон хлопковый на деревянной палочке размер 150 х 2,5 мм стерильный	10 шт
11	Тампон хлопковый в полиэтиленовой пробирке размер 150 х 12 мм стерильный	10 шт
12	Пинцет (150 мм) одноразового применения стерильный	10 шт
13	Шпатель для языка прямой одноразового применения стерильный	10 шт
14	Катетер урологический женский для одноразового использования стерильный	5 шт
15	Катетер урологический мужской для одноразового использования стерильный	5 шт
16	Вата медицинская гигроскопическая стерильная	1 уп
Предметы для забора, хранения и транспортировки проб биологического материала*		
17	Контейнер (60 мл) полипропиленовый с завинчивающейся крышкой, стерильный	10 шт
18	Контейнер (60 мл) полипропиленовый с завинчивающейся крышкой с лопаткой, стерильный	10 шт
19	Контейнер (50 мл) полипропиленовый с завинчивающейся крышкой для сбора мокроты стерильный	10 шт
20	Микропробирка (ПП) 1,5 мл с завинчивающейся крышкой с резиновой прокладкой	10 шт
21	Криопробирка стерильная 2,0 мл	10 шт
22	Пакет для стерилизации самозапечатывающийся 14 х 26 см	10 шт
23	Пакет для автоклавирования на 3 л	10 шт
24	Медицинские ватные шарики нестерильные	1 уп
25	Контейнер для сброса отходов и острого инструментария	1 шт
26	Бутылка цилиндрическая с завинчивающейся крышкой, неградуированная, 100 мл (для спирта)	2 шт
27	Пинцет анатомический	1 шт
28	Пинцет хирургический	1 шт

29	Скальпель	1 шт
30	Ножницы медицинские	1 шт
31	Автоматическая пипетка до 200 мкл	1 шт
32	Автоматическая пипетка до 5000 мкл	1 шт
33	Наконечник для микродозатора с фильтром до 200 мк	96 шт
34	Наконечник для микродозатора до 5000 мкл	10 шт
35	Штатив для микропробирок с прозрачной крышкой	1 шт
36	Стекло предметное	10 шт
37	Стекло покровное	1 уп.
38	Спиртовка	1 шт
39	Клеенка подкладная с ПВХ покрытием	1 шт
Средства индивидуальной защиты*		
40	Комбинезон защитный ограниченного срока пользования из воздухонепроницаемого материала	1 шт
41	Маска-респиратор	1 шт
42	Перчатки медицинские латексные	10 пар
43	Бахилы медицинские	10 пар
Предметы для отбора проб из объектов окружающей среды		
44	Пинцет (150 мм) одноразового применения стерильный	10 шт
45	Тампон хлопковый на деревянной палочке размер 150 х 2,5 мм, стерильный	10 шт
46	Тампон хлопковый в полиэтиленовой пробирке размер 150 х 12 мм, стерильный	10 шт
47	Скальпель хирургический для одноразового использования, стерильный	10 шт
48	Микропробирка 1,5 мл (ПП) с завинчивающейся крышкой и резиновой прокладкой	10 шт
49	Криопробирка стерильная 2,0 мл	10 шт

50	Пакет полиэтиленовый с застежкой-молнией 210 х 150 мм	30 шт
51	Пакет «Вихрь» объемом 500 мл, стерильный	10 шт
52	Чашка Петри одноразового применения стерильная	10 шт
53	Ложка-совок (50 мл) для отбора проб полипропиленовая	10 шт
54	Корнцанг	1 шт
Предметы для хранения и транспортировки проб из объектов окружающей среды		
55	Контейнер (100-150) мл полипропиленовый с завинчивающейся крышкой, стерильный	20 шт
56	Контейнер (60 мл) полипропиленовый с завинчивающейся крышкой с лопаткой, стерильный	10 шт
57	Флакон стеклянный (500 мл) с завинчивающейся крышкой, автоклавируемый	2 шт
58	Салфетка марлевая медицинская, стерильная	1 уп
Сопутствующие предметы*		
59	Емкость-контейнер полимерная для дезинфекции и предстерилизационной обработки медицинских изделий (1000 мл)	1 шт
60	Ручка шариковая	1 шт
61	Карандаш чернографитный	1 шт
62	Маркер перманентный	1 шт
63	Ножницы	1 шт
64	Клей ПВА-М	1 шт
65	Скрепка канцелярская	1 уп
66	Скотч	1 шт
67	Папка с зажимом	1 шт
68	Бумага листовая формат А4 для офисной техники	20 лис
69	Бумага фильтровальная	10 лис
Средства индивидуальной защиты		
70	Комбинезон защитный ограниченного срока пользования с	1 шт

	полимерным покрытием	
71	Маска полная для защиты органов дыхания	1 шт
72	Перчатки медицинские латексные	10 пар
73	Сапоги	1 пара

_____

* В лечебно-профилактических учреждениях общего профиля (неинфекционные ЛПУ, БСМЭ, станции (отделения) скорой и неотложной медицинской помощи, поликлиники, СУБы, ФАПы) допускается наличие только этих предметов Универсальной укладки.

Учреждения Роспотребнадзора (ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии», их филиалы, СКП, СКО, ПСКП), ЛПУ инфекционного профиля должны быть укомплектованы полным комплектом укладки.

Приложение 6
(обязательное)

Правила
забора материала для лабораторного исследования от больного (трупа) при подозрении на заболевание чумой, холерой, малярией и другими особо опасными инфекционными болезнями

6.1. Общие положения

Забор материала, как правило, производят в инфекционном стационаре. Забор клинического материала и его упаковку от больных и лиц, подозрительных на заражение или заболевание, осуществляют до начала лечения антибиотиками и другими химиопрепаратами врач-инфекционист или терапевт (хирург) стационара, где госпитализирован больной, в присутствии и под руководством вирусолога ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» или противочумного учреждения с соблюдением режима безопасности работы с материалом, подозрительным на зараженность возбудителями I-II групп патогенности. Секционный материал отбирают медицинские работники патологоанатомических отделений (БСМЭ) в присутствии специалиста по особо опасным инфекциям.

Материал забирают до начала специфического лечения стерильными инструментами в стерильную посуду.

Общие требования к забору проб биологического материала.

Для предохранения от инфицирования при заборе проб биоматериала и доставке их в лабораторию медицинский работник должен соблюдать следующие требования:

- не загрязнять наружную поверхность посуды при заборе и доставке проб;

- не загрязнять сопроводительные документы (направления);

- свести к минимуму непосредственный контакт пробы биоматериала с руками медицинского работника, забирающего и доставляющего пробы в лабораторию;

- использовать стерильные одноразовые или разрешенные к применению для этих целей в установленном порядке контейнеры (емкости) для забора, хранения и доставки проб;

- транспортировать пробы в переносках или укладках с раздельными гнездами;

- соблюдать асептические условия в процессе выполнения инвазивных мероприятий для предотвращения инфицирования пациента;

- забирать пробы в стерильную посуду, незагрязненную биоматериалом, не имеющую дефектов.

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

6.2. При подозрении на заболевание чумой

В зависимости от формы заболевания для исследования берут следующий материал:

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

- при бубонной - пунктат из бубона, кровь;

- при септической - кровь;

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

Пунктат бубона

Материал из бубона берут стерильным шприцем емкостью не менее 5 мл.

Поверхность невскрывшегося бубона обрабатывают 70% этиловым спиртом, а затем смазывают 5% раствором йода и вновь протирают спиртом. Пункцию бубона производят как в центре, так и на периферии. Иглу с толстым просветом вводят с таким расчетом, чтобы ее острие достигало центральной части бубона, после чего, немного оттянув поршень, медленно извлекают иглу. Экссудат в чумном бубоне расположен между плотными тканями, количество его незначительно и часто заполняет только просвет иглы. Поэтому полезно перед пункцией бубона в шприц набрать 0,1-0,2 мл стерильного питательного бульона или изотонического раствора хлористого натрия. После извлечения иглы из бубона через нее набирают в шприц 0,5 мл того же бульона (pH 7,2) и содержимое выливают в стерильную пробирку, закрывают резиновой стерильной пробкой. Последние капли материала из шприца наносят на 2 предметных стекла. После высыхания капли стекла помещают в фиксатор с 96° этиловым спиртом. Нефиксированные мазки направляют в лабораторию, поместив в герметичную тару с указанием, что мазок не фиксирован. При невозможности получения материала в бубон вводят 0,3 мл стерильного физиологического раствора, а затем отсасывают его и помещают в стерильную пробирку. При вскрывшемся бубоне материал берут из периферической плотной части, как указано

выше, и отдельно - отделяемое. Обе порции берут и исследуют раздельно. Пунктат из отека набирают в шприц и переносят в стерильную пробирку.

Материал, предназначенный для исследования методом ПЦР, переносят в стерильную пробирку с транспортной средой № 2 или ESP.

Содержимое папул, везикул, пустул.

Перед взятием материала кожные элементы очищают ватным тампоном, смоченным спиртом или эфиром, затем прокалывают их у основания стерильной иглой. Для ускорения поступления материала элемент надавливают сверху пинцетом. Корку или верхнюю часть везикул отделяют от кожи иглой, скальпелем. Исследуемый материал отбирают стерильным шприцем или дозатором, снабженным наконечником с аэрозольным барьером, предварительно обработав поверхность кожного элемента спиртом. Иглу или капилляр пипетки вводят у основания кожного элемента. Содержимое помещают в стерильную пробирку (для ПЦР - в пробирку с транспортной средой № 2 или ESP). Параллельно делают тонкие мазки везикулярной или пустулезной жидкости на 2-3 предметных стеклах, которые после подсушивания фиксируют или помещают в герметичную тару, указав, что мазки не фиксированы.

При подозрении на легочную форму мокроту для исследования собирают в одноразовые градуированные стерильные флаконы (пробирки) с широким горлом и завинчивающимися крышками в количестве не менее 0,5 мл.

При отсутствии мокроты материал забирают стерильным тампоном из зева.

При всех формах чумы берут кровь из вены в количестве 10 мл, засевая сразу 5 мл в 50 мл питательного бульона (pH 7,2), остальной материал используют в дальнейшем для посева на агар, заражения биопробных животных, а также постановки серологических реакций, приготовления мазков.

Забор материала от трупа для лабораторного исследования производят стерильными инструментами. Вырезанный для исследования кусочек органа помещают в отдельную банку, после чего инструменты каждый раз вытирают увлажненным тампоном, смачивают в спирте и обжигают над пламенем горелки. Кровь из сердца и содержимое желчного пузыря берут дозатором, снабженным наконечником с аэрозольным барьером. Прокол сердечной мышцы производят через участок ее, простерилизованный прикосновением раскаленного металлического шпателя. Если полость желудочка пуста, можно взять кровь из предсердия, крупного сосуда. При подозрении на чуму берут кусочки печени, селезенки, легких, лимфатических узлов, костного мозга из трубчатой кости и грудины, а также кровь или сгустки ее из полости сердца и крупных сосудов. Кусочки вырезают стерильными ножницами или скальпелем, биоптаты помещают в стерильные одноразовые полипропиленовые флаконы с завинчивающимися крышками, содержащие физиологический раствор или транспортную среду.

6.3. При подозрении на заболевание холерой

Испражнения и рвотные массы для лабораторного исследования необходимо брать немедленно при выявлении больного и обязательно до начала лечения антибиотиками.

Материал для исследования должен быть доставлен не позже, чем через 2 ч после его взятия. В случае удлинения сроков доставки используют транспортные среды. Наиболее удобной и достаточно эффективной является 1%-я пептонная вода (pH *).

В пептонную воду в качестве ингибитора сопутствующей флоры может быть добавлен теллурит калия из расчета 1:100000-1:200000 или моющее средство «Прогресс» в концентрации 0,1-0,2%. В отдельных случаях для транспортирования материала могут быть использованы солевые консерванты

Выделения отбирают в стерильный одноразовый контейнер с широким горлом и завинчивающейся крышкой, содержащий ложечку (шпатель), вмонтированную в крышку контейнера. Фекалии собирают сразу после дефекации из индивидуального судна, на дно которого помещают меньший по размеру сосуд (лоток), удобный для обеззараживания кипячением в количестве 1,5-2,0 г (3-4 ложечки), если материал жидкий, то контейнер заполняют не более чем на 1/3 объема. Забор материала может быть осуществлен в медицинском учреждении, где выявлен больной.

При отсутствии испражнений материал забирают в инфекционном стационаре. Ректальные мазки собирают с помощью стерильного, ректального зонд - тампона, вмонтированного в стерильную сухую пробирку (тубсер). Желчь берут при дуоденальном зондировании. В отдельные стерильные пробирки собирают две порции из желчного пузыря и желчных протоков (В и С). В лабораторию желчь отправляют нативной.

При вынужденном удлинении сроков доставки материала в лабораторию (длительное плавание, круиз и т.п.) можно использовать полоски фильтровальной (промокательной) бумаги. Жидкими испражнениями пропитывают полоску обычной плотной промокательной бумаги или другого гигроскопичного материала и герметично упаковывают в пластиковый пакет для предохранения от высыхания при транспортировании в лабораторию. На таких полосках холерные вибрионы выживают до четырех-пяти или более недель, пока сохраняется влага.

От трупов людей, умерших с подозрением на холеру, берут отрезки (длиной до 10 см) верхней, средней и нижней частей тонкого кишечника, разрез производят между двойными лигатурами, предварительно наложенными на оба конца изымаемого участка кишечника. Желчный пузырь после перевязки протока извлекают целиком. Содержимое кишечника и желчь от трупа можно взять дозатором, снабженным наконечником с аэрозольным барьером в объеме до 10 мл и перенести в емкость с 1%-й пептонной водой. Взятые образцы органов трупов укладывают отдельно в стеклянные банки, упаковывают, подписывают и отправляют в лабораторию.

Нумерация разделов приводится в соответствии с источником

6.5. При подозрении на заболевание малярией

Забор крови на исследование производят в любом лечебном учреждении, где выявлен больной. Готовят 2 препарата: мазок, который фиксируют в 96% спирте или смеси Никифорова, затем окрашивают по Романовскому-Гимза и толстая капля, которая окрашивается без предварительной фиксации мазка тем же методом.

6.6. При подозрении на заболевание полиомиелитом

В день поступления больного в стационар с интервалом 24-48 ч. проводится забор двух проб фекалий в объеме 8-10 г. для вирусологического исследования на возможность выделения полиовируса. При подозрении на полиомиелит кроме вирусологического исследования проводится исследование парных сывороток крови (в количестве 5 мл) - первая порция берется в день постановки клинического диагноза, вторая - через 2-3 недели после первой. Диагностическим является четырехкратное нарастание титра

антител в пробах парных сывороток. В случае летального исхода необходимо взять секционный материал из спинного мозга в первые часы после смерти. Взятие материала и доставка его в вирусологическую лабораторию должны осуществляться с соблюдением условий "холодовой цепи".

6.7. При подозрении на заболевание ТОРС

Кровь

Для исследования методом ПЦР необходимо использовать плазму крови. Для проведения ИФА с тест системой "ИФА-АНТИ-SARS-CoV" возможно использование сыворотки или плазмы крови. Для получения плазмы забор крови производят натощак из локтевой вены одноразовой иглой (диаметр 0,8-1,1 мм) в одноразовый шприц объемом 5 мл или специальную вакуумную систему типа "Venoject" (с ЭДТА), "Vacuett" (сиреневые крышки - 6% ЭДТА). При заборе в шприц кровь из него аккуратно (без образования пены) переносят в одноразовую пластиковую пробирку с антикоагулянтом (6% раствор ЭДТА в соотношении 1:20 или 3,8% раствор цитрата Na в соотношении 1:9). Гепарин в качестве антикоагулянта использовать нельзя! Пробирку закрывают крышкой и аккуратно переворачивают несколько раз (для перемешивания с антикоагулянтом). Для получения сыворотки забор крови проводят натощак из локтевой вены одноразовой иглой (диаметр 0,8-1,1 мм) в одноразовый шприц объемом 5 мл или в стеклянную пробирку типа Vacuete - без антикоагулянта. При заборе в шприц кровь из него аккуратно (без образования пены) переносят в одноразовую стеклянную пробирку.

Фекалии

Используют пробы фекалий массой (объемом) 1-3 г (1-3 мл). Фекалии забирают из предварительно продезинфицированного горшка или подкладного судна, не имеющего следов дезсредств. Пробу в количестве 1 грамма (примерно) отдельным наконечником с аэрозольным барьером или одноразовыми лопатками переносят в специальный стерильный флакон.

Мазки из полости носа

Мазки (слизь) берут сухими стерильными ватными тампонами. Тампон вводят легким движением по наружной стенке носа на глубину 2-3 см до нижней раковины. Затем тампон слегка опускают книзу, вводят в нижний носовой ход под нижнюю носовую раковину, делают вращательное движение и удаляют вдоль наружной стенки носа. После забора материала тампон (рабочую часть зонда с ватным тампоном) помещают в стерильную одноразовую пробирку с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10-15 секунд, избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки и, отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

Мазки из ротоглотки

Мазки берут сухими стерильными ватными тампонами вращательными движениями с поверхности миндалин, небных дужек и задней стенки ротоглотки. После забора материала тампон (рабочую часть зонда с ватным тампоном) помещают в стерильную одноразовую пробирку с транспортной средой. Погрузив рабочую часть зонда в транспортную среду, вращают зонд в течение 10-15 секунд, избегая разбрызгивания раствора. Вынимают зонд из раствора, прижимая его к стенке пробирки и, отжав избыток жидкости, удаляют зонд и закрывают пробирку.

Смывы из полости носа

Забор материала производят в положении больного сидя с отклоненной назад головой. Для получения смыва из полости носа в оба носовых хода поочередно с помощью зонда или одноразового шприца вводят по 3-5 мл теплого стерильного изотонического раствора натрия хлорида. Промывную жидкость из обоих носовых ходов собирают через воронку в одну стерильную пробирку. Не допускается повторное использование воронки без предварительного автоклавирования.

Смывы из ротоглотки

Перед забором смывов из ротоглотки проводят предварительное полоскание полости рта водой. После этого проводят тщательное полоскание ротоглотки (в течение 10-15 сек) 8-10 мл изотонического раствора натрия хлорида. Жидкость собирают через воронку в стерильную пробирку. Не допускается повторное использование воронки без предварительного автоклавирования.

Мокрота

Забор материала осуществляют в количестве не менее 0,5 мл в одноразовые градуированные стерильные флаконы (пробирки) с широким горлом и завинчивающимися крышками объемом не менее 50 мл.

Секционный материал

В качестве секционного материала используются ткани легких, сегментарные бронхи, кровь, образцы фекалий. Секционный материал тканей легких и бронхов собирают в одноразовые полипропиленовые пробирки с завинчивающимися крышками объемом 50 мл. Манипуляции с образцами крови и фекалий указаны выше.

Транспортировку клинического материала осуществляют в специальном термоконтейнере с охлаждающими элементами или в термосе со льдом: при температуре 2-8°С - в течение 6 часов; в замороженном виде - в течение 1 суток.

6.8. При подозрении на заболевание оспой

Для исследования берут кровь, соскоб папул, содержимое везикул, пустул, корки, отделяемое слизистой носоглотки. Техника забора материала - как и при других особо опасных инфекционных болезнях.

6.9. При подозрении на заболевание человеческим гриппом, вызванным новым подтипом вируса

Для исследования забирают следующие виды клинического материала:

- смывы из полости носа и ротоглотки (для ОТ-ПЦР анализа);

- мазки из полости носа (для МФА и ОТ-ПЦР анализа) и ротоглотки (для ОТ-ПЦР анализа);

- носоглоточное отделяемое (для выделения вируса, для ОТ-ПЦР анализа);

- фекалии (для ОТ-ПЦР анализа).

6.10. При подозрении на заболевание желтой лихорадкой и лихорадкой Денге

Для исследования берут следующий материал:

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

- секционные пробы органов (печень, селезенка).

6.11. При подозрении на заболевание лихорадкой Западного Нила

Для исследования берут следующий материал:

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

- спинномозговую жидкость (по показаниям);

- секционные пробы органов (головной мозг, печень, селезенка).

6.12. При подозрении на заболевание Крымской геморрагической лихорадкой

Для исследования берут следующий материал:

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

- секционные пробы органов (головной и спинной мозг, печень, селезенка, легкие, почки).

6.13. При подозрении на заболевание лихорадкой Рифт-Валли

Для исследования берут следующий материал:

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

- смывы из зева;

- секционные пробы органов (печень);

- фекалии.

6.14. При неустановленном диагнозе

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

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

- слизь из зева (стерильным тампоном);

- мокроту;

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

- отделяемое патологических образований на коже - стерильным скарификатором;

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

Методика забора материала такая же, как при подозрении на чуму, для фиксации мазков используют 96° спирт с добавлением 3% перекиси водорода (конечная концентрация). Режим обеззараживания в Приложении 9.

6.15. Упаковка и транспортировка материала

Все материалы (пробы) должны быть пронумерованы и последовательно «дважды упакованы»:

- в транспортную емкость (плотно закрывающиеся пробирки, флаконы с завинчивающейся пробкой и другие емкости). Плотно закрытый верхний конец транспортной емкости вместе с крышкой для надежности заклеивают, например, парафинизированным полиэтиленом (парафильмом). Транспортную емкость обрабатывают снаружи дезраствором;

- в пластиковый пакет подходящего размера с небольшим количеством любого адсорбирующего материала, например, ваты. Пластиковый пакет следует заклеить или запаять;

- не допускается упаковка образцов материалов от разных людей в один и тот же пакет.

Заклеенные пакеты с образцами помещают внутрь дополнительного пластикового контейнера с завинчивающейся крышкой. Строго дважды упакованные образцы материалов от разных пациентов могут быть транспортированы в одном дополнительном контейнере. В дополнительный контейнер также следует положить некоторое количество адсорбирующего влагу материала.

При транспортировке проб на значительные расстояния их помещают в специальный переносной термоизолирующий контейнер, укомплектованный охлаждающимися элементами или льдом. Контейнер, термоконтейнер опечатывают и транспортируют в лабораторию. Пробы отправляют в лабораторию специальным транспортом в сопровождении 2 человек, один из которых медицинский работник. Каждую пробу материала сопровождают бланком направления по форме, прикрепленным к наружной стенке контейнера.

Транспортировка проб клинического материала в референтную лабораторию (референс-центр) для дальнейшего исследования с целью подтверждения результатов осуществляется нарочным, информированным о правилах доставки материала.

Сопроводительные документы составляют в двух экземплярах: один отправляют вместе с пробами в лабораторию, второй (копия) остается у лица, направляющего пробы на исследование. В сопроводительном документе указывают фамилию, имя, отчество, возраст больного, диагноз, даты начала заболевания и взятия материала, часы забора, характер материала для исследования, примененные антибиотики (дата и доза), фамилию и должность медицинского работника, забравшего материал.

Мазки при подозрении на малярию высушивают на воздухе, завертывают в обычную бумагу, помещают в полиэтиленовый пакет, снабжают этикеткой.

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

Сроки транспортировки проб в лабораторию не должны превышать 1-2 ч.

Все виды диагностических работ (специфическая индикация, генная диагностика и последующая изоляция возбудителя) с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями КВГЛ (Ласса, Марбург, Эбола) проводятся только в специализированных лабораториях учреждений, имеющих на это санитарно-эпидемиологическое заключение на право работы с вирусами I группы патогенности, персоналом (врачами, биологами, лаборантами), окончившим курсы специализации по особо опасным инфекциям и допущенным к работе с таким материалом приказом руководителя учреждения. Организация и обеспечение лабораторной диагностики Болезней, осуществляется в учреждениях, определенных Приказом Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека Российской Федерации от 17 марта 2008 № 88 «О мерах по совершенствованию мониторинга за возбудителями инфекционных и паразитарных болезней».

Приложение 7

Средства
индивидуальной защиты

Средства индивидуальной защиты (СИЗ) обеспечивают защиту медицинского персонала от заражения возбудителями особо опасных инфекционных болезней при обслуживании больного в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, при перевозке (эвакуации) больного, проведении текущей и заключительной дезинфекции, при взятии материала от больного для лабораторного исследования, при вскрытии трупа. Средства индивидуальной защиты должны быть подобраны по размеру и маркированы.

Применяют различные средства индивидуальной защиты: комбинезон защитный ограниченного срока пользования из воздухонепроницаемого материала, дополненный маской для защиты органов дыхания, перчатками медицинскими и сапогами (бахилами медицинскими); противочумный костюм Кварц (запас сменных фильтров для одного костюма «Кварц» должен составлять не менее 3-х шт.); комбинезон защитный «Тайкем С» и другие разрешенные к использованию СИЗ.

Комплект средств индивидуальной защиты «КВАРЦ» предназначен для защиты органов дыхания, кожных покровов и слизистых оболочек.

Порядок надевания комплекта средств индивидуальной защиты «КВАРЦ»:

Комплект надевают до входа в очаг инфекционного заболевания в определенной последовательности, тщательно, чтобы удобно было в нем работать в течение 3-4 часов:

- расстегнуть текстильную застежку на комбинезоне;

- надеть брюки комбинезона;

- надеть рукава комбинезона (запрещается надевание одновременно обоих рукавов сразу во избежание разрывов комбинезона);

- надеть бахилы, заправив под них брюки, завязать завязки бахил;

- вставить в клапан комбинезона полотенце;

- привернуть фильтр к полумаске шлема;

- надеть полумаску шлема, предварительно натерев с внутренней стороны стекла маски сухим мылом (для предупреждения запотевания);

- надеть защитную оболочку шлема;

- затянуть и завязать ленту по горловине шлема;

- заправить пелерину шлема под комбинезон;

- застегнуть текстильную застежку комбинезона снизу вверх, равномерно надавливая верхнюю часть на нижнюю;

- следить за тем, чтобы не было отверстий;

- надеть перчатки, заправив под них подрукавники, сверху опустить рукава комбинезона;

- надеть вторую пару перчаток, заправив под них рукава комбинезона;

Порядок снятия и обеззараживания комплекта средств индивидуальной защиты «КВАРЦ»:

Комплект снимают после работы в специально выделенном для этого помещении, или в той же комнате, в которой проводились работы, после полного ее обеззараживания.

Комплект снимают только самостоятельно, очень медленно, осторожно, по возможности, перед зеркалом.

Тщательно, в течение 1-2 минут, моют руки в перчатках в 3% растворе хлорамина (в дальнейшем руки обрабатывают в 3% растворе хлорамина после каждой манипуляции).

1. Снимают верхние перчатки, кладут в емкость с дезинфицирующим раствором.

2. Медленно снимают полотенце, кладут в емкость с дезинфицирующим раствором.

3. Снимают бахилы, развязав завязки, погружают их в емкость с дезинфицирующим раствором.

4. Расстегивают текстильную застежку на комбинезоне;

5. Снимают рукава комбинезона.

6. Снимают перчатки с подрукавников комбинезона.

7. Снимают рукава комбинезона и погружают комбинезон в емкость с дезинфицирующим раствором.

8. Снимают защитную оболочку шлема, развязав стягивающую ленту по горловине;

9. Снимают полумаску, оттягивая двумя руками вперед, вверх и назад. Отворачивают фильтр. Полумаску погружают в дезинфицирующий раствор, фильтр помещают в мешок.

Снимают перчатки, проверяют их целостность в дезинфицирующем растворе, моют руки мыльным раствором.

Последующая пароформалиновая обработка проводится при температуре 58°С. в течение 180 мин. в дезинфекционной камере. После дезинфекционной обработки изделие следует тщательно просушить в разобранном виде.

Деконтаминация фильтра осуществляется:

- в сухожаровом шкафу при температуре 160°С в течение 4 часов;

- автоклавированием на сетках при давлении 2 ати. в течение 1,5 часов (гарантийный срок эксплуатации фильтра 10 циклов автоклавирования.

Приложение 8
(обязательное)

Меры и средства личной профилактики

8.1. Экстренная личная профилактика чумы

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

8.2. Схема местной экстренной профилактики чумы

Наименование препаратов	**Способ приготовления глазных капель**	**Концентрация, мг/мл**	**Способ и кратность применения**
Стрептомицина сульфат	Содержимое флакона (0,5 г) растворить в 20 мл дистиллированной воды	25	Закапывать в глаза сразу после предполагаемого заражения, затем 3 раза в день в течение трех суток.
Гентамицина сульфат	Содержимое флакона (0,08 г) растворить в 20 мл дис. воды или содержимое ампулы (1 мл = 0,04 г) растворить в 10,0 мл дистиллированной воды	4	«
Амикацина сульфат	Содержимое флакона (2 мл = 0,5 г мг) растворить в 125 мл дистиллированной воды	4	«
Ампициллина натриевая соль	Содержимое флакона (500 мг) растворить в 33,2 мл дистиллированной воды.	15	«
Тетрациклин	0,5% раствор		«

Левомецитина сукцинат натрия	0,25% раствор		«
Готовые лекарственные формы			
Ципромед (Ципрофлоксацин)		0,3%	«
Тобрекс	состав:тобрамицин+ консервант	0,3%	«
Софрадекс	состав: фрамецитин сульфат-5 мг грамицидин-0,05 мг дексаметазон-0,5 мг		«
Макситрол	состав: неомицина сульфат 3500 ед полимиксина В сульфат 6000 ед дексаметазон 0,1% (1 мг)		«
Сульфацил натрий* (альбуцид)	20% раствор		«
Азотно-кислое серебро*	1% раствор		«
Борная кислота*	1% раствор		«

_____

* - растворы применяются при отсутствии антибиотиков как глазные капли. Рот и горло промывают 70° этиловым спиртом.

8.3. Экстренная личная профилактика КВГЛ

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

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

8.4. Экстренная личная профилактика инфекционного заболевания неизвестной этиологии

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

Нумерация разделов приводится в соответствии с источником

8.4. Экстренная личная профилактика оспы, ТОРС

Обрабатывают 70° этиловым спиртом открытые части тела, волосы; рот и горло прополаскивают 70° этиловым спиртом, в нос и в глаза закапывают растворы антибиотиков или 1% раствор борной кислоты.

8.5. Укладка для проведения экстренной личной профилактики

№ п/п	Наименование	Количество
1.	Антибиотики (один из антибиотиков схемы 8.2, 8.4 для приготовления растворов)	по 1 фл. каждого
2.	Противовирусный препарат для профилактики гриппа (арбидол и другие рекомендованные к применению препараты)	1 упаковка на каждого 3 специалиста
3.	Марганцовокислый калий (навески) для приготовления 0,5% раствора (с последующим разведением в 10 раз)	10 шт.
4.	Борная кислота (навески для приготовления 1% раствора)	10 шт.
5.	Спирт 70°	200,0 мл
6.	Дистиллированная вода по 10 мл, в ампулах	30 амп.
7.	Пипетка глазная, стерильная	5 шт.
8.	Ванночка	1 шт.
9.	Тампон ватный	30 шт.
10.	Флакон для приготовления вышеуказанных растворов, емкостью 100 и 200 мл, стерильные	5 шт.
11.	Шприц одноразовый для приготовления растворов антибиотиков	5 шт.

Приложение 9
(обязательное)

Режимы обеззараживания различных объектов, зараженных патогенными микроорганизмами

9.1. Бактери, не образующие спор

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания (мин.)	Норма расхода обеззараживающего средства
1	2	3	4	5	6
1	Поверхности	Орошение или	1% раствор Хлорамина	60	Орошение - 300

	в помещениях (пол, стены, двери), мебель, оборудование, рабочий стол, индивидуальные шкафы и др. мебель, помещение вивария	протирание с последующей влажной уборкой	Б		мл/м2 Протирание - 200 мл/м2
			1% осветленный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой	60	
			0,5% осветленный раствор КГН	60	
			1% по АХ раствор гипохлорит натрия	60	
			1% осветленный раствор ДСГК	60	
			0,2% раствор ДП-2	30	
			0,2% раствор Септодора-форте	120	
			2,3% раствор Дезэфекта**	120	
			3% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской	60	
		Орошение	0,056% раствор по АХ Пресепта	60	300 мл/м2
			0,2% раствор Септодора*	90	
			3% раствор Бриллианта	60	
			2% раствор Ника-Дез**	60	
			8% раствор РИК-Д	120	
		Протирание	3% раствор по ПВ водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	60	100 мл/м2
			0,1% по АХ раствор Клорсепта	90	200 мл/м2
			0,1% раствор Септодора*	120	100 мл/м2

			1% раствор Велтолена	30	100 мл/м2
		Двукратное орошение с интервалом 15 мин.	0,1% по АХ раствор Клорсепта	90	500 мл/м2
Примечание: в случае аварии залить зараженные поверхности одним из перечисленных выше растворов на 2 часа: * - режимы дезинфекции при холере; ** - режимы дезинфекции при чуме и холере					
2.	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, косынки), белье больного, загрязненные выделениями (мокрота, моча, фекалии и др.) или кровью	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кГс/см2 (0,11 МПа), 120 + 2°С	30	
		Кипячение	2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства	15	
		Замачивание с последующей стиркой	1% раствор Хлорамина Б	120	5 л на 1 кг сухого белья
			3% раствор Хлорамина Б	30	
			0,2% раствор ДП-2	120	
			0,2% по АХ раствор Клорсепта	60	
			0,168% раствор по АХ Пресепта	60	
			3% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	
			0,2% раствор Септодора*	30	
			6% раствор Гамма-Д при температуре 30°С 4% раствор Гамма-Д при температуре 60°С	60 30	

			2% раствор Бриллианта**	60	
			1% раствор Велтолена	60	
			3,8% раствор Дезэфекта	60	
			2% раствор РИК-Д	60	
3.	Перчатки резиновые	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кГс/см2 (0,11 МПа), 120+2°С	45	
		Кипячение	2% раствор пищевой соды	15	
		Погружение	1% раствор Хлорамина Б	120	
			3% раствор ПВ водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	30	
			0,2% раствор ДП-2	60	
4.	Очки, фонендоскоп и др.	Двукратное протирание с интервалом 15 мин. с последующим споласкиванием водой	3% раствор по ПВ водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	30	
			3% раствор по ПВ водорода перекиси медицинской	30	
			1% раствор Велтолена	30	
			0,2% раствор Септодора*	90	
		Погружение	70% спирт	30	
5.	Постельные принадлежности	Камерное обеззараживание	Паро-воздушная смесь 80-90°С	45	60 кг/м2 полезной площади камеры
6.	Посуда лабораторная (пипетки,	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кГс/см2) (0,15 МПа),	60	

	пробирки, колбы), шприцы	(автоклав)	126+2°С		
		Кипячение	2% раствор пищевой соды	30	
		Погружение	3% раствор Хлорамина Б	60	Полное погружение
			0,056% раствор по АХ Пресепта* 0,112% раствор по АХ Пресепта**	90	
			3% раствор ПВ водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	60	
			0,2% раствор Септодора-форте	60	
			0,2% раствор ДП-2	60	
7.	Посуда больного	Кипячение	2% раствор пищевой соды	15	
		Погружение в дезраствор с последующим тщательным споласкиванием горячей водой	1% раствор Хлорамина Б	120	2 л на 1 комплект посуды
			3% раствор РИК-Д	60	
			0,1% раствор (по АХ) Клорсепта	60	
			0,112% раствор по АХ Пресепта**	60	
			0,2% раствор ДП-2	60	
			1% раствор Септодора*	60	
			2% раствор Ника-Дез**	60	
			0,5% раствор Бриллианта**	60	
			3,8% раствор Дезэфета	60	
			1,0% раствор Велтолена	60	
8.	Руки в резиновых	Погружение и	Дезинфицирующие растворы, указанные	2	

	перчатках	мытье	в п. 3		
9.	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кГс/см2 (0,11 МПа), 120+2°С	30	
		Кипячение		30	
		Засыпать и размешать	Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или КГН	60	200 г/л
			ДСГК	120	200 г/л
10.	Выделения больного: мокрота, фекалии, рвотные массы, остатки пищи	Засыпать и размешать	Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или ДСГК	60	200 г/л
			КГН	120	150 г/л
				30	200 г/л
			Пресепт гранулы** (обеззараживание фекалий)	90	Засыпать фекалии гранулами в соотношении 10:1
			ГКТ	120	200 г/л марки А
					250 г/л марки Б
11.	Моча, жидкость после полоскания зева	Залить	2% раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	60	Соотношение 1:1
			2% раствор Хлорамина Б	60	Соотношение 1:1
			1% раствор КГН	60	Соотношение 1:1
		Засыпать и размешать	Хлорная известь или известь белильная термостойкая	15	10 г/л

			КГН	15	5 г/л
12.	Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники), квачи, используемые для мытья посуды после обеззараживания хранят в специальной емкости	Погружение в один из дезрастворов с последующим мытьем	1% осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	30	
			0,5% раствор КГН	30	
			1% раствор Хлорамина Б	60	
			3% раствор Хлорамина Б	30	
			1,5% раствор ГКТ	30	
			2,3% раствор Дезэфекта*	120	
			0,2% раствор ДП-2	30	
13.	Санитарно-техническое оборудование	Двукратное протирание ветошью, смоченной в одном из дезрастворов	3% раствор Бриллианта Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в п. 2	60	500 мл/м2
		Протирание ветошью, на которую наносят чистяще-дезинфицирующие средства с последующим смыванием	Дихлор-1	15	0,5 г/100 см2 поверхности
			Белка	15	
			Блеск-2	25	
			Санита	15	
			ПЧД	15	
			Дезус и др.	15	
		Протирание ветошью, смоченной в одном из дезрастворов	0,2% (по АХ) раствор Клорсепта	90	
			1% раствор Велтолена	60	
		Протирание или орошение	1,0% раствор Септодора-форте	60	

14.	Уборочный материал, ветошь	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	15	Полное погружение
		Замачивание	3% раствор Хлорамина Б	60	
			0,6% (по АХ) раствор КГН	120	
			0,2% раствор ДП-2	120	
			3% (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	
			1% раствор Велтолена	60	
			3,8% раствор Дезэфекта**	60	
			0,5% раствор Септодора-форте	30	
15.	Мусор	Сжигание			
		Залить одним из дезрастворов	10% раствор осветленной хлорной извести или белильной термостойкой извести	120	На 1 часть мусора 2 части дезраствора
			5% раствор КГН	120	
16.	Фильтрующая часть противогаза	Продувание паров формальдегида	Формалин 40% (подогрев). Воздух, содержащий пары формальдегида, пропускают через коробку, используя установку. Остаточные пары формальдегида нейтрализуют парами аммиака; принудительное продувание воздуха через коробку (до исчезновения запаха	5	

			аммиака).		

_____

* режимы дезинфекции при холере;

** режимы дезинфекции при чуме и холере.

9.2. Бактерии, образующие споры/неизвестный патогенный объект

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1.	Помещение (пол, стены, двери, оборудование и другая мебель)	Протирание двукратное с интервалом 30 мин. и с последующей влажной уборкой	2% по ПВ раствор ПВК	90	500 мл/м2
			4% по ПВ раствор ПВК	60	500 мл/м2
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	500 мл/м2
			1,5% по АХ раствор Клорсепта (таблетки)	120	500 мл/м2
			5% по АХ осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести или КГН	120	500 мл/м2
			5% по АХ раствор Тепсихлора 70А	60	500 мл/м2
			3% по АХ раствор ДП-2 (для поверхностей из неокрашенного дерева 3-х кратное протирание с интервалом 30 мин.)	90 (150)	500 мл/м2
		Двукратное орошение с интервалом 30 мин. с последующей	2% по ПВ раствор ПВК	90	900 мл/м2 для пористых, впитывающих поверхностей (штукатурка,
			4% по ПВ раствор ПВК	60	

		влажной уборкой	6% раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	60	кирпич и др.) 500 мл/м2 для непористых, не впитывающих поверхностей
			6% раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	
			5% раствор формальдегида с 5% мыла при температуре 55-60°С	120	
			10% раствор Септодора-Форте	60	
			1,68% раствор по АХ Пресепта	120	
			1,5% раствор по АХ Клорсепта	120	
			5% по АХ раствор тепсихлора 70А	60	
			5% по АХ осветленный раствор КГН или ДСГК	120	
			1% по АХ активированный осветленный раствор КГН, или хлорной извести, или белильной термостойкой извести, или ДСГК	120	
			1% по АХ активированный раствор Хлорамина Б	120	
			3,5% активированный раствор Тепсихлора	60	

			70А		
		Аэрозольный метод дезинфекции с помощью пневматической (ПВАН) или турбулирующей (ТАН) аэрозольных насадок	20% водный раствор формальдегида (через 24 часа нейтрализация 45% раствором аммиака из расчета 10 мл/м3)	24 часа	200 мл/м3
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	30	400 мл/м3
			10% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской	60	
2.	Защитная одежда персонала (халаты, косынки, ватно-марлевые маски, шапочки) и белье больного	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кГс/см2 (0,2 МПа), 132+2°С	90	
		Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	60	
		Замачивание в дезинфицирующем растворе с последующей стиркой и полосканием	1% активированный раствор Хлорамина Б	120	5 л/кг сухой защитной одежды
			1,2% по АХ раствор ДП-2 при температуре 50°С	30	
			1,5% по АХ раствор Клорсепта	90	
			3% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства при температуре 50°С	60	
			3% по ПВ раствор ПВК при температуре 50°С	45	

			3% по ПВ раствор ПВК	120	
			5% раствор Септодора-Форте при температуре 50°С	120	
			10% раствор Септодора-Форте	120	
			2,5% раствор Велтолена при температуре 50-55°С	120	
			5% раствор Велтодеза при температуре 50-55°С	120	
			8% раствор Велтолена-экстра при температуре 50-55°С	120	
			0,2% раствор формальдегида с 0,5% мыла или ОП-10 при температуре 60°С	60	
			15% раствор Ника-Дез 15% раствор Ника-Дез при температуре 30°С	90 60	
			10% раствор Гамма-Д при температуре 60°С 12% раствор Гамма-Д при температуре 60°С	90 60	
			8% раствор РИК-Д	60	
3.	Перчатки резиновые	Кипячение	2% раствор пищевой соды	60	
		Погружение в дезинфицирующий раствор	1% активированный раствор Хлорамина Б	120	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	60	

			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	30	
			0,2% раствор формальдегида с 0,2% мыла или ОП-10 при температуре 60°С	60	
4.	Очки, фонендоскоп и пр.	Двукратное протирание с интервалом 30 мин. и с последующим промыванием водой	6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	30	
			4% по ПВ раствор ПВК	60	
5.	Брюки, постельные принадлежности	Камерное обеззараживание	Паро-воздушный метод, температура 97-98°С	45	60 кг/м2 полезной площади пола камеры
			Паровой метод, температура 104-111°С, давление 0,2-0,5 кГс/см2	60	50 кг/м3 объема камеры
6.	Шапки, кожаная обувь, полушубки, тапочки (из ткани)	Камерное обеззараживание	Пароформалиновый метод, температура 57-59°С	165	Формалина 250 мл/м3 (18 кг/м2 полезной площади пола камеры)
7.	Посуда лабораторная (пробирки, пипетки, колбы и др.)	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кГс/см2 (0,2 МПа), 132+2°С	90	
		Кипячение	2% раствор пищевой	60	

			соды		
		Погружение	4% активированный раствор Хлорамина Б	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	30	
			4% по ПВ раствор ПВК	90	
			10% раствор Септодора-форте	60	
8.	Посуда больного	Кипячение	2% раствор пищевой соды	60	
		Погружение	4% активированный раствор Хлорамина Б	60	2 л на комплект посуды
			1% по АХ активированный раствор КГН	60	
			5% по АХ раствор КГН	60	
			1,2% по АХ раствор ДП-2	60	
			1,2% по АХ раствор ДП-2 при температуре 50°С	30	
			1,5% по АХ раствор Клорсепта (таблетки)	60	
			3,5% по АХ активированный раствор Тепсихлор	90	

			70А		
			5% по АХ раствор Тепсихлора 70А	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	60	
			3% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства при температуре 50°С	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	30	
			4% по ПВ раствор ПВК	90	
			10% раствор Септодора-форте	60	
			2,5% раствор Велтолена при температуре 50-55°С	120	
			5% раствор Велтолена-экстра при температуре 50-55°С	120	
			2,5% раствор Велтодеза при температуре 50-55°С	120	
			5% раствор Ника-Дез	60	
			8% раствор РИК-Д	90	
9.	Руки в резиновых перчатках	Погружение и мытье	4% по ПВ раствор ПВК	2	
			3% по ПВ раствор	2	

			водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства при начальной температуре раствора 50°С		
10.	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кГс/см2 (0,2 МПа), 132+2°С	90	
		Кипячение		60	
		Засыпать сухим препаратом и размешать	Хлорная известь, или белильная термостойкая известь, или ДСГК	120	200 г/л
			Тепсихлор 70А	240	125 г/л
			КГН	240	100 г/л
11.	Выделения больного (моча)	Засыпать сухим препаратом и размешать	Хлорная известь, или белильная термостойкая известь, или ДСГК	120	200 г/л
			КГН	120	100 г/л
12.	Испражнения, остатки пищи	Засыпать сухим препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь или ДСГК	120	500 г/кг
			КГН	240	100 г/кг
			Тепсихлор 70А	240	125 г/кг
13.	Посуда из-под выделений больного (мочеприемники, горшки, подкладные судна)	Погружение в дезинфицирующий раствор с последующим мытьем в горячей воде	4% активированный раствор хлорамина Б	120	
			20% осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее	120	

			5% АХ		
			15% осветленный раствор КГН, содержащий не менее 5% АХ	120	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	
14.	Санитарно-техническое оборудование	Двукратное протирание с интервалом 30 мин.	6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	500 мл/м2
			5% по АХ осветленный раствор хлорной извести, белильной термостойкой извести или КГН	120	
			1,5% (по АХ) раствор Клорсепта (таблетки)	120	
			1,68% раствор по АХ Пресепта 2,688% раствор по АХ Пресепта	120 90	
			5% (по АХ) раствор Тепсихлора 70А	60	
15.	Уборочный материал, ветошь	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	60	
		Замачивание	4% активированный раствор Хлорамина Б	120	5 л/кг

			5% по АХ раствор Тепсихлора 70А	120	
			1,2% по АХ раствор ДП-2	60	
			5% по АХ раствор КГН	60	
			10% раствор Септодора-Форте	120	
			5% раствор Септодора-Форте при температуре 50 С	120	
16.	Мусор	Сжигание			

9.3. Вирусы

1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1.	Поверхности в помещениях (стены, двери, подоконники, полы), поверхности рабочего стола, стеллажи, индивидуальные шкафы и др. мебель, виварий	Двукратное орошение с интервалом 30 мин. или двукратное протирание с интервалом 15 мин.	3% раствор Хлорамина Б	120	500 мл/м2 на каждое орошение; 200 мл/м2 на каждое протирание
			3% осветленный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой	120	
			1,5% раствор КГН или ДСГК	120	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской	120	
			0,5% раствор ДП-2	120	
			8% раствор лизола А	120	
2.	Защитная одежда персонала, белье, халаты, косынки, маски, белье больного (нательное, постельное,	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства	30	
		Погружение в раствор	3% раствор	120	

	полотенца, носовые платки и др.), загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и др.	с последующим полосканием в воде и стиркой	Хлорамина Б		
			0,5% активированный раствор Хлорамина Б	120	
			0,5% раствор ДП-2	120	
			8% раствор Лизола А	90	
			3% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства при температуре раствора 50°С	180	
		Обеззараживание в паровом стерилизаторе (автоклаве)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кГс/см2 (0,11 МПа), 120+2°С	45	
3.	Перчатки резиновые	Обеззараживание в паровом стерилизаторе (автоклаве)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кГс/см2 (0,11 МПа), 120+2°С	45	
		Кипячение	Вода	30	
		Погружение в раствор	3% раствор Хлорамина Б	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	60	
			0,5% раствор ДП-2	60	
4.	Защитные очки,	Двукратное	6% по ПВ раствор	15	

	фонендоскоп	протирание с последующим споласкиванием водой	водорода перекиси медицинской		
		Погружение	70% этиловый спирт	30	
5.	Постельные принадлежности	Камерное обеззараживание	Паро-воздушная смесь при температуре 80-90°С	45	40 кг/м2 полезной площади
6.	Полушубки, шапки, кожаная и меховая обувь, тапочки	Камерное обеззараживание	Пароформалиновая смесь при температуре 57-59°С	45	Формалина 75,0 мл/м3 30 кг/м2 полезной площади камеры
7.	Посуда лабораторная (чашки Петри, пробирки, пипетки, и др.)	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	30	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,5 кГс/см2 (0,15 МПа), 126+2°С	60	
		Погружение в раствор с последующим промыванием водой	3% раствор Хлорамина Б	60	
			3% осветленный раствор хлорной извести, или белильной термостойкой извести	60	
			0,5% раствор ДП-2	120	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской	60	
			6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской с 0,5%	60	

			моющего средства		
8.	Посуда больного	Кипячение вместе с остатками пищи	2% раствор пищевой соды	30	
		Погружение в раствор дезинфицирующего средства, последующее промывание в горячей мыльной воде, а затем в питьевой воде	3% раствор Хлорамина Б	60	
			0,5% активированный раствор Хлорамина Б	60	
			3% осветленный раствор хлорной извести, или белильной термостойкой извести	60	
			1,5% раствор КГН	60	
			3% раствор ДСГК	30	
			0,5% раствор ДП-2	120	
9.	Руки в резиновых перчатках	Мытье в растворе дезинфицирующего средства	Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в п. 5	2	
			1% раствор Хлорамина Б	2	
			70° этиловый спирт	2	
			70° этиловый спирт	2 раза по 3 мин.	
10.	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,5 кГс/см2 (0,15 МПа), 126+2°С	60	
		Кипячение		30	

		Засыпать препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь	60	200 г/л
			ДСГК и КГН	120	100 г/л
11.	Выделения больного (испражнения, мокрота, рвотные массы), остатки пищи	Засыпать препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь	120	200 г/кг
			КГН или ДСГК	120	200 г/кг
12.	Посуда из-под выделений (горшки, судна, ведра, баки и др.), квачи	Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим промыванием водой	3% раствор Хлорамина Б	60	
			0,5% активированный раствор Хлорамина Б	60	
			3% осветленный раствор хлорной извести, или белильной термостойкой извести	60	
			1,5% осветленный или не осветленный раствор КГН или ДСГК	60	
13.	Моча, жидкость после полоскания зева	Засыпать препаратом и размешать	Сухая хлорная известь, белильная термостойкая известь	60	70 г/л
			КГН, ДСГК	60	35 г/л
14.	Санитарно-техническое оборудование (ванны, унитазы, раковины и др.)	Двукратно протирают ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов	Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в п. 2	120	
15.	Уборочный материал (ветошь, мочалки и др.)	Кипячение	2% Мыльно-содовый раствор или раствор любого моющего средства	30	

		Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим прополаскиванием в воде	Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в п. 4		
16.	Мусор	Заливают раствором	10% осветленной раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	120	Мусор 1 часть дезраствор 2 части.
			5% раствор КГН	120	
			7% раствор ДСГК	60	
			20% хлорно-известковое молоко	60	

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

Кроме указанных обеззараживающих средств допускается применение других изученных и разрешенных к применению в Российской Федерации в установленном порядке обеззараживающих средств, эффективных в отношении микроорганизмов I-II групп патогенности.

Приложение 10
(обязательное)

Методы
обеззараживания материала от больного, подозрительного на заболевания чумой, для проведения клинического анализа

10.1. Обеззараживание крови

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

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

Разводящая жидкость для подсчета числа лейкоцитов - 25% ацетона, 4,9% уксусной кислоты. Для приготовления этого раствора 1 мл химически чистого ацетона смешивают с 3 мл 6,5% раствора уксусной кислоты, который получают путем разведения 1 мл ледяной уксусной кислоты в 14,4 мл дистиллированной воды. Для проверки пригодности ацетона в

пробирку наливают 2-3 мл и вносят несколько капель дистиллированной воды. Если при добавлении воды образуется легкая муть, ацетон считается непригодным. Для одного анализа необходимо 0,4 мл разводящей жидкости. Раствор следует хранить при температуре +40°С не более 10-14 суток.

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

10.2. Обеззараживание мочи

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

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

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

Приложение 11
(обязательное)

**Количество средств индивидуальной защиты,
разрешенных к применению в учреждениях медицинского профиля**

11.1. В лечебно-профилактических учреждениях

Учреждение	**Количество средств индивидуальной защиты**	
	на 1 работающего*	всего
ЛПУ амбулаторно-поликлинические (включая ФАП, ФП)	2	4
СКО, СКП, ПСКП	2	4
ЛПУ** (стационары)	2	4 + 3 (для консультантов)
ЛПУ (морги, ПАО, БСМЭ)	1	2 + 2 (для консультантов)

---

* Расчет защитных костюмов ведется для лиц, непосредственно связанных с обслуживанием больного

** ЛПУ, на базе которого не предусмотрено развертывание специализированного госпиталя

11.2. В санитарно-эпидемиологических учреждениях

Учреждения	**Количество проживающего населения на обслуживаемой территории (тыс. чел.)**	**Количество защитных костюмов**
Управления (территориальные отделы) Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации	До 100 100-300 301-500 501-1 млн.	6 10 16 25
Предприятия дезинфекционного профиля, станции (отделения) скорой медицинской помощи	До 100 100-300 301-500 501-1 млн.	8 16 25 40
ФГУЗ «ЦГиЭ» в субъектах Российской Федерации	независимо от численности населения	10
Территориальные управления (отделы) Роспотребнадзора по железнодорожному транспорту	- " -	10
ФГУЗ «ЦГиЭ» на железнодорожном транспорте	- " -	10

Методические указания МУ 3.4.2552-09 “Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения” (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 17 сентября 2009 г.)

1. Разработаны:

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Е.Б. Ежлова, Н.Д. Пакскина);

ФГУЗ Российский научно-исследовательский противочумный институт "Микроб" (В.В. Кутырев, А.В. Топорков, В.П. Топорков, Л.Н. Дмитриева, С.А. Бугоркова);

ФГУЗ Противочумный центр Роспотребнадзора (В.Е. Безсмертный, Ю.М. Федоров, С.М. Иванова, К.С. Фонарева);

ФГУЗ Ростовский-на-Дону научно-исследовательский противочумный институт (Ю.М. Ломов, Э.А. Москвитина, В.И. Прометной, Ю.М. Пухов, Н.Л. Пичурина, И.В. Рыжко, Р.И. Цураева);

ФГУЗ Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока (Т.И. Инокентьева, Е.И. Андаев, А.С. Марамович, С.А. Косилко, Г.А. Воронова);

ФГУЗ Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт (А.Н. Куличенко, О.В. Малецкая, А.П. Бейер, С.М. Кальной, Т.В. Харченко, Г.М. Грижебовский, Г.К. Исмаилова)

2. Рекомендованы к утверждению Комиссией по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

3. Утверждены и введены в действие Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко 2009 г.

4. Введены взамен методических указаний МУ 3.4.1028-01 «Организация и проведение первичных мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, карантинными инфекциями, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками, малярией и инфекционными болезнями неясной этиологии, имеющими важное международное значение»

Дата введения: 1 ноября 2009 г.

Текст методических указаний официально опубликован не был

ГОСУДАРСТВЕННОЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ НОРМИРОВАНИЕ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

Утверждаю
Руководитель
Федеральной службы
по надзору в сфере защиты
прав потребителей
и благополучия человека,
Главный государственный
санитарный врач
Российской Федерации
Г.Г.ОНИЩЕНКО
28 марта 2012 г.

Дата введения: с момента утверждения

3.4. САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ

ПОРЯДОК ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ И ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОСОБО ОПАСНЫХ, "НОВЫХ" И "ВОЗВРАЩАЮЩИХСЯ" ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

МУ 3.4.3008-12

1. Разработаны Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Е.Б. Ежлова, Н.Д. Пакскина, В.Ю. Смоленский); ФКУЗ Российский научно-исследовательский противочумный институт "Микроб" Роспотребнадзора (В.В. Кутырев, А.В. Топорков, С.А. Щербакова, В.П. Топорков, И.Г.

Карнаухов, А.И. Кологоров, Н.А. Осина, Е.С. Казакова, И.Н. Шарова); ФКУЗ Ростовский-на-Дону научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора (Э.А. Москвитина, И.В. Орехов); ФКУЗ Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора (А.Н. Куличенко, А.В. Таран, О.В. Малецкая, Т.В. Таран, А.П. Бейер); ФКУЗ Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока Роспотребнадзора (М.В. Чеснокова, Е.И. Андаев, С.А. Косилко); ФКУЗ Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора (В.В. Алексеев, А.В. Липницкий, В.И. Илюхин, В.А. Антонов, Д.В. Викторов, М.А. Гришина, Г.А. Ткаченко, В.В. Алексеева, С.С. Савченко, Н.В. Вьючнова, Ю.И. Сорокина, Е.Н. Кочубеева); ФБУН Государственный научный центр прикладной микробиологии и биотехнологии (И.А. Дятлов, Е.А. Тюрин, Л.В. Чекан).

2. Утверждены и введены в действие Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко 28 марта 2012 г.

3. Введены впервые.

Определения, обозначения и сокращения

Болезнь, Болезни - инфекционная болезнь (болезни), требующая проведения мероприятий по санитарной охране территории

Больной, Больные - больной (больные) или подозрительный на зараженность опасной инфекционной болезнью, требующей проведения мероприятий по санитарной охране территории

КВГЛ	- контагиозные вирусные геморрагические лихорадки
ГЛ	- геморрагические лихорадки
КГЛ	- Крымская геморрагическая лихорадка
ЛЗН	- лихорадка Западного Нила
ВЗН	- вирус Западного Нила
ММСП	- Международные медико-санитарные правила
ПБА	- патогенные биологические агенты
СКО	- санитарно-карантинный отдел
СКП	- санитарно-карантинный пункт
СП	- санитарные правила
ЧС	- чрезвычайная ситуация

1. Область применения

1.1. В методических указаниях представлен порядок организации эпидемиологической и лабораторной диагностики при возникновении чрезвычайных ситуаций (ЧС) санитарно-эпидемиологического характера, обусловленных появлением известных опасных инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территорий, или возникновением инфекционных болезней неизвестной этиологии, проведением террористических актов с применением патогенных биологических агентов, токсинов растительного, бактериального и животного происхождения и радиоактивных веществ.

1.2. Методические указания предназначены для специалистов органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор в Российской Федерации, специалистов противочумных учреждений, органов исполнительной власти в области

охраны здоровья и медицинских организаций.

2. Общие положения

Международные медико-санитарные правила (2005 г.) определяют "чрезвычайную ситуацию в области общественного здравоохранения, имеющую международное значение" как экстраординарное событие, представляющее риск для здоровья населения в других государствах в результате международного распространения Болезни и могущее потребовать скоординированных международных ответных мер.

Любая ЧС санитарно-эпидемиологического характера может возникнуть в результате эпидемического проявления инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории, или вследствие проведения террористических актов с применением биологических агентов I - II групп патогенности, токсинов растительного, бактериального и животного происхождения, радиоактивных веществ, а также появления инфекционных болезней неизвестной этиологии.

При оценке сложившейся санитарно-эпидемиологической обстановки определяют тип ЧС санитарно-эпидемиологического характера в конкретной ситуации, возникшей на той или иной территории. Для этого учитывают общее число положительных классификационных признаков (табл. 1). По количеству положительных классификационных признаков выделяют две группы ЧС:

1. К первой группе относят ЧС санитарно-эпидемиологического характера с небольшим (2 - 7) количеством положительных классификационных признаков (болезни, вызываемые токсинами растительного и животного происхождения и применением радиоактивных веществ). На этом основании можно выдвинуть гипотезу, что данные ЧС в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера не связаны с циркуляцией патогенного биологического агента, и провести лабораторное и инструментальное исследование для установления фактора поражения;

2. Ко второй группе относят ЧС санитарно-эпидемиологического характера с большим количеством положительных классификационных признаков:

- 8 - 15 - для инфекционных болезней неизвестной этиологии;

- 7 - 14 - для инфекционных болезней, вызываемых применением ПБА I - II групп патогенности при биотеррористических актах;

- 11 - 16 - для естественно возникающих инфекционных болезней, вызванных микроорганизмами I - II групп патогенности.

Совпадение классификационных признаков во второй группе ЧС в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера свидетельствует о том, что они связаны с циркуляцией живого биологического агента, способного вызывать эпидемический процесс. Главным классификационным отличительным признаком при данных чрезвычайных ситуациях является наличие разработанных лабораторных тестов на выявление микроорганизмов I - II групп патогенности и отсутствие таковых для инфекционных болезней неизвестной этиологии.

Таблица 1

Алгоритм экспертного определения типа ЧС

санитарно-эпидемиологического характера

N п/п	Классификационные признаки	Инфекционные болезни неизвестной этиологии	Болезни, вызываемые применением ПБА I - II групп патогенности при биотеррористических актах	Болезни, вызываемые ПБА I - II групп патогенности при естественно возникающих эпидемических проявлениях инфекционных болезней	Болезни, вызываемые токсинами бактериального, растительного и животного происхождения	Болезнь, обусловленная применением радиоактивных агентов
1	2	3	4	5	6	7
1.	Характерная клиника болезни	+	+	+	+	+
2.	Цикличность течения заболевания	+	+	+	+/-	+/-
3.	Наличие лихорадки	+	+	+	+/-	+
4.	Одномоментное возникновение множества больных	+/-	+	+/-	+	+
5.	Наличие возбудителя <*>	+	+	+	+/-	-
6.	Передача заболевания от человека к человеку	+/-	+/-	+/-	-	-
7.	Передача заболевания медицинскому персоналу	+/-	+/-	+/-	-	-
8.	Последовательность охвата территории	+	-	+	-	-
9.	Наличие специфического переносчика болезни	+/-	+/-	+/-	-	-
10.	Связь заболевания с дикими, домашними животными и грызунами	+/-	+/-	+/-	-	-

Продолжение табл. 1

1	2	3	4	5	6	7
11.	Наличие специфического иммунитета <**>	+/-	+/-	+/-	+/-	-
12.	Влияние социальных факторов на уровень заболеваемости	+	+/-	+	-	-
13.	Влияние ландшафтной характеристики территории на уровень заболеваемости	+	-	+	-	-
14.	Влияние применения	+/-	+/-	+/-	-	-

	антибактериальных препаратов на клиническое течение болезни					
15.	Влияние антивирусных препаратов на клиническое течение болезни	+/-	+/-	+/-	-	-
16.	Лабораторное или инструментальное подтверждение диагноза <*>	-	+	+	+	+

<*>, <**> Информация о данных классификационных признаках на начальном этапе анализа ЧС, как правило, отсутствует.

<**> В зависимости от сроков исследования после заражения, т.к. иммунитет (антибактериальный, антитоксический, противовирусный) формируется в среднем через 7 - 14 суток и более.

3. Определение ведущего клинического синдрома в случае подозрения на известный ПБА

В случае если установлено, что ЧС санитарно-эпидемиологического характера предположительно обусловлена инфекционной болезнью, вызванной патогенным биологическим агентом, определяют ведущий клинический синдром и более узкий перечень инфекций, характеризующихся данным синдромом.

При определении ведущего клинического синдрома и характеризующегося этим синдромом перечня инфекционных болезней используют подход, предложенный ВОЗ (Руководство по сбору клинических образцов во время полевых расследований вспышек. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.4).

Основные клинические синдромы, их описание и характерные для каждого синдрома инфекционные болезни представлены в табл. 2.

Таблица 2

Основные клинические синдромы, их определение и характерные инфекционные болезни

N п/п	Синдром	Описание синдрома	Болезни/патогены
1	2	3	4
1.	Синдром острой диареи	Острое начало диареи и тяжелое течение болезни, и отсутствие известных предрасполагающих факторов	Амебная дизентерия, холера, криптоспоридиоз, геморрагические лихорадки Эбола и др., E. coli (энтеротоксигенная и энтерогеморрагическая),

			жиардиаз (лямблиоз), сальмонеллез, шигеллез, вирусный гастроэнтерит (норовирусподобный и ротавирусный)
2.	Синдром острой геморрагической лихорадки	Острое начало лихорадки продолжительностью менее 3 недель, наличие любых двух симптомов из нижеперечисленных: - геморрагическая или пурпурная сыпь; - носовое кровотечение; - кровохарканье; - наличие крови в стуле; - другой геморрагический симптом. Отсутствие известных предрасполагающих факторов	ККГЛ, Денге, Эбола, Хантавирусы, лихорадка Ласса, ГЛ Марбург, лихорадка долины Рифт, южноамериканские аренавирусы, флавивирусы, передаваемые клещами, желтая лихорадка
3.	Острый желтушный синдром	Острое начало желтухи и тяжелое течение болезни, и отсутствие известных предрасполагающих факторов	Гепатит А, В, Е, лептоспироз, желтая лихорадка
4.	Острый неврологический синдром	Острая неврологическая дисфункция с одним или более из нижеперечисленных симптомов: - ухудшение ментальной функции; - острый паралич; - судороги; - признаки раздражения менингеальных оболочек; - непроизвольные движения; - другие неврологические симптомы. Тяжелое течение болезни и отсутствие известных предрасполагающих факторов	Энтеровирусный менингит, японский энцефалит, лептоспироз, малярия, менингококковый менингит, полиомиелит, бешенство и другие лиссавирусы, вирусы клещевого энцефалита, трипаносомоз

Продолжение табл. 2

1	2	3	4
5.	Острый респираторный синдром	Острое начало кашля, или тяжелое течение болезни и отсутствие известных предрасполагающих факторов	Сибирская язва, дифтерия, хантавирусный пульмональный синдром, грипп, микоплазма, легионеллез, коклюш, легочная чума, респираторно-синцитиальный вирус, скарлатина, лептоспироз
6.	Острый дерматологический синдром	Острое лихорадочное заболевание с сыпью, или другие кожные проявления и отсутствие известных предрасполагающих факторов	Ветряная оспа <*>, кожная форма сибирской язвы, корь, оспа обезьян, парвовирус B19, краснуха, сыпной тиф, лептоспироз
7.	Острый офтальмологический синдром	Острое начало конъюнктивита с субконъюнктивальными кровоизлияниями или без таковых и отсутствие известных предрасполагающих факторов	Эпидемический аденовирусный кератоконъюнктивит, геморрагический энтеровирусный кератоконъюнктивит, трахома
8.	Острый "системный" синдром	Острое лихорадочное заболевание, характеризующееся тремя или более симптомами из нижеперечисленных, касающихся различных систем организма: - потеря аппетита и веса; - тошнота и рвота; - дискомфорт в брюшной полости; - потливость и озноб; - головная боль; - боль в мышцах, суставах, спине; - сыпь. Отсутствие известных предрасполагающих факторов	Сибирская язва, арбовирусные лихорадки, бруцеллез, лихорадка Денге, хантавирусная инфекция, геморрагическая лихорадка Ласса, лептоспироз, болезнь Лайма, чума, возвратный тиф, лихорадка долины Рифт, брюшной тиф, вирусный гепатит как компонент желтой лихорадки
<*> Включена только с целью отличить от оспы обезьян на эндемичных по оспе обезьян территориях.			

Сопоставление выявленного синдрома со сведениями, представленными в табл. 2,

показывает, к какой группе инфекций может относиться тот или иной синдром. В указанную таблицу вошли все инфекции, попадающие под действие ММСП (2005 г.).

4. Установление подозрительного случая болезни

при подозрении на известный ПБА

В соответствии с Международными медико-санитарными правилами (2005 г.), санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.4.2318-08 "Санитарная охрана территории Российской Федерации" перечень инфекционных (паразитарных) Болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации, включает 16 нозологических форм инфекционных болезней (далее - Болезни): оспа; полиомиелит, вызванный диким полиовирусом; человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса; тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС); холера; чума; желтая лихорадка; лихорадка Ласса; болезнь, вызванная вирусом Марбург; болезнь, вызванная вирусом Эбола; малярия; лихорадка Западного Нила; Крымская геморрагическая лихорадка; лихорадка Денге; менингококковая инфекция; лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт).

Санитарными правилами "Санитарная охрана территорий государств - участников Содружества Независимых Государств" (утверждены Решением Совета по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ от 3 июня 2005 г.) перечень Болезней расширен, куда дополнительно включены сибирская язва, бруцеллез, сап, мелиоидоз, эпидемический сыпной тиф, спонгиоформная энцефалопатия, Аргентинская геморрагическая лихорадка (Хунин), Боливийская геморрагическая лихорадка (Мачупо) и инфекционные болезни невыясненной этиологии. На территории Российской Федерации актуальными являются сибирская язва, бруцеллез, сап и мелиоидоз. Лихорадки Хунин и Мачупо являются болезнями, эндемичными для определенных районов Аргентины и Боливии, на территории России никогда не регистрировались и не являются актуальными.

На территории Таможенного союза в соответствии с "Положением о порядке осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора (контроля) за лицами и транспортными средствами, пересекающими таможенную границу Таможенного союза, подконтрольными товарами, перемещаемыми через таможенную границу Таможенного союза и на таможенной территории Таможенного союза" (утверждено решением Комиссии Таможенного союза от 28 мая 2010 г. N 299), к указанному выше перечню инфекционных болезней добавляется туберкулез. Туберкулез является многоаспектной проблемой для всего мирового сообщества, обусловленной в том числе и развитием полирезистентности возбудителя туберкулеза к антибактериальным препаратам. (В рамках данных МУ эта проблема не рассматривается.)

Проведение эпидемиологического надзора за инфекционными болезнями, мероприятия в отношении которых регламентируются Международными медико-санитарными правилами (2005 г.) и санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.4.2318-08 "Санитарная охрана территории Российской Федерации", предусматривает своевременное выявление заносных и подозрительных случаев Болезни и проведение их эпидемиологической диагностики.

Выявление больных с симптомами, подозрительными на Болезнь, осуществляют на транспортных средствах, прибывших из эндемичных стран, в пунктах пропуска через государственную границу (СКП, ПСКП, СКО), а также на всех этапах оказания медицинской помощи населению лицам, прибывшим из зарубежных стран или

проживающим и на эндемичных территориях Российской Федерации.

В подавляющем большинстве случаев Болезни характеризуются тяжелым клиническим течением, высокой лихорадкой с явлениями интоксикации, поражением отдельных органов и систем организма.

Врач, выявивший Больного или подозрительного на Болезнь, должен собрать эпидемиологический анамнез и провести клиническое обследование с целью получения объективных данных, определяющих основные клинические признаки Болезни и наличие одного из синдромов (табл. 2).

Эпидемиологическую диагностику отдельных Болезней осуществляют в соответствии с единым алгоритмом диагностики (схема 1) и порядком клинической и эпидемиологической диагностики каждой Болезни (схемы 2 - 21).

Сопоставление полученного эпидемиологического анамнеза, объективных данных клинического обследования, проведенного врачом у постели больного, со стандартным описанием клинических проявлений отдельных Болезней позволяет поставить предварительный клинический диагноз (подозрительный случай) того или иного заболевания, на которые распространяются действующие санитарно-эпидемиологические правила по санитарной охране территории Российской Федерации.

При сборе анамнестических данных уточняют факт нахождения Больного на эндемичной территории (территория риска) во время сезонного подъема заболеваемости (время риска) в пределах инкубационного периода болезни, на наличие контакта с Больным, страдающим аналогичным заболеванием, или контакта с заразным материалом, на имевшиеся укусы Больного комарами, вшами, блохами, клещами (факторы риска), а также на другие возможные риски инфицирования, в том числе отношение Больного к контингентам риска. Составляется список лиц, контактировавших с Больным в период заболевания.

Если полученные данные не исключают возможность инфицирования, ставится эпидемиологический диагноз "подозрение на Болезнь". Больной подлежит немедленной госпитализации в инфекционный стационар, где его осматривают врач инфекционист и эпидемиолог.

На основании клинико-эпидемиологических данных ставят предварительный диагноз. В стационаре производят забор клинического материала для лабораторного исследования и направляют его в соответствующую лабораторию.

В случае естественных проявлений инфекционной болезни помощь в постановке предварительного диагноза могут оказать данные эпидемиологического надзора и мониторинга на конкретной территории (если таковой проводился). Имеют значение имевшиеся предпосылки и предвестники осложнения эпидемиологической ситуации в соответствии с концепцией предэпидемической диагностики (Черкасский Б.Л., 2001).

Предпосылками являются природные и социальные явления, которые ведут к активизации процессов взаимодействия сочленов паразитарной системы эпидемического процесса, влияя на перестройку структуры популяции паразита, переносчика и/или хозяина и активизируя реализацию механизма передачи. Факторы природной среды, представляющие собой среду обитания паразитарной системы, являются составной частью эпидемиологической экосистемы, и способны играть роль регуляторов процессов взаимодействия компонентов паразитарной системы, активизируя или тормозя эти

процессы.

Такими предпосылками при природно-очаговых инфекционных болезнях могут являться:

- природно-климатические факторы, влияющие на численность млекопитающих и кровососущих членистоногих;

- социальные условия и антропогенная деятельность, влияющие на численность млекопитающих и кровососущих членистоногих;

- пребывание населения в природных очагах;

- создание и наличие рекреационных зон и садово-огороднических товариществ на окраинах городов, что способствует увеличению контактов городских жителей с кровососущими членистоногими, дикими и синантропными грызунами.

При других инфекционных (паразитарных) болезнях, которые могут быть занесены на территорию страны, основными предпосылками осложнения эпидемиологической обстановки будут социальные условия, способствующие реализации соответствующего механизма передачи возбудителя.

При инфекциях дыхательных путей (оспа, человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса, тяжелый острый респираторный синдром, менингококковая болезнь) основными предпосылками являются:

- миграция населения;

- обновление состава коллектива ("перемешивание");

- наличие неиммунного (прослойки) населения.

При контагиозных вирусных геморрагических лихорадках (лихорадка Ласса, болезнь, вызванная вирусом Марбург, болезнь, вызванная вирусом Эбола) предпосылками являются:

- нарушение режима безопасности работы в медицинских учреждениях с больными (подозрительными) на КВГЛ;

- несоответствие по санитарно-техническому состоянию медицинского учреждения действующим правилам биологической безопасности при работе с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности), куда госпитализирован больной (подозрительный) на КВГЛ.

При кишечных инфекциях (холера) предпосылками являются:

- несоответствие качества воды по санитарно-микробиологическим показателям действующим санитарным правилам водных объектов I и II категорий (источники водозаборов, вода централизованного и нецентрализованного водоснабжения, рекреационного водопользования);

- аварии и ремонтные работы на водопроводной сети;

- подключение к питьевому водопроводу технической воды;

- аварии и ремонтные работы в канализационной сети (особенно при наличии

неправильно проложенной или сильно изношенной водопроводной сети);

- перебои в очистке и хлорировании водопроводной сети;

- аварийные сбросы канализационных вод и ливневых стоков в открытые водоемы.

Предвестники осложнения эпидемиологической ситуации - это признаки начавшейся активизации взаимодействия сочленов паразитарной системы на уровне состояния, предшествующего эпидемическому процессу (например, эпизоотический процесс при зоонозах), в результате благоприятно складывающихся для этого факторов природно-социальной среды (предпосылок).

При трансмиссивных и нетрансмиссивных природно-очаговых инфекционных болезнях предвестниками являются экологические факторы, служащие внешними признаками активизации взаимоотношений сочленов паразитарной системы на уровне экосистемы в структуре эпидемического процесса (например, внешние признаки эпизоотий). Положительные результаты исследования проб от носителей, переносчиков и из объектов окружающей среды на наличие возбудителей указывают на перерастание предвестников в признаки эпидемиологической ситуации, предшествующей эпидемической.

При кишечных инфекциях такими признаками являются:

- положительные результаты исследования проб от больных и проб из объектов окружающей среды на наличие возбудителя;

- свойства возбудителя, его эпидемическая значимость;

- активизация путей и факторов передачи возбудителя инфекции.

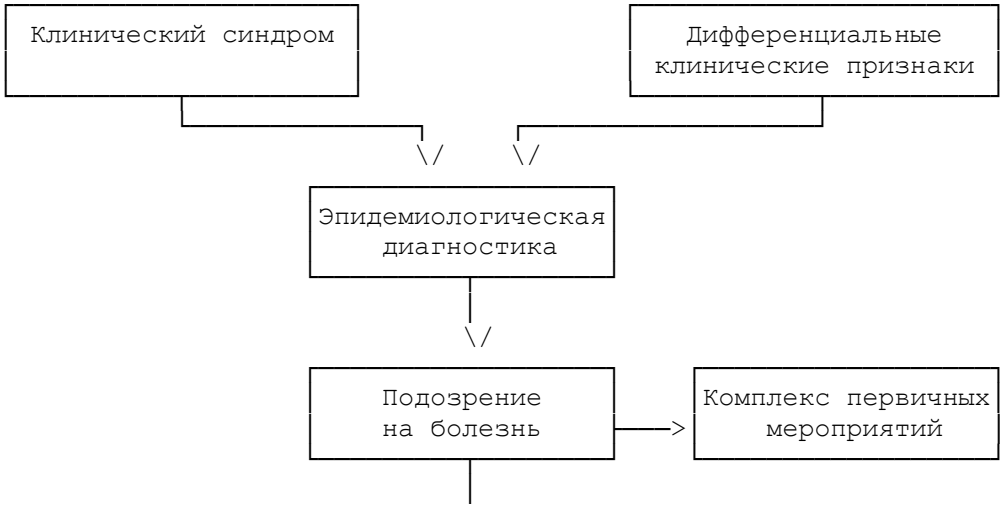
Схема 1

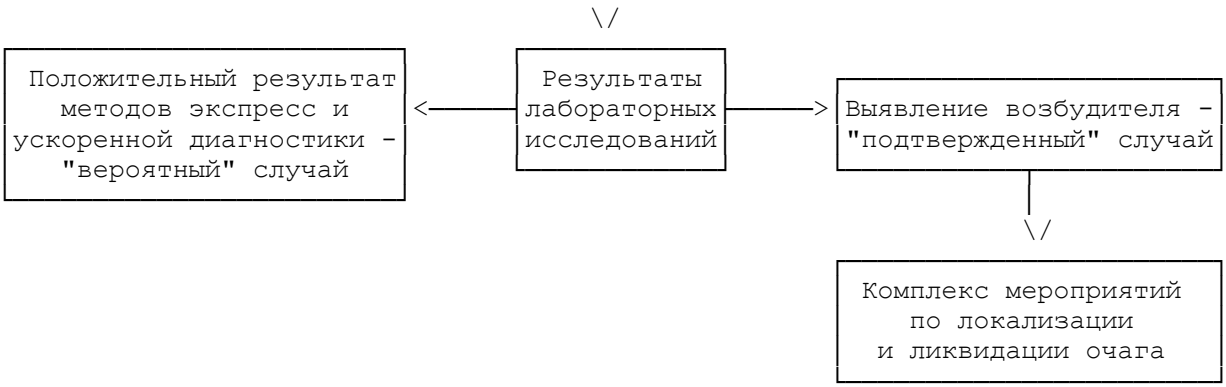
Порядок эпидемиологической диагностики,

включающей клинический, эпидемиологический и лабораторный

(этиологический) анализы особо опасных, "новых"

и "возвращающихся" инфекционных болезней





Обо всех случаях выявления (подозрения) Болезни информация передается в установленном порядке в учреждения здравоохранения и в органы и учреждения Роспотребнадзора по подчиненности и должна содержать следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество, возраст (год рождения) Больного (трупа);

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

- адрес постоянного места жительства, гражданство Больного (трупа);

- дата заболевания;

- предварительный диагноз, кем поставлен (фамилия врача, его должность, название учреждения), на основании каких данных (клинических, эпидемиологических, патолого-анатомических);

- дата, время, место выявления Больного (трупа);

- где находится Больной (труп) в настоящее время (стационар, морг, самолет, поезд, судно и т.д.);

- краткий эпидемиологический анамнез, клиническая картина и тяжесть заболевания;

- принимал ли химиотерапевтические препараты, какие, когда, дозы, даты начала и окончания приема;

- получал ли профилактические прививки, сроки прививок;

- меры, принятые по локализации и ликвидации очага заболевания (количество выявленных лиц, контактировавших с Больным (трупом), дезинфекционные и другие противоэпидемические мероприятия);

- какая требуется помощь: консультанты, медикаменты, дезинфицирующие средства, транспорт и т.п.;

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

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

Эпидемиологическая диагностика Болезни в соответствии с порядком проведения клинической диагностики и эпидемиологического анализа каждой Болезни должна быть

осуществлена в максимально короткие сроки, с тем, чтобы можно было быстро поставить предварительный диагноз Болезни (подозрительный случай) и минимизировать тем самым объемы проводимых лабораторных исследований.

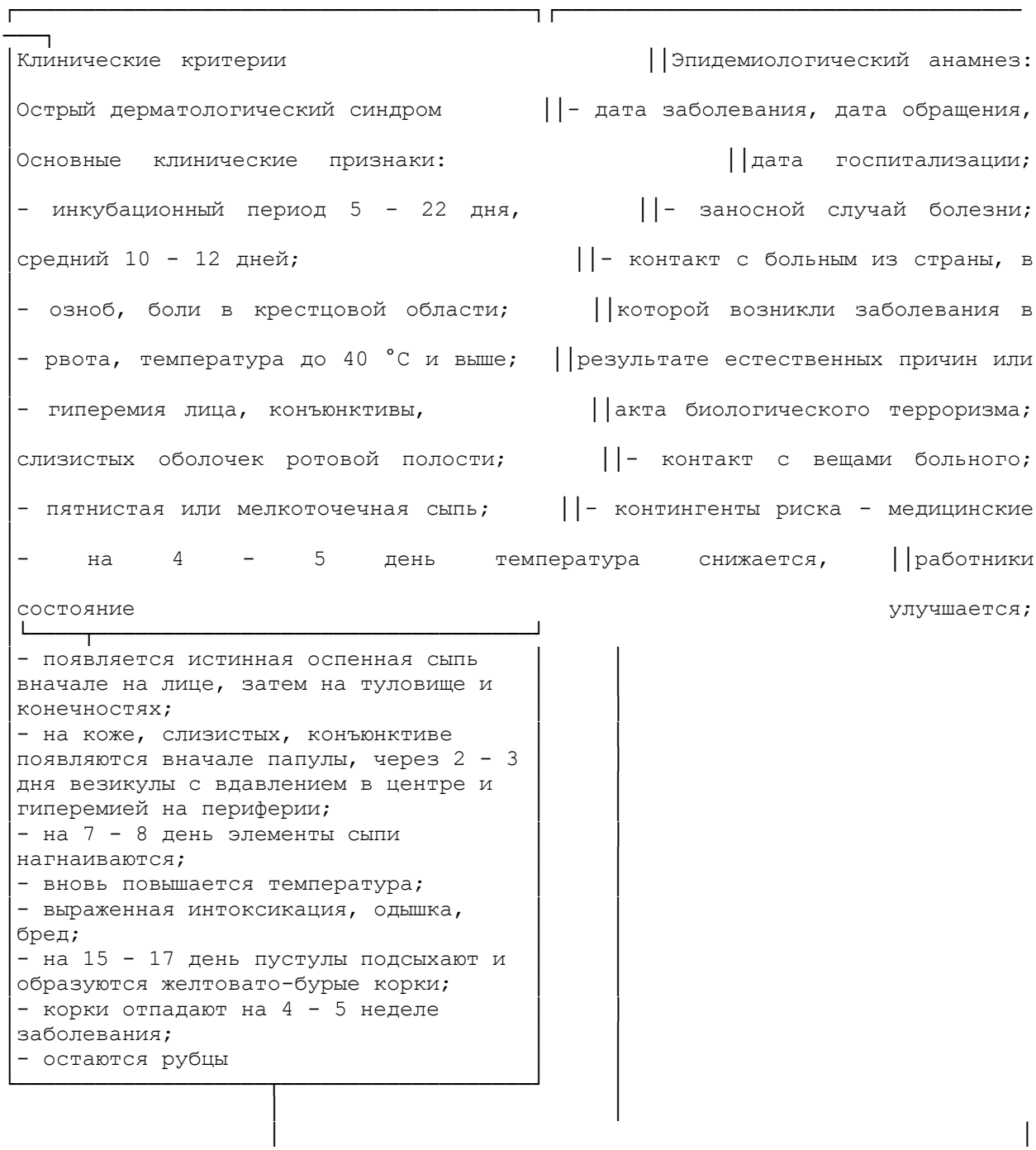
Схема 2

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

натуральной оспы



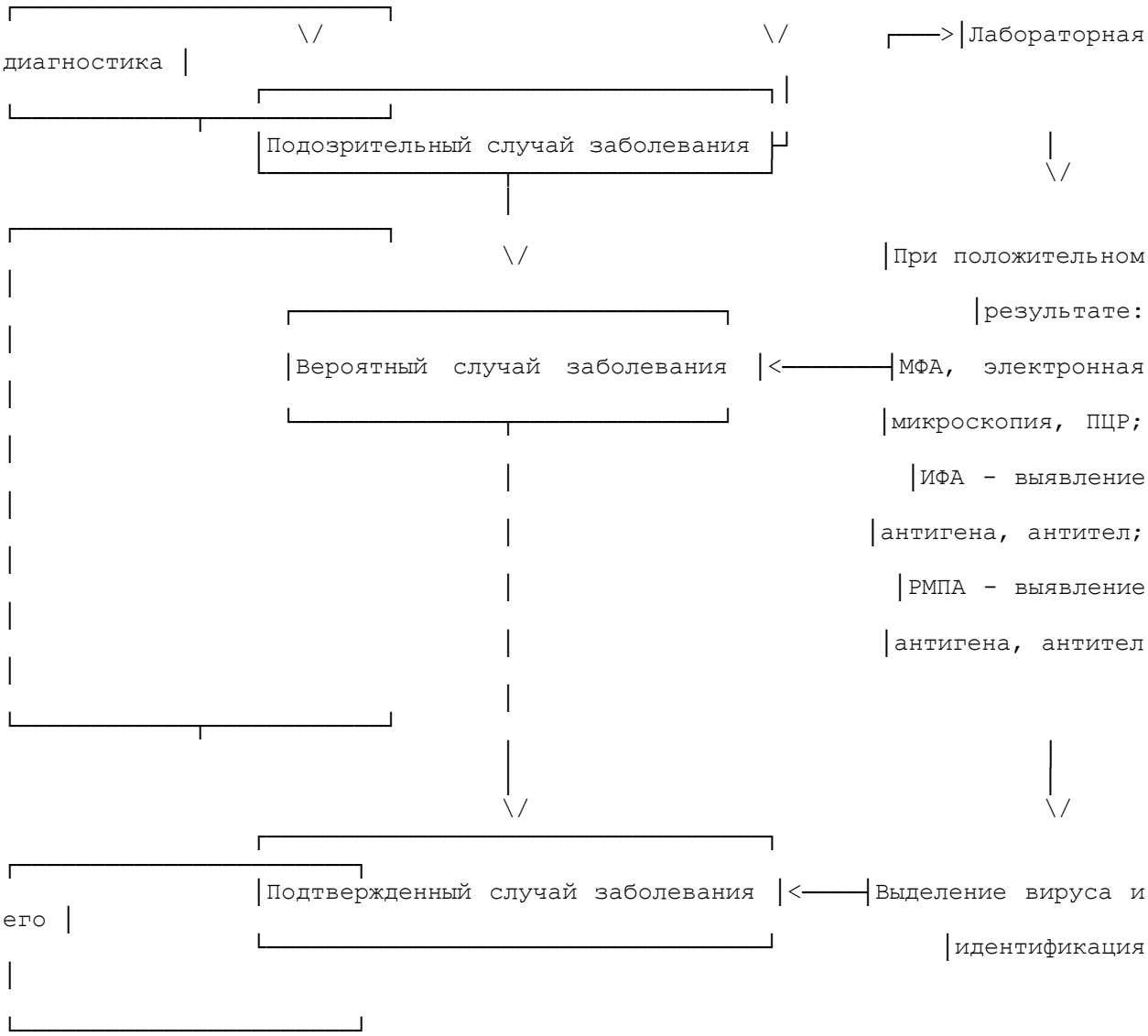


Схема 3

Порядок проведения эпидемиологической
диагностики, включающей клинические, эпидемиологические
и диагностические (этиологические) критерии полиомиелита,
вызванного диким вирусом полиомиелита

Клинические критерии Острый неврологический синдром Основные клинические признаки: - инкубационный период 3 - 35 дней, средний 7 - 14 дней;	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации; - заносной случай болезни; - болеют жители эндемичных стран:

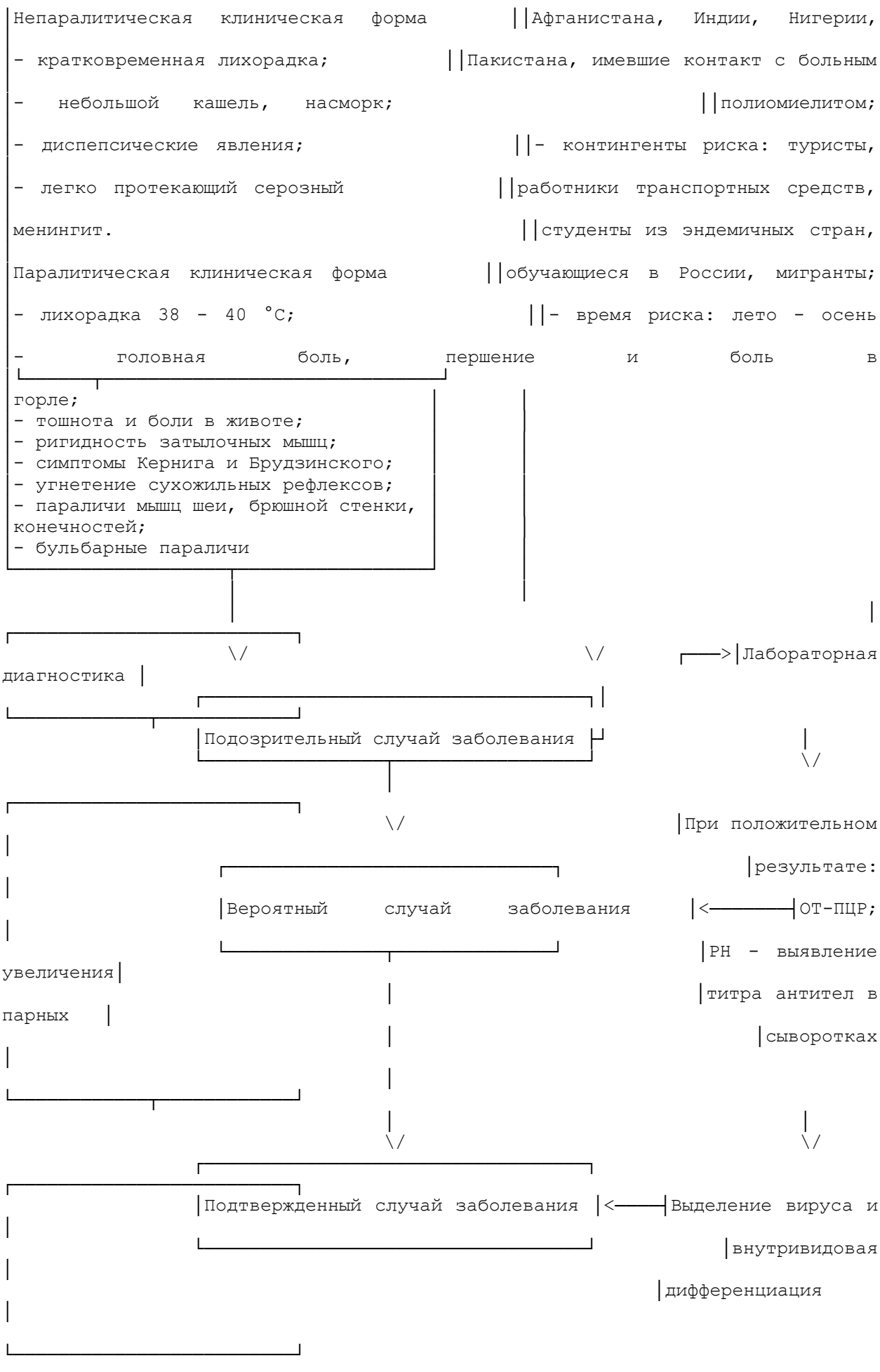
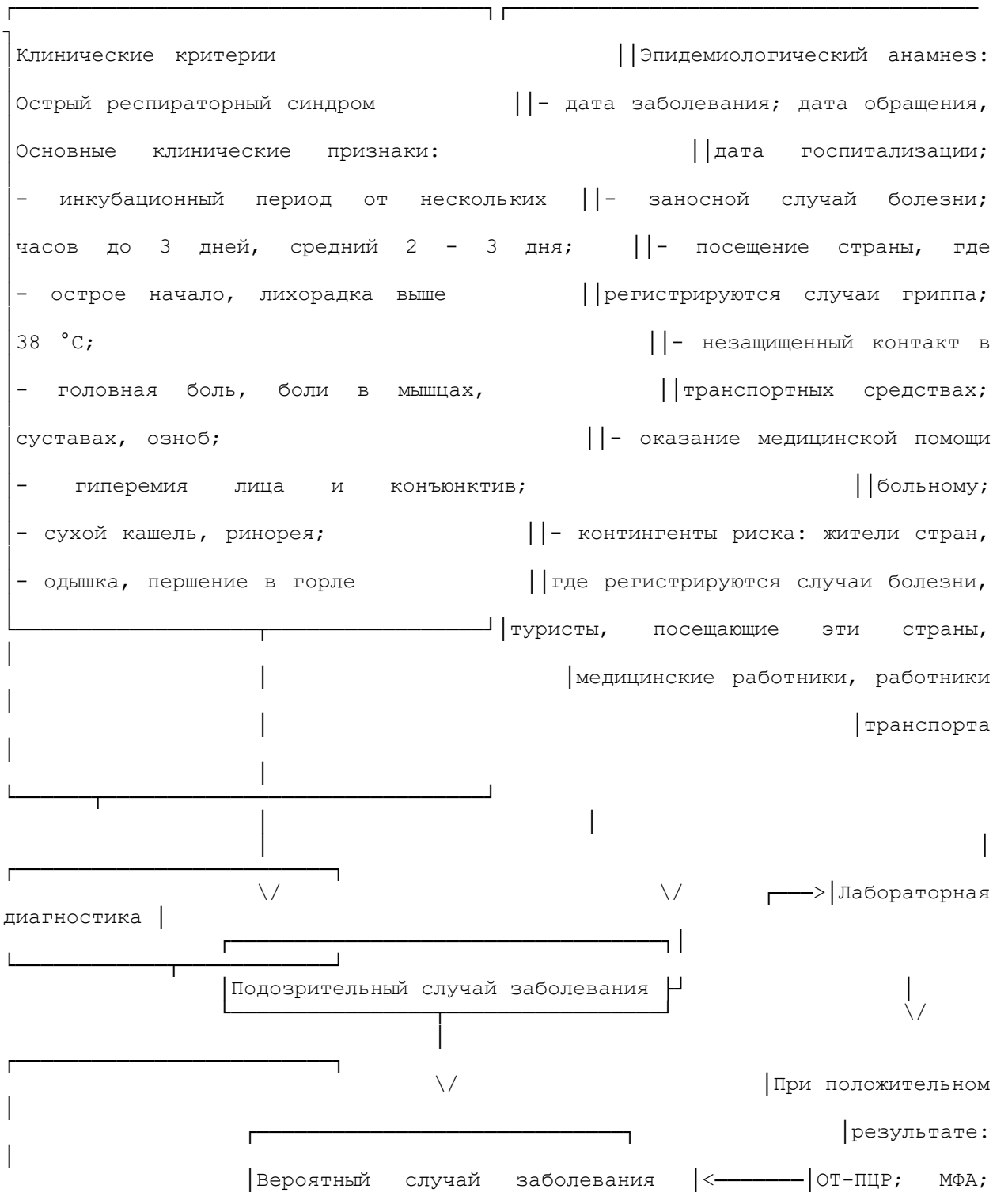

Непаралитическая клиническая форма
- кратковременная лихорадка;
- небольшой кашель, насморк;
- диспепсические явления;
- легко протекающий серозный менингит.
Паралитическая клиническая форма
- лихорадка 38 - 40 °С;
- головная боль, першение и боль в горле;
- тошнота и боли в животе;
- ригидность затылочных мышц;
- симптомы Кернига и Брудзинского;
- угнетение сухожильных рефлексов;
- параличи мышц шеи, брюшной стенки, конечностей;
- бульбарные параличи
Афганистана, Индии, Нигерии, Пакистана, имевшие контакт с больным полиомиелитом;
- контингенты риска: туристы, работники транспортных средств, студенты из эндемичных стран, обучающиеся в России, мигранты;
- время риска: лето - осень
Лабораторная диагностика
Подозрительный случай заболевания
При положительном результате:
ОТ-ПЦР;
РН - выявление титра антител в сыворотках парных увеличения
Вероятный случай заболевания
Подтвержденный случай заболевания
Выделение вируса и внутривидовая дифференциация

Схема 4

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии человеческого гриппа, вызванного новым подтипом



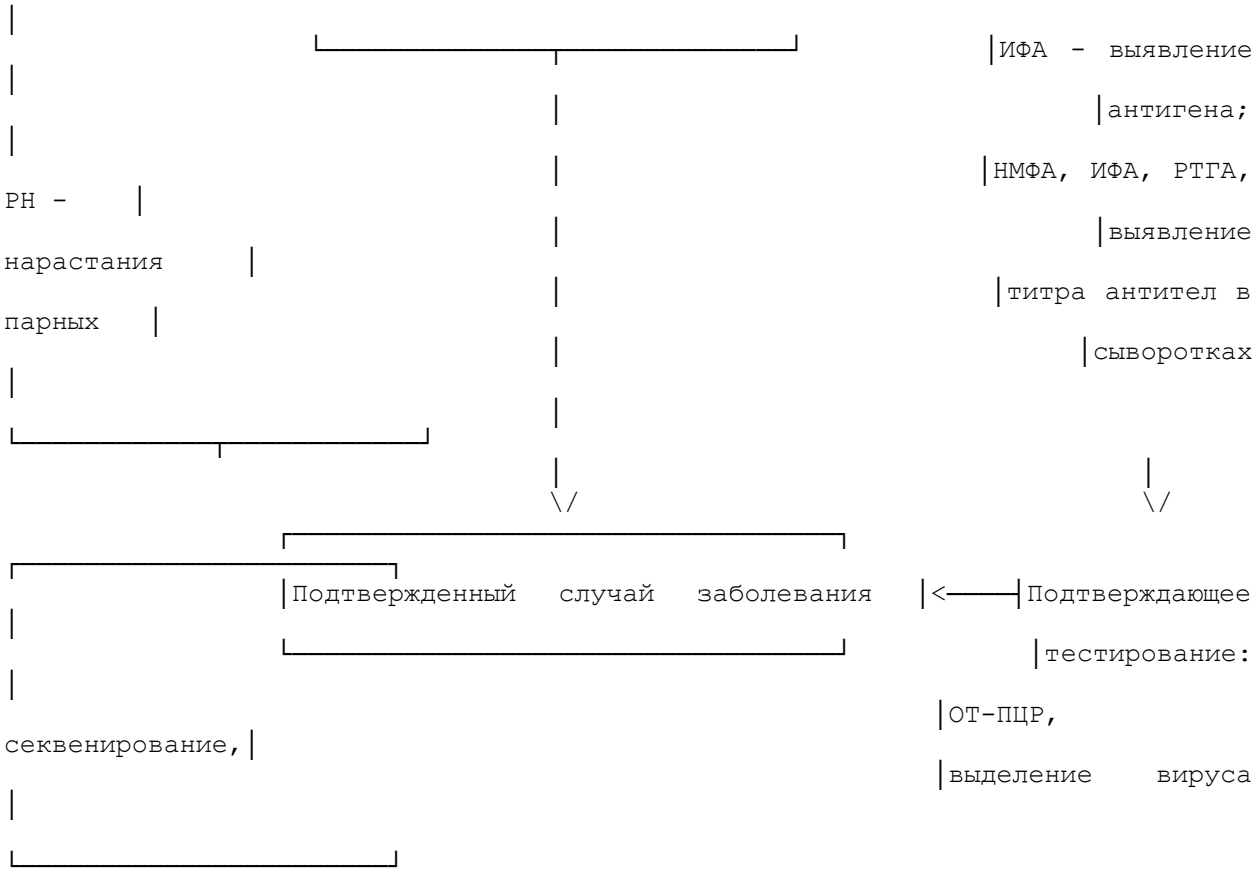


Схема 5

Порядок проведения эпидемиологической
диагностики, включающей клинические, эпидемиологические
и диагностические (этиологические) критерии
атипичной пневмонии (ТОРС)

Клинические критерии	Эпидемиологический анамнез:
Острый респираторный синдром Основные клинические признаки: - инкубационный период от 2 до 10 дней, средний 5 дней; - острое начало болезни, озноб, лихорадка 38 - 39 °С; - головная боль, головокружение, слабость, миалгии; - дыхательная недостаточность; - умеренная боль в горле, сухой кашель, умеренный ринит, через 3 - 7 дней поражение нижних дыхательных путей; - в ряде случаев в начале заболевания диарейный синдром; - затрудненное дыхание, нарастающая одышка; - аускультативные данные не соответствуют незначительным	- дата заболевания; дата обращения, дата госпитализации; - заносной случай болезни; - болеют жители Китая; - контингентами риска являются лица, имевшие тесный контакт с больным человеком в условиях семьи, пациенты стационаров, медицинские работники, туристы; - время риска - зима - весна, начало лета

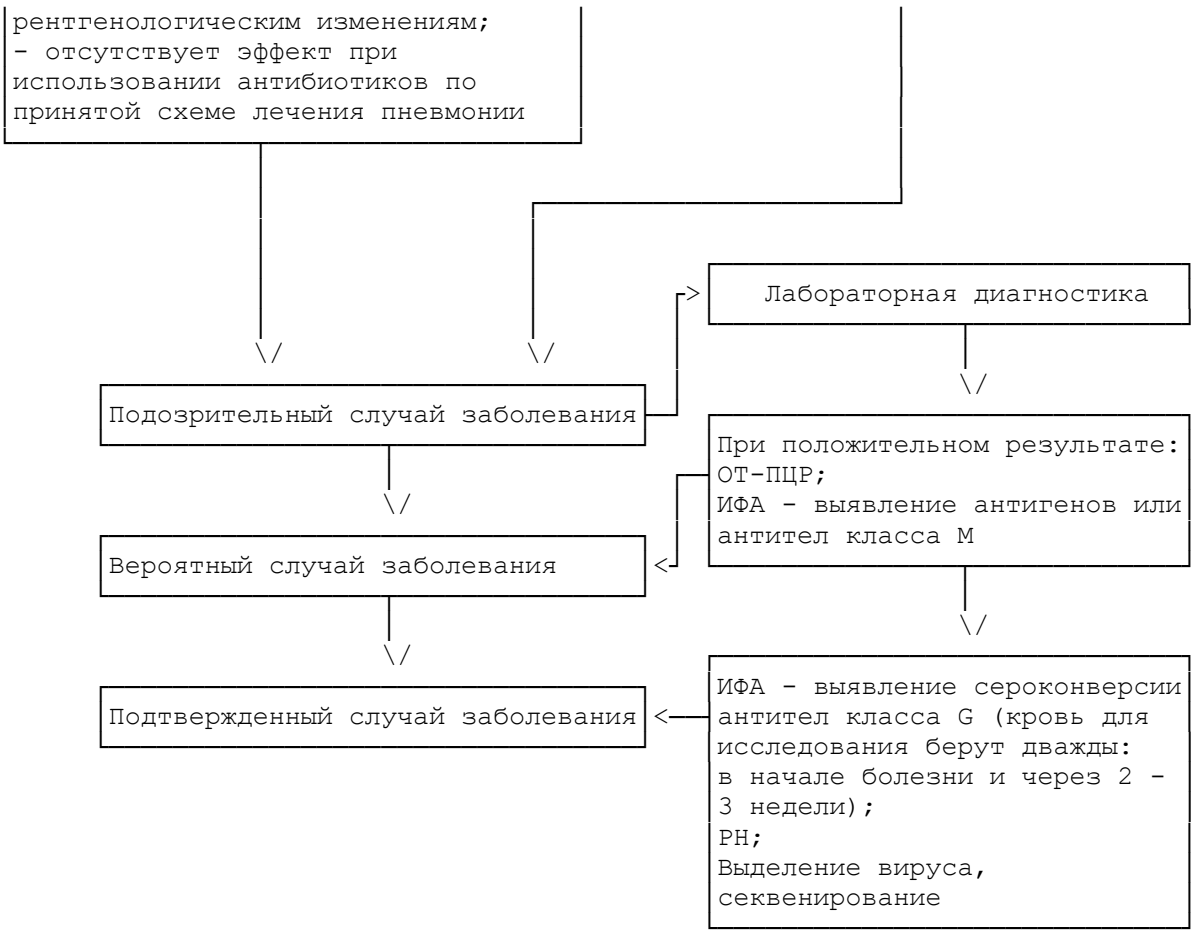


Схема 6

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии диагностики холеры

Клинические критерии	Эпидемиологический анамнез:
Синдром острой диареи Основные клинические признаки: - инкубационный период 2 - 5 дней, в среднем 2 - 3 дня; - острое начало заболевания преимущественно в ночные или утренние часы; - частый стул, вначале каловый, в последующем жидкий, водянистый без запаха;	- дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации; - заносной случай болезни; - пребывание в странах Азии и Африки, Карибского бассейна или других странах, эндемичных по холере, контакт с больными, нахождение в условиях, одинаковых по риску инфицирования с больным холерой, употребление для питья воды и пищевых продуктов, контаминированных холерным вибрионом, купание в инфицированных водоемах; - контингенты риска: паломники, туристы, работники авиационного, водного, автомобильного транспорта, медицинские работники; - время риска - май - октябрь



Схема 7

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии чумы

Клинические критерии	Эпидемиологический анамнез:
Острый	- дата заболевания,


респираторный синдром
Острый "системный" синдром
Основные клинические признаки:
- инкубационный период у непривитых 3 - 6 дней;
- инкубационный период у привитых 3 - 10 дней;
- острое начало заболевания, сильный озноб;
- быстрое повышение температуры до 38 - 40 °С;
- нарушение сознания, бред, адинамия;
- гиперемия конъюнктив;
- темные круги под глазами;
- меловой язык.
Бубонная форма чумы
- инкубационный период 3 - 6 дней;
- наличие бубона/воспаленного лимфатического узла;
- бубон плотный, резко болезненный, связан с окружающей клетчаткой, плохо контурируемый.
Септическая форма чумы
- инкубационный период 1 - 3 дня;
- тяжелая ранняя интоксикация;
- тяжелые общие симптомы болезни;
- возможное присоединение менингоэнцефалита;
- геморрагические проявления на слизистых оболочках и коже;
- быстрая смерть.
Легочная форма чумы
- инкубационный период 1 - 3 дня;
- боли в грудной клетке;
- одышка, кашель;
- мокрота часто пенистая с прожилками крови;
обращения, госпитализации;
- местный случай болезни;
- заносной случай болезни;
- контакт с больным, страдающим аналогичным заболеванием, по месту жительства, работы, в транспортных средствах;
- продолжительность инкубационного периода;
- время нахождения на энзоотичной по чуме территории;
- участие в охоте, промысле на диких животных, забое верблюдов, ритуальных обрядах;
- контакт с живыми и павшими грызунами;
- работа в полевых условиях;
- укусы блохами в поле;
- наличие в доме больного грызунов, блох, кошек, собак;
- наличие поселений грызунов в ближайшем окружении дома;
- контингенты риска: охотники, чабаны и члены их семей, сельхозработники, строители дорог, трубопроводов, ЛЭП, туристы, медицинские работники;
- время риска: май - июнь, октябрь - декабрь
Подозрительный случай заболевания
Лабораторная диагностика
При положительном результате: МФА, ИФА, ПЦР
Бактериологический метод:
- выделение штаммов Y. pestis.
Биологический метод:
- выделение штаммов Y. pestis от зараженных биопробных животных.
Идентификация штаммов Y. pestis:
- характерная морфология колоний;
- чувствительность выделенных штаммов к чумным диагностическим фагам Л-413 и Покровской при температуре 28 °С;
- способность штамма чумного микроба синтезировать



Схема 8

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

желтой лихорадки

Клинические критерии Острый желтушный синдром Основные клинические признаки: - инкубационный период от 3 до 10	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации; - заносной случай заболевания;

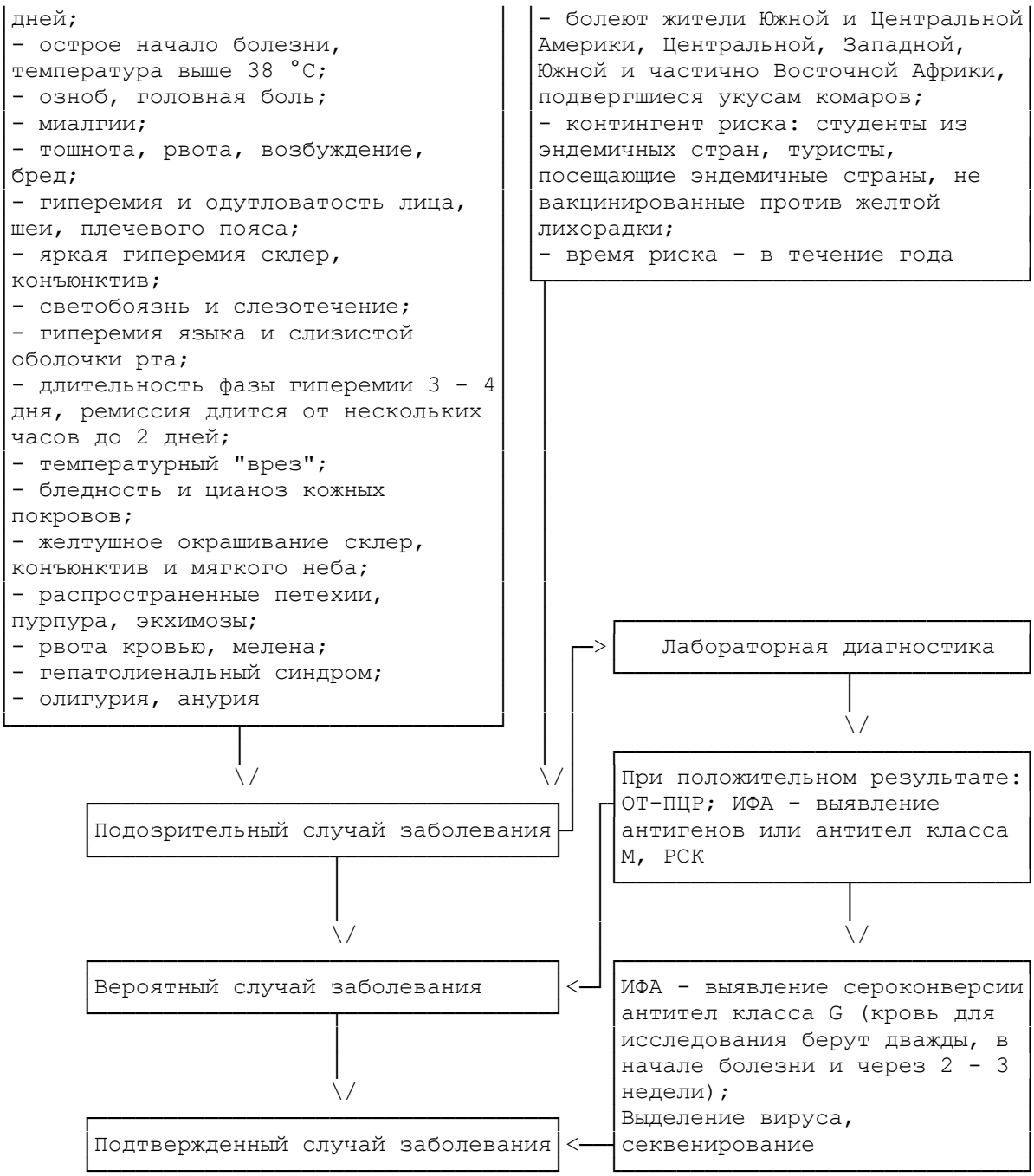


Схема 9

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

лихорадки Ласса

Клинические критерии Синдром острой геморрагической лихорадки Острый "системный" синдром	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации; - заносной случай болезни;



Схема 10

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии лихорадки Марбург

Клинические критерии Синдром острой геморрагической лихорадки Основные клинические признаки: - инкубационный период от 2 - 20 сут. (в среднем 4 - 7 сут.); - острое начало, лихорадка до 39 -	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации; - заносной случай болезни; - болеют лица, имевшие контакт с больными из стран Африки: Уганды, Кении, Демократической Республики

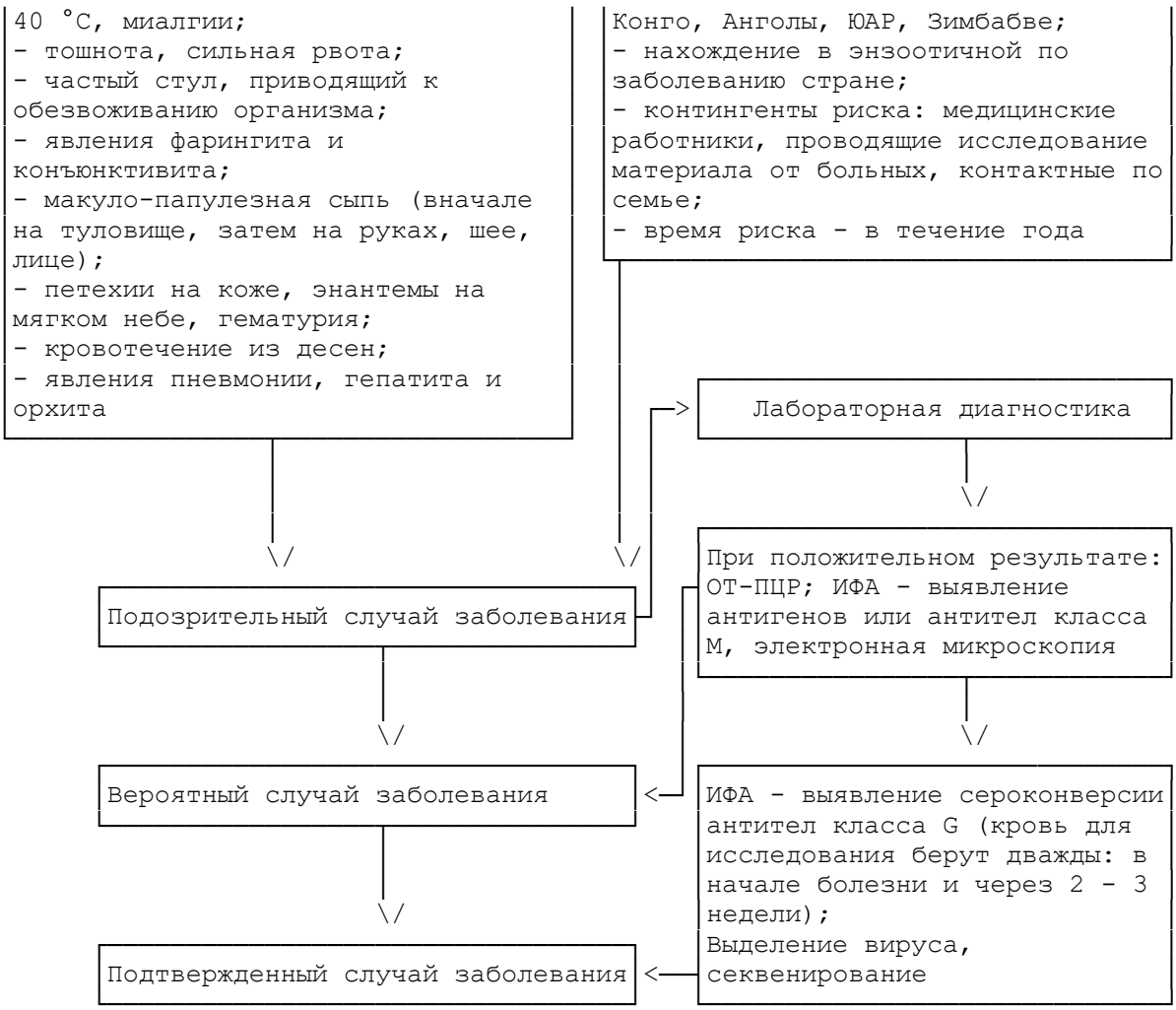


Схема 11

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии лихорадки Эбола

Клинические критерии Синдром острой геморрагической лихорадки Основные клинические признаки: - инкубационный период 1 - 20 дней, в среднем 6 дней; - острое начало, лихорадка 38 - 40 °C; - сильная головная боль, резкие боли в груди, миалгии, артралгии; - боли в животе, неукротимая рвота и диарея геморрагического характера; - дегтеобразный или содержащий алую кровь стул;	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации; - контакт с больным, прибывшим из стран Центральной, Восточной и Южной Африки (Судан, Заир, Кения, Габон, Чад, Камерун, Экваториальная Гвинея, Кот-д'Ивуар, Демократическая Республика Конго, Уганда, Мадагаскар, ЮАР); - нахождение в энзоотичной по заболеванию стране; - контингентами риска являются лица, проживающие в эндемичных странах, медицинские работники,

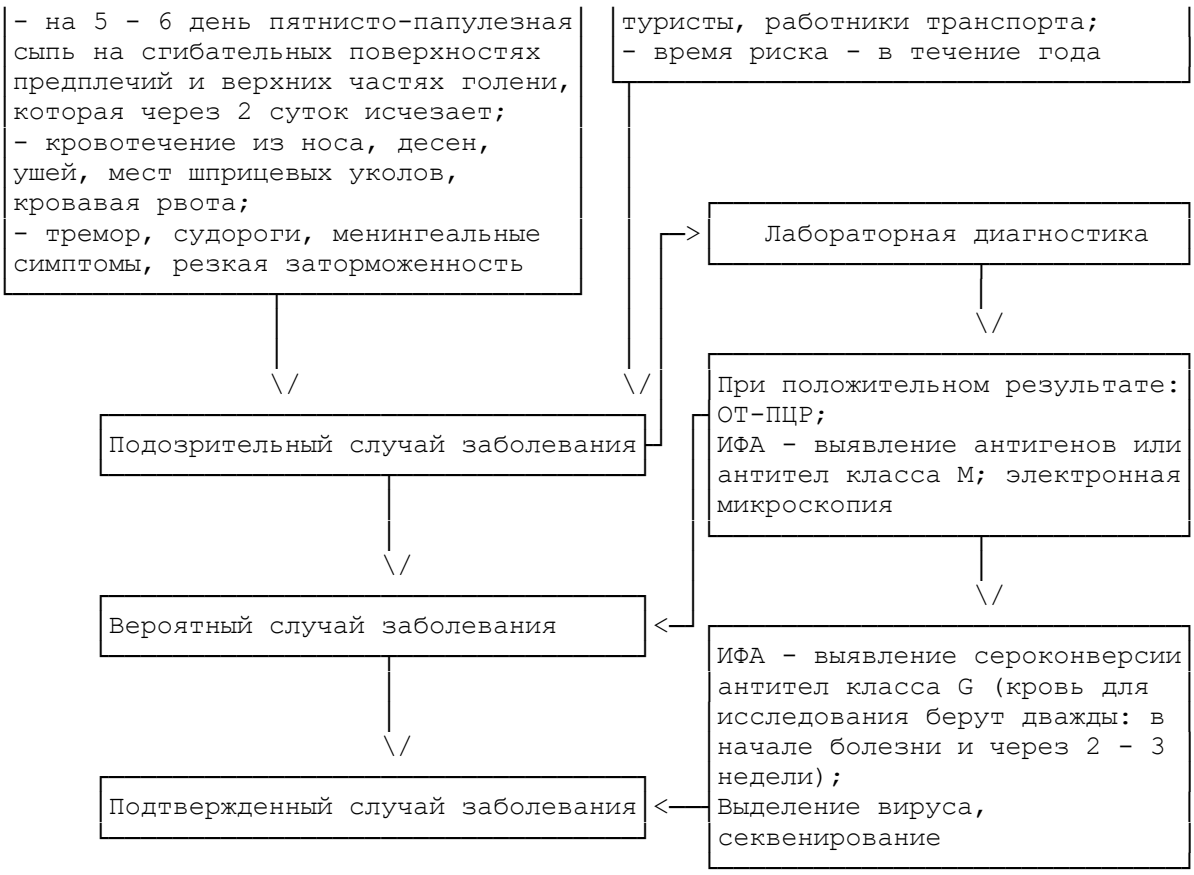


Схема 12

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии малярии

Клинические критерии
Острый неврологический синдром
Основные клинические признаки:
- инкубационный период:
  - тропической малярии - 8 - 30 дней;
  - трехдневной: с короткой инкубацией - 7 - 20 дней; с длинной инкубацией - 6 - 14 месяцев;
- при малярии ovale - 11 - 16 дней;
- при четырехдневной - 15 - 40 дней.

Общими для всех вариантов малярии являются:
- острое начало, лихорадка, головная боль, ломота в теле;
- через 3 - 4 дня возникает приступ, сопровождающийся ознобом, повышением температуры до 40 - 41 °С;
- артериальная гипертензия, диарея;

Эпидемиологический анамнез:
- дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации;
- заносной случай болезни;
- болеют жители, проживающие в странах Южной и Юго-Восточной Азии, Океании, Центральной и Южной Америки, тропической и субтропической части Африки, Таджикистане, Азербайджане, Узбекистане, подвергшиеся укусам комаров;
- контингенты риска: туристы, посещающие эндемичные страны, работники транспорта, мигранты и студенты из эндемичных стран



Схема 13

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

Крымской геморрагической лихорадки

Клинические критерии Геморрагический синдром Основные клинические признаки: - инкубационный период от 2 до 14 дней; - острое начало, высокая температура; - головная боль, миалгии, артралгии; - боль в животе и пояснице; - гиперемия кожных покровов лица, шеи, слизистой полости рта; - на 5 - 6-й день возможно понижение температуры; - геморрагические проявления разной степени выраженности; - состояние больных резко ухудшается; - бледность, тахикардия, акроцианоз	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, обращения, госпитализации; - местный случай болезни; - болеют жители Южного и Северо-Кавказского федеральных округов, подвергшиеся укусу иксодовых клещей, ухаживающие за домашним скотом, лица, ухаживающие за больным и контактировавшие с биологическим материалом (кровь и содержащие кровь) в семейных очагах, медицинские работники инфекционных отделений, клинических лабораторий и др.; - контингенты риска: скотники, пастухи и другие работники сельского хозяйства и животноводства, медицинские работники;

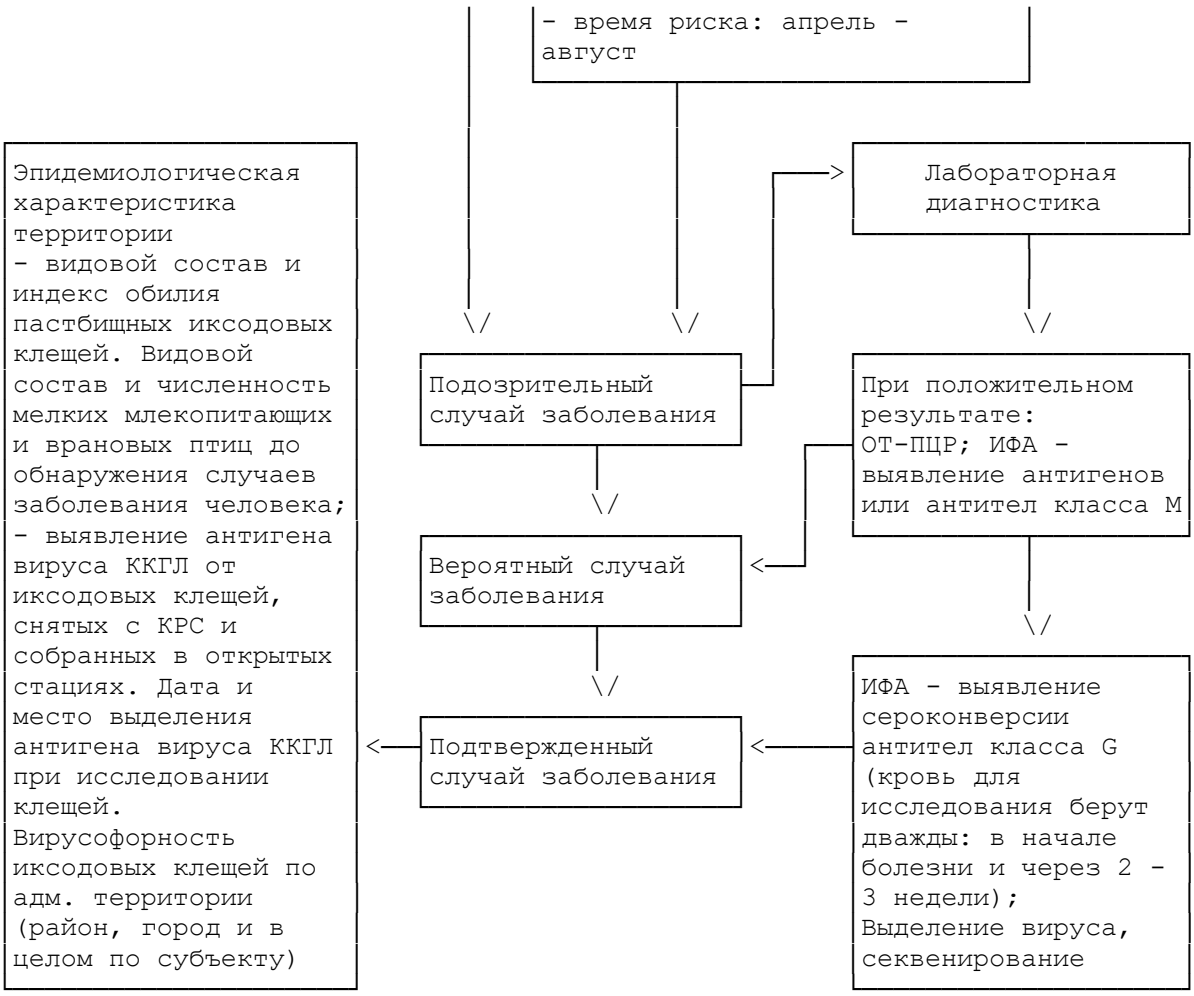


Схема 14

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

лихорадки Западного Нила

Клинические критерии Острый "системный" синдром Основные клинические признаки: Нейроинфекционная форма - острое начало, озноб, высокая температура до 39 - 40 °С, слабость, потливость, тошнота, рвота 3 - 5 раз в сутки; - серозный менингит, менингоэнцефалит; - лихорадочный период в среднем 3 - 5 дней.	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, дата обращения, госпитализации; - местный случай болезни; - заносной случай болезни; - заражение происходит на территории эндемичных стран: Азии - Китай, Афганистан, Иран, Ирак, Индия, Сирия; Африки - Египет, ЦАР, Заир,



Схема 15

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

лихорадки Денге

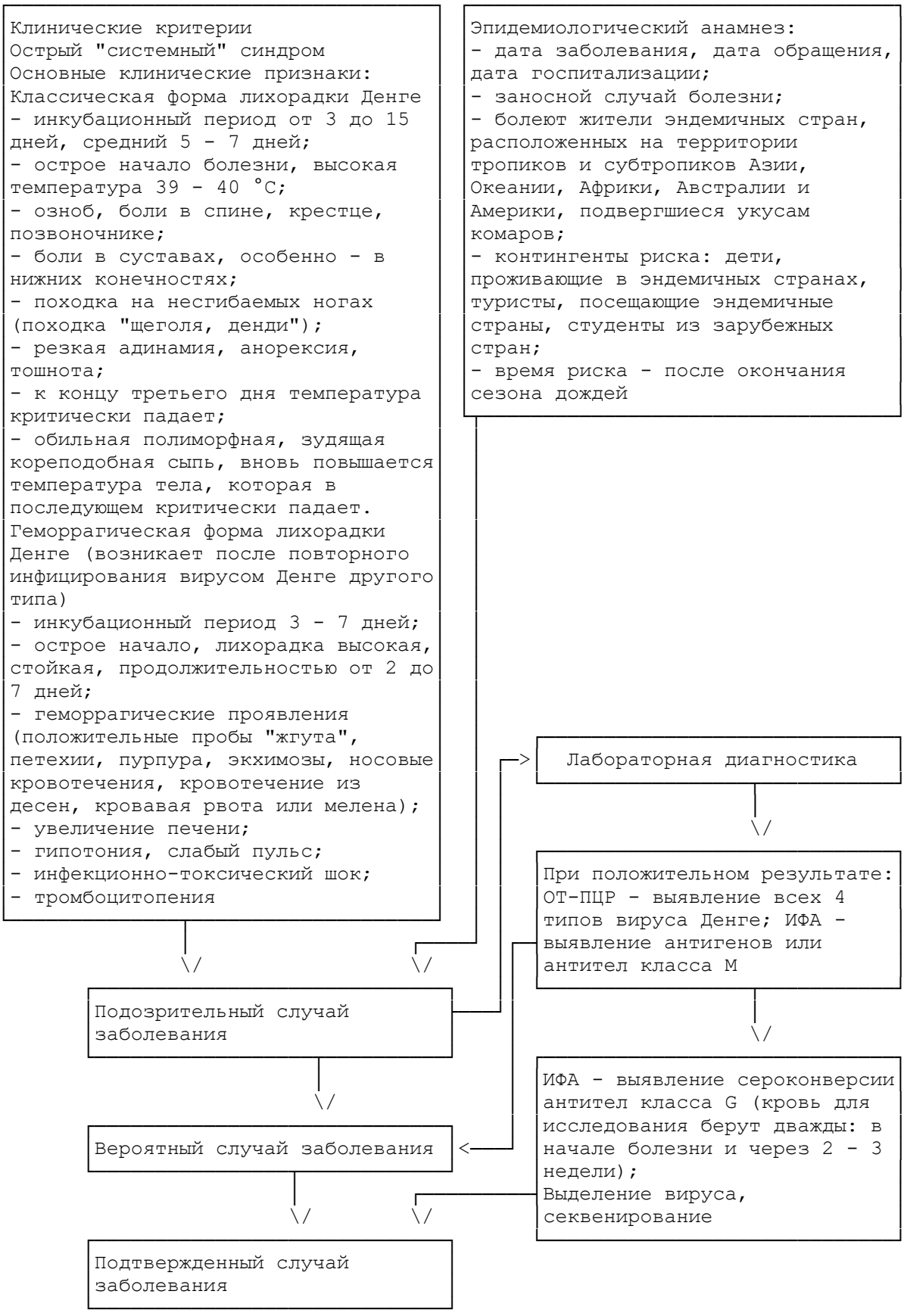


Схема 16

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

лихорадки долины Рифт



Схема 17

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

менингококковой инфекции

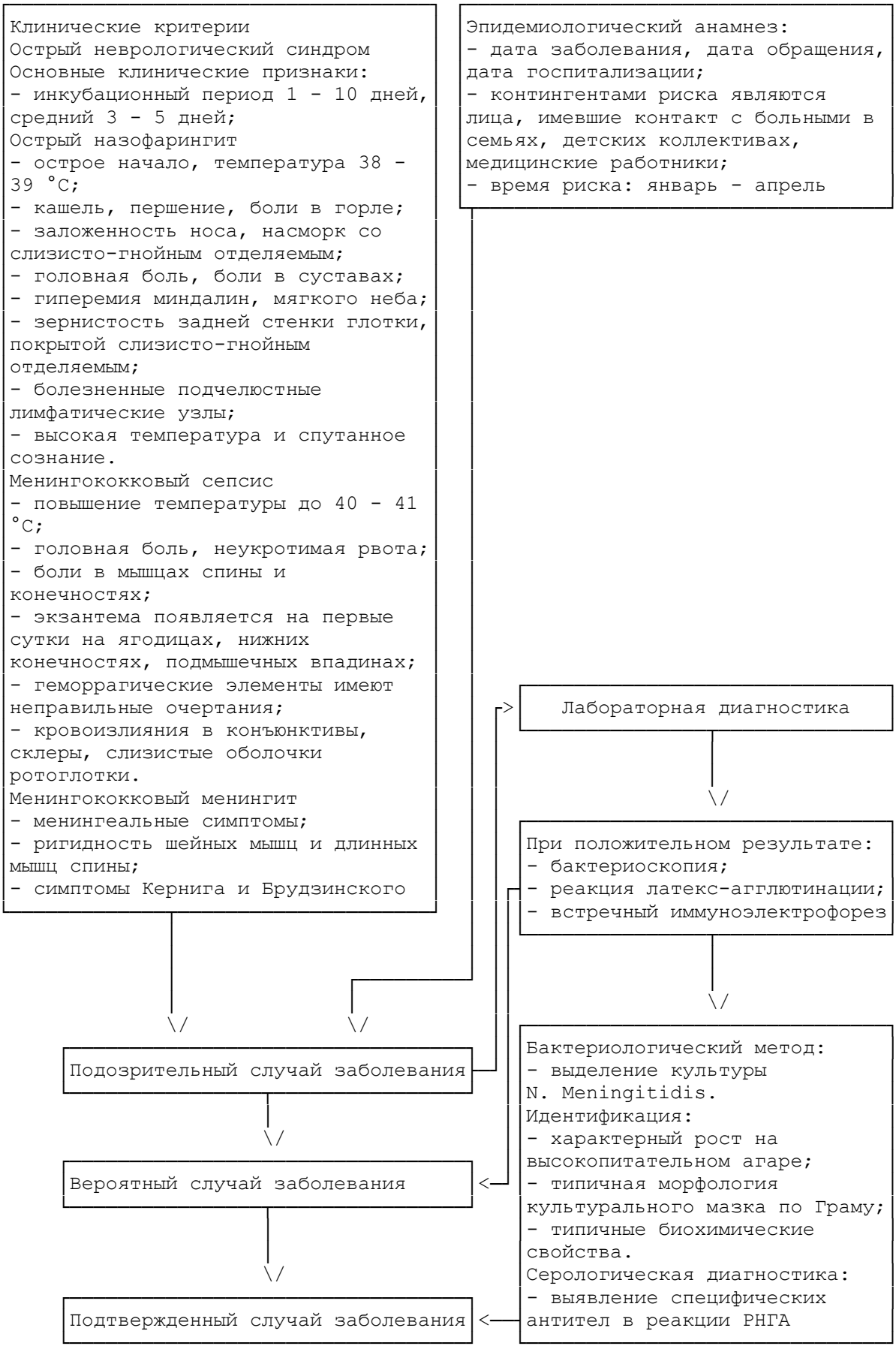


Схема 18

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

сибирской язвы



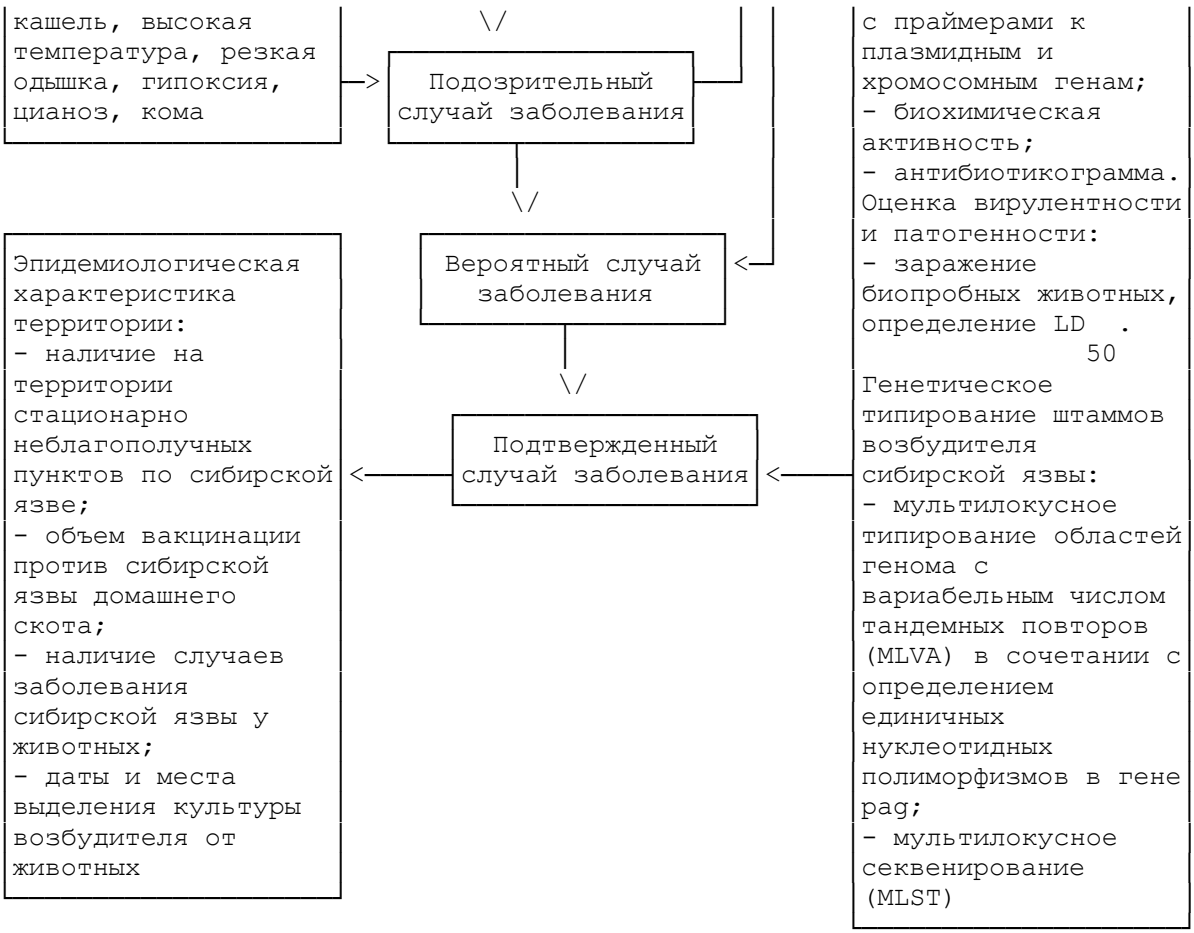


Схема 19

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии бруцеллеза

Клинические критерии	Эпидемиологический анамнез:
Острый "системный" синдром Основные клинические признаки: - инкубационный период при заражении бруцеллами: - козье-овечьего типа 1 - 6 недель; - коровьего - несколько месяцев; Острая форма (до 3 месяцев) - начало постепенное, иногда острое; - выраженная	- дата заболевания, обращения, госпитализации; - болеют лица, проживающие на территориях, неблагополучных по бруцеллезу: животноводы, работники предприятий по переработке продуктов животноводства, ветеринары, лабораторные работники, проводящие

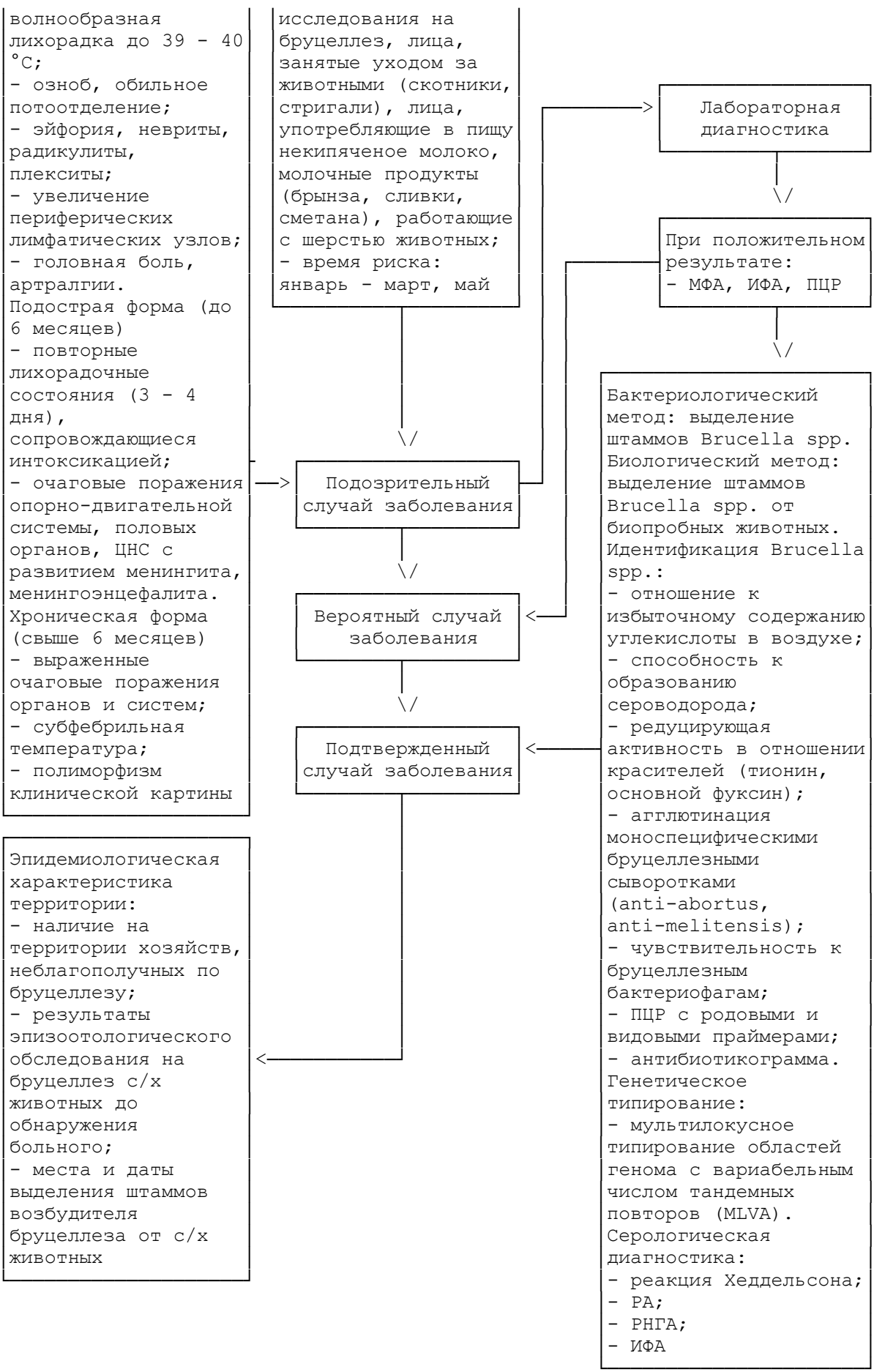

волнообразная лихорадка до 39 - 40 °С;
- озноб, обильное потоотделение;
- эйфория, невриты, радикулиты, плекситы;
- увеличение периферических лимфатических узлов;
- головная боль, артралгии.
Подострая форма (до 6 месяцев)
- повторные лихорадочные состояния (3 - 4 дня), сопровождающиеся интоксикацией;
- очаговые поражения опорно-двигательной системы, половых органов, ЦНС с развитием менингита, менингоэнцефалита.
Хроническая форма (свыше 6 месяцев)
- выраженные очаговые поражения органов и систем;
- субфебрильная температура;
- полиморфизм клинической картины
исследования на бруцеллез, лица, занятые уходом за животными (скотники, стригали), лица, употребляющие в пищу некипяченое молоко, молочные продукты (брынза, сливки, сметана), работающие с шерстью животных;
- время риска: январь - март, май
Лабораторная диагностика
При положительном результате:
- МФА, ИФА, ПЦР
Подозрительный случай заболевания
Вероятный случай заболевания
Подтвержденный случай заболевания
Бактериологический метод: выделение штаммов Brucella spp.
Биологический метод: выделение штаммов Brucella spp. от биопробных животных.
Идентификация Brucella spp.:
- отношение к избыточному содержанию углекислоты в воздухе;
- способность к образованию сероводорода;
- редуцирующая активность в отношении красителей (тионин, основной фуксин);
- агглютинация моноспецифическими бруцеллезными сыворотками (anti-abortus, anti-melitensis);
- чувствительность к бруцеллезным бактериофагам;
- ПЦР с родовыми и видовыми праймерами;
- антибиотикограмма.
Генетическое типирование:
- мультилокусное типирование областей генома с вариабельным числом тандемных повторов (MLVA).
Серологическая диагностика:
- реакция Хеддельсона;
- РА;
- РНГА;
- ИФА
Эпидемиологическая характеристика территории:
- наличие на территории хозяйств, неблагополучных по бруцеллезу;
- результаты эпизоотологического обследования на бруцеллез с/х животных до обнаружения больного;
- места и даты выделения штаммов возбудителя бруцеллеза от с/х животных

Схема 20

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии сапа

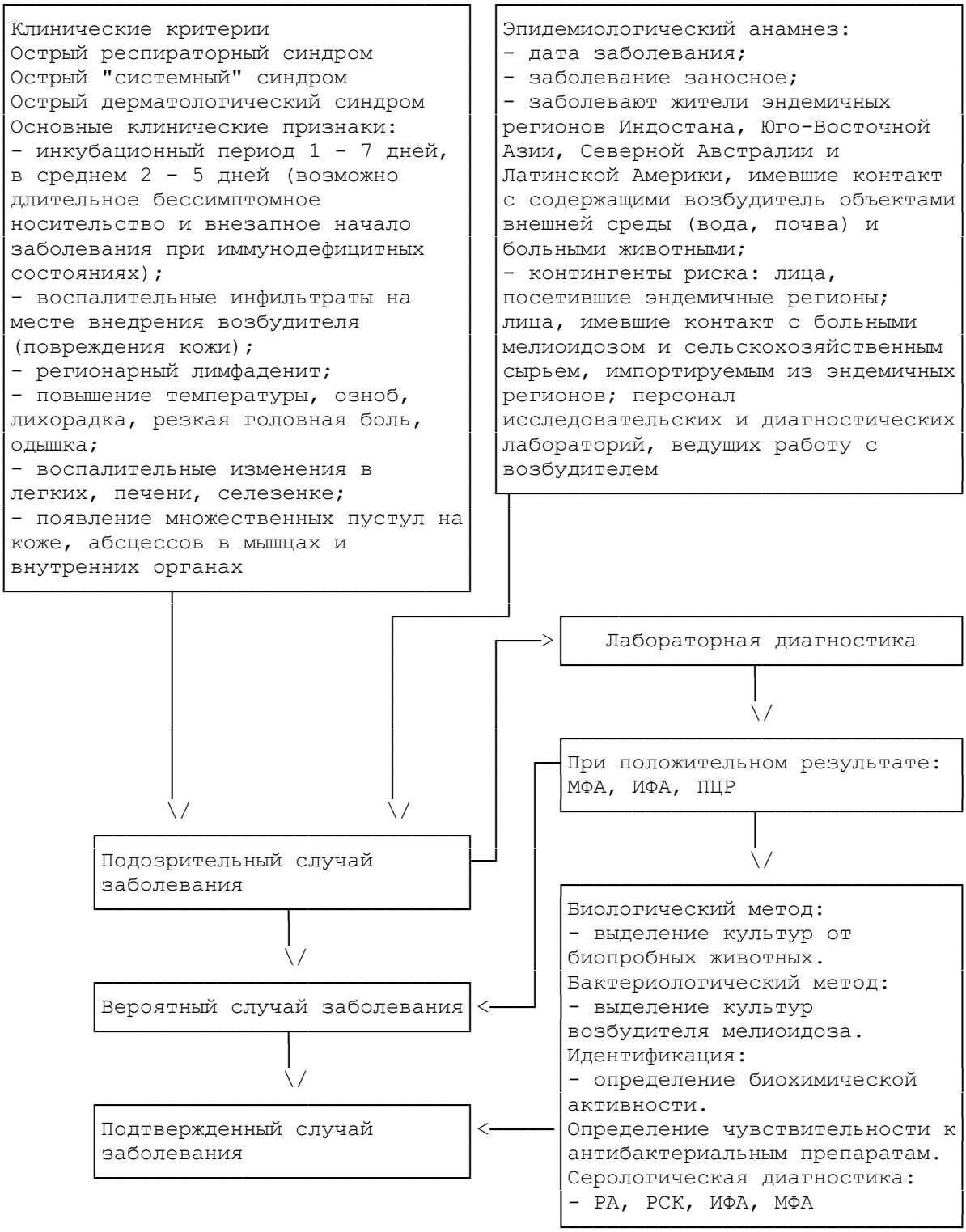


Схема 21

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии мелиоидоза



5. Установление подтвержденного случая болезни в случае

подозрения на известный ПБА

Лабораторные исследования материала проводят в учреждениях, имеющих оформленную в установленном порядке лицензию на осуществление деятельности, связанной с

использованием возбудителей соответствующей группы патогенности (опасности), в зависимости от перечня инфекционных болезней, на которые проводятся исследования.

Исследования проводят в соответствии с действующими санитарными правилами по безопасности работы с микроорганизмами I - II групп и/или III - IV групп патогенности (опасности), нормативными и распорядительными документами, регламентирующими проведение лабораторной диагностики Болезней, и в соответствии с порядком проведения лабораторной диагностики инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории (схемы 2 - 21).

При получении положительных результатов лабораторных исследований в одном или нескольких лабораторных тестах ставят диагноз "Вероятный случай заболевания".

При получении положительного результата бактериологического (вирусологического) анализа - выделение возбудителя из клинического материала и его идентификации и/или в случае выявления в крови Больного специфических антител (IgM в диагностическом титре и/или сероконверсии IgG) выдают ответ - "Подтвержденный случай заболевания".

При подтвержденных эндемичных случаях заболеваний чумой, сибирской язвой, туляремией, бруцеллезом, лихорадкой Западного Нила, КГЛ собирают дополнительную информацию по результатам предэпидемической диагностики (об экологической, эпизоотологической и эпидемиологической ситуации (характеристике)) на эндемичной территории.

6. Выдвижение гипотезы о происхождении болезни и ведущем механизме передачи в случае неизвестного ПБА

Эпидемиологическая и лабораторная диагностика вспышки (эпидемии) инфекционной болезни неустановленной этиологии включает два этапа (схемы 22, 23).

Задачами первого этапа исследования являются:

- определение генеза вспышки (местная или заносная);

- установление клинических признаков, подозрительных на Болезнь;

- установление одного или нескольких синдромов Болезни;

- установление предположительного источника возбудителя инфекции;

- установление предположительного механизма, пути и факторов передачи возбудителя инфекции;

- лабораторное исследование клинического материала;

- определение комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

На основании результатов опроса первых больных выясняют: факт выезда в ближайшее время на другие территории, куда именно; контакты с больным с подозрением на Болезнь, приезд знакомых, родственников с других территорий; контакты с импортированными животными. При наличии в анамнезе Больного поездок на другие территории, уходе за импортированными животными можно сделать заключение о заносном генезе вспышки.

При отсутствии вышеуказанных данных можно считать, что вспышка имеет местное происхождение.

На первом этапе, прежде всего, необходимо охарактеризовать клинические симптомы подозрительного случая заболевания. Для этого осуществляют систематизацию и анализ частоты симптомов у больных. Наиболее типичные симптомы наблюдаются у больных, страдающих среднетяжелыми и тяжелыми формами Болезни. На основании полученных результатов выделяют один или несколько типичных синдромов Болезни.

Это позволяет выдвинуть гипотезу о том, что изучаемая болезнь относится к конкретной группе инфекционных болезней: кишечной, дыхательной, кровяной, наружных покровов.

Проводят определение продолжительности минимального, максимального и среднего инкубационного периода у больных и определение контагиозного периода Болезни.

Изучают частоту встречаемости клинических форм болезни: легкой, среднетяжелой, тяжелой, что имеет важное эпидемиологическое значение, так как большая частота встречаемости легких, стертых, атипичных форм болезни или бактерионосительства (вирусоносительства) затрудняет выявление инфицированных лиц среди населения.

Определяют продолжительность течения отдельных клинических форм болезни и ее исход (количество выздоровлений, хронизаций, инвалидизаций, смертельных случаев болезни).

В обязательном порядке проводят необходимые клинические исследования материала от больных (крови, мочи, кала, спинномозговой жидкости и т.д.).

Проводят лабораторное исследование клинического материала бактериологическим, вирусологическим, биологическим или серологическими методами для расшифровки этиологического агента, вызвавшего заболевание. Необходимо строго соблюдать требования биологической безопасности при проведении исследования. Создают банк образцов клинического материала и сывороток крови больных с подозрением на болезнь и лиц, контактировавших с больными.

На основании обобщенных данных эпидемиологического обследования больных выдвигают гипотезу о местном или заносном характере инфекции, устанавливают основные категории риска - территория, время, факторы, контингенты, определяют вероятный источник инфицирования:

- больной человек в различные периоды болезни;

- домашние или дикие млекопитающие, птицы;

- эктопаразиты;

- объекты окружающей среды - вода, пищевые продукты, почва, воздух, растительность.

Особое значение имеет выявление случаев заболеваний среди медицинских работников, оказывавших помощь больным на различных этапах заболевания, определение индекса семейной очаговости. Определяют предполагаемый механизм передачи возбудителя (аспирационный, фекально-оральный, трансмиссивный, контактный) и факторы передачи.

На основании полученных данных выдвигают гипотезу о том, что данная болезнь относится к числу бактериальных (вирусных) инфекций; антропонозных, зоонозных или

сапронозных инфекций; является контагиозной или неконтагиозной с преобладающим фактором передачи возбудителя инфекции и дают рекомендации о проведении необходимого комплекса противоэпидемических и профилактических мероприятий, с оценкой их эффективности как диагностического признака.

7. Заключение о генезе вспышки в случае неизвестного ПБА

Задачами второго этапа эпидемиологической диагностики (клинического, эпидемиологического и лабораторного-этиологического анализа) неизвестной инфекционной болезни являются:

- изучение основных закономерностей возникшего эпидемического процесса;

- статистическое подтверждение выдвинутых гипотез об источнике и предполагаемых механизмах, путях и факторах передачи возбудителя инфекции;

- оценка эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий и их корректировка в соответствии с полученными результатами;

- определение влияния санитарно-гигиенических, ландшафтно-географических, климатических, социальных факторов на интенсивность и динамику эпидемического процесса;

- прогноз дальнейшего развития событий.

Второй этап эпидемиологической (клинической, эпидемиологической и лабораторной) диагностики вспышки (эпидемии) инфекционной болезни неизвестной этиологии осуществляют по единой схеме независимо от источника возбудителя (больной человек, животное, неживые объекты окружающей среды).

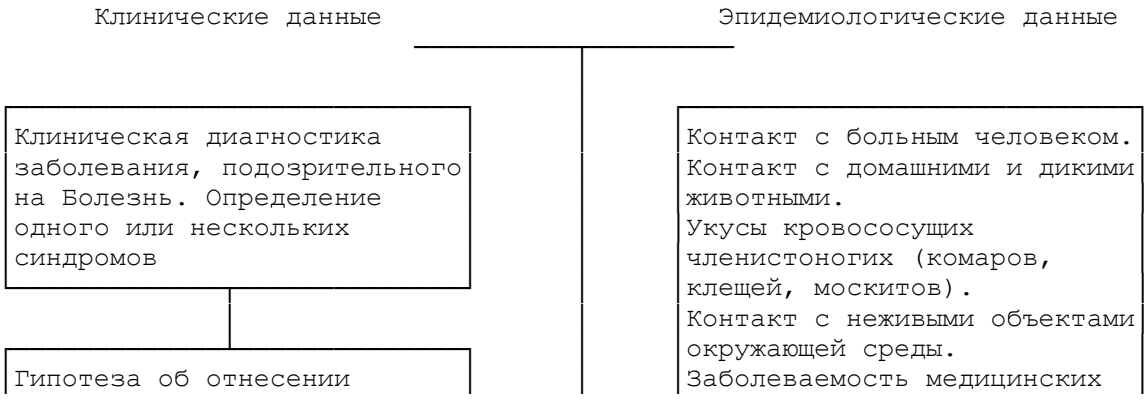
Схема 22

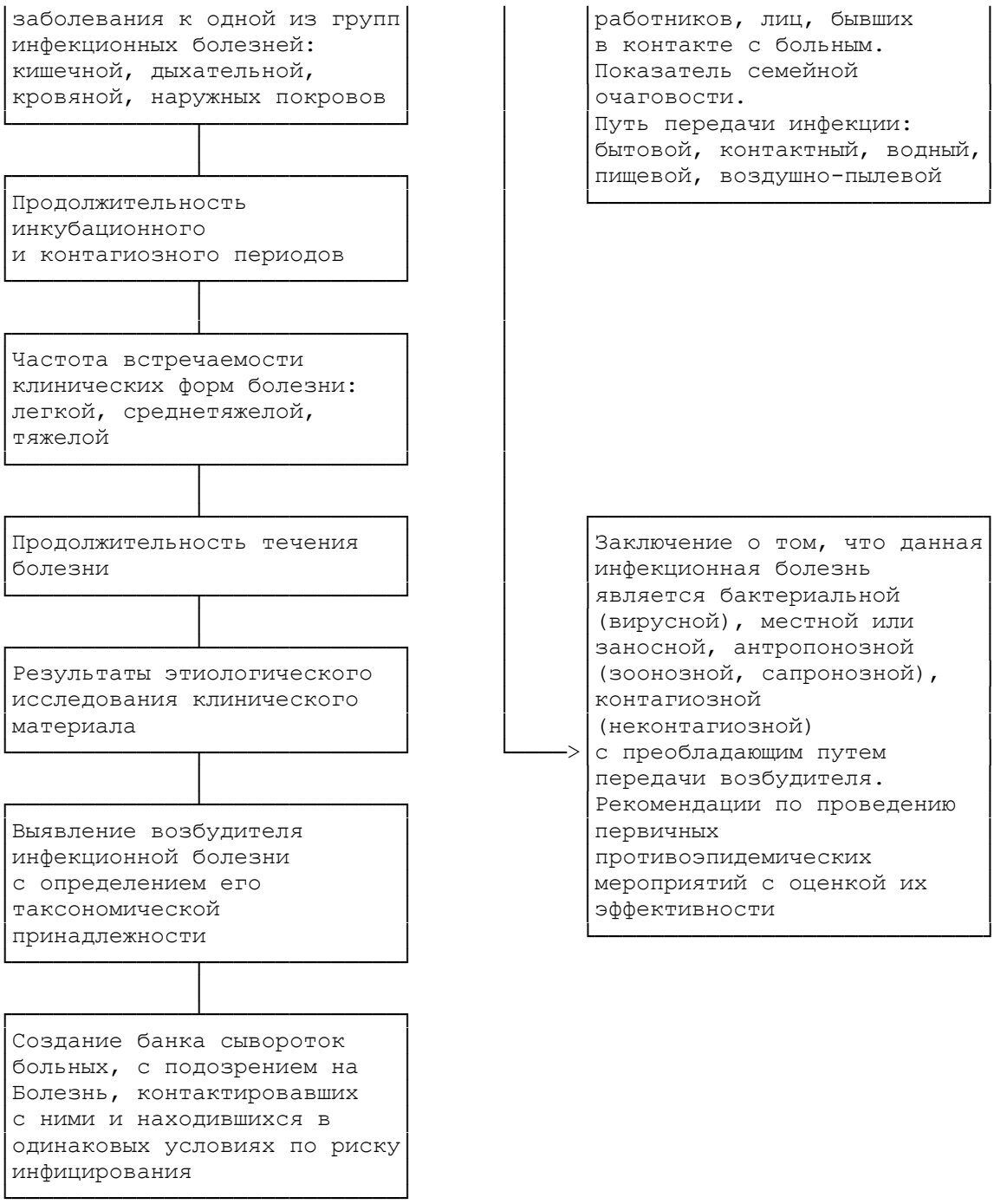
Эпидемиологическая диагностика

инфекционной болезни неизвестной этиологии, включающая

клинический, эпидемиологический и лабораторный

(этиологический) анализы (первый этап)





Далее определяют уровень заболеваемости: абсолютное число больных и показатель заболеваемости на 100 тыс. населения территории, на которой возникла вспышка.

Данные показатели характеризуют интенсивность эпидемического процесса.

Заболеваемость может носить спорадический характер, когда выявляются единичные случаи болезни, явно не связанные между собой. Чаще всего они обусловлены действием неустановленных путей передачи возбудителя инфекции (водного или пищевого).

Эпидемический характер заболеваемости - заболевания, связанные между собой единым источником возбудителя болезни или общими факторами передачи возбудителя. Эпидемический характер распространения инфекционной болезни определяется следующими признаками:

- регистрация последовательно или одномоментно возникающих заболеваний в течение среднего инкубационного периода, связанных между собой;

- возникновение ряда заболеваний, непосредственно связанных с источником возбудителя инфекции, в течение одного инкубационного периода;

- возникновение множественных заболеваний в течение одного инкубационного периода, связанных с инфицированными водоемами (заражения, связанные с употреблением воды для питья, хозяйственно-питьевых нужд, купание, употребление напитков, воздействие водного аэрозоля);

- возникновение множественных заболеваний в течение одного инкубационного периода, связанных с употреблением в пищу инфицированных возбудителем пищевых продуктов;

- возникновение вспышки заболеваний, обусловленной реализацией трансмиссивного пути передачи возбудителя инфекции (укусы кровососущих переносчиков).

Эпидемиологическое неблагополучие, связанное с единым источником возбудителя инфекции и единым путем его передачи, будет продолжаться до тех пор, пока они не будут устранены, после чего произойдет резкое падение уровня заболеваемости или ее ликвидация.

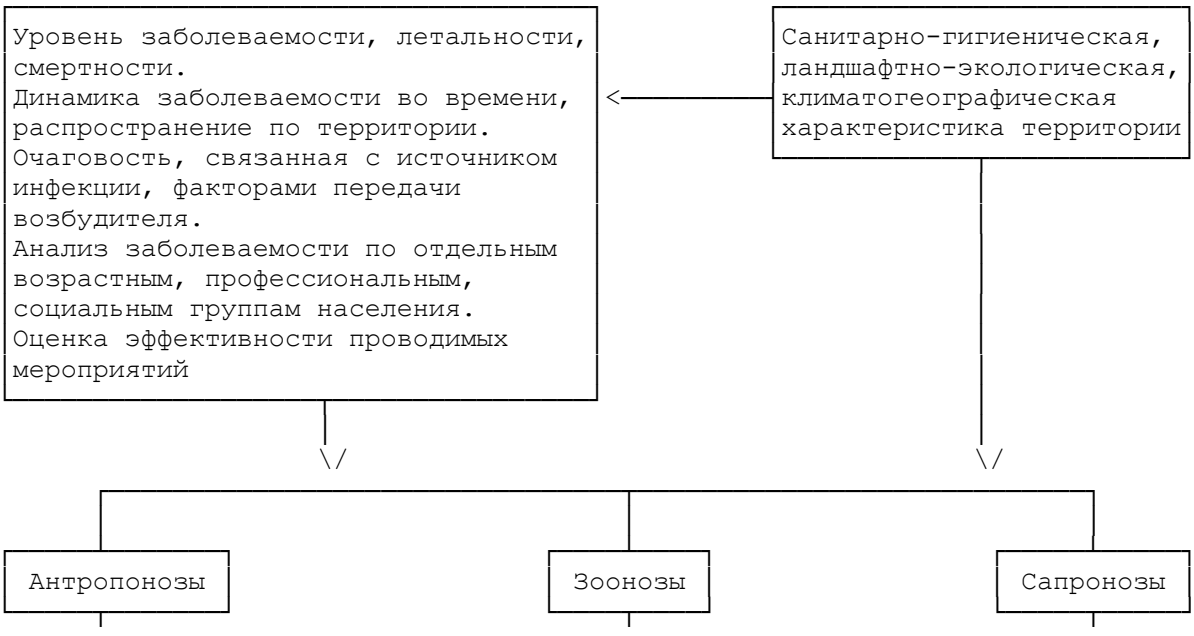
Динамика возникшего эпидемического процесса хорошо прослеживается на основании графического изображения ежедневного числа больных в период вспышки или по пятидневным периодам. Это позволяет определить, имеется ли тенденция к росту числа больных, стабилизации уровня заболеваемости или его снижению.

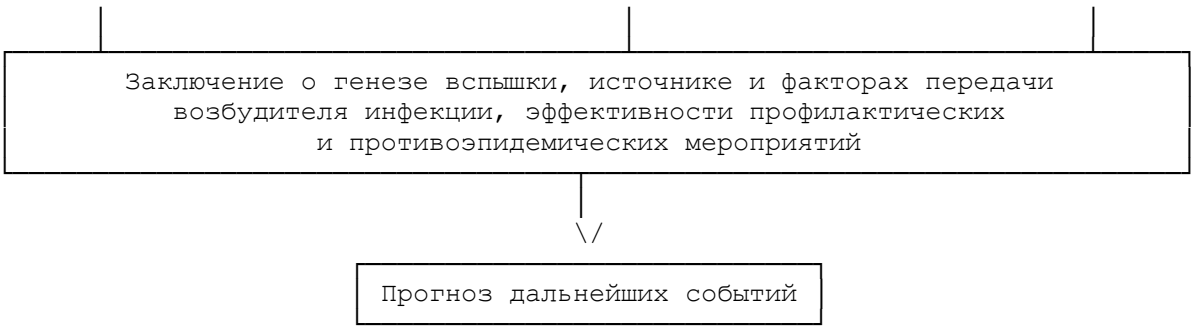
Схема 23

Эпидемиологическая (клиническая,

эпидемиологическая, лабораторная) диагностика вспышки

инфекционной болезни неизвестной этиологии (второй этап)





Прослеживают динамику эпидемического процесса в разрезе отдельных населенных пунктов. С этой целью осуществляют картографический анализ последовательности распределения больных в разрезе отдельных населенных пунктов, улиц, домов, квартир с указанием даты заболевания. Подсчитывают интенсивные показатели уровня заболеваемости на 100 тыс. населения в каждом населенном пункте, а при необходимости - в его отдельных микроучастках.

Хронологический порядок изучения заболеваемости позволяет выявить одновременное возникновение групповых заболеваний в семьях, организованных детских коллективах, промышленных предприятиях, среди отдельных групп населения. Подсчитывают индекс очаговости (количество случаев заболевания, приходящихся на один очаг), который служит одним из показателей интенсивности эпидемического процесса. Низкие показатели очаговости свидетельствуют об ограниченной активности передачи возбудителя инфекции. Высокие показатели очаговости при кишечных инфекциях свидетельствуют о возможности реализации водного или пищевого пути передачи возбудителя, а при инфекциях дыхательных путей - о возможности аспирационного механизма передачи возбудителя.

В очагах, где установлен контактный путь передачи возбудителя, оценивают опасность больных с различной тяжестью течения болезни (тяжелой, среднетяжелой, легкой) в качестве источников инфекции для окружающих. Для этого подсчитывают общее количество очагов, возникших в окружении больных, страдающих отдельными клиническими формами болезни, длительность существования этих очагов, число больных в них (абсолютное число больных и показатель на 100 тыс. населения). На основании полученных данных оценивают эпидемиологическую значимость отдельных клинических форм болезни.

В очагах, возникших в результате реализации водного, пищевого или трансмиссивного путей передачи, определяют основной путь передачи возбудителя в каждом конкретном очаге с указанием предполагаемого фактора передачи.

В целях выделения групп риска проводят изучение уровня заболеваемости в отдельных возрастных группах населения: 0 - 2 года; 3 - 6 лет; 7 - 14 лет; 15 - 19 лет; 20 - 29 лет; 30 - 39 лет; 40 - 49 лет; 50 - 59 лет; 60 и старше; в профессиональных группах: медицинские и сельскохозяйственные работники, рабочие, служащие; в социальных группах: дети дошкольных учреждений и неорганизованные дети, школьники, студенты, пенсионеры, безработные. В каждой из выделенных групп определяют структуру заболеваемости и подсчитывают показатели уровня заболеваемости на 10 тыс. населения, относящегося к данной группе.

Последующая статистическая обработка показателей структуры и уровня заболеваемости позволит выделить возрастные, профессиональные и социальные группы риска населения.

Результаты оперативного анализа вспышки и статистическая обработка полученных данных об уровне заболеваемости, ее динамике, территориальном распределении, характере очаговости, эпидемической значимости больных отдельными клиническими формами, основных факторах передачи возбудителя, заболеваемости отдельных возрастных, профессиональных и социальных групп населения являются фактологической основой для объективного подтверждения или опровержения ранее выдвинутых гипотез о генезе вспышки, источнике инфекции и предполагаемых путях ее передачи.

Наряду с изучением количественных характеристик возникшего эпидемического процесса уточняют влияние санитарно-гигиенических условий, ландшафтно-географической характеристики территории и климатических факторов на течение эпидемического процесса.

При кишечных инфекциях с фекально-оральным и водным путями передачи возбудителя ведущее значение имеют санитарно-гигиеническое состояние системы водоснабжения, канализования и качество санитарной очистки населенных пунктов, условия производства, хранения и реализации пищевых продуктов и напитков.

При инфекциях дыхательных путей - скученность контингента в детских дошкольных учреждениях, школах, ВУЗах и других, наличие учреждений и производств с большим числом работающих в замкнутых помещениях.

При кровяных инфекциях - численность кровососущих членистоногих (потенциальных переносчиков возбудителя болезни).

При инфекциях наружных покровов - уровень санитарной культуры населения, количество водоемов, проведение земляных работ, высокие показатели температуры воздуха и воды и др.

Перечисленные выше условия влияют на активизацию путей передачи возбудителей инфекционных болезней.

Большое значение имеет оценка эффективности комплекса проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий: информационно-разъяснительная работа с населением, активность выявления больных, сроки их госпитализации, сроки проведения текущей и заключительной дезинфекции в очагах.

Эффективность проводимых мероприятий заключается в снижении уровня заболеваемости, летальности, снижении числа возникших очагов и сокращении длительности их существования после введения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по локализации и ликвидации эпидемических очагов по сравнению с периодом, когда они не проводились.

При определении этиологического агента вспышки, что возможно при бактериальных, вирусных, протозойных инфекциях и микозах, устанавливают этиологию болезни, источник возбудителя инфекции, наличие носительства инфекции, контагиозный период заболевания, факторы передачи, контаминированность объектов окружающей среды. Устанавливают показатели напряженности иммунитета и наличие иммунной прослойки населения.

При зоонозных инфекциях устанавливают источник возбудителя инфекции, видовой состав и численность вовлекаемых в эпизоотический процесс животных, зараженность носителей и кровососущих переносчиков.

При сапронозных инфекциях устанавливают зараженность объектов окружающей среды (водоемов, почвы и др.).

Полученные данные необходимо подтвердить и результатами проспективного исследования (метод "случай - контроль"), при проведении которого сравнивают две группы показателей: в группе лиц, подвергшихся воздействию фактора (имевшие контакт с больным), и группе лиц, не подвергшихся воздействию данного фактора.

Получение статистических данных, свидетельствующих о более высокой заболеваемости в группе риска, показывает, что влияние риска существенно и достоверно.

Данным способом, например, можно определить возможную эпидемиологическую значимость бактерионосителей или вирусоносителей, если в качестве одной из групп риска будут взяты лица, контактировавшие с клинически здоровыми членами семьи больного, а другой - не имевшие такой контакт. Более высокий уровень заболеваемости в первой группе будет свидетельствовать о передаче заразного начала носителями инфекции.

Аналогичным способом подтверждают и роль отдельных факторов передачи возбудителя инфекционной болезни.

На основании полученных результатов дают рекомендации по проведению дальнейших противоэпидемических и профилактических мероприятий, прогноз дальнейших событий.

8. Порядок лабораторной диагностики новой (неизвестной)

инфекционной болезни

8.1. Проведение лабораторной диагностики клинического материала и проб из объектов окружающей среды с использованием методов экспресс- и ускоренной диагностики на выявление возбудителей известных опасных Болезней в соответствии с данными клинико-эпидемиологического анализа:

- микроскопия мазка, окрашенного по Граму, Романовскому-Гимзе, другими красителями;

- проведение МФА;

- проведение ПЦР;

- постановка ИФА.

8.2. Посев клинического материала и проб объектов окружающей среды на питательные и дифференциально-диагностические среды, перевиваемые культуры клеток, заражение биопробных животных для выделения культуры возбудителя бактериальной и вирусной природы:

- на питательные среды для выделения культуры возбудителей особо опасных инфекционных болезней;

- на питательные среды для выделения аэробных и факультативно-анаэробных грамположительных кокков семейства Micrococcoceae и Streptococcoceae;

- на питательные среды для выделения аэробных и факультативно-анаэробных

грамположительных палочек: спорообразующих и неспорообразующих (Listeria, Erysipilothrix, Corynebacterium);

- на питательные среды для выделения анаэробных грамположительных бактерий (Clostridium);

- на питательные среды для выделения грамотрицательных кокков рода Neisseria, прихотливых аэробных грамотрицательных палочек и коккобацилл (род Bordetella, род Legionella), гемоглобинофильных бактерий (род Haemophilus);

- на питательные среды для выделения аэробных и факультативно-анаэробных грамотрицательных бактерий семейств Enterobacteriaceae, Vibrionaceae, неферментирующих бактерий;

- на среды для культивирования вирусов - культуры клеток Vero, СПЭВ.

8.3. Заражение биопробных животных:

- белые мыши, морские свинки, золотистые хомячки - для выделения культур возбудителей бактериальной природы;

- новорожденные белые мыши (мыши-сосунки), кролики - для выделения вирусов.

8.4. Идентификация выделенных культур до вида, изучение антигенных свойств, факторов патогенности, молекулярное типирование, определение чувствительности к лечебным препаратам.

8.5. При выделении культуры бактериальной или вирусной природы с неизвестными ранее свойствами проводят секвенирование и составляют паспорт штамма с указанием всех полученных данных.

Приложение

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

1. Федеральный закон от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

2. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 24.02.2009 N 11 "О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях в области общественного здравоохранения санитарно-эпидемиологического характера".

3. СП 3.4.2318-08 "Санитарная охрана территории Российской Федерации".

4. СП 3.1./3.2.1379-03 "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней".

5. Международные медико-санитарные правила (2005 г.).

6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр, Женева, 1995 (МКБ-10, Женева, 1995).

7. СП 1.3.1285-03 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)".

8. СП 1.2.036-95 "Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности".

9. СП 3.1.7.2492-09 "Профилактика чумы".

10. СП 3.1.1.2521-09 "Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой на территории Российской Федерации".

11. СП 3.1.7.2629-10 "Профилактика сибирской язвы".

12. СП 3.1.7.2613-10 "Профилактика бруцеллеза".

13. СП 3.1.7.2642-10 "Профилактика туляремии".

14. СП 3.1.2.1319-03 "Профилактика гриппа".

15. СП 3.1.2.1382-03 "Профилактика гриппа. Доп. и изм. к СП 3.1.2.1319-03".

16. СП 3.1.084-96. Ветеринарные правила ВП 13.3.4.1100-96 "Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных".

17. СП 3.1.2951-11 "Профилактика полиомиелита".

18. СП 3.1.2.2512-09 "Профилактика менингококковой инфекции".

19. Приказ Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека от 17.03.2008 N 88 "О мерах по совершенствованию мониторинга за возбудителями инфекционных и паразитарных болезней".

20. МУК 1.3.1877-04 "Порядок сбора, упаковки, хранения, транспортирования и проведения лабораторного анализа биологического материала от больных (и умерших) пациентов с подозрением на тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)".

21. МУ 3.1.1.2232-07 "Профилактика холеры. Организационные мероприятия. Оценка противоэпидемической готовности учреждений на случай возникновения очага холеры".

КонсультантПлюс: примечание.
В официальном тексте документа допущена опечатка: МУК "Лабораторная диагностика холеры" имеет номер МУК 4.2.2218-07, а не МУК 4.2.2413-08, как указано в нижеследующем абзаце.

22. МУК 4.2.2413-08 "Лабораторная диагностика холеры".

КонсультантПлюс: примечание.
В официальном тексте документа допущена опечатка: МУК "Лабораторная диагностика и обнаружение возбудителя сибирской язвы" имеет номер МУК 4.2.2413-08, а не МУК 4.2.2218-07, как указано в нижеследующем абзаце.

23. МУК 4.2.2218-07 "Лабораторная диагностика и обнаружение возбудителя сибирской язвы".

24. МУ 3.1.7.1189-03 "Профилактика и лабораторная диагностика бруцеллеза людей".

25. МУ 3.1.2007-05 "Эпидемиологический надзор за туляремией".

26. МУ 3.1.1.2488-09 "Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий против Крымской геморрагической лихорадки".

27. МУ 3.1.1128-02 "Эпидемиология, диагностика и профилактика заболеваний людей лептоспирозами".

28. МУ 3.4.2552-09 "Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения".

29. МУ 3.1.3.2355-08 "Организации и проведение эпидемиологического надзора в природных очагах чумы на территории Российской Федерации".

30. МУ 3.1.3.2600-10 "Мероприятия по борьбе с лихорадкой Западного Нила на территории Российской Федерации".

31. МУК 4.2.2870-11 "Порядок организации и проведения лабораторной диагностики холеры для лабораторий территориального, регионального и федерального уровней".

32. МУК 4.2.2940-11 "Порядок организации и проведения лабораторной диагностики чумы для лабораторий территориального, регионального и федерального уровней".

33. МУК 4.2.2941-11 "Порядок организации и проведения лабораторной диагностики сибирской язвы для лабораторий территориального, регионального и федерального уровней".

34. МУК 4.2.2939-11 "Порядок организации и проведения лабораторной диагностики туляремии для лабораторий территориального, регионального и федерального уровней".

35. МУК 4.2.3007-12 "Порядок организации и проведения лабораторной диагностики Крымской геморрагической лихорадки для лабораторий территориального, регионального и федерального уровней".

36. МУК 4.2.3009-12 "Порядок организации и проведения лабораторной диагностики лихорадки Западного Нила для лабораторий территориального, регионального и федерального уровней".

37. МУК 4.2.3010-12 "Порядок организации и проведения лабораторной диагностики бруцеллеза для лабораторий территориального, регионального и федерального уровней".

38. Руководство по профилактике чумы /Под ред. А.В. Наумова и Л.В. Самойловой.

39. Руководство по клинике, диагностике и лечению опасных инфекционных болезней /Под ред. Покровского В.И. и Иванова К.С. М., 1994.

40. Лабораторная диагностика опасных инфекционных болезней: Практическое руководство /Под ред. Г.Г. Онищенко, В.В. Кутырева.

41. Специфическая индикация патогенных биологических объектов: Практическое руководство /Под ред. Г.Г. Онищенко.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

ВЕРСИЯ 3 (03.03.2020)

ВВЕДЕНИЕ

В конце 2019 года в Китайской Народной Республике произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй), возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV.

Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, - COVID-19 ("Coronavirus disease 2019"). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции - SARS-CoV-2.

Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двухсторонняя пневмония, у 3 - 4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

Рекомендации, представленные в документе, в значительной степени базируются на фактических данных, опубликованных специалистами ВОЗ, китайского, американского и европейского центров по контролю за заболеваемостью в материалах по лечению и профилактике этой инфекции.

Методические рекомендации предназначены для врачей-терапевтов, врачей общей практики, врачей-инфекционистов, врачей-педиатров, врачей-акушеров-гинекологов, врачей-реаниматологов отделений интенсивной терапии инфекционных стационаров, врачей скорой медицинской помощи.

1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Коронавирусы (Coronaviridae) - это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных. У людей коронавирусы могут вызвать целый ряд заболеваний - от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). В настоящее время известно о циркуляции среди населения

четырех коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ, и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести.

По результатам серологического и филогенетического анализа коронавирусы разделяются на три рода: Alphacoronavirus, Betacoronavirus и Gammacoronavirus. Естественными хозяевами большинства из известных в настоящее время коронавирусов являются млекопитающие.

До 2002 года коронавирусы рассматривались в качестве агентов, вызывающих нетяжелые заболевания верхних дыхательных путей (с крайне редкими летальными исходами). В конце 2002 года появился коронавирус (SARS-CoV), возбудитель атипичной пневмонии, который вызывал ТОРС у людей. Данный вирус относится к роду Betacoronavirus. Природным резервуаром SARS-CoV служат летучие мыши, промежуточные хозяева - верблюды и гималайские циветты. Всего за период эпидемии в 37 странах по миру зарегистрировано более 8000 случаев, из них 774 со смертельным исходом. С 2004 года новых случаев атипичной пневмонии, вызванной SARS-CoV, не зарегистрировано.

В 2012 году мир столкнулся с новым коронавирусом MERS (MERS-CoV), возбудителем ближневосточного респираторного синдрома, также принадлежащему к роду Betacoronavirus. Основным природным резервуаром коронавирусов MERS-CoV являются одногорбные верблюды (дромадеры). С 2012 г. по 31 января 2020 г. зарегистрировано 2519 случаев коронавирусной инфекции, вызванной вирусом MERS-CoV, из которых 866 закончились летальным исходом. Все случаи заболевания географически ассоциированы с Аравийским полуостровом (82% случаев зарегистрированы в Саудовской Аравии). В настоящий момент MERS-CoV продолжает циркулировать и вызывать новые случаи заболевания.

Новый коронавирус SARS-CoV-2 (название, присвоенное Международным комитетом по таксономии вирусов 11 февраля 2020 года) представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству Coronaviridae, относится к линии Beta-CoV B. Вирус отнесен ко II группе патогенности, как и некоторые другие представители этого семейства (вирус SARS-CoV, MERS-CoV).

Коронавирус SARS-CoV-2 предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом. Генетическая последовательность SARS-CoV-2 сходна с последовательностью SARS-CoV по меньшей мере на 79%.

Патогенез COVID-19 изучен недостаточно. Данные о длительности и напряженности иммунитета в отношении SARS-CoV-2 в настоящее время отсутствуют. Иммунитет при инфекциях, вызванных другими представителями семейства коронавирусов, не стойкий и возможно повторное заражение.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

В настоящее время данные по эпидемиологической характеристике новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2, ограничены. Максимально широкое распространение вирус получил на территории Китайской Народной Республики (КНР), где подтвержденные случаи заболевания были зарегистрированы во всех административных образованиях. Наибольшее количество заболевших выявлено в Юго-Восточной части КНР с эпицентром в провинции Хубэй (более 80% случаев).

Завозные случаи заболевания COVID-19 зарегистрированы более чем в 70 странах мира, большинство из которых были связаны с поездками в КНР, а с конца февраля 2020 г. - с поездками в Италию, Южную Корею, Иран. Во многих странах случаи обнаружены у лиц, не посещавших КНР.

Первоначальный источник инфекции не установлен. Первые случаи заболевания могли быть связаны с посещением рынка морепродуктов в г. Ухань (провинция Хубэй), на котором продавались домашняя птица, змеи, летучие мыши и другие животные.

В настоящее время основным источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания.

Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным (при кашле, чихании, разговоре), воздушно-пылевым и контактным путями. Факторами передачи являются воздух, пищевые продукты и предметы обихода, контаминированные SARS-CoV-2.

Установлена роль инфекции, вызванной SARS-CoV-2, как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи. В КНР зарегистрировано более 1700 подтвержденных случаев заболевания медицинских работников, оказывавших помощь больным COVID-19.

Стандартное определение случая заболевания COVID-19

Подозрительный на COVID-19 случай:

- наличие клинических проявлений острой респираторной инфекции, бронхита, пневмонии в сочетании со следующими данными эпидемиологического анамнеза:

- посещение за 14 дней до появления симптомов эпидемиологически неблагополучных по COVID-19 стран и регионов (главным образом КНР, Италия, Южная Корея, Иран);

- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2, которые в последующем заболели;

- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19.

Вероятный случай COVID-19

- наличие клинических проявлений тяжелой пневмонии, ОРДС, сепсиса в сочетании с данными эпидемиологического анамнеза (см. выше).

Подтвержденный случай COVID-19

Положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) вне зависимости от клинических проявлений.

3. ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

3.1. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

При наличии факторов, свидетельствующих о случае, подозрительном на коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, пациентам проводится вне зависимости от вида оказания медицинской помощи комплекс клинического обследования для определения степени тяжести состояния.

Диагноз устанавливается на основании клинического обследования, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований.

1. Подробная оценка всех жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза.

При сборе эпидемиологического анамнеза обращается внимание на посещение в течение 14 дней до первых симптомов эпидемически неблагополучных по COVID-19 стран и регионов (в первую очередь КНР, Италия, Южная Корея, Иран), наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, подозрительными на инфицирование SARS-CoV-2, или лицами, у которых диагноз подтвержден лабораторно.

2. Физикальное обследование с установлением степени тяжести состояния пациента, обязательно включающее:

- оценку видимых слизистых оболочек верхних дыхательных путей,

- аускультацию и перкуссию легких,

- пальпацию лимфатических узлов,

- исследование органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки,

- термометрию.

3. Лабораторная диагностика общая:

- общий (клинический) анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы;

- биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). Биохимический анализ крови не дает какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования;

- исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии;

- пульсоксиметрия с измерением SpO_2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии. Пульсоксиметрия является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке и оценивать ее эффективность;

пациентам с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) (SpO_2 менее 90% по данным пульсоксиметрии) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO_2, $PaCO_2$, pH, бикарбонатов, лактата;

- пациентам с признаками ОДН рекомендуется выполнение коагулограммы с определением протромбинового времени, международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени.

4. Лабораторная диагностика специфическая:

- выявление РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР (информация представлена в разделе 3.3).

5. Инструментальная диагностика:

- компьютерная томография легких рекомендуется всем пациентам с подозрением на пневмонию; при отсутствии возможности выполнения компьютерной томографии - обзорная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях при неизвестной локализации воспалительного процесса целесообразно выполнять снимок в правой боковой проекции). Компьютерная томография легких является более чувствительным методом для диагностики вирусной пневмонии. Основными находками при пневмонии являются двусторонние инфильтраты в виде "матового стекла" или консолидации, имеющие преимущественное распространение в нижних и средних зонах легких. При рентгенографии грудной клетки выявляют двусторонние сливные инфильтративные затемнения. Чаще всего наиболее выраженные изменения локализуются в базальных отделах легких. Также может присутствовать и небольшой плевральный выпот;

- электрокардиография (ЭКГ) в стандартных отведениях рекомендуется всем пациентам. Данное исследование не несет в себе какой-либо специфической информации, однако в настоящее время известно, что вирусная инфекция и пневмония помимо декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний увеличивают риск развития нарушений ритма и острого коронарного синдрома, своевременное выявление которых значимо влияет на прогноз. Кроме того, определенные изменения на ЭКГ (например, удлинение интервала QT) требуют внимания при оценке кардиотоксичности ряда антибактериальных препаратов.

Принятие решения о необходимости госпитализации:

а) при анамнестических данных, указывающих на вероятность инфекции, вызванной SARS-CoV-2, независимо от степени тяжести состояния больного, показана госпитализация в инфекционную больницу/отделение с соблюдением всех противоэпидемических мер;

б) при отсутствии подозрений на инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, решение о госпитализации зависит от степени тяжести состояния и вероятного другого диагноза.

3.2. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Инкубационный период составляет от 2 до 14 суток.

Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной вирусной инфекции:

- повышение температуры тела (>90%);

- кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев;

- одышка (55%);

- миалгии и утомляемость (44%);

- ощущение заложенности в грудной клетке (>20%).

Наиболее тяжелая одышка развивается к 6 - 8-му дню от момента заражения. Также установлено, что среди первых симптомов могут быть миалгия (11%), спутанность сознания (9%), головные боли (8%), кровохарканье (5%), диарея (3%), тошнота, рвота, сердцебиение. Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела.

Клинические варианты и проявления COVID-19:

3.1.1.1. Острая респираторная вирусная инфекция легкого течения.

3.1.1.2. Пневмония без дыхательной недостаточности.

3.1.1.3. Пневмония с ОДН.

3.1.1.4. ОРДС.

3.1.1.5. Сепсис.

3.1.1.6. Септический (инфекционно-токсический) шок.

Гипоксемия (снижение SpO_2 менее 88%) развивается более чем у 30% пациентов.

Различают легкие, средние и тяжелые формы COVID-19.

Средний возраст пациентов в КНР составляет 51 год, наиболее тяжелые формы развивались у пациентов пожилого возраста (60 и более лет), среди больных отмечены частые сопутствующие заболевания: сахарный диабет (20%), артериальная гипертензия (15%) и другие сердечно-сосудистые заболевания (15%).

Двадцать пять процентов подтвержденных случаев заболевания, зарегистрированных в КНР, были классифицированы органами здравоохранения КНР как тяжелые (16% тяжелых больных, 5% в критическом состоянии и 4% умерших). При тяжелом течении наблюдаются быстро прогрессирующее заболевание нижних дыхательных путей, пневмония, ОДН, ОРДС, сепсис и септический шок. В г. Ухань практически у всех пациентов с тяжелым течением заболевания зарегистрирована прогрессирующая ОДН: пневмония диагностируется у 100% больных, а ОРДС - более чем у 90% больных.

Патологоанатомическая картина

Морфологические изменения ТОРС, вызванного в том числе COVID-19, зависят от стадии болезни.

В экссудативную (раннюю) стадию преобладают признаки диффузного альвеолярного

повреждения, острого бронхиолита, отека и геморрагий интерстициальной ткани. Макроскопически легкие темно-красного цвета, плотной консистенции, безвоздушные. Масса легких увеличена. При гистологическом исследовании выявляется характерный морфологический признак - гиалиновые мембраны, выстилающие контуры расширенных альвеолярных ходов и бронхиол. Гиалиновые мембраны состоят из богатой фибрином отечной жидкости, с наличием фрагментов некротизированных эпителиальных клеток, пораженных коронавирусом. Также определяется наличие фибрина в просветах альвеол, интерстициального воспаления и внутриальвеолярного отека. Характерным признаком ТОРС является появление гигантских многоядерных эпителиальных клеток в просветах альвеол.

В продуктивную (позднюю) стадию развивается фиброзирующий альвеолит с организацией экссудата в просветах альвеол и бронхиол. Первоначально выявляются остатки гиалиновых мембран и фибрина. Наряду с фибрином в просветах альвеол определяются эритроциты и сидерофаги. Могут обнаруживаться очаги фиброателектаза. За счет пролиферации альвеолоцитов II типа происходит репарация альвеолярной выстилки. В просвет альвеол и бронхиол врастает грануляционная ткань. Характерна организация фибринозного экссудата, вследствие чего развивается внутриальвеолярный фиброз. Утолщение межальвеолярных перегородок связано с пролиферацией интерстициальных клеток и накоплением коллагена. Возможно обнаружение очагов плоскоклеточной метаплазии альвеолярного, бронхиального и бронхиолярного эпителия.

3.3. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

1. Лабораторная диагностика проводится в соответствии с "Временными рекомендациями по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV", направленными в адрес органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья Роспотребнадзором письмом от 21.01.2020 N 02/706-2020-27.

2. Для лабораторной диагностики инфекции, вызванной SARS-CoV-2, применяется метод ПЦР. Выявление РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР проводится пациентам с клинической симптоматикой респираторного заболевания, подозрительного на инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, в особенности прибывающим из эпидемиологически неблагополучных регионов сразу после первичного осмотра, а также контактным лицам.

3. Биологическим материалом для исследования являются: материал, полученный при взятии мазка из носа, носоглотки и/или ротоглотки, промывные воды бронхов, полученные при фибробронхоскопии (бронхоальвеолярный лаваж), (эндо)трахеальный, назофарингеальный аспират, мокрота, биопсийный или аутопсийный материал легких, цельная кровь, сыворотка, моча. Основным видом биоматериала для лабораторного исследования является мазок из носоглотки и/или ротоглотки.

4. Все образцы, полученные для лабораторного исследования, следует считать потенциально инфекционными и при работе с ними должны соблюдаться требования СП 1.3.3118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)". Медицинские работники, которые собирают или транспортируют клинические образцы в лабораторию, должны быть обучены практике безопасного обращения с биоматериалом, строго соблюдать меры предосторожности и использовать средства индивидуальной защиты (СИЗ).

5. Сбор клинического материала и его упаковку осуществляет работник медицинской организации, обученный требованиям и правилам биологической безопасности при работе и сборе материала, подозрительного на зараженность микроорганизмами II группы патогенности, в

соответствии с Временными рекомендациями по лабораторной диагностике.

6. Пробы от пациентов с коронаровирусной инфекцией или контактных лиц отбираются для проведения лабораторной диагностики в соответствии с "Временными рекомендациями по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV". Образцы должны быть транспортированы с соблюдением требований СП 1.2.036-95 "Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности".

7. На сопровождающем формуляре необходимо указать наименование подозреваемой ОРИ, предварительно уведомив лабораторию о том, какой образец транспортируется. Транспортировка возможна на льду.

8. Образцы биологических материалов в обязательном порядке направляют в научно-исследовательскую организацию Роспотребнадзора или Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации (приложение 2 "Временных рекомендаций по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV") с учетом удобства транспортной схемы.

9. Перевозка образцов должна осуществляться в соответствии с требованиями санитарного законодательства по отношению к микроорганизмам II группы патогенности.

10. Для проведения дифференциальной диагностики у всех заболевших проводят исследования методом ПЦР на возбудители респираторных инфекций: вирусы гриппа типа A и B, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), вирусы парагриппа, риновирусы, аденовирусы, человеческие метапневмовирусы, MERS-CoV. Обязательно проведение микробиологической диагностики (культуральное исследование) и/или ПЦР-диагностики на Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae type B, Legionella pneumophila, а также иные возбудители бактериальных респираторных инфекций нижних дыхательных путей. Для экспресс-диагностики могут использоваться экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

11. Информация о выявлении случая COVID-19 или подозрении на данную инфекцию немедленно направляется в территориальный орган Роспотребнадзора и Министерство здравоохранения РФ. Медицинские организации, выявившие случай заболевания (в т.ч. подозрительный), вносят информацию о нем в информационную систему (https://ncov.ncmbr.ru) в соответствии с письмом Минздрава России N 30-4/И/2-1198 от 07.02.2020.

4. ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

На сегодня нет доказательств эффективности применения при COVID-19 каких-либо лекарственных препаратов.

В рамках оказания медицинской помощи необходим мониторинг состояния пациента для выявления признаков клинического ухудшения, таких как быстро прогрессирующая дыхательная недостаточность и сепсис, назначение терапии в соответствии с состоянием пациента. Пациенты, инфицированные SARS-CoV-2, должны получать поддерживающую патогенетическую и симптоматическую терапию.

Лечение коморбидных заболеваний, состояний и осложнений осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи по данным заболеваниям и состояниям, осложнениям - в настоящих методических рекомендациях представлены только

основные значимые особенности оказания медицинских помощи данной группе пациентов при коморбидных заболеваниях, состояниях и осложнениях на основании результатов анализа лечения пациентов с иными коронавирусными инфекциями.

4.1. Этиотропное лечение

Анализ литературных данных по клиническому опыту ведения пациентов с атипичной пневмонией, связанной с коронавирусами SARS-CoV и MERS-CoV, позволяет выделить несколько препаратов этиологической направленности, которые, как правило, использовались в комбинации. К ним относятся лопинавир+ритонавир, рибавирин и препараты интерферонов.

По опубликованным данным, указанные лекарственные препараты сегодня также применяются при лечении пациентов с COVID-19. Опубликованные на сегодня сведения о результатах лечения с применением данных препаратов не позволяют сделать однозначный вывод об их эффективности/неэффективности, в связи с чем их применение допустимо по решению врачебной комиссии в установленном порядке в случае, если возможная польза для пациента превысит риск.

Комбинированный препарат лопинавир+ритонавир используется для лечения ВИЧ-инфекции и является ингибитором протеазы вируса. В исследованиях было показано, что он также способен подавлять активность протеазы коронавируса. Данный препарат нашел свое применение в лечении инфекции MERS-CoV и в настоящее время используется для терапии инфекции, вызываемой новым коронавирусом SARS-CoV-2. В настоящее время в КНР инициировано рандомизированное контролируемое исследование эффективности и безопасности лопинавира+ритонавира у пациентов с COVID-19.

Рибавирин является препаратом противовирусного действия, имеющим достаточно широкий спектр применения при инфекциях вирусной этиологии. Рибавирин применялся при лечении инфекции SARS-CoV в Китае, Сингапуре и других странах, однако к его использованию следует относиться с осторожностью, учитывая потенциальную способность препарата вызывать тяжелые побочные эффекты (прежде всего анемию и тромбоцитопению).

Интерферон бета-1b (ИФН-β1b) обладает антипролиферативной, противовирусной и иммуномодулирующей активностью. В текущих клинических исследованиях инфекции MERS-CoV ИФН-β1b используется в комбинации с лопинавир+ритонавир. Проведенные ранее in vitro исследования показали, что он проявляет максимальную активность в сравнении с другими вариантами интерферонов (ИФН-α1a, ИФН-α1b и ИФН-β1a). За счет способности стимулировать синтез противовоспалительных цитокинов препараты ИФН-β1b могут оказывать положительный патогенетический эффект. Напротив, парентеральное применение ИФН-α при тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ) может быть связано с риском развития ОРДС вследствие повышения экспрессии провоспалительных факторов.

Рекомбинантный интерферон альфа 2b (ИФН-α2b) в виде раствора для интраназального введения обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действием. Механизм действия основан на предотвращении репликации вирусов, попадающих в организм через дыхательные пути.

Комбинация вышеперечисленных препаратов может обладать большей эффективностью в сравнении с их применением в качестве монотерапии. Описан опыт использования следующих схем терапии: трехкомпонентная (рибавирин, лопинавир+ритонавир, ИФН-α2b) и

двухкомпонентная (рибавирин, лопинавир+ритонавир; лопинавир+ритонавир, ИФН-α2b; рибавирин, ИФН-α2b).

Использование препаратов ИФН-β1b, рибавирина и лопинавир+ритонавир, а также их комбинации оправдано в случае среднетяжелого и тяжелого течения инфекции, когда предполагаемая польза превышает потенциальный риск развития нежелательных явлений. В случае легкого течения заболевания вопрос об их назначении решается строго индивидуально.

Перечень возможных к назначению лекарственных препаратов для этиотропной терапии инфекции, вызываемой коронавирусом SARS-CoV-2, приведен в таблице (приложение 1).

Согласно рекомендациям ВОЗ возможно назначение препаратов с предполагаемой этиотропной эффективностью off-label, при этом их применение должно соответствовать этическим нормам, рекомендованным ВОЗ, и осуществляться на основании Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федерального закона от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", Национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 14155-2014 "Надлежащая клиническая практика", приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 апреля 2016 г. N 200н "Об утверждении правил надлежащей клинической практики" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 августа 2016 г., регистрационный N 43357), Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) об этических принципах проведения исследований с участием человека в качестве субъекта, декларированных на 64-ой Генеральной ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, 2013 г.

4.2. Патогенетическое лечение

Достаточное количество жидкости (2,5 - 3,5 литра в сутки и более, если нет противопоказаний по соматической патологии). При выраженной интоксикации, а также при дискомфорте в животе, тошноте и/или рвоте, показаны энтеросорбенты (диоксид кремния коллоидный, полиметилсилоксанаполигидрат и другие).

У пациентов в тяжелом состоянии (отделения реанимации и интенсивной терапии) при наличии показаний проводится инфузионная терапия под обязательным контролем состояния пациента, включая артериальное давление, аускультативную картину легких, гематокрит (не ниже 0,35 л/л) и диурез. Следует с осторожностью подходить к инфузионной терапии, поскольку избыточные трансфузии жидкостей могут ухудшить насыщение крови кислородом, особенно в условиях ограниченных возможностей искусственной вентиляции легких, а также спровоцировать или усугубить проявления ОРДС.

С целью профилактики отека головного мозга и отека легких пациентам целесообразно проводить инфузионную терапию на фоне форсированного диуреза (фуросемид 1% 2 - 4 мл в/м или в/в болюсно). С целью улучшения отхождения мокроты при продуктивном кашле назначают мукоактивные препараты (ацетилцистеин, амброксол, карбоцистеин).

Бронхолитическая ингаляционная (с использованием небулайзера) терапия с использованием сальбутамола, фенотерола, комбинированных средств (ипратропия бромид+фенотерол) целесообразна при наличии бронхообструктивного синдрома.

4.3. Основные принципы симптоматического лечения

Симптоматическое лечение включает:

- купирование лихорадки (жаропонижающие препараты - парацетамол, ибупрофен);

- комплексная терапия ринита и/или ринофарингита (увлажняющие/элиминационные препараты, назальные деконгестанты);

- комплексная терапия бронхита (мукоактивные, бронхолитические и прочие средства).

Жаропонижающие назначают при температуре выше 38,0 - 38,5 °C. При плохой переносимости лихорадочного синдрома, головных болях, повышении артериального давления и выраженной тахикардии (особенно при наличии ишемических изменений или нарушениях ритма) жаропонижающие используют и при более низких цифрах. Наиболее безопасными препаратами являются ибупрофен и парацетамол.

Для местного лечения ринита, фарингита, при заложенности и/или выделениях из носа начинают с солевых средств для местного применения на основе морской воды (изотонических, а при заложенности - гипертонических). В случае их неэффективности показаны назальные деконгенстанты. При неэффективности или выраженных симптомах могут быть использованы различные растворы с антисептическим действием.

4.4. Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции

Пациентам с клиническими формами коронавирусной инфекции, протекающими с поражением нижних отделов респираторного тракта (пневмония), может быть показано назначение антимикробных препаратов (амоксициллин/клавулановая кислота, респираторные фторхинолоны - левофлоксацин, моксифлоксацин, цефалоспорины 3 и 4 поколения, карбапенемы, линезолид и др.) в связи с высоким риском суперинфекции. Выбор антибиотиков и способ их введения осуществляется на основании тяжести состояния пациента, анализе факторов риска встречи с резистентными микроорганизмами (наличие сопутствующих заболеваний, предшествующий прием антибиотиков и др.), результатов микробиологической диагностики.

У пациентов в критическом состоянии целесообразно стартовое назначение одного из следующих антибиотиков: защищенных аминопенициллинов, цефтаролина фосамила, "респираторных" фторхинолонов. Бета-лактамные антибиотики должны назначаться в комбинации с макролидами для внутривенного введения.

При отсутствии положительной динамики в течение заболевания, при доказанной стафилококковой инфекции (в случае выявления стафилококков, устойчивых к метицилину) целесообразно применение препаратов, обладающих высокой антистафилококковой и антипневмококковой активностью - линезолид, ванкомицин.

4.5. Особенности клинических проявлений и лечения заболевания у детей

4.5.1. Особенности клинических проявлений

Известные случаи коронавирусной инфекции у детей, обусловленные SARS-CoV-2, не позволяют объективно оценить особенности заболевания, а также характерные проявления этой клинической формы болезни на всех стадиях заболевания. По имеющимся данным молодые люди и дети менее восприимчивы к коронавирусу нового типа.

Особенности клинической картины коронавирусных инфекций у детей (по результатам анализа сезонных коронавирусных инфекций, обусловленных коронавирусами) характеризуются поражением как верхних дыхательных путей (ринофарингит), так и нижних дыхательных путей (бронхит, бронхиолит, пневмония). Клинических различий при инфицировании тем или иным штаммом сезонного коронавируса не установлено. Моноинфекция чаще протекает в виде легкого или среднетяжелого поражения верхних отделов дыхательных путей, может иметь место коинфекция с другими респираторными вирусами (РСВ, риновирус, бокавирус, аденовирус), что утяжеляет течение заболевания и приводит к поражению нижних отделов респираторного тракта (пневмония, бронхиолит).

Основные жалобы: повышение температуры, насморк, боль в горле. Клинические синдромы:

- лихорадка от субфебрильной (при заболеваниях легкой степени тяжести) до фебрильной при тяжелой и при сочетанных инфекциях;

- катаральный синдром: кашель, ринорея, гиперемия задней стенки глотки;

- респираторный синдром проявляется одышкой, снижением сатурации крови кислородом, тахикардией, признаками дыхательной недостаточности (периоральный цианоз, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки); бронхит и пневмония развиваются чаще при сочетании с другими респираторными вирусами (риновирус, РСВ), характеризуются соответствующими аускультативными и перкуторными проявлениями;

- возможен абдоминальный (тошнота, рвота, боли в животе) и/или диарейный синдром, который нередко проявляется у детей при респираторных инфекциях в первые 5 - 6 суток, в том числе при инфекциях, вызванных SARS-CoV и MERS-CoV.

SARS-ассоциированная коронавирусная инфекция имела более легкое клиническое течение и благоприятные исходы у детей младше 12 лет по сравнению с подростками и взрослыми.

Факторы риска тяжелого заболевания у детей вне зависимости от варианта коронавируса:

- неблагоприятный преморбидный фон (заболевания легких, болезнь Кавасаки);

- иммунодефицитные состояния разного генеза (чаще заболевают дети старше 5 лет, в 1,5 раза чаще регистрируют пневмонии);

- коинфекция РСВ.

Выраженность клинических проявлений коронавирусной инфекции варьирует от отсутствия симптомов (бессимптомное течение) или легких респираторных симптомов до тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ), протекающей с:

- высокой лихорадкой;

- выраженным нарушением самочувствия вплоть до нарушения сознания;

- ознобом, потливостью;

- головными и мышечными болями;

- сухим кашлем, одышкой, учащенным и затрудненным дыханием;

- учащенным сердцебиением.

В ранние сроки заболевания может отмечаться рвота, учащенный жидкий стул (гастроинтестинальный синдром). Наиболее частым проявлением ТОРИ является двусторонняя вирусная пневмония, осложненная ОРДС или отеком легких. Возможна остановка дыхания, что требует искусственной вентиляции легких и оказания помощи в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

Неблагоприятные исходы развиваются при прогрессирующей дыхательной недостаточности, присоединении вторичной инфекции, протекающей в виде сепсиса. Возможные осложнения:

- отек легких;

- ОРДС;

- острая сердечная недостаточность;

- острая почечная недостаточность;

- инфекционно-токсический шок;

- геморрагический синдром на фоне снижения тромбоцитов крови (ДВС),

- полиорганная недостаточность (нарушение функций многих органов и систем).

Лабораторная диагностика коронавирусной инфекции у детей не имеет особенностей.

4.5.2. Особенности лечения

Цели лечения:

- нормализация температуры;

- купирование инфекционной интоксикации;

- устранение катарального синдрома;

- предотвращение и/или купирование осложнений.

Лечение должно начинаться безотлагательно после появления первых симптомов заболевания, характерных для коронавирусной инфекции, с учетом их выраженности и при наличии эпидемических предпосылок для подозрений о диагнозе коронавирусной инфекции.

Показания для перевода в ОРИТ:

- нарастание цианоза и одышки в покое;

- показатели пульсоксиметрии ниже 92% - 94%;

- одышка: дети до 1 года - более 60 в мин, дети до 5 лет - более 40 в мин, старше 5 лет - более 30 в мин;

- появление кашля с примесью крови в мокроте, боли или тяжести в груди;

- появление признаков геморрагического синдрома;

- изменения психического состояния, спутанность сознания или возбуждение, судороги;

- повторная рвота;

- снижение артериального давления и уменьшение мочеотделения;

- сохранение высокой лихорадки (более 4 - 5 суток) с рефрактерностью к жаропонижающим средствам и развитием тяжелых осложнений.

Этиотропное лечение

В настоящее время отсутствует доказательная база по эффективности каких-либо противовирусных препаратов для этиотропного лечения COVID-19 у детей. В этой связи назначение противовирусных препаратов может основываться на имеющихся данных об их эффективности при лечении сезонных острых респираторных вирусных инфекций, вызванных коронавирусами. С целью профилактики инфекции и при легких формах заболевания возможно применение препаратов рекомбинантного интерферона альфа. Назначение других противовирусных средств в каждом случае должно быть обоснованно коллегиально врачом-инфекционистом и врачом-педиатром медицинской организации.

Патогенетическое лечение

Рекомендовано в начальном (лихорадочном) периоде болезни проведение дезинтоксикационной, антиоксидантной терапии при выраженной интоксикации.

Рекомендовано с целью дезинтоксикации применение 5 - 10% раствора декстрозы, изотонические солевые растворы, при тяжелом течении болезни дополнительно коллоидные растворы.

Для купирования интоксикации применяются наряду с декстрозой изотонические солевые растворы (физиологический раствор), при тяжелом течении болезни дополнительно коллоидные растворы. Введение излишней жидкости парентерально, особенно изотонического раствора хлорида натрия, чревато опасностью развития отека легких и мозга, ОРДС. Общее количество жидкости, вводимой парентерально, должно применяться из расчета по физиологической потребности.

Рекомендовано с антиоксидантной целью введение 5% раствора аскорбиновой кислоты (внутривенно) и другие инфузионные растворы, обладающие подобным действием.

Рекомендовано для коррекции электролитных нарушений - препараты калия, глюконат кальция 10%.

Симптоматическое лечение

Рекомендовано применение противокашлевых, муколитических и отхаркивающих препаратов при развитии трахеита, бронхита, пневмонии. Действие данных препаратов направлено на подавление кашля или улучшение выведения мокроты из трахеобронхиального дерева, улучшение мукоцилиарного клиренса.

Рекомендовано применение антиконгестантов при развитии ринита. Действие данных препаратов

направлено на улучшение носового дыхания, снятие отека слизистой полости носа, улучшение оттока содержимого придаточных пазух носа.

Рекомендовано применение жаропонижающих препаратов, в т.ч. нестероидные противовоспалительные средства (парацетамол, ибупрофен, метамизол натрия), спазмолитиков (папаверин) пациентам при фебрильном повышении температуры. У пациентов с судорожным синдромом в анамнезе или при развитии судорог на фоне текущего заболевания показано снижение и субфебрильной температуры. У детей с жаропонижающей и болеутоляющей целью применяются парацетамол в суточной дозе 60 мг/кг, ибупрофен в суточной дозе 30 мг/кг. Метамизол натрия в разовой дозе 5 - 10 мг/кг внутримышечно или внутривенно, а у детей до 3 - 12 мес. (5 - 9 кг) только внутримышечно при стойком повышении температуры более 38,5 град. С или отсутствии эффекта на парацетамол, ибупрофен. Спазмолитики в комбинации с анальгетиками применяются при сохранении стойкой фебрильной температуры, отсутствии эффекта на препараты парацетамол и ибупрофен.

4.6. Лечение коронавирусной инфекции у беременных, рожениц и родильниц

4.6.1. Этиотропное лечение

Этиотропное лечение COVID-19 женщин в период беременности и кормления грудью в настоящее время не разработано. Рибавирин и рекомбинантный интерферон бета-1b противопоказаны к применению во время беременности. Однако в качестве этиотропной терапии возможно назначение противовирусных препаратов с учетом их эффективности против нового коронавируса по жизненным показаниям. В остальных случаях следует учитывать их безопасность при беременности и в период грудного вскармливания.

Назначение препаратов лопинавир+ритонавир возможно в случае, когда предполагаемая польза для матери превосходит потенциальный риск для плода: 400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира назначаются каждые 12 часов в течение 14 дней в таблетированной форме. В случае невозможности перорального приема препараты (400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира) вводятся через назогастральный зонд в виде суспензии (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней.

Лечение должно быть начато как можно раньше, что в большей степени обеспечивает выздоровление. Противовирусные препараты беременным с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания необходимо назначать и в более поздние сроки от начала заболевания.

При назначении противовирусных препаратов кормящим женщинам решение вопроса о продолжении грудного вскармливания зависит от тяжести состояния матери.

4.6.2. Патогенетическое лечение

Жаропонижающим препаратом первого выбора является парацетамол, который назначается по 500 - 1000 мг до 4 раз в день (не более 4 г в сутки). В первом и втором триместрах беременности может быть назначен ибупрофен (по 200 - 400 мг 3 - 4 раза в сутки в течение 3 - 5 дней; максимальная суточная доза - 1200 мг) или целекоксиб (по 100 - 200 мг 2 раза в день в течение 3 - 5 дней; максимальная суточная доза при длительном приеме - 400 мг). В третьем триместре беременности ибупрофен и целекоксиб противопоказаны.

4.6.3. Симптоматическое лечение

Во время беременности (I, II и III триместры), в послеродовом и постабортном периоде возможно применение муколитических средств (амброксол 2 - 3 мл с физраствором в соотношении 1:1 2 - 3 раза в день) и бронходилататоров (ипратропия бромид + фенотерол по 20 капель в 2 - 4 мл физраствора 2 раза в день). В послеродовом и постабортном периоде в качестве бронходилататора также может применяться сальбутамол (2,5 - 5 мг в 5 мл физраствора 2 раза в день).

Необходимым компонентом комплексной терапии является адекватная респираторная поддержка. Показатели сатурации кислорода должны определяться у всех беременных с пневмонией.

Показаниями для перевода ОРИТ при коронавирусной инфекции являются быстропрогрессирующая ОДН (ЧД > 25 в 1 мин, SpO_2 < 92%, а также другая органная недостаточность (2 и более балла по шкале SOFA).

4.6.4. Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции

У пациенток с осложненными формами инфекции антибактериальная терапия должна быть назначена в течение первых четырех часов после госпитализации. Пациенткам с тяжелым течением заболевания антибактериальные препараты вводятся внутривенно.

При вторичной вирусно-бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители - Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus и Haemophilus influenza) предпочтительнее использовать следующие схемы антибиотикотерапии:

- цефалоспорин III поколения $\pm$ макролид;

- защищенный аминопенициллин $\pm$ макролид;

При третичной бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители - метициллинрезистентные штаммы Staphylococcus aureus, Haemophilus influenza) обосновано назначение следующих препаратов (в различных комбинациях):

- цефалоспорин IV поколения $\pm$ макролид;

- карбапенемы;

- ванкомицин;

- линезолид.

К антибактериальным лекарственным средствам, противопоказанным при беременности, относятся тетрациклины, фторхинолоны, сульфаниламиды.

4.6.5. Акушерская тактика

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода, сроком гестации. При тяжелом и среднетяжелом течении заболевания до 12 нед. гестации в связи с высоким риском перинатальных осложнений рекомендуется прерывание беременности после излечения инфекционного процесса. При отказе пациентки от прерывания беременности необходима биопсия ворсин хориона для выявления хромосомных аномалий плода.

Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с увеличением

показателя материнской летальности и большим числом осложнений: утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений, развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, возникновение акушерских кровотечений, интранатальная гибель плода, послеродовые гнойно-септические осложнения. Однако при невозможности устранения гипоксии на фоне ИВЛ или при прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких, а также при рефрактерном септическом шоке по жизненным показаниям в интересах матери показано досрочное родоразрешение путем операции кесарева сечения с проведением всех необходимых мероприятий по профилактике коагулопатического и гипотонического акушерского кровотечения.

В случае развития спонтанной родовой деятельности в разгар заболевания и пневмонии роды предпочтительно вести через естественные родовые пути под мониторным контролем состояния матери и плода. Проводить тщательное обезболивание, детоксикационную, антибактериальную и противовирусную терапию, респираторную поддержку. Во втором периоде для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности ограничить потуги. При необходимости быстрого окончания родов следует применить вакуум-экстракцию или наложить акушерские щипцы.

Кесарево сечение выполняется при наличии абсолютных акушерских показаний, а также умирающей женщине (для сохранения жизни плода).

Анестезиологическое обеспечение операции кесарева сечения при тяжелом течении заболевания: в отсутствии признаков выраженной полиорганной недостаточности (до 2 баллов по шкале SOFA) возможно применение региональных методов обезболивания на фоне респираторной поддержки, при выраженной полиорганной недостаточности - тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ.

Всем пациенткам независимо от срока беременности показана профилактика кровотечения.

Во всех случаях вопрос о времени и методе родоразрешения решается индивидуально.

Клиническими критериями выписки из стационара беременных и родильниц являются:

- нормальная температура тела в течение 3-х дней (после выписки из стационара больная приступает к работе не ранее 7 суток от нормализации температуры);

- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;

- восстановление нарушенных лабораторных показателей;

- отсутствие акушерских осложнений (беременности, послеродового периода).

Выписка из стационара проводится после двукратного отрицательного результата лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР с интервалом не менее 1 дня.

Прогноз для матери и плода зависит от триместра гестации, в котором возникло заболевание, наличия преморбидного фона (курение, ожирение, фоновые заболевания органов дыхательной системы и ЛОР-органов, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция), степени тяжести инфекционного процесса, наличия осложнений и своевременности начала противовирусной терапии.

4.7. Основные принципы терапии неотложных состояний

4.7.1. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности

Показания для перевода в ОРИТ (достаточно одного из критериев) - начальные проявления и клиническая картина быстро прогрессирующей ОДН:

- нарастающая и выраженная одышка;

- цианоз;

- ЧД > 30 в минуту;

- SpO_2 < 90%;

- артериальное давление АДсист < 90 мм рт. ст.;

- шок (мраморность конечностей, акроцианоз, холодные конечности, симптом замедленного сосудистого пятна (> 3 сек), лактат более 3 ммоль/л);

- дисфункция центральной нервной системы (оценка по шкале комы Глазго менее 15 баллов);

- острая почечная недостаточность (мочеотделение < 0,5 мл/кг/ч в течение 1 часа или повышение уровня креатинина в два раза от нормального значения);

- печеночная дисфункция (увеличение содержания билирубина выше 20 мкмоль/л в течение 2-х дней или повышение уровня трансаминаз в два раза и более от нормы);

- коагулопатия (число тромбоцитов < 100 тыс/мкл или их снижение на 50% от наивысшего значения в течение 3-х дней).

Необходимо обеспечить достаточное количество жидкости при отсутствии противопоказаний и снижении диуреза (5 - 6 мл/кг/ч), общее количество которой может быть увеличено при повышении потерь из ЖКТ (рвота, жидкий стул). Использование энтеросорбентов (диоксид кремния коллоидный, полиметилсилоксан полигидрат и др.).

У пациентов в тяжелом состоянии при наличии показаний инфузионная терапия проводится исходя из расчетов 5 - 6 - 8 мл/кг/ч с обязательным контролем диуреза и оценкой распределения жидкости.

Растворы для инфузионной терапии:

- кристаллоидные препараты (растворы электролитов) изотонические (раствор Рингера, физиологический раствор),

- кристаллоидные препараты - сукцинаты (на основе янтарной кислоты),

- растворы углеводов (10% растворы декстрозы),

- при снижении уровня альбумина - 10% раствор альбумина до 10 мл/кг/сутки.

Инфузионная терапия проводится под обязательным контролем состояния пациентов, его артериального давления, оценки аускультативной картины в легких, с контролем величины гематокрита и диуреза (гематокрит не ниже 0,35 и диурез не ниже 0,5 мл/кг/ч). Гипотонические

кристаллоидные растворы, растворы на основе крахмала не рекомендуются к применению. Необходимо вести пациентов в нулевом или небольшом отрицательном балансе.

Для профилактики отека головного мозга при снижении диуреза и задержке жидкости целесообразно назначение фуросемида 0,5 - 1 мг/кг болюсно в/м или в/в.

Интенсивная терапия ОДН

Развитие острой дыхательной недостаточности является одним из наиболее частых осложнений тяжелой вирусной пневмонии.

Алгоритм оказания помощи при развитии дыхательной недостаточности строится на основании общих принципов респираторной терапии, которые включают в себя простые методы, когда дыхательная недостаточность протекает либо в компенсированной форме (оксигенотерапия через маску, носовые канюли). При усилении симптомов острой дыхательной недостаточности используются методы респираторной терапии, которые можно отнести к более сложным (высокопоточная оксигенация). В том случае, когда респираторная терапия не имеет видимого успеха и не позволяет обеспечить газообмен (остается снижение SaO_2 ниже 90%, сохраняется или нарастает одышка с сохранением цианоза, отмечается снижение PaO_2 несмотря на использование гипероксических смесей), переходят к ИВЛ. Первоначально выполняется интубация трахеи и обеспечиваются начальные режимы вентиляции, которые меняются исходя из получаемых постоянно показателей вентиляции и газообмена.

Таблица 1. Выбор метода респираторной поддержки в зависимости от тяжести ОДН

Тяжесть (выраженность) ОДН	Метод респираторной терапии	Основная цель, критерии эффективности
Проявления средней тяжести (в том числе начальные)	Оксигенотерапия через лицевую маску или носовые канюли	Улучшение оксигенации
Средне-тяжелое и Тяжелое состояние	Оксигенотерапия через высокопоточные канюли или неинвазивная ИВЛ	Стабилизация состояния и улучшение оксигенации
Тяжелое и крайней тяжести	Интубация трахеи и перевод на ИВЛ	Стабилизация состояния и улучшение оксигенации

При развитии первых признаков ОДН начать оксигенотерапию через маску или носовые катетеры. Оптимальным уровнем эффективности кислородотерапии является повышение сатурации кислорода выше 90%, или наличие эффекта заметного и стойкого роста этого показателя. При этом нижний порог PaO_2 не должен быть ниже 55 - 60 мм. рт. ст.

При отсутствии эффекта от первичной респираторной терапии - оксигенотерапии, целесообразно решить вопрос о применении ИВЛ. При выборе ИВЛ начальной тактикой допустимо использовать неинвазивную вентиляцию легких по общепринятым правилам и методикам.

Возможно начало респираторной поддержки у пациентов с ОРДС при помощи неинвазивной

вентиляции при сохранении сознания, контакта с пациентом (см. клинические рекомендации ФАР "Применение неинвазивной вентиляции легких"). При низкой эффективности и/или плохой переносимости НИВЛ, альтернативной НИВЛ также может служить высокоскоростной назальный поток.

Показания к неинвазивной вентиляции:

- тахипноэ (более 25 движений в минуту для взрослых), не исчезает после снижения температуры тела;

- PaO_2 < 60 мм. рт. ст. либо PaO2/FiO2 < 300;

- $PaCO_2$ > 45 мм. рт. ст.;

- pH < 7,35;

- Vt < 4 - 6 мл/кг (дыхательный объем (мл)/масса тела (кг) пациента);

- SpO_2 < 90%;

Абсолютные противопоказания к проведению НИВЛ: выраженная энцефалопатия, отсутствие сознания; аномалии и деформации лицевого скелета, препятствующие наложению маски.

При неэффективности неинвазивной вентиляции - гипоксемии, метаболическом ацидозе или отсутствии увеличения индекса PaO2/FiO2 в течение 2 часов, высокой работе дыхания (десинхронизация с респиратором, участие вспомогательных мышц, "провалы" во время триггирования вдоха на кривой "давление - время"), показана интубация трахеи.

При наличии показаний начало "инвазивной" ИВЛ необходимо осуществлять безотлагательно (частота дыхания более 35 в 1 мин, нарушение сознания, снижение PaO_2 менее 60 мм рт. ст. или снижение SpO_2 < 90% на фоне инсуффляции кислорода. При этом следует иметь в виду, что прогрессирование дыхательной недостаточности может происходить чрезвычайно быстро.

Стратегическая цель респираторной поддержки заключается в обеспечении адекватного газообмена и минимизации потенциального ятрогенного повреждения легких.

Показания к ИВЛ:

- неэффективность проведения неинвазивной вентиляции легких;

- невозможность проведения неинвазивной вентиляции легких (остановка дыхания, нарушение сознания, психики пациента);

- нарастающая одышка, тахипноэ (более 35 движений в минуту) - не исчезает после снижения температуры тела;

- PaO_2 < 60 мм. рт. ст. либо PaO_2/FiO_2 < 200;

- $PaCO_2$ > 60 мм. рт. ст.;

- pH < 7,25;

- Vt < 4 - 6 мл/кг (дыхательный объем (мл)/масса тела (кг) пациента);

- SpO_2 < 90%.

Рекомендуемые особенности проведения ИВЛ:

- P пиковое < 35 см. вод. ст.;

- P плато < 30 см. вод. ст.;

- Уровень ПДКВ регулируется по величине SpO_2 (минимально достаточно - 92%) и параметрам гемодинамики.

В процессе проведения респираторной поддержки следует использовать следующие основные положения:

- дыхательный объем (ДО, Vt) - не более 4 - 6 мл/кг идеальной массы тела ("протективная" ИВЛ) (B);

- частота дыхания и минутный объем вентиляции (MVE) - минимально необходимые, для поддержания $PaCO_2$ на уровне менее 45 мм рт. ст. (кроме методологии "допустимой гиперкапнии") (C);

- выбор PEEP - минимально достаточный для обеспечения максимального рекрутирования альвеол и минимального перераздувания альвеол и угнетения гемодинамики ("протективная" ИВЛ) (A);

- синхронизация пациента с респиратором - использование седативной терапии (в соответствии с протоколом седации) и при тяжелом течении ОРДС непродолжительной (обычно, менее 48 часов) миоплегии, а не гипервентиляции ($PaCO_2$ < 35 мм рт. ст) (C);

- соблюдение протокола отлучения пациента от аппарата ИВЛ - ежедневно необходимо оценивать критерии прекращения ИВЛ (C).

При выборе режима вентиляции клиническое решение принимается в основном с учетом четырех важных факторов: возможного перерастяжения легких объемом или давлением, степени артериального насыщения гемоглобина кислородом, артериального pH, фракционной концентрации кислорода (токсическое воздействие кислорода).

Проведение "безопасной" ИВЛ возможно как в режимах с управляемым давлением (PC), так и в режимах с управляемым объемом (VC). При этом в режимах с управляемым объемом желательно использовать нисходящую форму инспираторного потока, так как она обеспечивает лучшее распределение газа в разных отделах легких и меньшее давление в дыхательных путях. В настоящее время отсутствуют убедительные данные о преимуществе какого-либо из вспомогательных режимов респираторной поддержки. При применении управляемых режимов респираторной поддержки следует как можно быстрее перейти к режимам вспомогательной вентиляции.

Капнографиию, как метод респираторного мониторинга, целесообразно использовать для контроля за проведением вентиляции легких при использовании неинвазивной и инвазивной вентиляции, так как при этих методах оценка гиперкапнии повышает эффективность дыхательной терапии.

Прекращение респираторной поддержки

Вопрос о прекращении ИВЛ может быть поставлен только в условиях регресса дыхательной недостаточности пациента. Принципиальными моментами готовности являются:

- Отсутствие неврологических признаков отека головного мозга (например, можно "отлучать" пациентов в вегетативном состоянии) и патологических ритмов дыхания,

- Полное прекращение действия миорелаксантов и других препаратов, угнетающих дыхание,

- Стабильность гемодинамики и отсутствие жизнеопасных нарушений,

- Отсутствие признаков сердечной недостаточности (увеличение сердечного выброса в процессе снижения респираторной поддержки - показатель успешности "отлучения"),

- Отсутствие гиповолемии и выраженных нарушений метаболизма,

- Отсутствие нарушений кислотно-основного состояния,

- $PvO_2 > 35$ мм рт. ст.,

- Отсутствие выраженных проявлений ДВС-синдрома (клинически значимой кровоточивости или гиперкоагуляции),

- Полноценная нутритивная поддержка пациента перед и во время процесса "отлучения" от респиратора, компенсированные электролитные расстройства,

- Температура менее 38 град. С.

В любом случае, при развитии тяжелой дыхательной недостаточности целесообразным является начало традиционной ИВЛ.

Затягивать использование ИВЛ нельзя, так как развитие тяжелой пневмонии становится неуправляемым и развивается тяжелая гипоксемия. Поэтому оценка состояния дыхания и газообмена осуществляется постоянно в процессе лечения пациента.

В ситуации попыток обеспечения приемлемой оксигенации не следует выбирать чрезмерно "жесткие" режимы вентиляции (MAP не выше 30 см. вод. ст). При отсутствии стабилизации газообмена при проведении ИВЛ, дальнейшее ужесточение режимов вентиляции может вызвать легочные механические повреждения (пневмоторакс, формирование булл).

При этом целесообразно переводить пациента на ЭКМО с снижением режимов вентиляции и обеспечения эффекта "покоя" легким. Можно использовать вено-венозную ЭКМО при отсутствии явлений сердечной недостаточности, а при ее развитии - вено-артериальную ЭКМО. Основные показания представлены в таблице 2 (она не меняется, только противопоказания - приводятся ниже).

При "отлучении" пациента от ИВЛ возможно использование высокочастотной ИВЛ с сохранением спонтанного дыхания.

Противопоказания:

1. наличие геморрагических осложнений и снижение уровня тромбоцитов ниже критических значений (менее 50000), наличие клиники внутричерепных кровоизлияний;

2. вес ниже 2 кг.

Целевые ориентиры оксигенации - сатурация не ниже 90%. При развитии септического шока лечение стандартное и традиционное, направленное на стабилизацию волемического статуса (кристаллоиды со скоростью 10 - 20 мл/кг/ч, назначение вазопрессоров и инотропов).

Назначение вазопрессоров целесообразно при снижении АД. Адреналин вводится в дозе от 0,2 до 0,5 мкг/кг/мин. Однако доза адреналина может быть увеличена до 1 и даже 1,5 мкг/кг/мин.

Введение норадреналина, допамина и добутамина целесообразно при снижении сократимости миокарда и развитии сердечной недостаточности.

Особенно важно оценивая волемический статус предотвратить возможное развитие гиперволемии.

В комплекс лечения, при развитии олигурии и почечной недостаточности при септическом шоке своевременно начать процедуру ультрагемодиафильтрации.

В качестве пульсовой терапии в режиме короткого курса можно использовать глюкокортикоиды (гидрокортизон 5 мг/кг/с и преднизолон (0,5 - 1 мг/кг/с).

4.7.2. Проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации

При тяжелой рефракторной гипоксемии показано проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Основным показанием является ОРДС средней тяжести и тяжелого течения с длительностью проведения любой ИВЛ (инвазивной или неинвазивной) не более 5 суток.

В настоящее время имеется достаточное количество данных, свидетельствующих о возможных перспективах данного метода. Быстрота прогрессирования ОДН у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией диктует необходимость осуществить заблаговременный контакт с центром, располагающим возможностями проведения ЭКМО.

ЭКМО проводится в отделениях, имеющих опыт использования данной технологии: стационары, в которых есть специалисты, в т.ч. хирурги, перфузиологи, владеющие техникой канюлизации центральных сосудов и настройкой ЭКМО. Показания и противопоказания к ЭКМО представлены в таблице 2.

Таблица 2. Показания и противопоказания к ЭКМО

Потенциальные показания к ЭКМО	- Основные инструментальные критерии - индекс Мюррея более 3 и (или) PaO2/FiO2 < 150 при PEEP $\geq$ 10 см H2O в течение 6 часов (при невозможности измерения PaO2 - показатель SpO2/FiO2 < 200) - Давление плато $\geq$ 35 см H_2O несмотря на снижение PEEP до 5 см H_2O и снижение V_T до минимального значения (4 мл/кг) и pH $\geq$ 7,15.

Противопоказания к ЭКМО	- Тяжелые сопутствующие заболевания с ожидаемой продолжительностью жизни пациента не более 5 лет; - Полиорганная недостаточность или SOFA > 15 баллов; - Немедикаментозная кома (вследствие инсульта); - Техническая невозможность венозного или артериального доступа; - Индекс массы тела > 40 кг/м^2.

4.7.3. Лечение пациентов с септическим шоком

1. При септическом шоке следует незамедлительно осуществить внутривенную инфузионную терапию кристаллоидными растворами (30 мл/кг, инфузия одного литра раствора должна осуществиться в течение 30 минут или менее).

2. Если состояние пациента в результате болюсной инфузии растворов не улучшается и появляются признаки гиперволемии (т.е. влажные хрипы при аускультации, отек легких по данным рентгенографии грудной клетки), то необходимо сократить объемы вводимых растворов или прекратить инфузию. Не рекомендуется использовать гипотонические растворы или растворы крахмала.

3. При отсутствии эффекта от стартовой инфузионной терапии назначают вазопрессоры (норэпинефрин, адреналин (эпинефрин) и дофамин). Вазопрессоры рекомендуется вводить в минимальных дозах, обеспечивающих поддержку перфузии (т.е. систолическое артериальное давление > 90 мм рт. ст.), через центральный венозный катетер под строгим контролем скорости введения, с частой проверкой показателей давления крови. При признаках снижения тканевой перфузии вводят добутамин.

4. Пациентам с персистирующим шоковым состоянием, которым требуется повышение доз вазопрессоров, целесообразно внутривенное введение гидрокортизона (до 200 мг/сутки) или преднизолона (до 75 мг/сутки). Эксперты ВОЗ рекомендуют при коронавирусной инфекции применять, по возможности, невысокие дозы и непродолжительные курсы.

5. При гипоксемии с SpO2 < 90% показана кислородная терапия, начиная со скорости 5 л/мин с последующим титрованием до достижения целевого уровня $SpO_2 \geq 90\%$ у небеременных взрослых и детей, у беременных пациенток - до $SpO_2 \geq 92 - 94\%$.

4.8. Порядок выписки пациентов из медицинской организации

Выписка пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 разрешается при отсутствии клинических проявлений болезни и получении двукратного отрицательного результата лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР с интервалом не менее 1 дня.

5. ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

5.1. Специфическая профилактика коронавирусной инфекции

В настоящее время средства специфической профилактики COVID-19 не разработаны.

5.2. Неспецифическая профилактика коронавирусной инфекции

КонсультантПлюс: примечание.
О дополнительных мерах по снижению рисков завоза и распространения новой коронавирусной инфекции COVID-2019 см. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 13.03.2020 N 6 и от 02.03.2020 N 5.

Мероприятия по предупреждению завоза и распространения COVID-19 на территории РФ регламентированы Распоряжениями Правительства РФ от 30.01.2020 N 140-р, от 31.01.2020 N 154-р, от 03.02.2020 N 194-р, от 18.02.2020 N 338-р и Постановлениями Главного государственного санитарного врача РФ от 24.01.2020 N 2, от 31.01.2020 N 3.

Неспецифическая профилактика представляет собой мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции, и проводится в отношении источника инфекции (больной человек), механизма передачи возбудителя инфекции, а также потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным человеком).

Мероприятия в отношения источника инфекции:

- изоляция больных в боксированные помещения/палаты инфекционного стационара;

- назначение этиотропной терапии.

Мероприятия, направленные на механизм передачи возбудителя инфекции:

- соблюдение правил личной гигиены (мыть руки с мылом, использовать одноразовые салфетки при чихании и кашле, прикасаться к лицу только чистыми салфетками или вымытыми руками);

- использование одноразовых медицинских масок, которые должны сменяться каждые 2 часа;

- использование СИЗ для медработников;

- проведение дезинфекционных мероприятий;

- утилизация медицинских отходов класса В;

- транспортировка больных специальным транспортом.

Мероприятия, направленные на восприимчивый контингент:

1) Элиминационная терапия, представляющая собой орошение слизистой оболочки полости носа изотоническим раствором хлорида натрия, обеспечивает снижение числа как вирусных, так бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний.

2) Использование лекарственных средств для местного применения, обладающих барьерными функциями.

3) Своевременное обращение в медицинские организации в случае появления симптомов острой респираторной инфекции является одним из ключевых факторов профилактики осложнений.

Российским гражданам при планировании зарубежных поездок необходимо уточнять эпидемиологическую ситуацию. При посещении стран, где регистрируются случаи инфекции, вызванной SARS-CoV-2, необходимо соблюдать меры предосторожности:

- не посещать рынки, где продаются животные, морепродукты;

- употреблять только термически обработанную пищу, бутилированную воду;

- не посещать зоопарки, культурно-массовые мероприятия с привлечением животных;

- использовать средства защиты органов дыхания (маски);

- мыть руки после посещения мест массового скопления людей и перед приемом пищи;

- при первых признаках заболевания обращаться за медицинской помощью в медицинские организации, не допускать самолечения;

- при обращении за медицинской помощью на территории России информировать медицинский персонал о времени и месте пребывания.

5.3. Медикаментозная профилактика у взрослых

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно интраназальное введение рекомбинантного интерферона альфа.

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного интерферона альфа 2b.

5.4. Порядок проведения патологоанатомических вскрытий

В случае установления при жизни диагноза COVID-19 тело умершего пациента транспортируется из отделения, где произошла смерть, непосредственно в патологоанатомическое отделение данной медицинской организации.

Все тела умерших от COVID-19 подлежат обязательному патологоанатомическому вскрытию (статья 67 Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан"). Патологоанатомическое вскрытие при опасных инфекционных болезнях, возбудители которых относятся к I - II группам патогенности, относится к пятой категории сложности.

Вскрытие тела умершего и забор секционного материала для лабораторного исследования проводит врач-патологоанатом или судебно-медицинский эксперт в присутствии специалиста организации, уполномоченной осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при строгом соблюдении требований СП 1.3.3118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)" и другими нормативными и методическими документами. Доставка аутопсийного материала для лабораторного исследования осуществляется в ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии" в субъекте Российской Федерации в кратчайшие сроки.

Медицинская организация, в которой проводилось патологоанатомическое вскрытие, направляет

информацию о случае (в том числе подозрительном) COVID-19 в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления случая.

Для проведения патологоанатомического исследования в патологоанатомическом, танатологическом отделениях должны быть:

- методическая папка с оперативным планом противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного COVID-19; схема оповещения; памятка по технике вскрытия и забора материала для бактериологического исследования; функциональные обязанности на всех сотрудников отделения;

- защитная одежда (противочумный костюм II типа и др.);

- укладка для забора материала; стерильный секционный набор;

- запас дезинфицирующих средств и емкости для их приготовления.

Патологоанатомическое вскрытие осуществляется в изолированном помещении патологоанатомического бюро (отделений), предназначенном для вскрытия таких трупов, в соответствии с требованиями государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

Медицинские отходы, образовавшиеся в результате проведения патологоанатомического вскрытия, утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами и нормативами СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами".

6. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ И ОСОБЕННОСТИ ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫХ ИЛИ ЛИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

6.1. Маршрутизация пациентов и лиц с подозрением на COVID-19

Порядок маршрутизации регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19 в медицинских организациях.

Медицинская помощь пациентам с COVID-19 осуществляется в виде скорой, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях, осуществляющих свою деятельность в соответствии с приказами Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 N 69н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях" и от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями" с проведением всех противоэпидемических мероприятий.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным инфекционным заболеванием оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи, бригадами экстренной медицинской помощи территориальных центров медицины катастроф.

Деятельность бригад направлена на проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний с последующей медицинской эвакуацией в медицинскую организацию, оказывающую стационарную медицинскую помощь больным инфекционными заболеваниями. Медицинская помощь больным инфекционными заболеваниями с жизнеугрожающими острыми состояниями, в том числе с инфекционно-токсическим, гиповолемическим шоком, отеком-набуханием головного мозга, острыми почечной и печеночной недостаточностью, острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, вне медицинской организации оказывается бригадами (в том числе реанимационными) скорой медицинской помощи.

В целях обеспечения готовности к проведению противоэпидемических мероприятий в случае завоза и распространения COVID-19, медицинским организациям необходимо иметь оперативный план первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного, подозрительного на данное заболевание, руководствоваться действующими нормативными, методическими документами, санитарным законодательством в установленном порядке, в том числе региональным Планом санитарно-противоэпидемических мероприятий по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2, утвержденным уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Пробы от больных или контактных лиц отбираются для проведения лабораторной диагностики в соответствии с "Временными рекомендациями по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCov", направленными в адрес органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья Роспотребнадзором письмом от 21.01.2020 N 02/706-2020-27.

В зависимости от степени тяжести состояния при подтверждении диагноза коронавирусной инфекции лечение осуществляют в отделении для лечения инфекционных больных медицинской организации, в том числе и ОРИТ медицинской организации (при наличии показаний).

6.2. Особенности эвакуационных мероприятий и общие принципы госпитализации больных или лиц с подозрением на COVID-19

1. Госпитализация пациента, подозрительного на заболевание, вызванное SARS-CoV-2, осуществляется в медицинские организации, имеющие в своем составе мельцеровские боксы, либо в медицинские организации, перепрофилируемые под специализированные учреждения той административной территории, где был выявлен больной.

Требования к работе в инфекционных стационарах, изоляторах и обсерваторах в очагах заболеваний, вызванных микроорганизмами I - II групп патогенности, указаны в СП 1.3.3118-13 Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности).

Оказание медицинской помощи больным с инфекционным заболеванием в процессе подготовки и проведения медицинской эвакуации выполняется в соответствии с действующим порядками, клиническими рекомендациями и стандартами.

При наличии жизнеугрожающих синдромокомплексов проводятся реанимационные мероприятия и интенсивная терапия по схемам, утвержденным в установленном порядке.

2. Транспортировка пациентов с инфекционным заболеванием осуществляется без транспортировочного изолирующего бокса (ТИБ) или в нем.

а) Транспортировка пациента с инфекционным заболеванием без транспортировочного изолирующего бокса

Мероприятия эпидбригад и/или бригад скорой медицинской помощи до начала транспортировки <1>.

<1> Мероприятия проводятся и при транспортировке больных с инфекционным заболеванием с применением транспортировочного изолирующего бокса.

Члены эпидбригады и/или бригады медицинской эвакуации по прибытии к месту выявления больного перед входом в помещение, где находится больной, под наблюдением врача - руководителя бригады надевают защитные костюмы в установленном порядке <1>.

Врач бригады:

- уточняет у больного данные эпидемиологического анамнеза, круг лиц, которые общались с ним (с указанием даты, степени и длительности контакта);

- определяет контингенты лиц, подлежащих изоляции, медицинскому наблюдению, экстренной профилактике;

- обеспечивает контроль эвакуации больного и контактировавших с ним лиц;

- определяет объекты, подлежащие лабораторному исследованию;

- сообщает незамедлительно согласно утвержденной схеме (старший врач смены) уточненные сведения о больном, о контактировавших с больным и проведенных первичных мероприятиях по локализации очага.

Бригада, выполняющая медицинскую эвакуацию инфекционного больного, должна состоять из врача и двух помощников (фельдшер, санитар), обученных требованиям соблюдения противоэпидемического режима и прошедших дополнительный инструктаж по вопросам дезинфекции.

Больной транспортируется в маске со всеми мерами предосторожности. Водитель транспортного средства, в котором осуществляется медицинская эвакуация, при наличии изолированной кабины должен быть одет в комбинезон, при отсутствии ее - в защитную одежду.

Водители (фельдшера-водители, санитары-водители) санитарного транспорта работают в защитной одежде в установленном порядке.

Стекло и воздуховоды между кабиной водителя и салоном автомобиля герметично заклеиваются упаковочной липкой лентой типа "скотч".

Сотрудники скорой медицинской помощи совместно с врачом-инфекционистом в средствах индивидуальной защиты определяют количество и очередность эвакуации больных.

Уточняют маршрут эвакуации больного в медицинскую организацию. Транспортировка двух и более инфекционных больных на одной машине не допускается. Перевозка контактировавших с больными лиц вместе с больным на одной автомашине не допускается.

Выезд персонала для проведения эвакуации и заключительной дезинфекции на одной автомашине не допускается.

В отдельных случаях (при недостатке транспорта) на санитарной машине, предназначенной для транспортировки больного в стационар, может быть доставлена дезинфекционная бригада в очаг для проведения заключительной дезинфекции. Прибывшая бригада проводит дезинфекцию, а машина отвозит больного в стационар, не ожидая конца обработки.

После госпитализации инфекционного больного машина заезжает в очаг за дезбригадой и забирает вещи для камерной дезинфекции.

Машину скорой медицинской помощи оснащают медико-техническими, лекарственными, перевязочными средствами, противоэпидемической, реанимационной укладками.

Машина скорой медицинской помощи должна быть оснащена гидропультом или ручным распылителем, уборочной ветошью, емкостью с крышкой для приготовления рабочего раствора дезинфекционного средства и хранения уборочной ветоши; емкостью для сбора и дезинфекции выделений.

Необходимый набор дезинфицирующих средств из расчета на 1 сутки:

- средство для дезинфекции выделений;

- средство для дезинфекции поверхностей салона;

- средство для обработки рук персонала (1 - 2 упаковки);

- бактерицидный облучатель.

Расход дезинфицирующих средств, необходимых на 1 смену, рассчитывают в зависимости от того, какое средство имеется в наличии, и возможного числа выездов.

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

Машина и предметы ухода за больным подвергаются заключительной дезинфекции на территории больницы силами самой больницы или бригад учреждения дезинфекционного профиля (в соответствии с комплексным планом).

За членами бригады, проводившей медицинскую эвакуацию, устанавливается наблюдение на срок, равный инкубационному периоду подозреваемой инфекции.

б) Транспортировка пациента с инфекционным заболеванием с применением транспортировочного изолирующего бокса

Больные или лица с подозрением на COVID-19 перевозятся транспортом с использованием транспортировочного изолирующего бокса (ТИБ), оборудованного фильтровентиляционными установками, окнами для визуального мониторинга состояния пациента, двумя парами встроенных перчаток для проведения основных процедур во время транспортирования.

Для медицинской эвакуации пациента формируется медицинская бригада в составе 3-х специалистов: 1 врач специалист, 1 фельдшер, 1 санитар и водитель, обученных требованиям

соблюдения противоэпидемического режима и прошедших дополнительный инструктаж по вопросам дезинфекции. Медицинские работники осуществляют прием пациента, его размещение в ТИБ и последующее сопровождение.

Медицинские работники и водитель должны быть одеты в защитную одежду.

Пациента готовят к транспортированию до помещения в ТИБ: на месте эвакуации врач бригады оценивает состояние пациента на момент транспортирования и решает вопрос о проведении дополнительных медицинских манипуляций.

Пациента размещают внутри камеры транспортировочного модуля в горизонтальном положении на спине и фиксируют ремнями; в ТИБ помещают необходимое для транспортирования и оказания медицинской помощи оборудование и медикаменты; после этого закрывают застежку-молнию. Проверяют надежность крепления фильтров, включают фильтровентиляционную установку на режим отрицательного давления.

После помещения пациента в ТИБ медицинский персонал бригады:

- протирает руки в резиновых перчатках и поверхность клеенчатого фартука, орошает наружную поверхность транспортировочного модуля дезинфицирующим раствором с экспозицией в соответствии с инструкцией по применению;

- проводит обработку защитных костюмов методом орошения дезинфицирующим раствором в соответствии с инструкцией по применению, затем снимает защитные костюмы и помещает их в мешки для опасных отходов;

- орошает дезинфицирующим средством наружную поверхность мешков с использованными защитными костюмами и относит на транспортное средство.

В боксе инфекционного стационара пациента из ТИБ передают медицинским работникам стационара.

После доставки больного в стационар медицинский транспорт и ТИБ, а также находящиеся в нем предметы, использованные при транспортировании, обеззараживаются силами бригады дезинфекторов на территории инфекционного стационара на специальной, оборудованной стоком и ямой, площадке для дезинфекции транспорта, используемого для перевозки больных в соответствии с действующими методическими документами. Внутренние и внешние поверхности транспортировочного модуля и автотранспорта обрабатываются путем орошения из гидропульта разрешенными для работы с опасными вирусами дезинфицирующими средствами в концентрации в соответствии с инструкцией.

Фильтрующие элементы ТИБ и другие медицинские отходы утилизируют в установленном порядке.

Защитную и рабочую одежду по окончании транспортирования больного подвергают специальной обработке методом замачивания в дезинфицирующем растворе по вирусному режиму согласно инструкции по применению.

Все члены бригады обязаны пройти санитарную обработку в специально выделенном помещении инфекционного стационара.

За членами бригад, проводивших медицинскую эвакуацию, устанавливается наблюдение на срок,

равный инкубационному периоду подозреваемой инфекции.

в) Мероприятия бригады дезинфекции

Мероприятия по дезинфекции проводятся с учетом письма Роспотребнадзора от 23.01.2020 N 02/770-2020-32 "Об инструкции по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами.

По прибытии на место проведения дезинфекции члены бригады надевают защитную одежду в зависимости от предполагаемого диагноза. Заключительную дезинфекцию в транспортном средстве проводят немедленно после эвакуации больного.

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

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

Руководитель медицинской организации, в которой выявлен больной, подозрительный на коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, осуществляет первичные противоэпидемические мероприятия согласно оперативному плану медицинской организации, как на случай выявления больного особо опасной инфекцией (ООИ), с целью обеспечения своевременного информирования, временной изоляции, консультирования, эвакуации, проведения дезинфекции, оказания больному необходимой медицинской помощи в соответствии с действующими нормативными документами и санитарным законодательством, в том числе с санитарно-эпидемиологическими правилами "Санитарная охрана территории Российской Федерации СП 3.4.2318-08", МУ 3.4.2552-09. Санитарная охрана территории. Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Методические указания" (утв. Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 17.09.2009).

3. Руководитель медицинской организации, в которую осуществляется госпитализация больного, подозрительного на коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, немедленно вводит в действие имеющийся в данной медицинской организации оперативный план, как на случай выявления ООИ, проведения противоэпидемических мероприятий и перепрофилирования госпитальной базы, включая применение инструкции об обеспечении мероприятий по предупреждению заноса и распространения инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории, необходимой для организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и обеспечения практической готовности медицинской организации, план эвакуации больных из медицинской организации.

4. Забор материала для лабораторного исследования от больных производится медицинскими работниками стационара, где госпитализирован больной, с соблюдением требований безопасности при работе с патогенами II группы опасности и согласно Временным рекомендациям по лабораторной диагностике. Взятый материал должен быть немедленно направлен на исследование

в лабораторию или сохранен с соблюдением требований действующих санитарных правил по безопасности работы до прибытия специалиста.

5. Дальнейшая маршрутизация больного, подозрительного на коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, определяется решениями врачебной комиссии, выводами бригады консультантов, прибывшей для подтверждения диагноза по месту выявления или госпитализации больного.

В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь по профилю "инфекционные болезни", согласно санитарным правилам необходимо наличие:

- неснижаемого запаса СИЗ персонала (защитная одежда, маски и другие);

- укладки для забора биологического материала у больного (подозрительного);

- укладки со средствами экстренной профилактики медицинских работников;

- месячного запаса дезинфицирующих средств и аппаратуры;

- тест-систем для лабораторной диагностики в случае выявления лиц с подозрением на коронавирусную инфекцию;

- медицинского персонала, обученного действиям при выявлении больного (подозрительного на) COVID-19.

При использовании СИЗ обязательно следовать требованиям санитарных правил. Использованные материалы утилизировать в установленном порядке, дезинфекцию рабочих поверхностей и биологических жидкостей больного проводить с использованием дезинфицирующих средств, содержащих хлор.

Использованные источники

1. Al-Tawfiq J.A., Memish Z.A. Update on therapeutic options for Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)//Expert review of anti-infective therapy. 2017. 15. N 3. C. 269 - 275.

2. Assiri A. et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus infection during pregnancy: a report of 5 cases from Saudi Arabia//Clin Infect Dis. 2016. N 63. pp. 951 - 953

3. Alserehi H. et al. Impact of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome//BMC Infect Dis. 2016. N 16, p. 105

4. Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm https://doi.org/10.1111/eci.13209 URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209

5. Behzadi M.A., Leyva-Grado V.H. Overview of Current Therapeutics and Novel Candidates Against Influenza, Respiratory Syncytial Virus, and Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infections//Frontiers in microbiology. 2019. N 10. p. 1327.

6. Canada.ca. 2019 novel coronavirus: Symptoms and treatment The official website of the Government of Canada URL: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/symptoms.html

7. CDC. 2019 Novel Coronavirus URL: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html

8. Chen N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study//Lancet. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7

9. Chong Y.P. et al. Antiviral Treatment Guidelines for Middle East Respiratory Syndrome//Infection & chemotherapy. 2015. 47. N 3. pp. 212 - 222.

10. Cinatl J. et al. Treatment of SARS with human interferons//Lancet. 2003. 362. N 9380. pp. 293 - 294.

11. Clinical management of severe acute respiratory infection when Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection is suspected: Interim Guidance. Updated 2 July 2015. WHO/MERS/Clinical/15.1

12. Commonwealth of Australia|Department of Health. Novel coronavirus (2019-nCoV) URL: https://www.health.gov.au/health-topics/novel-coronavirus-2019-ncov

13. Corman V.M. et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR//Eurosurveillance. - 2020. - T. 25. - N. 3. - 25(3). doi: 10.2807/1560-7917.ES

14. Coronavirus.URL: https://multimedia.scmp.com/widgets/china/wuhanvirus/?fbclid=IwAR2hDHzpZEh5Nj360i2O%201ES78rXRFymAaFaUK6ZG4m0UTCV1xozulxX1jio

15. Dayer M.R. et al. Lopinavir; A Potent Drug against Coronavirus Infection: Insight from Molecular Docking Study//Arch Clin Infect Dis. 2017; 12(4):e13823. doi: 10.5812/archcid.13823

16. Dyall J. et al. Middle East Respiratory Syndrome and Severe Acute Respiratory Syndrome: Current Therapeutic Options and Potential Targets for Novel Therapies//Drugs. 2017. 77. N 18. C. 1935 - 1966.

17. European Commission. Novel coronavirus 2019-nCoV URL: https://ec.europa.eu/health/coronavirus_en

18. FDA. Novel coronavirus (2019-nCoV) URL: https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-issues/novel-coronavirus-2019-ncov

19. Federal Ministry of Health. Current information on the coronavirus URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/en/press/2020/coronavirus.html

20. Gorbalenya A.E. et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses - a statement of the Coronavirus Study Group, 2020. doi: https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862

21. Hart B.J. et al. Interferon-β and mycophenolic acid are potent inhibitors of Middle East respiratory syndrome coronavirus in cell-based assays//The Journal of general virology. 2014. 95. Pt 3. C. 571 - 577.

22. Huang C. et al. Cinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China//Lancet. 2020 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5. [Epub ahead of print]

23. Ji W. et al. Homologous recombination within the spike glycoprotein of the newly identified coronavirus may boost cross-species transmission from snake to human//Journal of Medical Virology. - 2020.

24. Jeong S.Y. et al. MERS-CoV Infection in a Pregnant Woman in Korea. J Korean Med Sci. 2017 Oct;32(10): 1717-1720. doi: 10.3346/jkms.2017.32.10.1717.

25. Junqiang L. et al. CT Imaging of the 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia https://doi.org/10.1148/radiol.2020200236 URL: https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2020200236

26. Li Q et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia N Engl J Med. 2020 Jan 29. doi: 10.1056/NEJMoa2001316

27. Li X et al. Potential of large 'first generation' human-to-human transmission of 2019-nCoV. J Med Virol. 2020 Jan 30. doi: 10.1002/jmv.25693. [Epub ahead of print]

28. Lu H. Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). Biosci Trends. 2020 Jan 28. doi: 10.5582/bst.2020.01020. [Epub ahead of print]

29. Mandell L.A. et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults//Clinical infectious diseases. - 2007. - T. 44. - N. Supplement_2. - pp. S27 - S72.

30. Ministere des Solidarites et de la SanteCoronavirus: questions-reponses URL: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/coronavirus-questions-reponses

31. Mo Y., Fisher D.A. review of treatment modalities for Middle East Respiratory Syndrome//The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2016. 71. N 12. pp. 3340 - 3350.

32. Momattin H. et al. Therapeutic options for Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)-possible lessons from a systematic review of SARS-CoV therapy. Int J Infect Dis. 2013 Oct;17(10):e792-8

33. National Health Commission of the People's Republic of China. URL: http://en.nhc.gov.cn

34. NHS. Coronavirus (2019-nCoV) URL: https://www.nhs.uk/conditions/wuhan-novel-coronavirus/

35. Omrani A.S. et al. Ribavirin and interferon alfa-2a for severe Middle East respiratory syndrome coronavirus infection: a retrospective cohort study//The Lancet Infectious Diseases. 2014. T. 14. N. 11. pp. 1090 - 1095.

36. Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, China: first local transmission in the EU/EEA - third update URL: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-risk-assessment-china-31-january-2020_0.pdf

37. Park M.H. et al. Emergency cesarean section in an epidemic of the Middle East respiratory syndrome: a case report Korean J Anesthesiol, 69 (2016), pp. 287 - 291, doi: 10.4097/kjae.2016.69.3.287

38. Phan L.T. et al. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam//New England Journal of Medicine. - 2020.

39. Phylogeny of SARS-like betacoronaviruses including novel coronavirus (nCoV). URL: https://nextstrain.org/groups/blab/sars-like-cov

40. Public Health England. Investigation and initial clinical management of possible cases of novel coronavirus (2019-nCoV) infection URL: https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-initial-investigation-of-possible-cases/investigation-and-initial-clinical-management-of-possible-cases-of-wuhan-novel-coronavirus-wn-cov-infection

41. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain Trading as Royal Pharmaceutical Society. Wuhan novel coronavirus URL: https://www.rpharms.com/resources/pharmacy-guides/wuhan-novel-coronavirus

42. The State Council The People's Republic Of China URL: http://english.www.gov.cn/

43. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for healthcare professionals on human infections with 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). URL: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html

44. Upchurch C.P. et al. Community-acquired pneumonia visualized on CT scans but not chest radiographs: pathogens, severity, and clinical outcomes//Chest. - 2018. - T. 153. - N. 3. - pp. 601 - 610.

45. Wang Z. et al. Clinical characteristics and therapeutic procedure for four cases with 2019 novel coronavirus pneumonia receiving combined Chinese and Western medicine treatment. Biosci Trends 2020. doi: 10.5582/bst.2020.01030.

46. World health organization. Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks. Publication date: 2016. URL: https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/

47. Wu P. et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020//Eurosurveillance. 2020. T. 25. N.3. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000044

48. Zhang L, Liu Y. Potential Interventions for Novel Coronavirus in China:. J Med Virol 2020. doi:10.1002/jmv.25707.

49. Zhang J. et al. Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus disease in fever clinics. Lancet Respir Med 2020. doi:10.1016/S2213-2600(20)30071-0.

50. Zumla A. et al. Coronaviruses - drug discovery and therapeutic options//Nature reviews. Drug discovery. 2016. 15. N 5. C. 327 - 347.

51. Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временные рекомендации. Дата публикации: 25 января 2020 г. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS-Clinical-Management-of-Novel_CoV_Final_without-watermark.pdf?ua=1.

52. Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелыми острыми респираторными инфекциями при подозрении на инфицирование БВРС-КоВ. Временные рекомендации. Дата публикации: Июль 2015 г. URL: https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case-management-ipc/ru/

53. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. О новой коронавирусной инфекции. URL: https://rospotrebnadzor.ru/region/korono_virus/punkt.php

Приложение 1

СПИСОК

ВОЗМОЖНЫХ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

Препарат (МНН)	Механизм действия	Формы выпуска	Схемы назначения
Лопинавир+Ритонавир	Лопинавир является ингибитором ВИЧ-1 и ВИЧ-2 протеазы ВИЧ; Ритонавир - ингибитор аспартилпротеаз ВИЧ-1 и ВИЧ-2	Таблетки/суспензия	Лечение: 400 мг лопинавира/100 мг ритонавира назначаются каждые 12 часов в течение 14 дней в таблетированной форме. В случае невозможности перорального приема препаратов Лопинавир+Ритонавир (400 мг лопинавира/100 мг ритонавира) вводится в виде суспензии (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней через назогастральный зонд
Рибавирин	Противовирусное средство. Быстро проникает в клетки и действует внутри инфицированных вирусом клеток. Рибавирин ингибирует репликацию новых вирионов, что обеспечивает снижение вирусной нагрузки, селективно ингибирует синтез вирусной РНК, не подавляя синтез РНК в нормально функционирующих клетках	Таблетки, капсулы.	2000 мг - нагрузочная доза. Далее 4 дня по 1200 мг каждые 8 часов, 4 - 6 дней по 600 мг каждые 8 часов.
Рекомбинантный интерферон бета-1b	Рекомбинантный интерферон IFN-β 1b повышает супрессорную активность мононуклеарных клеток периферической крови и снижает устойчивость Т-лимфоцитов к апоптозу, запускает экспрессию ряда белков, обладающих противовирусным, антипролиферативным и противовоспалительным действием, смещает цитокиновый баланс в пользу противовоспалительных цитокинов, тормозит пролиферацию лейкоцитов и нарушает презентацию аутоантигенов, снижает темп миграции лейкоцитов через ГЭБ за счет снижения	Препарат для подкожного введения	Лечение: 0.25 мг/мл (8 млн МЕ) подкожно в течение 14 дней (всего 7 инъекций)

	экспрессии металлопротеаз, увеличивающих проницаемость ГЭБ, снижает связывающую способность и экспрессию рецепторов к интерферону-гамма, а также усиливает их распад, является антагонистом интерферона-гамма		
Рекомбинантный интерферон альфа	Препарат, обладающий местным иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действием	Раствор для интраназального введения	Лечение: по 3 капли в каждый носовой ход 5 раз в день в течение 5 дней (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза - 15000 - 18000 МЕ)

Приложение 2

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГЭБ - гематоэнцефалический барьер

ДН - дыхательная недостаточность

ИВЛ - искусственная вентиляция легких

ИФН - интерферон

КИЕ - калликреиновые инактивирующие единицы

КНР - Китайская Народная Республика

МО - медицинская организация

НВЛ - неинвазивная вентиляция легких

ОДН - острая дыхательная недостаточность

ООИ - особо опасная инфекция

ОРВИ - острая респираторная вирусная инфекция

ОРИ - острая респираторная инфекция

ОРДС - острый респираторный дистресс-синдром

ОРИТ - отделение реанимации и интенсивной терапии

ПЦР - полимеразная цепная реакция

РНК - рибонуклеиновая кислота

РСВ - респираторно-синцитиальный вирус

СИЗ - средства индивидуальной защиты

СРБ - С-реактивный белок

СШ - септический шок

ТИБ - транспортировочный изолирующий бокс

ТОРИ - тяжелая острая респираторная инфекция

ТОРС (SARS) - тяжелый острый респираторный синдром

ЭКГ - электрокардиография

ЭКМО - экстракорпоральная мембранная оксигенация

COVID-19 - инфекция, вызванная новым коронавирусом SARS-CoV-2

MERS - Ближневосточный респираторный синдром

MERS-CoV - коронавирус, вызвавший вспышку Ближневосточного респираторного синдрома

SARS-CoV - коронавирус, вызвавший вспышку тяжелого острого респираторного синдрома

SARS-CoV-2 - новый коронавирус, вызвавший вспышку инфекции в 2019 - 2020 гг.

Приложение 3

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Краевой Сергей Александрович - заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации (руководитель Рабочей группы) (общая редакция)

Костенко Наталья Алексеевна - директор Департамента организации экстренной медицинской помощи и управления рисками здоровью Министерства здравоохранения Российской Федерации (ответственный секретарь Рабочей группы) (общая редакция)

Камкин Евгений Геннадьевич - заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации (общая редакция)

Авдеев Сергей Николаевич - главный внештатный специалист пульмонолог, заведующий кафедрой пульмонологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства" (разделы 3 и 4)

Адамян Лейла Владимировна - главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии, заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 4)

Баранов Александр Александрович - главный внештатный специалист педиатр, научный руководитель Федерального государственного автономного научного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей" Министерства

здравоохранения Российской Федерации (раздел 4)

Баранова Наталья Николаевна - главный врач Центра медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 6)

Бойко Елена Алексеевна - начальник отдела координационно-аналитического центра по обеспечению химической и биологической безопасности федерального государственного бюджетного учреждения "Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 5 и 6)

Брико Николай Иванович - главный внештатный специалист эпидемиолог, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (разделы 2 и 5)

Васильева Ирина Анатольевна - главный внештатный специалист-фтизиатр Минздрава России, директор федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4, общая редакция)

Гончаров Сергей Федорович - главный внештатный специалист по медицине катастроф Минздрава России, директор Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 6)

Даниленко Дарья Михайловна - заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения "Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 1, 2 и 3)

Драпкина Оксана Михайловна - главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной профилактике, директор Федерального государственного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3, 4 и 5)

Зайцев Андрей Алексеевич - главный пульмонолог Министерства обороны Российской Федерации, главный пульмонолог Федерального государственного казенного учреждения "Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко" Министерства обороны Российской Федерации (разделы 3 и 4)

Исаева Ирина Владимировна - заместитель начальника Штаба Всероссийской службы медицины катастроф Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 6)

Качанова Наталья Александровна - заведующая отделением организационно-методической работы Центра медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации

(раздел 6)

Лиознов Дмитрий Анатольевич - исполняющий обязанности директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 1, 2 и 3)

Лобзин Юрий Владимирович - главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей, директор Федерального государственного бюджетного учреждения "Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства" (раздел 4)

Малеев Виктор Васильевич - советник директора по научной работе Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (раздел 4)

Мамонова Нина Алексеевна - научный сотрудник лаборатории генетических технологий и трансляционных исследований Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4, общая редакция)

Малинникова Елена Юрьевна - главный внештатный специалист по инфекционным болезням, заведующая кафедрой вирусологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 1, 2, 3 и 4)

Молчанов Игорь Владимирович - главный внештатный специалист Минздрава России по анестезиологии-реаниматологии, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4)

Никифоров Владимир Владимирович - заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4)

Омельяновский Виталий Владимирович - генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4, общая редакция)

Пименов Николай Николаевич - заведующий лабораторией эпидемиологии инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 1, 2, 3 и 5)

Плоскирева Антонина Александровна - заместитель директора по клинической работе

Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (разделы 2, 3 и 4)

Пшеничная Наталья Юрьевна - руководитель международного отдела по организации оказания медицинской помощи Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 2, 3 и 4)

Романов Владимир Васильевич - заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства (раздел 6)

Степаненко Сергей Михайлович - главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог, профессор кафедры детской хирургии педиатрического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 4)

Суранова Татьяна Григорьевна - заместитель начальника управления организации медицинской защиты населения от экстремальных факторов Штаба ВСМК Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 2 и 6)

Сухоруких Ольга Александровна - начальник отдела медицинского обеспечения стандартизации Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4, общая редакция)

Трагира Ирина Николаевна - руководитель центра инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4)

Уртиков Александр Валерьевич - врач-статистик центра инфекционных болезней, научный сотрудник лаборатории инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 2)

Фомичева Анастасия Александровна - врач-эпидемиолог центра инфекционных болезней, младший научный сотрудник лаборатории инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 2)

Ченцов Владимир Борисович - заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы "Инфекционная клиническая больница N 2 Департамента здравоохранения города Москвы" (раздел 4)

Чуланов Владимир Петрович - заместитель директора по научной работе и инновационному развитию Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и

инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 2, 3 и 4, общая редакция)

Шипулин Герман Александрович - заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 3)

Шлемская Валерия Вадимовна - заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 6)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

ВЕРСИЯ 4 (27.03.2020)

ВВЕДЕНИЕ

В конце 2019 года в Китайской Народной Республике произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй), возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV.

Всемирная организация здравоохранения 11 февраля 2020 г. присвоила официальное название инфекции, вызванной новым коронавирусом, - COVID-19 ("Coronavirus disease 2019"). Международный комитет по таксономии вирусов 11 февраля 2020 г. присвоил официальное название возбудителю инфекции - SARS-CoV-2.

Появление COVID-19 поставило перед специалистами здравоохранения задачи, связанные с быстрой диагностикой и оказанием медицинской помощи больным. В настоящее время сведения об эпидемиологии, клинических особенностях, профилактике и лечении этого заболевания ограничены. Известно, что наиболее распространенным клиническим проявлением нового варианта коронавирусной инфекции является двухсторонняя пневмония, у 3 - 4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

Рекомендации, представленные в документе, в значительной степени базируются на данных, опубликованных специалистами ВОЗ, китайского, американского и европейского центров по контролю за заболеваемостью в материалах по лечению и профилактике этой инфекции.

Методические рекомендации предназначены для руководителей медицинских организаций и их структурных подразделений, врачей-терапевтов, врачей общей практики, врачей-инфекционистов, врачей-педиатров, врачей-акушеров-гинекологов, врачей-реаниматологов отделений интенсивной терапии инфекционных стационаров, врачей скорой медицинской помощи, а также иных специалистов, работающих в сфере организации оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19.

1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Коронавирусы (Coronaviridae) - это большое семейство РНК-содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных. У людей коронавирусы могут вызвать

целый ряд заболеваний - от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС). В настоящее время известно о циркуляции среди населения четырех коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и -HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре ОРВИ и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней степени тяжести.

По результатам серологического и филогенетического анализа коронавирусы разделяются на четыре рода: Alphacoronavirus, Betacoronavirus, Gammacoronavirus и Deltacoronavirus. Естественными хозяевами большинства из известных в настоящее время коронавирусов являются млекопитающие.

До 2002 года коронавирусы рассматривались в качестве агентов, вызывающих нетяжелые заболевания верхних дыхательных путей (с крайне редкими летальными исходами). В конце 2002 года появился коронавирус (SARS-CoV), возбудитель атипичной пневмонии, который вызывал ТОРС у людей. Данный вирус относится к роду Betacoronavirus. Природным резервуаром SARS-CoV служат летучие мыши, промежуточные хозяева - верблюды и гималайские циветты. Всего за период эпидемии в 37 странах по миру зарегистрировано более 8000 случаев, из них 774 со смертельным исходом. С 2004 года новых случаев атипичной пневмонии, вызванной SARS-CoV, не зарегистрировано.

В 2012 году мир столкнулся с новым коронавирусом MERS (MERS-CoV), возбудителем ближневосточного респираторного синдрома, также принадлежащему к роду Betacoronavirus. Основным природным резервуаром коронавирусов MERS-CoV являются одногорбные верблюды (дромадеры). С 2012 г. по 31 января 2020 г. зарегистрировано 2519 случаев коронавирусной инфекции, вызванной вирусом MERS-CoV, из которых 866 закончились летальным исходом. Все случаи заболевания географически ассоциированы с Аравийским полуостровом (82% случаев зарегистрированы в Саудовской Аравии). В настоящий момент MERS-CoV продолжает циркулировать и вызывать новые случаи заболевания.

Новый коронавирус SARS-CoV-2 представляет собой одноцепочечный РНК-содержащий вирус, относится к семейству Coronaviridae, относится к линии Beta-CoV B. Вирус отнесен ко II группе патогенности, как и некоторые другие представители этого семейства (вирус SARS-CoV, MERS-CoV).

Коронавирус SARS-CoV-2 предположительно является рекомбинантным вирусом между коронавирусом летучих мышей и неизвестным по происхождению коронавирусом. Генетическая последовательность SARS-CoV-2 сходна с последовательностью SARS-CoV по меньшей мере на 79%.

Входные ворота возбудителя - эпителий верхних дыхательных путей и эпителиоциты желудка и кишечника. Начальным этапом заражения является проникновение SARS-CoV-2 в клетки-мишени, имеющие рецепторы ангиотензинпревращающего фермента II типа (ACE2). Рецепторы ACE2 представлены на клетках дыхательного тракта, почек, пищевода, мочевого пузыря, подвздошной кишки, сердца, ЦНС. Однако основной и быстро достижимой мишенью являются альвеолярные клетки II типа (AT2) легких, что определяет развитие пневмонии. Также обсуждается роль CD147 в инвазии клеток SARS-CoV-2.

Установлено, что диссеминация SARS-CoV-2 из системного кровотока или через пластинку решетчатой кости (Lamina cribrosa) может привести к поражению головного мозга. Изменение обоняния (гипосмия) у больного на ранней стадии заболевания может свидетельствовать о поражении ЦНС.

2. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

С декабря 2019 г. по март 2020 г. наиболее широкое распространение SARS-CoV-2 получил на территории Китайской Народной Республики (КНР), где подтвержденные случаи заболевания были зарегистрированы во всех административных образованиях. Наибольшее количество заболевших выявлено в Юго-Восточной части КНР с эпицентром в провинции Хубэй (84% от общего числа случаев в КНР).

С конца января 2020 г. во многих странах мира стали регистрироваться случаи заболевания COVID-19, преимущественно связанные с поездками в КНР. В конце февраля 2020 г. резко осложнилась эпидемиологическая обстановка по COVID-19 в Южной Корее, Иране и Италии, что в последующем привело к значительному росту числа случаев заболевания в других странах мира, связанных с поездками в эти страны. ВОЗ объявила 11 марта 2020 г. о начале пандемии COVID-19.

Основным источником инфекции является больной человек, в том числе находящийся в инкубационном периоде заболевания.

Передача инфекции осуществляется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и контактным путями. Ведущим путем передачи SARS-CoV-2 является воздушно-капельный, который реализуется при кашле, чихании и разговоре на близком (менее 2 метров) расстоянии. Контактный путь передачи осуществляется во время рукопожатий и других видах непосредственного контакта с инфицированным человеком, а также через пищевые продукты, поверхности и предметы, контаминированные вирусом. Известно, что при комнатной температуре SARS-CoV-2 способен сохранять жизнеспособность на различных объектах окружающей среды в течение 3 суток.

По имеющимся научным данным возможен фекально-оральный механизм передачи вируса. РНК SARS-CoV-2 обнаруживалась при исследовании образцов стула больных. Нуклеокапсидный белок COVID-19 был обнаружен в цитоплазме эпителиальных клеток желудка, двенадцатиперстной кишки и прямой кишки, но не в эпителии пищевода.

Установлена роль COVID-19, как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи.

SARS-CoV-2 включен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (Постановление Правительства РФ от 31 января 2020 г. N 66).

Стандартное определение случая заболевания COVID-19

Подозрительный на COVID-19 случай:

- наличие клинических проявлений острой респираторной инфекции, бронхита, пневмонии, ОРДС, сепсиса в сочетании со следующими данными эпидемиологического анамнеза:

- возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов;

- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусом SARS-CoV-2, которые в последующем заболели;

- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно

подтвержден диагноз COVID-19.

Подтвержденный случай COVID-19

Положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) вне зависимости от клинических проявлений.

Кодирование COVID-19 по МКБ-10

Постановлением Правительства РФ от 31.01.2020 N 66 "О внесении изменения в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих" новая коронавирусная инфекция (COVID-19, код МКБ-10 - B34.2 "Коронавирусная инфекция неуточненная"), добавлена в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих, наряду с ООИ (чума, холера, оспа), утвержденных ранее Постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 N 715.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в январе 2020 г. обновила раздел МКБ-10 "Коды для использования в чрезвычайных ситуациях", добавив специальный код для COVID-19 - U07.1 COVID-19 (при летальном исходе от COVID-19 указывается в строке "г)" части I медицинского свидетельства о смерти).

3. ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

3.1. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

При наличии факторов, свидетельствующих о случае, подозрительном на коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, пациентам проводится вне зависимости от вида оказания медицинской помощи комплекс клинического обследования для определения степени тяжести состояния.

Диагноз устанавливается на основании клинического обследования, данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований.

1. Подробная оценка всех жалоб, анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза.

При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливается наличие зарубежных поездок за 14 дней до первых симптомов, а также наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, подозрительными на инфицирование SARS-CoV-2, или лицами, у которых диагноз подтвержден лабораторно.

2. Физикальное обследование с установлением степени тяжести состояния пациента, обязательно включающее:

- оценку видимых слизистых оболочек верхних дыхательных путей,

- аускультацию и перкуссию легких,

- пальпацию лимфатических узлов,

- исследование органов брюшной полости с определением размеров печени и селезенки,

- термометрию,

- оценку уровня сознания,

- измерение частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхательных движений.

3. Лабораторная диагностика общая:

- общий (клинический) анализ крови с определением уровня эритроцитов, гематокрита, лейкоцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы;

- биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, электролиты, печеночные ферменты, билирубин, глюкоза, альбумин). Биохимический анализ крови не дает какой-либо специфической информации, но обнаруживаемые отклонения могут указывать на наличие органной дисфункции, декомпенсацию сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, имеют определенное прогностическое значение, оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования;

- исследование уровня С-реактивного белка (СРБ) в сыворотке крови. Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии;

- пульсоксиметрия с измерением SpO_2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии. Пульсоксиметрия является простым и надежным скрининговым методом, позволяющим выявлять пациентов с гипоксемией, нуждающихся в респираторной поддержке, и оценивать ее эффективность;

пациентам с признаками острой дыхательной недостаточности (ОДН) (SpO_2 менее 90% по данным пульсоксиметрии) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO_2, $PaCO_2$, pH, бикарбонатов, лактата;

- пациентам с признаками ОДН рекомендуется выполнение коагулограммы с определением протромбинового времени, международного нормализованного отношения и активированного частичного тромбопластинового времени.

4. Лабораторная диагностика специфическая:

- выявление РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР (информация представлена в разделе 3.3).

5. Инструментальная диагностика:

- компьютерная томография (КТ) легких рекомендуется всем пациентам с подозрением на пневмонию; классификация специфических изменений картины КТ (приложение 1) может учитываться при маршрутизации пациентов с COVID-19; при отсутствии возможности выполнения компьютерной томографии - обзорная рентгенография органов грудной клетки в передней прямой и боковой проекциях при неизвестной локализации воспалительного процесса целесообразно выполнять снимок в правой боковой проекции). Компьютерная томография легких является более чувствительным методом для диагностики вирусной пневмонии. При

рентгенографии грудной клетки основными проявлениями пневмонии являются двусторонние инфильтраты в виде "матового стекла" или консолидация инфильтратов, двусторонние сливные инфильтративные затемнения, имеющие преимущественное распространение в нижних и средних зонах легких. Также может присутствовать и небольшой плевральный выпот;

- электрокардиография (ЭКГ) в стандартных отведениях рекомендуется всем пациентам. Данное исследование не несет в себе какой-либо специфической информации, однако в настоящее время известно, что вирусная инфекция и пневмония помимо декомпенсации хронических сопутствующих заболеваний увеличивают риск развития нарушений ритма и острого коронарного синдрома, своевременное выявление которых значимо влияет на прогноз. Кроме того, определенные изменения на ЭКГ (например, удлинение интервала QT) требуют внимания при оценке кардиотоксичности ряда антибактериальных препаратов.

Принятие решения о необходимости госпитализации осуществляется с учетом требований, предусмотренных приказом Минздрава России от 19.03.2020 N 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19".

3.2. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Инкубационный период составляет от 2 до 14 суток, в среднем 5 - 7 суток.

Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной вирусной инфекции:

- повышение температуры тела (> 90%);

- кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80% случаев;

- одышка (55%);

- утомляемость (44%);

- ощущение заложенности в грудной клетке (> 20%).

Наиболее тяжелая одышка развивается к 6 - 8-му дню от момента инфицирования. Также установлено, что среди первых симптомов могут быть миалгия (11%), спутанность сознания (9%), головные боли (8%), кровохарканье (5%), диарея (3%), тошнота, рвота, сердцебиение. Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться и при отсутствии повышения температуры тела.

Клинические варианты и проявления COVID-19:

- острая респираторная вирусная инфекция (поражение только верхних отделов дыхательных путей);

- пневмония без дыхательной недостаточности;

- пневмония с ОДН;

- ОРДС;

- сепсис;

- септический (инфекционно-токсический) шок.

Гипоксемия (снижение SpO_2 менее 88%) развивается более чем у 30% пациентов.

Различают легкие, средние и тяжелые формы COVID-19. У 80% пациентов заболевание протекает в легкой форме ОРВИ. Средний возраст пациентов в КНР составляет 51 год, наиболее тяжелые формы развивались у пациентов пожилого возраста (60 и более лет), среди заболевших пациентов часто отмечаются такие сопутствующие заболевания, как сахарный диабет (в 20%), артериальная гипертензия (в 15%), другие сердечно-сосудистые заболевания (15%).

Двадцать процентов подтвержденных случаев заболевания, зарегистрированных в КНР, были классифицированы органами здравоохранения КНР как тяжелые (15% тяжелых больных, 5% в критическом состоянии). При тяжелом течении часто наблюдались быстро прогрессирующее заболевание нижних дыхательных путей, пневмония, ОДН, ОРДС, сепсис и септический шок. В г. Ухань практически у всех пациентов с тяжелым течением заболевания зарегистрирована прогрессирующая ОДН: пневмония диагностируется у 100% больных, а ОРДС - более чем у 90% больных.

Клинические особенности коронавирусной инфекции у детей

Известные случаи коронавирусной инфекции у детей, обусловленные SARS-CoV-2, не позволяют объективно оценить особенности заболевания, а также характерные проявления этой клинической формы болезни на всех стадиях заболевания. По имеющимся данным молодые люди и дети менее восприимчивы к коронавирусу нового типа.

Особенности клинической картины коронавирусных инфекций у детей (по результатам анализа сезонных коронавирусных инфекций, обусловленных коронавирусами) характеризуются поражением как верхних дыхательных путей (ринофарингит), так и нижних дыхательных путей (бронхит, бронхиолит, пневмония). Клинических различий при инфицировании тем или иным штаммом сезонного коронавируса не установлено. Моноинфекция чаще протекает в виде легкого или средне-тяжелого поражения верхних отделов дыхательных путей, может развиваться коинфекция с другими респираторными вирусами (РСВ, риновирус, бокавирус, аденовирус), что утяжеляет течение заболевания и приводит к поражению нижних отделов респираторного тракта (пневмония, бронхиолит).

Основные жалобы: повышение температуры, насморк, боль в горле. Клинические синдромы:

- лихорадка от субфебрильной (при заболеваниях легкой степени тяжести) до фебрильной при тяжелой и при сочетанных инфекциях;

- катаральный синдром: кашель, ринорея, гиперемия задней стенки глотки;

- респираторный синдром проявляется одышкой, снижением сатурации крови кислородом, тахикардией, признаками дыхательной недостаточности (цианоз, участие вспомогательных мышц в акте дыхания, втяжение межреберных промежутков); бронхит и пневмония развиваются чаще при сочетании с другими респираторными вирусами (риновирус, РСВ), характеризуются соответствующими аускультативными и перкуторными проявлениями;

- возможен абдоминальный (тошнота, рвота, боли в животе) и/или диарейный синдром, который

нередко проявляется у детей при респираторных инфекциях в первые 5 - 6 суток, в том числе при инфекциях, вызванных SARS-CoV и MERS-CoV.

SARS-ассоциированная коронавирусная инфекция имела более легкое клиническое течение и благоприятные исходы у детей младше 12 лет по сравнению с подростками и взрослыми.

Факторы риска тяжелого заболевания у детей вне зависимости от варианта коронавируса:

- неблагоприятный преморбидный фон (заболевания легких, болезнь Кавасаки);

- иммунодефицитные состояния разного генеза (чаще заболевают дети старше 5 лет, в 1,5 раза чаще регистрируют пневмонии);

- коинфекция РСВ.

Выраженность клинических проявлений коронавирусной инфекции варьирует от отсутствия симптомов (бессимптомное течение) или легких респираторных симптомов до тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ), протекающей с:

- высокой лихорадкой;

- выраженным нарушением самочувствия вплоть до нарушения сознания;

- ознобом, потливостью;

- головными и мышечными болями;

- сухим кашлем, одышкой, учащенным и затрудненным дыханием;

- учащенным сердцебиением.

В ранние сроки заболевания может отмечаться рвота, учащенный жидкий стул (гастроинтестинальный синдром).

Наиболее частым проявлением ТОРИ является двусторонняя вирусная пневмония, осложненная ОРДС или отеком легких. Возможна остановка дыхания, что требует искусственной вентиляции легких и оказания помощи в условиях отделения анестезиологии и реанимации.

Неблагоприятные исходы развиваются при прогрессирующей дыхательной недостаточности, присоединении вторичной инфекции, протекающей в виде сепсиса.

Возможные осложнения:

- ОРДС;

- острая сердечная недостаточность;

- острая почечная недостаточность;

- септический шок;

- геморрагический синдром на фоне снижения тромбоцитов крови (ДВС);

- полиорганная недостаточность (нарушение функций многих органов и систем).

Патологоанатомическая картина

Морфологические изменения ТОРС, вызванного в том числе COVID-19, зависят от стадии болезни.

В экссудативную (раннюю) стадию преобладают признаки внутриальвеолярного отека как составной части диффузного альвеолярного повреждения, острого бронхиолита, альвеоло-геморрагического синдрома (внутриальвеолярного кровоизлияния). Макроскопически имеет место картина шоковых легких: масса легких увеличена, легкие плотной консистенции, с поверхности - темно-вишневого цвета, лакового вида, на разрезе - безвоздушные, темно-вишневые, при надавливании с поверхностей разрезов стекает темно-красная жидкость, с трудом выдавливаемая из ткани. При гистологическом исследовании выявляется внутриальвеолярный отек, гиалиновые мембраны, выстилающие контуры альвеолярных ходов и альвеол, десквамированные пласты уродливых клеток альвеолярного эпителия (иногда в виде многоядерных клеток), в части полостей альвеол можно обнаружить скопления фибрина, в значительной части полостей альвеол - скопления эритроцитов, имеют место признаки интерстициального воспаления в виде лимфоидной (лимфоцитарной инфильтрации). В клетках эпителия трахеи и бронхов можно обнаружить вирусные частицы.

Начиная с 7 суток от начала заболевания в продуктивную (позднюю) стадию можно наблюдать единичные гиалиновые мембраны, в просветах альвеол - фибрин и полиповидную фибробластическую ткань (то же - и в части респираторных и терминальных бронхиол (облитерирующий бронхиолит с организующейся пневмонией - ОБОП)), плоскоклеточную метаплазию альвеолярного эпителия, в просветах альвеол - скопления сидерофагов. Могут встречаться ателектазы, иногда - фиброателектазы. Характерно утолщение межальвеолярных перегородок за счет лимфоидной инфильтрации и пролиферации альвеолоцитов II типа.

3.3. ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Лабораторная диагностика проводится в соответствии с "Временными рекомендациями по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCoV" (письмо Роспотребнадзора от 21.01.2020 N 02/706-2020-27) и "Инструкцией об организации работы по диагностике новой коронавирусной инфекции (COVID-19)" (письмо Роспотребнадзора от 18.03.2020 N 02/4457-2020-27), направленными в адрес органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Для лабораторной диагностики COVID-19 применяется метод ПЦР. Основным видом биоматериала для лабораторного исследования является материал, полученный при заборе мазка из носоглотки и/или ротоглотки. В качестве дополнительного материала для исследования могут использоваться промывные воды бронхов, полученные при фибробронхоскопии (бронхоальвеолярный лаваж), (эндо)трахеальный, назофарингеальный аспират, мокрота, биопсийный или аутопсийный материал легких, цельная кровь, сыворотка, моча, фекалии.

Все образцы, полученные для лабораторного исследования, следует считать потенциально инфекционными и при работе с ними должны соблюдаться требования СП 1.3.3118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)". Медицинские работники, которые собирают или транспортируют клинические образцы в лабораторию, должны быть обучены практике безопасного обращения с биоматериалом, строго соблюдать меры

предосторожности и использовать средства индивидуальной защиты (СИЗ).

Транспортировка образцов осуществляется с соблюдением требований СП 1.2.036-95 "Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности". На сопровождающем формуляре необходимо указать наименование подозреваемой ОРИ, предварительно уведомив лабораторию о том, какой образец транспортируется. Транспортировка возможна на льду.

Лаборатории медицинских организаций, независимо от формы собственности, имеющие санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с возбудителями инфекционных заболеваний человека III - IV патогенности и условия для работы (методом ПЦР или другими методами), могут организовывать работу по диагностике COVID-19 без выделения возбудителя, пользуясь зарегистрированными в установленном порядке на территории Российской Федерации тест-системами в соответствии с инструкцией по применению.

В лабораториях медицинских организаций исследования на COVID-19 проводятся только из материала, отобранного у лиц, не имеющих признаков инфекционных заболеваний и не являющихся контактными с больными COVID-19.

К работе с тест-системами для диагностики COVID-19 в лаборатории медицинской организации допускаются специалисты, давшие письменное согласие и прошедшие инструктаж, проведенный сотрудниками лабораторий Роспотребнадзора, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителями инфекционных заболеваний человека II группы патогенности.

В случае получения положительного или сомнительного результата на COVID-19 руководитель лаборатории медицинской организации обязан немедленно проинформировать ближайший территориальный орган Роспотребнадзора и в течение 2-х часов передать положительно (сомнительно) сработавший материал в Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации.

Медицинские организации, выявившие случай заболевания COVID-19 (в т.ч. подозрительный), вносят информацию о нем в информационную систему (https://ncov.ncmbr.ru) в соответствии с письмом Минздрава России N 30-4/И/2-1198 от 07.02.2020.

Для проведения дифференциальной диагностики у всех заболевших проводят исследования методом ПЦР на возбудители респираторных инфекций: вирусы гриппа типа A и B, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), вирусы парагриппа, риновирусы, аденовирусы, человеческие метапневмовирусы, MERS-CoV. Обязательно проведение микробиологической диагностики (культуральное исследование) и/или ПЦР-диагностики на Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae type B, Legionella pneumophila, а также иные возбудители бактериальных респираторных инфекций нижних дыхательных путей. Для экспресс-диагностики могут использоваться экспресс-тесты по выявлению пневмококковой и легионеллезной антигенурии.

4. ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В рамках оказания медицинской помощи необходим мониторинг состояния пациента для выявления признаков ухудшения его клинического состояния. Пациенты, инфицированные SARS-CoV-2, должны получать поддерживающую патогенетическую и симптоматическую терапию.

Лечение коморбидных заболеваний, состояний и осложнений осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями, стандартами медицинской помощи по данным заболеваниям, состояниям и осложнениям. В настоящих методических рекомендациях представлены только основные значимые особенности оказания медицинской помощи данной группе пациентов при коморбидных заболеваниях, состояниях и осложнениях на основании результатов анализа лечения пациентов с иными коронавирусными инфекциями.

4.1. Этиотропное лечение

Этиотропное лечение у взрослых

Анализ литературных данных по клиническому опыту ведения пациентов с атипичной пневмонией, связанной с коронавирусами SARS-CoV и MERS-CoV, позволяет выделить несколько этиотропных препаратов, которые рекомендовано использовать в комбинации. К ним относятся лопинавир+ритонавир, хлорохин, гидроксихлорохин, препараты интерферонов. Среди препаратов, которые находятся на стадии клинических испытаний у пациентов с COVID-19, можно отметить также умифеновир, ремдесивир, фавипиравир.

По опубликованным данным, указанные лекарственные препараты сегодня также могут применяются при лечении пациентов с COVID-19. Однако имеющиеся на сегодня сведения о результатах лечения с применением данных препаратов не позволяют сделать однозначный вывод об их эффективности/неэффективности, в связи с чем их применение допустимо по решению врачебной комиссии в установленном порядке, в случае если потенциальная польза для пациента превысит риск их применения.

Комбинированный препарат лопинавир+ритонавир используется для лечения ВИЧ-инфекции и является ингибитором протеазы вируса. В исследованиях было показано, что он также способен подавлять активность протеазы коронавируса. Данный препарат нашел свое применение в лечении инфекции MERS-CoV и сегодня используется для терапии инфекции, вызываемой новым коронавирусом SARS-CoV-2. В настоящее время в КНР инициировано рандомизированное контролируемое исследование эффективности и безопасности лопинавира+ритонавира у пациентов с COVID-19.

Интерферон бета-1b (ИФН-β1b) обладает антипролиферативной, противовирусной и иммуномодулирующей активностью. В текущих клинических исследованиях инфекции MERS-CoV ИФН-β1b используется в комбинации с лопинавир+ритонавир. Проведенные ранее in vitro исследования показали, что он проявляет максимальную активность в сравнении с другими вариантами интерферонов (ИФН-α1a, ИФН-α1b и ИФН-β1a). За счет способности стимулировать синтез противовоспалительных цитокинов препараты ИФН-β1b могут оказывать положительный патогенетический эффект. Несмотря на то, что в рандомизированном контролируемом исследовании, в котором участвовало 199 пациентов, лопинавир/ритонавир не показал статистически значимой эффективности по сравнению со стандартной терапией, эта комбинация остается в клинических рекомендациях многих стран.

Напротив, парентеральное применение ИФН-α при тяжелой острой респираторной инфекции (ТОРИ) может быть связано с риском развития ОРДС вследствие повышения экспрессии провоспалительных факторов.

Рекомбинантный интерферон альфа 2b (ИФН-α2b) в виде раствора для интраназального введения обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действием. Механизм действия основан на предотвращении репликации вирусов, попадающих в организм через дыхательные пути.

Хлорохин представляет собой препарат для лечения малярии и некоторых других протозойных инфекций. Кроме того, в связи с противовоспалительным и иммуносупрессивным эффектом, он нашел свое применение в лечении пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, такими как ревматоидный артрит и красная волчанка. Механизм действия хлорохина против некоторых вирусных инфекций изучен не до конца, в опубликованных данных отмечаются несколько вариантов его воздействия на COVID-19, которые препятствуют проникновению вируса в клетку и его репликации.

Гидроксихлорохин схож по своей структуре и механизму действия с хлорохином, благодаря противовоспалительному и иммунодепрессивному свойствам он также нашел свое применение в лечении малярии и некоторых системных заболеваний соединительной ткани, а также рассматривается в качестве терапии инфекции COVID-19. В сравнении с хлорохином, гидроксихлорохин, вероятно, обладает меньшей цитотоксичностью и более выраженным противовирусным эффектом. В небольшие клинические исследования было показано, что комбинация азитромицина с гидроксихлорохином усиливает противовирусный эффект последнего.

Перед назначением хлорохина и гидроксихлорохина, а также во время приема этих препаратов следует уделить особое внимание результату ЭКГ, в частности, величине QT. Хлорохин и гидроксихлорохин обладают кардиотоксичностью, и их прием может сопровождаться развитием, например, синдрома удлиненного QT. Вопросы о назначении этих препаратов в случае измененной ЭКГ и о дальнейшей терапии в случае возникших на лечении изменений ЭКГ решаются строго индивидуально, в тесном взаимодействии с кардиологами.

Для контроля кардиотоксичности гидроксихлорохина, азитромицина необходимо проведение инструментального и клинического мониторинга, в том числе интервала QT, у следующих групп пациентов с повышенным риском:

1. мужчины старше 55 лет,

2. женщины старше 65 лет,

3. лица любого возраста, имеющие в анамнезе сердечно-сосудистые заболевания.

ЭКГ назначается перед началом лечения, контроль осуществляется 1 раз в 5 дней. Продолжительность интервала QT корригированного оценивается по формуле Bazett, она не должна превышать 480 мсек. При достижении порогового значения по рекомендации врача-кардиолога индивидуально назначаются бета-адреноблокаторы (бисопролол, карведилол, небиволол, метопролол).

При появлении жалоб на аритмию, ощущение сердцебиения, боли и дискомфорт в области сердца, эпизоды слабости и головокружения, синкопальные состояния назначается внеочередное ЭКГ.

Для пациентов, не включенных в группы повышенного риска кардиотоксичности, проводится клинический мониторинг. При появлении жалоб назначается ЭКГ.

Перечень возможных к назначению лекарственных препаратов для этиотропной терапии COVID-19 приведен в приложении 2. Рекомендованные схемы лечения в зависимости от тяжести заболевания приведены в приложении 3. Учитывая отсутствие объективных доказательств эффективности применения вышеуказанных препаратов при COVID-19, назначение лечения должно обязательно сопровождаться получением добровольного информированного согласия пациента (или его законного представителя).

Согласно рекомендациям ВОЗ, возможно назначение препаратов с предполагаемой этиотропной эффективностью off-label (то есть применение с медицинской целью не соответствует инструкции по медицинскому применению), при этом их применение должно соответствовать этическим нормам, рекомендованным ВОЗ, и осуществляться на основании Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", Федерального закона от 12 апреля 2010 г. N 61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств", Национального стандарта Российской Федерации ГОСТ Р ИСО 14155-2014 "Надлежащая клиническая практика", приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 апреля 2016 г. N 200н "Об утверждении правил надлежащей клинической практики" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 августа 2016 г., регистрационный N 43357), Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации (ВМА) об этических принципах проведения исследований с участием человека в качестве субъекта, декларированных на 64-ой Генеральной ассамблее ВМА, Форталеза, Бразилия, 2013 г.

Вышеуказанная практика оценки целесообразности применения лекарственных препаратов вне показаний, указанных в инструкции по медицинскому применению, является общепризнанной в мире. В текущих условиях распространения новой коронавирусной инфекции и ограниченности доказательной базы по лечению COVID-19, использование препаратов в режиме "off-label" для оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусной инфекцией COVID-19 базируется на международных рекомендациях, а также согласованных экспертных мнениях, основанных на оценке степени пользы и риска при использовании терапии в режиме "off-label".

Этиотропное лечение у детей

В связи с отсутствием доказательной базы по эффективности каких-либо противовирусных препаратов для этиотропного лечения COVID-19 у детей, назначение противовирусных препаратов может основываться на имеющихся данных об их эффективности при лечении сезонных острых респираторных вирусных инфекций, вызванных коронавирусами. С целью профилактики инфекции и при легких формах заболевания возможно применение препаратов рекомбинантного интерферона альфа. Назначение других противовирусных средств в каждом случае должно быть обоснованно врачом-инфекционистом и врачом-педиатром медицинской организации.

Этиотропное лечение у беременных, рожениц и родильниц

Этиотропное лечение COVID-19 женщин в период беременности и кормления грудью в настоящее время не разработано. Рекомбинантный интерферон бета-1b противопоказаны к применению во время беременности. Однако в качестве этиотропной терапии возможно назначение противовирусных препаратов с учетом их эффективности против нового коронавируса по жизненным показаниям. В остальных случаях следует учитывать их безопасность при беременности и в период грудного вскармливания.

Назначение препаратов лопинавир+ритонавир возможно, в случае если предполагаемая

польза для матери превосходит потенциальный риск для плода: 400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира назначаются каждые 12 часов в течение 14 дней в таблетированной форме. В случае невозможности перорального приема эти препараты (400 мг лопинавира + 100 мг ритонавира) вводятся через назогастральный зонд в виде суспензии (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней.

Лечение должно быть начато как можно раньше, что в большей степени обеспечивает выздоровление. Противовирусные препараты беременным с тяжелым или прогрессирующим течением заболевания необходимо назначать и в более поздние сроки от начала заболевания.

При назначении противовирусных препаратов кормящим женщинам решение вопроса о продолжении грудного вскармливания зависит от тяжести состояния матери.

4.2. Патогенетическое лечение

Достаточное количество жидкости (2,5 - 3,5 литра в сутки и более, если нет противопоказаний по соматической патологии). При выраженной интоксикации, а также при дискомфорте в животе, тошноте и/или рвоте показаны энтеросорбенты (диоксид кремния коллоидный, полиметилсилоксанаполигидрат и другие).

У пациентов в тяжелом состоянии (отделения реанимации и интенсивной терапии) при наличии показаний проводится инфузионная терапия под обязательным контролем состояния пациента, включая артериальное давление, аускультативную картину легких, гематокрит (не ниже 0,35 л/л) и диурез. Следует с осторожностью подходить к инфузионной терапии, поскольку избыточные трансфузии жидкостей могут ухудшить насыщение крови кислородом, особенно в условиях ограниченных возможностей искусственной вентиляции легких, а также спровоцировать или усугубить проявления ОРДС.

В патогенезе ОРДС вследствие инфекции COVID-19 основную роль играет избыточный ответ иммунной системы со стремительно развивающимся фатальным цитокиновым штормом. Проведенные исследования показали, что смертность при COVID-19 ассоциирована в том числе с повышением уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6). Некоторые ингибиторы рецепторов ИЛ-6 широко используются для лечения ревматоидного артрита, среди которых тоцилизумаб и сарилумаб. Более всех у пациентов с COVID-19 в КНР изучен тоцилизумаб, который применялся при тяжелом респираторном дистресс-синдроме с признаками цитокинового шторма и позволял у большинства достичь нормализации температуры тела, снижения выраженности клинических симптомов и потребности в кислороде уже после однократного введения препарата (400 мг внутривенно капельно).

С целью профилактики отека головного мозга и отека легких пациентам целесообразно проводить инфузионную терапию на фоне форсированного диуреза (фуросемид 1% 2 - 4 мл в/м или в/в болюсно). С целью улучшения отхождения мокроты при продуктивном кашле назначают мукоактивные препараты (ацетилцистеин, амброксол, карбоцистеин).

Бронхолитическая ингаляционная терапия (с использованием небулайзера) с использованием сальбутамолом, фенотеролом, с применением комбинированных средств (ипратропия бромид+фенотерол) целесообразна при наличии бронхообструктивного синдрома.

Патогенетическое лечение у беременных, рожениц и родильниц

Жаропонижающим препаратом первого выбора является парацетамол, который назначается

по 500 - 1000 мг до 4 раз в день (не более 4 г в сутки).

4.3. Симптоматическое лечение

- Симптоматическое лечение включает: купирование лихорадки (жаропонижающие препараты - парацетамол);

- комплексную терапию ринита и/или ринофарингита (увлажняющие/элиминационные препараты, назальные деконгестанты);

- комплексную терапию бронхита (мукоактивные, бронхолитические и прочие средства).

Жаропонижающие назначают при температуре выше 38,0 - 38,5 °C. При плохой переносимости лихорадочного синдрома, головных болях, повышении артериального давления и выраженной тахикардии (особенно при наличии ишемических изменений или нарушениях ритма) жаропонижающие препараты используют и при более низких цифрах. Наиболее безопасным препаратом является парацетамол.

Для местного лечения ринита, фарингита, при заложенности и/или выделениях из носа начинают с солевых средств для местного применения на основе морской воды (изотонических, а при заложенности - гипертонических). В случае их неэффективности показаны назальные деконгенстанты. При неэффективности или выраженных симптомах могут быть использованы различные растворы с антисептическим действием.

Симптоматическое лечение у беременных, рожениц и родильниц

Во время беременности (II и III триместры), в послеродовом и постабортном периоде возможно применение муколитических средств (амброксол 2 - 3 мл с изотоническим раствором в соотношении 1:1 2 - 3 раза в день) и бронходилататоров (ипратропия бромид+фенотерол по 20 капель в 2 - 4 мл изотонического раствора 2 раза в день). Во время беременности (I, II и III триместры), в послеродовом и постабортном периоде в качестве бронходилататора также может применяться сальбутамол (2,5 - 5 мг в 5 мл изотонического раствора 2 раза в день).

Необходимым компонентом комплексной терапии является адекватная респираторная поддержка. Показатели сатурации кислорода должны определяться у всех беременных с клиникой острого респираторного заболевания и/или с пневмонией.

Показаниями для перевода ОРИТ при коронавирусной инфекции являются быстропрогрессирующая ОДН (ЧД > 25 в 1 мин, SpO2 < 92%, а также другая органная недостаточность (2 и более балла по шкале SOFA).

4.4. Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции

Пациентам, поступающим с диагнозом "пневмония тяжелого течения", до момента уточнения этиологии пневмонии (вирусная, бактериальная, вирусно-бактериальная), в режиме упреждающей терапии должна быть назначена антимикробная терапия одним из следующих препаратов: амоксициллин/клавулановая кислота, респираторный фторхинолон (левофлоксацин, моксифлоксацин), цефалоспорин 3 генерации (цефотаксим, цефтриаксон), цефтаролин фосамил. Последующее принятие решения об изменении или отмене антибактериальной терапии должно

быть основано на данных микробиологического исследования и ПЦР.

При выделении золотистых стафилококков из отделяемого дыхательных путей (образец, взятый при аспирации из трахеи и бронхов, проведении бронхо-альвеолярного лаважа) или крови и интерпретации их в качестве возбудителей пневмонии или сепсиса, рекомендуется назначение оксациллина (суточная доза - 12 граммов) или цефазолина (суточная доза 6 граммов). При выделении резистентных к метициллину золотистых стафилококков (MRSA), что является очень редким феноменом для внебольничной пневмонии в РФ и требует определенных анамнестических данных (недавнее посещение США), назначают ванкомицин (суточная доза 2 г), цефтаролин (суточная доза 1,8 г), линезолид (суточная доза 1,2 г).

Наиболее универсальными антибиотиками для лечения тяжелой бактериальной пневмонии являются цефтаролин и линезолид, так как обладают высокой активностью в отношении пневмококков (чувствительных и резистентных к пенициллину) и стафилококков (чувствительных и резистентных к метициллину). Необходимо иметь ввиду высокую микробиологическую чувствительность, но низкую клиническую эффективность применения ванкомицина в лечении пневмонии, вызванной золотистыми стафилококками, чувствительными к метициллину. В отношении линезолида необходимо учитывать низкую сывороточную концентрацию препарата и, следовательно, ограниченность его использования при пневмонии, сопровождающейся бактериемией (септическая форма).

При необходимости лечения пневмонии, возникшей при проведении искусственной вентиляции легких для лечения ОРДС взрослых или полиорганной недостаточности, решение о выборе и назначении антибактериальных препаратов принимается с учетом необходимости подавления нозокомиальной бактериальной флоры по данным микробиологического мониторинга и характера предшествующей антимикробной терапии.

Особенности антибактериальной терапии у беременных, рожениц и родильниц

При осложненных формах инфекции антибактериальная терапия должна быть назначена в течение первых 2 - 3 часов после госпитализации. Пациенткам с тяжелым течением заболевания антибактериальные препараты вводятся внутривенно.

При вторичной вирусно-бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители - Streptococcus pneumoniae, Staphylococcus aureus и Haemophilus influenza) предпочтительнее использовать следующие схемы антибиотикотерапии:

- цефалоспорин III поколения +/- макролид;

- защищенный аминопенициллин +/- макролид.

При третичной бактериальной пневмонии (наиболее вероятные возбудители - метициллинрезистентные штаммы Staphylococcus aureus, Haemophilus influenza) обосновано назначение следующих препаратов (в различных комбинациях):

- цефалоспорин IV поколения +/- макролид;

- карбапенемы;

- ванкомицин;

- линезолид.

К антибактериальным лекарственным средствам, противопоказанным при беременности, относятся тетрациклины, фторхинолоны, сульфаниламиды.

4.5. Акушерская тактика при COVID-19

Акушерская тактика определяется несколькими аспектами: тяжестью состояния пациентки, состоянием плода, сроком гестации. При средней степени тяжести и тяжелом течении заболевания до 12 нед. гестации в связи с высоким риском перинатальных осложнений, связанных как с воздействием вирусной инфекции, так и эмбриотоксичным действием лекарственных препаратов, возможно прерывание беременности после излечения инфекционного процесса. При отказе пациентки от прерывания беременности необходима биопсия ворсин хориона или плаценты до 12 - 14 недель или амниоцентез с 16 недель гестации для выявления хромосомных аномалий плода.

Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с увеличением показателя материнской летальности и большим числом осложнений: утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений, развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, возникновение акушерских кровотечений, интранатальная гибель плода, послеродовые гнойно-септические осложнения. Однако при невозможности устранения гипоксии на фоне ИВЛ или при прогрессировании дыхательной недостаточности, развитии альвеолярного отека легких, а также при рефрактерном септическом шоке по жизненным показаниям в интересах матери и плода показано экстренное абдоминальное родоразрешение (Кесарево сечение) с проведением всех необходимых мероприятий по профилактике коагулопатического и гипотонического акушерского кровотечения.

В сроке беременности до 20 недель экстренное Кесарево сечение можно не проводить, так как беременная матка в этом сроке не влияет на сердечный выброс. В сроке беременности 20 - 23 недели экстренное Кесарево сечение проводится для сохранения жизни матери, но не плода, а в сроке более 24 недель - для спасения жизни матери и плода.

В случае развития спонтанной родовой деятельности в разгар заболевания (пневмонии) роды предпочтительно вести через естественные родовые пути под мониторным контролем состояния матери и плода.

Предпочтительным методом обезболивания является регионарная аналгезия при отсутствии противопоказаний. Противовирусная, антибактериальная, детоксикационная терапия, респираторная поддержка проводятся по показаниям.

Во втором периоде для профилактики развития дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности ограничить потуги. При необходимости быстрого окончания родов следует применить вакуум-экстракцию или акушерские щипцы.

Кесарево сечение выполняется при наличии абсолютных акушерских показаний, а также в случае непредотвратимости/неизбежности летального исхода матери с целью попытки сохранения жизни плода.

Анестезиологическое обеспечение операции кесарева сечения при тяжелом течении заболевания: в отсутствии признаков выраженной полиорганной недостаточности (до 2 баллов по шкале SOFA) возможно применение регионарных методов обезболивания на фоне респираторной

поддержки, при выраженной полиорганной недостаточности - тотальная внутривенная анестезия с ИВЛ.

Всем пациенткам, независимо от срока беременности, показана профилактика кровотечения.

Во всех случаях вопрос о времени и методе родоразрешения решается индивидуально.

Клиническими критериями выписки из стационара беременных и родильниц являются:

- нормальная температура тела в течение 3-х дней;

- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;

- восстановление нарушенных лабораторных показателей;

- отсутствие акушерских осложнений (беременности, послеродового периода).

Выписка из стационара проводится после двукратного отрицательного результата лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР с интервалом не менее 1 дня.

Прогноз для матери и плода зависит от триместра гестации, в котором возникло заболевание, наличия преморбидного фона (курение, ожирение, фоновые заболевания органов дыхательной системы и ЛОР-органов, сахарный диабет, ВИЧ-инфекция), степени тяжести инфекционного процесса, наличия осложнений и своевременности начала противовирусной терапии.

4.6. Основные принципы терапии неотложных состояний

4.6.1. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности

Показания для перевода в ОРИТ взрослых (достаточно одного из критериев) - начальные проявления и клиническая картина быстро прогрессирующей ОДН:

- нарастающая и выраженная одышка;

- цианоз;

- ЧД > 30 в минуту;

- SpO_2 < 90%;

- артериальное давление АД сист. < 90 мм рт. ст.;

- шок (мраморность конечностей, акроцианоз, холодные конечности, симптом замедленного сосудистого пятна (> 3 сек), лактат более 3 ммоль/л);

- дисфункция центральной нервной системы (оценка по шкале комы Глазго менее 15 баллов);

- острая почечная недостаточность (мочеотделение < 0,5 мл/кг/ч в течение 1 часа или повышение уровня креатинина в два раза от нормального значения);

- печеночная дисфункция (увеличение содержания билирубина выше 20 мкмоль/л в течение 2-х дней или повышение уровня трансаминаз в два раза и более от нормы);

- коагулопатия (число тромбоцитов < 100 тыс/мкл или их снижение на 50% от наивысшего значения в течение 3-х дней).

Необходимо обеспечить достаточное количество жидкости при отсутствии противопоказаний и снижении диуреза (5 - 6 мл/кг/ч), общее количество которой может быть увеличено при повышении потерь из ЖКТ (рвота, жидкий стул). Использование энтеросорбентов (диоксида кремния коллоидного, полиметилсилоксана полигидрата и др.).

У пациентов в тяжелом состоянии при наличии показаний инфузионная терапия проводится исходя из расчетов 5 - 6 - 8 мл/кг/ч с обязательным контролем диуреза и оценкой распределения жидкости.

Показания для перевода в ОРИТ детей:

- нарастание цианоза и одышки в покое;

- показатели пульсоксиметрии ниже 92% - 94%;

- одышка: дети до 1 года - более 60 в мин, дети до 5 лет - более 40 в мин, старше 5 лет - более 30 в мин;

- появление кашля с примесью крови в мокроте, боли или тяжести в груди;

- появление признаков геморрагического синдрома;

- изменения психического состояния, спутанность сознания или возбуждение, судороги;

- повторная рвота;

- снижение артериального давления и уменьшение мочеотделения;

- сохранение высокой лихорадки (более 4 - 5 суток) с рефрактерностью к жаропонижающим средствам и развитием тяжелых осложнений.

Растворы для инфузионной терапии:

- кристаллоидные препараты (растворы электролитов) изотонические (раствор Рингера, изотонический раствор),

- растворы углеводов (10% растворы декстрозы),

- при снижении уровня альбумина - 10% раствор альбумина до 10 мл/кг/сутки.

Инфузионная терапия проводится под обязательным контролем состояния пациентов, его артериального давления, оценки аускультативной картины в легких, с контролем величины гематокрита и диуреза (гематокрит не ниже 0,35 и диурез не ниже 0,5 мл/кг/ч). Гипотонические кристаллоидные растворы, растворы на основе крахмала не рекомендуются к применению. Необходимо вести пациентов в нулевом или небольшом отрицательном балансе.

Для профилактики отека головного мозга при снижении диуреза и задержке жидкости, целесообразно разовое назначение фуросемида 0,5 - 1 мг/кг болюсно внутримышечно или внутривенно, маннитол 0,5 - 1,0 г на 1 кг внутривенно. По показаниям (см. ниже) - переливание 20% р-ра альбумина, ИВЛ, локальная гипотермия. Необходим контроль и коррекция PaO_2/FiO_2 (в крайнем случае - $SatO_2$) и $PaCO_2$ (35 - 45 мм рт. ст.), Na+ (145 - 150 ммоль/л), осмолярности (310 - 320 мОсм/кг), альбумина (40 г/л) в крови и диуреза (60 мл/час). Желателен контроль внутричерепного давления на уровне 20 мм рт. ст.

Интенсивная терапия ОДН

Развитие острой дыхательной недостаточности является одним из наиболее частых осложнений тяжелой вирусной пневмонии.

Алгоритм оказания помощи при развитии дыхательной недостаточности строится на основании общих принципов респираторной терапии, которые включают в себя простые методы (оксигенотерапия через маску, носовые канюли), в случае если дыхательная недостаточность протекает в компенсированной форме. При усилении симптомов острой дыхательной недостаточности используются методы респираторной терапии, которые можно отнести к более сложным (высокопоточная оксигенация при отсутствии воспалительных изменений в носоглотке). В том случае, если респираторная терапия не имеет видимого успеха и не позволяет обеспечить газообмен (остается снижение SaO_2 ниже 90%, сохраняется или нарастает одышка с сохранением цианоза, отмечается снижение PaO_2 несмотря на использование гипероксических смесей), переходят к ИВЛ. Первоначально выполняется интубация трахеи и обеспечиваются начальные режимы вентиляции, которые меняются исходя из получаемых постоянно показателей вентиляции и газообмена.

Таблица 1. Выбор метода респираторной поддержки в зависимости от тяжести ОДН

Тяжесть (выраженность) ОДН	Метод респираторной терапии	Основная цель, критерии эффективности
Проявления средней тяжести (в том числе начальные)	Оксигенотерапия через лицевую маску или носовые канюли	Улучшение оксигенации
Средне-тяжелое и Тяжелое состояние	Оксигенотерапия через высокопоточные канюли или неинвазивная ИВЛ	Стабилизация состояния и улучшение оксигенации
Тяжелое и крайней тяжести	Интубация трахеи и перевод на ИВЛ	Стабилизация состояния и улучшение оксигенации

При развитии первых признаков ОДН начать оксигенотерапию через маску или носовые катетеры. Оптимальным уровнем эффективности кислородотерапии является повышение сатурации кислорода выше 90%, или наличие эффекта заметного и стойкого роста этого показателя. При этом нижний порог PaO_2 не должен быть ниже 55 - 60 мм.рт.ст.

При отсутствии эффекта от первичной респираторной терапии - оксигенотерапии - целесообразно решить вопрос о применении ИВЛ. При выборе ИВЛ начальной тактикой

допустимо использовать неинвазивную вентиляцию легких по общепринятым правилам и методикам.

Возможно начало респираторной поддержки у пациентов с ОРДС при помощи неинвазивной вентиляции при сохранении сознания, контакта с пациентом (см. клинические рекомендации ФАР "Применение неинвазивной вентиляции легких"). При низкой эффективности и/или плохой переносимости НИВЛ, альтернативной НИВЛ также может служить высокоскоростной назальный поток.

Показания к неинвазивной вентиляции:

- тахипноэ (более 25 движений в минуту для взрослых), которое не исчезает после снижения температуры тела;

- PaO_2 < 60 мм.рт.ст. либо PaO_2/FiO_2 < 300;

- $PaCO_2$ > 45 мм.рт.ст.;

- pH < 7,35;

- Vt < 4 - 6 мл/кг (дыхательный объем (мл) / масса тела (кг) пациента);

- SpO_2 < 90%;

Абсолютные противопоказания к проведению НИВЛ: выраженная энцефалопатия, отсутствие сознания; аномалии и деформации лицевого скелета, препятствующие наложению маски.

При неэффективности неинвазивной вентиляции - гипоксемии, метаболическом ацидозе или отсутствии увеличения индекса PaO_2/FiO_2 в течение 2 часов, высокой работе дыхания (десинхронизация с респиратором, участие вспомогательных мышц, "провалы" во время триггирования вдоха на кривой "давление-время") - показана интубация трахеи.

При наличии показаний начало "инвазивной" ИВЛ необходимо осуществлять безотлагательно (частота дыхания более 35 в 1 мин, нарушение сознания, снижение PaO_2 менее 60 мм рт. ст. или снижение SpO_2 < 90% на фоне инсуффляции кислорода. При этом следует иметь в виду, что прогрессирование дыхательной недостаточности может происходить чрезвычайно быстро.

Стратегическая цель респираторной поддержки заключается в обеспечении адекватного газообмена и минимизации потенциального ятрогенного повреждения легких.

Показания к ИВЛ:

- неэффективность проведения неинвазивной вентиляции легких;

- невозможность проведения неинвазивной вентиляции легких (остановка дыхания, нарушение сознания, психики пациента);

- нарастающая одышка, тахипноэ (более 35 движений в минуту), которое не исчезает после снижения температуры тела;

- PaO_2 < 60 мм.рт.ст. либо PaO_2/FiO_2 < 200;

- $PaCO_2$ > 60 мм.рт.ст.;

- pH < 7,25;

- Vt < 4 - 6 мл/кг (дыхательный объем (мл) / масса тела (кг) пациента);

- SpO_2 < 90%.

Рекомендуемые особенности проведения ИВЛ:

- P пиковое < 35 см.вод.ст.;

- P плато < 30 см.вод.ст.;

- Уровень ПДКВ регулируется по величине SpO_2 (минимально достаточно - 92%) и параметрам гемодинамики.

В процессе проведения респираторной поддержки следует использовать следующие основные положения:

- дыхательный объем (ДО, Vt) - не более 4 - 6 мл/кг идеальной массы тела ("протективная" ИВЛ);

- частота дыхания и минутный объем вентиляции (MVE) - минимально необходимые, для поддержания $PaCO_2$ на уровне менее 45 мм.рт.ст. (кроме методологии "допустимой гиперкапнии");

- выбор PEEP - минимально достаточный для обеспечения максимального рекрутирования альвеол и минимального перераздувания альвеол и угнетения гемодинамики ("протективная" ИВЛ);

- синхронизация пациента с респиратором - использование седативной терапии (в соответствии с протоколом седации) и при тяжелом течении ОРДС непродолжительной (обычно, менее 48 часов) миоплегии, а не гипервентиляции ($PaCO_2$ < 35 мм.рт.ст);

- соблюдение протокола отлучения пациента от аппарата ИВЛ - ежедневно необходимо оценивать критерии прекращения ИВЛ.

При выборе режима вентиляции клиническое решение принимается в основном с учетом четырех важных факторов: возможного перерастяжения легких объемом или давлением, степени артериального насыщения гемоглобина кислородом, артериального pH, фракционной концентрации кислорода (токсическое воздействие кислорода).

Проведение "безопасной" ИВЛ возможно как в режимах с управляемым давлением (PC), так и в режимах с управляемым объемом (VC). При этом в режимах с управляемым объемом желательно использовать нисходящую форму инспираторного потока, так как она обеспечивает лучшее распределение газа в разных отделах легких и меньшее давление в дыхательных путях. В настоящее время отсутствуют убедительные данные о преимуществе какого-либо из вспомогательных режимов респираторной поддержки. При применении управляемых режимов респираторной поддержки следует как можно быстрее перейти к режимам вспомогательной

вентиляции.

Капнографию или капнометрию целесообразно использовать для предупреждения гипокапнии.

Прекращение респираторной поддержки

Вопрос о прекращении ИВЛ может быть поставлен только в условиях регресса дыхательной недостаточности пациента. Принципиальными моментами готовности являются:

- Отсутствие неврологических признаков отека головного мозга (например, можно "отлучать" пациентов в вегетативном состоянии) и патологических ритмов дыхания,

- Полное прекращение действия миорелаксантов и других препаратов, угнетающих дыхание,

- Стабильность гемодинамики и отсутствие жизнеопасных нарушений,

- Отсутствие признаков сердечной недостаточности (увеличение сердечного выброса в процессе снижения респираторной поддержки - показатель успешности "отлучения"),

- Отсутствие гиповолемии и выраженных нарушений метаболизма,

- Отсутствие нарушений кислотно-основного состояния,

- $PvO_2 > 35$ мм рт.ст.,

- Отсутствие выраженных проявлений ДВС-синдрома (клинически значимой кровоточивости или гиперкоагуляции),

- Полноценная нутритивная поддержка пациента перед и во время процесса "отлучения" от респиратора, компенсированные электролитные расстройства,

- Температура менее 38 °С.

В любом случае, при развитии тяжелой дыхательной недостаточности целесообразным является начало традиционной ИВЛ.

Затягивать использование ИВЛ нельзя, так как развитие тяжелой пневмонии становится неуправляемым и развивается тяжелая гипоксемия. Поэтому оценка состояния дыхания и газообмена осуществляется постоянно в процессе лечения пациента.

При попытке обеспечения приемлемой оксигенации не следует выбирать чрезмерно "жесткие" режимы вентиляции (MAP не выше 30 см.вод.ст). При отсутствии стабилизации газообмена при проведении ИВЛ, дальнейшее ужесточение режимов вентиляции может вызвать легочные механические повреждения (пневмоторакс, формирование булл).

При этом целесообразно переводить пациента на ЭКМО со снижением режимов вентиляции и обеспечения эффекта "покоя" легким. Можно использовать вено-венозную ЭКМО при отсутствии явлений сердечной недостаточности, а при ее развитии - вено-артериальную ЭКМО. Основные показания и противопоказания представлены в таблице 2.

При "отлучении" пациента от ИВЛ возможно использование высокочастотной ИВЛ с

сохранением спонтанного дыхания.

Противопоказания:

1. наличие геморрагических осложнений и снижение уровня тромбоцитов ниже критических значений (менее 50 000), наличие клиники внутричерепных кровоизлияний;

2. вес ребенка менее 2 кг.

Целевые ориентиры оксигенации - сатурация не ниже 90%. При развитии септического шока лечение стандартное и традиционное, направленное на стабилизацию волемического статуса (кристаллоиды со скоростью 10 - 20 мл/кг/ч, назначение вазопрессоров и инотропов).

Назначение вазопрессоров целесообразно при снижении АД. Адреналин вводится в дозе от 0,2 до 0,5 мкг/кг/мин. Однако доза адреналина может быть увеличена до 1 и даже 1,5 мкг/кг/мин.

Введение норадреналина, допамина и добутамина целесообразно при снижении сократимости миокарда и развитии сердечной недостаточности.

Особенно важно, оценивая волемический статус, предотвратить возможное развитие гиперволемии.

При развитии олигурии и почечной недостаточности при септическом шоке необходимо своевременно начать процедуру ультрагемодиафильтрации.

В качестве пульсовой терапии в режиме короткого курса можно использовать глюкокортикоиды (гидрокортизон 5 мг/кг/с и преднизолон (0,5 - 1 мг/кг/с).

4.6.2. Проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации

При тяжелой рефракторной гипоксемии показано проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Основным показанием является ОРДС средней тяжести и тяжелого течения с длительностью проведения любой ИВЛ (инвазивной или неинвазивной) не более 5 суток.

В настоящее время имеется достаточно данных, свидетельствующих о возможных перспективах данного метода. Скорость прогрессирования ОДН у пациентов с тяжелой внебольничной пневмонией диктует необходимость осуществить заблаговременный контакт с центром, располагающим возможностями проведения ЭКМО.

ЭКМО проводится в отделениях, имеющих опыт использования данной технологии: стационары, в которых есть специалисты, в т.ч. хирурги, перфузиологи, владеющие техникой канюлизации центральных сосудов и настройкой ЭКМО. Показания и противопоказания к ЭКМО представлены в таблице 2.

Таблица 2. Показания и противопоказания к ЭКМО

Потенциальные показания к	- Основные инструментальные критерии - индекс Мюррея более 3 и (или) $PaO_2/FiO_2 < 150$ при PEEP $\geq$ 10 см H2O в течение 6

ЭКМО	часов (при невозможности измерения PaO_2 - показатель $SpO_2/FiO_2 < 200$) - Давление плато $\geq$ 35 см H_2O несмотря на снижение PEEP до 5 см H_2O и снижение V_T до минимального значения (4 мл/кг) и pH $\geq$ 7,15.
Противопоказания к ЭКМО	- Тяжелые сопутствующие заболевания с ожидаемой продолжительностью жизни пациента не более 5 лет; - Полиорганная недостаточность или SOFA > 15 баллов; - Немедикаментозная кома (вследствие инсульта); - Техническая невозможность венозного или артериального доступа; - Индекс массы тела > 40 кг/м^2.

4.6.3. Лечение пациентов с септическим шоком

1. При септическом шоке следует незамедлительно осуществить внутривенную инфузионную терапию кристаллоидными растворами (30 мл/кг, инфузия одного литра раствора должна осуществиться в течение 30 минут или менее).

2. Если состояние пациента в результате болюсной инфузии растворов не улучшается и появляются признаки гиперволемии (т.е. влажные хрипы при аускультации, отек легких по данным рентгенографии грудной клетки), то необходимо сократить объемы вводимых растворов или прекратить инфузию. Не рекомендуется использовать гипотонические растворы или растворы крахмала.

3. При отсутствии эффекта от стартовой инфузионной терапии назначают вазопрессоры (норэпинефрин, адреналин (эпинефрин) и дофамин). Вазопрессоры рекомендуется вводить в минимальных дозах, обеспечивающих поддержку перфузии (т.е. систолическое артериальное давление > 90 мм рт. ст.), через центральный венозный катетер под строгим контролем скорости введения, с частой проверкой показателей давления крови. При признаках снижения тканевой перфузии вводят добутамин.

4. Пациентам с персистирующим шоковым состоянием, которым требуется повышение доз вазопрессоров, целесообразно внутривенное введение гидрокортизона (до 200 мг/сутки) или преднизолона (до 75 мг/сутки). Эксперты ВОЗ рекомендуют при коронавирусной инфекции применять, по возможности, невысокие дозы и непродолжительные курсы.

5. При гипоксемии с SpO2 < 90% показана кислородная терапия, начиная со скорости 5 л/мин с последующим титрованием до достижения целевого уровня SpO_2 > 90% у небеременных взрослых и детей, у беременных пациенток - до $SpO_2 \geq$ 92 - 94%.

4.7. Порядок выписки пациентов из медицинской организации

Выписка пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID-19 разрешается при отсутствии клинических проявлений болезни и получении двукратного отрицательного результата лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР с интервалом не менее 1 дня.

5. ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

5.1. Специфическая профилактика коронавирусной инфекции

В настоящее время средства специфической профилактики COVID-19 не разработаны.

5.2. Неспецифическая профилактика коронавирусной инфекции

Мероприятия по предупреждению завоза и распространения COVID-19 на территории РФ регламентированы Распоряжениями Правительства РФ от 30.01.2020 N 140-р, от 31.01.2020 N 154-р, от 03.02.2020 N 194-р, от 18.02.2020 N 338-р, от 27.02.2020 N 447-р, от 27.02.2020 N 446-р, от 27.02.2020 N 448-р от 16.03.2020 N 635-р, от 06.03.2020 N 550-р, от 12.03.2020 N 597-р, от 14.03.2020 N 622-р и Постановлениями Главного государственного санитарного врача РФ от 24.01.2020 N 2, от 31.01.2020 N 3, от 02.03.2020 N 5, от 13.03.2020 N 6, от 18.03.2020 N 7.

Мероприятия по недопущению распространения COVID-19 в медицинских организациях проводятся в соответствии с приказом Минздрава РФ от 19.03.2020 N 198н "О временном порядке организации работы медицинских организаций в целях реализации мер по профилактике и снижению рисков распространения новой коронавирусной инфекции COVID-19)".

Неспецифическая профилактика представляет собой мероприятия, направленные на предотвращение распространения инфекции, и проводится в отношении источника инфекции (больной человек), механизма передачи возбудителя инфекции, а также потенциально восприимчивого контингента (защита лиц, находящихся и/или находившихся в контакте с больным человеком).

Мероприятия в отношения источника инфекции:

- изоляция больных в боксированные помещения/палаты инфекционного стационара;

- назначение этиотропной терапии.

Мероприятия, направленные на механизм передачи возбудителя инфекции:

- соблюдение правил личной гигиены (мыть руки с мылом, использовать одноразовые салфетки при чихании и кашле, прикасаться к лицу только чистыми салфетками или вымытыми руками);

- использование одноразовых медицинских масок, которые должны сменяться каждые 2 часа;

- использование СИЗ для медработников;

- проведение дезинфекционных мероприятий;

- утилизация медицинских отходов класса В;

- транспортировка больных специальным транспортом.

Мероприятия, направленные на восприимчивый контингент:

- элиминационная терапия, представляющая собой орошение слизистой оболочки полости носа изотоническим раствором хлорида натрия, обеспечивает снижение числа как вирусных, так бактериальных возбудителей инфекционных заболеваний;

- использование лекарственных средств для местного применения, обладающих барьерными функциями;

- своевременное обращение в медицинские организации в случае появления симптомов острой респираторной инфекции является одним из ключевых факторов профилактики осложнений.

Российским гражданам при планировании зарубежных поездок необходимо уточнять эпидемиологическую ситуацию. При посещении стран, где регистрируются случаи инфекции, вызванной SARS-CoV-2, необходимо соблюдать меры предосторожности:

- не посещать рынки, где продаются животные, морепродукты;

- употреблять только термически обработанную пищу, бутилированную воду;

- не посещать зоопарки, культурно-массовые мероприятия с привлечением животных;

- использовать средства защиты органов дыхания (маски);

- мыть руки после посещения мест массового скопления людей и перед приемом пищи;

- при первых признаках заболевания обращаться за медицинской помощью в медицинские организации, не допускать самолечения;

- при обращении за медицинской помощью на территории России информировать медицинский персонал о времени и месте пребывания.

5.3. Медикаментозная профилактика у взрослых

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у взрослых возможно интраназальное введение рекомбинантного интерферона альфа.

Для медикаментозной профилактики COVID-19 у беременных возможно только интраназальное введение рекомбинантного интерферона альфа 2b.

Доказательных исследований, касающихся постконтактной профилактики для медицинских работников, не проводилось. Препараты прямого противовирусного действия для COVID-19 в настоящее время не разработаны. В литературе описан опыт применения препарата гидроксихлорохин для постконтактной профилактики COVID-19 у медицинских работников по схеме: 400 мг два раза с интервалом 12 часов в первый день, далее 400 мг - 1 раз в неделю в течение 7 недель.

5.4. Мероприятия по недопущению распространения COVID-19 в медицинской организации

При поступлении в приемное отделение медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в стационарных условиях, пациента с клиническими проявлениями острого респираторного вирусного заболевания с характерными для новой коронавирусной инфекции COVID-19 симптомами и данными эпидемиологического анамнеза, медицинский работник проводит комплекс первичных противоэпидемических мероприятий с использованием СИЗ.

Медицинский работник, не выходя из помещения, в котором выявлен пациент, с использованием имеющихся средств связи извещает руководителя медицинской организации о выявленном пациенте и его состоянии для решения вопроса об его изоляции по месту его выявления (бокс приемного отделения) до его госпитализации в специализированный инфекционный стационар.

Медицинский работник должен использовать СИЗ (шапочка, противочумный (хирургический) халат, респиратор типа NIOSH-certified N 95 или FFP3), предварительно обработав руки и открытые части тела дезинфицирующими средствами.

Медицинские работники, выявившие пациента с клиническими проявлениями острого респираторного вирусного заболевания с характерными для новой коронавирусной инфекции COVID-19 симптомами, должны осуществлять наблюдение пациента до приезда и передачи его специализированной выездной бригаде скорой медицинской помощи.

После медицинской эвакуации пациента медицинский работник, выявивший пациента, снимает СИЗ, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором, обрабатывает дезинфицирующим раствором обувь и руки, полностью переодевается в запасной комплект одежды. Открытые части тела обрабатываются кожным антисептиком. Рот и горло прополаскивают 70% этиловым спиртом, в нос и в глаза закапывают 2% раствор борной кислоты.

Руководитель медицинской организации, в которой был выявлен пациент, организует сбор биологического материала (мазок из носо- и ротоглотки) у всех медицинских работников и лиц, находившихся с ним в контакте, и направляет их для проведения соответствующего лабораторного исследования.

В целях обеззараживания воздуха в приемном отделении проводится дезинфекция дезинфицирующими средствами, применяются бактерицидный облучатель или другое устройство для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей для дезинфекции воздушной среды помещения. Количество необходимых облучателей рассчитывается в соответствии с инструкцией по их применению на кубатуру площади, на которой они будут установлены.

В случае подтверждения диагноза COVID-19 в стационаре необходимо выявить лиц, имевших контакт с пациентом, среди:

- находившихся в данном учреждении;

- переведенных или направленных (на консультацию, стационарное лечение) в другие медицинские организации, и выписанных;

- медицинских и иных работников (гардероб, регистратура, диагностические, смотровые кабинеты);

- посетителей медицинской организации, а также посетителей, покинувших медицинскую организацию к моменту выявления пациента;

- лиц по месту жительства пациента, работы, учебы.

За лицами, контактными с пациентом, устанавливают медицинское наблюдение.

Медицинские отходы, в том числе биологические выделения пациентов (мокрота, моча, кал и др.), утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами класса В.

5.5. Рациональное использование средств индивидуальной защиты в медицинских организациях

С целью ограничения расхода СИЗ рекомендуется рационально минимизировать потребности в них в медицинских организациях, а также обеспечить их правильное использование. Для минимизации потребности в СИЗ при одновременном обеспечении безопасности медицинских работников рекомендуется:

- сократить число лиц, нуждающихся в использовании СИЗ, с помощью технических и административных мер (ограничить число медицинских работников, контактирующих с пациентами; минимизировать количество входов в палату);

- использовать дистанционное консультирование для консультирования пациентов и лиц с подозрением на COVID-19;

- внедрить в практику расширенное использование респираторов типа N 95 и FFP3 (ношение одного и того же респиратора при работе с несколькими пациентами, не снимая респиратор).

Респираторы, или фильтрующие полумаски - это средство индивидуальной защиты органов дыхания (СИЗОД), предназначенное для снижения риска инфицирования медицинских работников, работающих в условиях высокого риска распространения инфекций, передающихся воздушно-капельным путем. Имеются основания полагать, что быстрому распространению коронавирусной инфекции способствует то, что вирус передается не только при непосредственном контакте с источником инфекции и воздушно-капельным путем (через крупные капли) как большинство ОРВИ, но и в существенной степени через инфекционные аэрозоли (инфицированный воздух). Поэтому применение респираторов (со степенью защиты FFP3) обязательно для медицинского персонала, занятого оказанием медицинской помощи больным новой коронавирусной инфекцией COVID-19.

Принцип работы респиратора состоит в высокоэффективной фильтрации вдыхаемого воздуха, благодаря которой резко снижается риск проникновения в дыхательные пути, в том числе в терминальные бронхиолы и альвеолы, инфекционного аэрозоля (стойкой взвеси в воздухе мельчайших частиц, содержащих жизнеспособные патогенные микроорганизмы).

Для обеспечения максимальной защиты при использовании респиратора должны быть выполнены ряд условий:

- используемые модели респиратора должны быть сертифицированы на соответствие требованиям по крайней мере одного из национальных или международных стандартов: ТР ТС 019/2011 "О безопасности средств индивидуальной защиты", или ГОСТ 12.4.294-2015 или EN 149:2001+A1:2009 "Respiratory protective devices - Filtering half masks to protect against particles":

- Используемые респираторы должны иметь класс защиты FFP3;

- Респиратор должен правильно использоваться (правильное надевание, безопасное снятие, уход, утилизация).

Правильное надевание - наиболее важное условие эффективности его применения для защиты от инфицирования. Правильное надевание абсолютно необходимо для обеспечения максимально герметичного прилегания краев полумаски респиратора к лицу для исключения возможности утечки неотфильтрованного инфицированного воздуха в зону дыхания минуя высокоэффективный фильтр, каковым и является полумаска респиратора. Крайне важно ознакомиться и тщательно каждый раз выполнять требования инструкции по правильному надеванию респиратора в текстовом или графическом виде в соответствии с вышеперечисленными стандартами всегда находится на упаковке респиратора или во вкладыше.

После каждого надевания респиратора перед входом в зону высокого риска инфицирования необходимо проводить его проверку на утечку: сделать 2 - 3 форсированных вдоха - выдоха, при этом убедиться, что отсутствует подсос и выход воздуха по краям респиратора, а на вдохе респиратор плотно прижимается к лицу без утечки воздуха по краям. Если при этом выявлена утечка воздуха под полумаску, нужно проверить правильность одевания респиратора, повторно надеть его.

Длительность использования респиратора в течение рабочего дня ограничена только гигиеническими соображениями (необходимость приема пищи, появление избыточной влажности под полумаской в жаркую погоду и т.п.), поскольку эффективность фильтрации со временем только повышается при условии, что респиратор не поврежден и обеспечивает хорошее прилегание к лицу.

Безопасное снятие респиратора необходимо для исключения риска инфицирования с наружной поверхности респиратора в результате ее контакта с кожей в случае, если она контаминирована инфицированными биологическими жидкостями. Респиратор снимают в перчатках за резинки, не касаясь наружной и внутренней поверхности полумаски респиратора.

Утилизация использованных респираторов проводится в соответствии с требованиями к медицинским отходам класса В.

В условиях эпидемии инфекционных заболеваний, когда возможны временные трудности с достаточным снабжением средствами индивидуальной защиты, важно применять организационные меры, позволяющие не только снизить риск внутрибольничного распространения инфекции и но и существенно сократить потребность в респираторах:

- обучение персонала принципам правильного использования респираторов, в том числе исключение ношения их на шее или лбу во время перерывов в работе, правильное бережное хранение повышает не только эффективность их использования, но и продлевает их срок службы;

- проведение оценки риска на основании анализа потоков пациентов, посетителей, лабораторных образцов и персонала;

- максимальное разобщение потоков для выделения зон низкого риска (где использование СИЗОД не требуется) и высокого риска (где использование СИЗОД необходимо). Зоны высокого риска должны быть обозначены специальными предупреждающими знаками, запрещающими доступ туда посторонних лиц без средств защиты;

- выделение зон отдыха персонала и помещений для офисной работы в максимально изолированных помещениях, куда исключен переток инфицированного воздуха из зон высокого риска. Использование СИЗОД в этих помещениях не требуется;

- выделение на основе оценки риска более узких групп персонала, который работает в условиях наиболее высокого риска, где требуется применение СИЗОД. Прочий персонал при этом для работы в условиях низкого или среднего уровня риска может эффективно использовать перечисленные организационные меры по его снижению и меры контроля среды обитания (проветривание, ультрафиолетовые излучатели);

- обязательное круглосуточное применение медицинских масок пациентами, представляющими риск распространения инфекции, вдвое снижает риск для окружающих;

- применение максимально возможных режимов естественной вентиляции (постоянного максимально возможного проветривания) позволяет достичь резкого снижения концентрации инфекционного аэрозоля в воздухе помещений и соответственно резко снизить риск распространения инфекций через воздух;

- в зонах высокого риска распространения инфекции, вызванной COVID-19, использование кондиционеров комнатного типа (сплит-систем) должно быть исключено, поскольку они фактически повышают риск инфицирования, так как способствуют поддержанию высоких концентраций инфекционного аэрозоля при блокированной естественной вентиляции.

- применение различного рода воздухоочистителей-рециркуляторов, в том числе с источником УФБИ внутри не является эффективной мерой снижения риска распространения воздушных инфекций, включая COVID-19, из-за недостаточной производительности (кратности воздухообмена в помещении), поэтому предпочтение нужно отдавать эффективной механической вентиляции или максимальному постоянному проветриванию.

5.6. Порядок проведения патолого-анатомических вскрытий

В случае смерти в стационаре больного с установленным при жизни диагнозом COVID-19 или отнесенного к категории "подозрительный и вероятный случай COVID-19" патолого-анатомическое вскрытие в соответствии с Федеральным законом N 323 от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан" и приказом Минздрава РФ N 354 от 06.06.2013 "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий" проводится в патолого-анатомических отделениях, обслуживающих данное учреждение здравоохранения. Отмена вскрытия не допускается. Категория сложности 5 (приложение 1 Приказа N 354).

Администрация патолого-анатомических бюро, патолого-анатомических отделений больниц и бюро судебно-медицинской экспертизы обеспечивает соблюдение требований СП 1.3.34118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами 1 - 2 групп патогенности (опасности)" и другими нормативными и методическими документами в отдельной секционной.

В патолого-анатомическом отделении должен быть полный набор инструкций и

необходимых средств для их реализации:

- методическая папка с оперативным планом противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного COVID-19;

- схема оповещения;

- памятка по технике вскрытия и забора материала для бактериологического исследования;

- функциональные обязанности на всех сотрудников отделения;

- защитная одежда (противочумный костюм II типа и др.);

- укладка для забора материала;

- стерильный секционный набор;

- запас дезинфицирующих средств и емкости для их приготовления.

Медицинские отходы, образующиеся в результате патолого-анатомического вскрытия таких трупов, утилизируются в соответствии с правилами и нормативами СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами". Похороны тел осуществляются в закрытом гробу.

Патолого-анатомическое вскрытие осуществляется в соответствии с приказом Минздрава РФ N 354 от 06.06.2013 "О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий" в присутствии специалиста организации, уполномоченной осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Вскрытие проводит или его контролирует заведующий/наиболее опытный патологоанатом. Аутопсийный материал (кусочек легкого, а по клиническим показаниям и других органов) в кратчайшие сроки направляется в ФБУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии" в субъекте Российской Федерации на предмет наличия COVID-19, а также других вирусных и бактериальных возбудителей респираторных инфекций.

В патолого-анатомическом отделении проводится гистологическое исследование с изучением изменений всех основных органов, в необходимых случаях с использованием дополнительных окрасок. Окончательный патолого-анатомический диагноз формулируется в соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества патологоанатомов "Формулировка патолого-анатомического диагноза при некоторых инфекционных и паразитарных болезнях" RPSA.1(2016) после завершения гистологического исследования и получения результатов лабораторных исследований. Проводится консультирование наблюдений ведущим специалистом по инфекционной патологии субъекта РФ, определенным его исполнительным органом в области здравоохранения, а, при необходимости, и ведущими специалистами страны из числа членов рабочей группы главного патологоанатома Минздрава РФ.

6. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ И ОСОБЕННОСТИ ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫХ ИЛИ ЛИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

6.1. Маршрутизация пациентов и лиц с подозрением на COVID-19

Порядок маршрутизации регулирует вопросы оказания медицинской помощи пациентам с

COVID-19 в медицинских организациях.

Медицинская помощь пациентам с COVID-19 осуществляется в виде скорой, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях, осуществляющих свою деятельность в соответствии с приказами Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 N 69н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях" и от 05.05.2012 N 521н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями" с проведением всех противоэпидемических мероприятий.

Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь больным инфекционным заболеванием оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи, специализированными выездными бригадами скорой медицинской помощи, бригадами экстренной медицинской помощи территориальных центров медицины катастроф.

Деятельность бригад направлена на проведение мероприятий по устранению угрожающих жизни состояний с последующей медицинской эвакуацией в медицинскую организацию, оказывающую стационарную медицинскую помощь больным инфекционными заболеваниями. Медицинская помощь больным инфекционными заболеваниями с жизнеугрожающими острыми состояниями, в том числе с инфекционно-токсическим, гиповолемическим шоком, отеком-набуханием головного мозга, острыми почечной и печеночной недостаточностью, острой сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, вне медицинской организации оказывается бригадами (в том числе реанимационными) скорой медицинской помощи.

В целях обеспечения готовности к проведению противоэпидемических мероприятий в случае завоза и распространения COVID-19, медицинским организациям необходимо иметь оперативный план первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного, подозрительного на данное заболевание, руководствоваться действующими нормативными, методическими документами, санитарным законодательством в установленном порядке, в том числе региональным Планом санитарно-противоэпидемических мероприятий по предупреждению завоза и распространения новой коронавирусной инфекции, вызванной SARS-CoV-2, утвержденным уполномоченным органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

Пробы от больных или контактных лиц отбираются для проведения лабораторной диагностики в соответствии с "Временными рекомендациями по лабораторной диагностике новой коронавирусной инфекции, вызванной 2019-nCov", направленными в адрес органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья Роспотребнадзором письмом от 21.01.2020 N 02/706-2020-27.

В зависимости от степени тяжести состояния при подтверждении диагноза коронавирусной инфекции лечение осуществляют в отделении для лечения инфекционных больных медицинской организации, в том числе и ОРИТ медицинской организации (при наличии показаний). В субъектах РФ, где маршрутизация предусматривает возможность лечения пациентов с легким течением COVID-19 на дому, необходимо разработать порядок окзания медицинской помощи, предусматривающий карантинную изоляцию, мониторинг состояния пациента и необходимое лечение в амбулаторных условиях.

6.2 Особенности эвакуационных мероприятий и общие принципы госпитализации больных или лиц с подозрением на COVID-19

1. Госпитализация пациента, подозрительного на заболевание, вызванное SARS-CoV-2, осуществляется в медицинские организации, имеющие в своем составе мельцеровские боксы, либо в медицинские организации, перепрофилируемые под специализированные учреждения той административной территории, где был выявлен больной.

Требования к работе в инфекционных стационарах, изоляторах и обсерваторах в очагах заболеваний, вызванных микроорганизмами I - II групп патогенности, указаны в СП 1.3.3118-13 Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности).

Оказание медицинской помощи больным с инфекционным заболеванием в процессе подготовки и проведения медицинской эвакуации выполняется в соответствии с действующим порядками, клиническими рекомендациями и стандартами.

При наличии жизнеугрожающих синдромокомплексов проводятся реанимационные мероприятия и интенсивная терапия по схемам, утвержденным в установленном порядке.

2. Транспортировка пациентов с инфекционным заболеванием осуществляется без транспортировочного изолирующего бокса (ТИБ) или в нем.

а) Транспортировка пациента с инфекционным заболеванием без транспортировочного изолирующего бокса

Мероприятия эпидбригад и/или бригад скорой медицинской помощи до начала транспортировки <1>.

<1> Мероприятия проводятся и при транспортировке больных с инфекционным заболеванием с применением транспортировочного изолирующего бокса.

Члены эпидбригады и/или бригады медицинской эвакуации по прибытии к месту выявления больного перед входом в помещение, где находится больной, под наблюдением врача - руководителя бригады надевают защитные костюмы в установленном порядке <1>.

Врач бригады:

- уточняет у больного данные эпидемиологического анамнеза, круг лиц, которые общались с ним (с указанием даты, степени и длительности контакта);

- определяет контингенты лиц, подлежащих изоляции, медицинскому наблюдению, экстренной профилактике;

- обеспечивает контроль эвакуации больного и контактировавших с ним лиц;

- сообщает незамедлительно согласно утвержденной схеме (старший врач смены) уточненные сведения о больном, о контактировавших с больным и проведенных первичных мероприятиях по локализации очага.

Бригада, выполняющая медицинскую эвакуацию инфекционного больного, должна состоять из врача и двух помощников (фельдшер, санитар), обученных требованиям соблюдения

противоэпидемического режима и прошедших дополнительный инструктаж по вопросам дезинфекции.

Больной транспортируется в маске со всеми мерами предосторожности. Водитель транспортного средства, в котором осуществляется медицинская эвакуация, при наличии изолированной кабины должен быть одет в комбинезон, при отсутствии ее - в защитную одежду.

Водители (фельдшера-водители, санитары-водители) санитарного транспорта работают в защитной одежде в установленном порядке.

Сотрудники скорой медицинской помощи совместно с врачом-инфекционистом в средствах индивидуальной защиты определяют количество и очередность эвакуации больных.

Уточняют маршрут эвакуации больного в медицинскую организацию. Транспортировка двух и более инфекционных больных на одной машине не допускается. Перевозка контактировавших с больными лиц вместе с больным на одной автомашине не допускается.

Машину скорой медицинской помощи оснащают медико-техническими, лекарственными, перевязочными средствами, противоэпидемической, реанимационной укладками.

Машина скорой медицинской помощи должна быть оснащена гидропультом или ручным распылителем, уборочной ветошью, емкостью с крышкой для приготовления рабочего раствора дезинфекционного средства и хранения уборочной ветоши; емкостью для сбора и дезинфекции выделений.

Необходимый набор дезинфицирующих средств из расчета на 1 сутки:

- средство для дезинфекции выделений;

- средство для дезинфекции поверхностей салона;

- средство для обработки рук персонала (1 - 2 упаковки);

- бактерицидный облучатель.

Расход дезинфицирующих средств, необходимых на 1 смену, рассчитывают в зависимости от того какое средство имеется в наличии и возможного числа выездов.

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

Машина и предметы ухода за больным подвергаются заключительной дезинфекции на территории больницы силами самой больницы или бригад учреждения дезинфекционного профиля (в соответствии с комплексным планом).

За членами бригады, проводившей медицинскую эвакуацию, устанавливается наблюдение на срок 14 дней.

б) Транспортировка пациента с инфекционным заболеванием с применением транспортировочного изолирующего бокса

Больные или лица с подозрением на COVID-19 перевозятся транспортом с использованием

транспортировочного изолирующего бокса (ТИБ), оборудованного фильтровентиляционными установками, окнами для визуального мониторинга состояния пациента, двумя парами встроенных перчаток для проведения основных процедур во время транспортирования.

Для медицинской эвакуации пациента формируется медицинская бригада в составе 3-х специалистов: 1 врач специалист, 1 фельдшер, 1 санитар и водитель, обученных требованиям соблюдения противоэпидемического режима и прошедших дополнительный инструктаж по вопросам дезинфекции. Медицинские работники осуществляют прием пациента, его размещение в ТИБ и последующее сопровождение.

Медицинские работники и водитель должны быть одеты в защитную одежду.

Пациента готовят к транспортированию до помещения в ТИБ: на месте эвакуации врач бригады оценивает состояние пациента на момент транспортирования и решает вопрос о проведении дополнительных медицинских манипуляций.

Пациента размещают внутри камеры транспортировочного модуля в горизонтальном положении на спине и фиксируют ремнями; в ТИБ помещают необходимое для транспортирования и оказания медицинской помощи оборудование и медикаменты; после этого закрывают застежку-молнию. Проверяют надежность крепления фильтров, включают фильтровентиляционную установку на режим отрицательного давления.

После помещения пациента в ТИБ медицинский персонал бригады:

- протирает руки в резиновых перчатках и поверхность клеенчатого фартука, орошает наружную поверхность транспортировочного модуля дезинфицирующим раствором с экспозицией в соответствии с инструкцией по применению;

- проводит обработку защитных костюмов методом орошения дезинфицирующим раствором в соответствии с инструкцией по применению, затем снимает защитные костюмы и помещает их в мешки для опасных отходов;

- орошает дезинфицирующим средством наружную поверхность мешков с использованными защитными костюмами и относит на транспортное средство.

В боксе инфекционного стационара пациента из ТИБ передают медицинским работникам стационара.

После доставки больного в стационар медицинский транспорт и ТИБ, а также находящиеся в нем предметы, использованные при транспортировании, обеззараживаются силами бригады дезинфекторов на территории инфекционного стационара на специальной, оборудованной стоком и ямой, площадке для дезинфекции транспорта, используемого для перевозки больных в соответствии с действующими методическими документами. Внутренние и внешние поверхности транспортировочного модуля и автотранспорта обрабатываются путем орошения из гидропульта разрешенными для работы с опасными вирусами дезинфицирующими средствами в концентрации в соответствии с инструкцией.

Фильтрующие элементы ТИБ и другие медицинские отходы утилизируют в установленном порядке.

Защитную и рабочую одежду по окончании транспортирования больного подвергают специальной обработке методом замачивания в дезинфицирующем растворе по вирусному

режиму согласно инструкции по применению.

Все члены бригады обязаны пройти санитарную обработку в специально выделенном помещении инфекционного стационара.

За членами бригад, проводивших медицинскую эвакуацию, устанавливается наблюдение на срок 14 дней.

в) Мероприятия бригады дезинфекции

Мероприятия по дезинфекции проводятся с учетом письма Роспотребнадзора от 23.01.2020 N 02/770-2020-32 "Об инструкции по проведению дезинфекционных мероприятий для профилактики заболеваний, вызываемых коронавирусами.

По прибытии на место проведения дезинфекции члены бригады надевают защитную одежду. Заключительную дезинфекцию в транспортном средстве проводят немедленно после эвакуации больного.

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

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

Руководитель медицинской организации, в которой выявлен больной, подозрительный на коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, осуществляет первичные противоэпидемические мероприятия согласно оперативному плану медицинской организации, как на случай выявления больного особо опасной инфекцией (ООИ), с целью обеспечения своевременного информирования, временной изоляции, консультирования, эвакуации, проведения дезинфекции, оказания больному необходимой медицинской помощи в соответствии с действующими нормативными документами и санитарным законодательством, в том числе с санитарно-эпидемиологическими правилами "Санитарная охрана территории Российской Федерации СП 3.4.2318-08".

Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводится в соответствии с Методическими указаниями МУ 3.4.2552-09 (утв. Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 17.09.2009).

В медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь больным и лицам с подозрением на COVID-19, согласно санитарным правилам необходимо наличие:

- неснижаемого запаса СИЗ персонала (защитная одежда, маски, респираторы, очки/экраны, перчатки и другие);

- укладки для забора биологического материала у больного (подозрительного);

- укладки со средствами экстренной профилактики медицинских работников;

- месячного запаса дезинфицирующих средств и аппаратуры;

- тест-систем для лабораторной диагностики в случае выявления лиц с подозрением на коронавирусную инфекцию;

- медицинского персонала, обученного действиям при выявлении больного (подозрительного на) COVID-19.

При использовании СИЗ обязательно следовать требованиям санитарных правил. Использованные материалы утилизировать в установленном порядке, дезинфекцию рабочих поверхностей и биологических жидкостей больного проводить с использованием дезинфицирующих средств, содержащих хлор.

Использованные источники

1. Al-Tawfiq J. A., Memish Z. A. Update on therapeutic options for Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus (MERS-CoV)//Expert review of anti-infective therapy. 2017. 15. N 3. C. 269 - 275.

2. Assiri A. et al. Middle East respiratory syndrome coronavirus infection during pregnancy: a report of 5 cases from Saudi Arabia//Clin Infect Dis. 2016. N 63. pp. 951 - 953

3. Alserehi H. et al. Impact of Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) on pregnancy and perinatal outcome//BMC Infect Dis. 2016. N 16, p. 105

4. Baig A.M. et al..Evidence of the COVID-19 Virus Targeting the CNS: Tissue Distribution, Host-Virus Interaction, and Proposed Neurotropic Mechanisms. ACS Chem. Neurosci. 2020. doi:10.1021/acschemneuro.0c00122.

5. Bassetti M. The Novel Chinese Coronavirus (2019-nCoV) Infections: challenges for fighting the storm https://doi.org/10.1111/eci.13209 URL: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/eci.13209

6. Behzadi M.A., Leyva-Grado V.H. Overview of Current Therapeutics and Novel Candidates Against Influenza, Respiratory Syncytial Virus, and Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus Infections//Frontiers in microbiology. 2019. N 10. p. 1327.

7. Canada.ca. 2019 novel coronavirus: Symptoms and treatment The official website of the Government of Canada URL: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/symptoms.html

8. CDC. 2019 Novel Coronavirus URL: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html

9. Chen N. et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study//Lancet. 2020. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30211-7

10. Chong Y.P. et al. Antiviral Treatment Guidelines for Middle East Respiratory Syndrome//Infection & chemotherapy. 2015. 47. N 3. pp. 212 - 222.

11. Cinatl J. et al. Treatment of SARS with human interferons//Lancet. 2003. 362. N 9380. pp. 293 -

294.

12. Clinical management of severe acute respiratory infection when Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV) infection is suspected: Interim Guidance. Updated 2 July 2015. WHO/MERS/Clinical/15.1

13. Colson, P., Rolain, J. M., Lagier, J. C., Brouqui, P., & Raoult, D. Chloroquine and hydroxychloroquine as available weapons to fight COVID-19 International Journal of Antimicrobial Agents 2020.

14. Cortegiani, A., Ingoglia, G., Ippolito, M., Giarratano, A., & Einav, S. (2020). A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. Journal of Critical Care.

15. Commonwealth of Australia | Department of Health. Novel coronavirus (2019-nCoV) URL: https://www.health.gov.au/health-topics/novel-coronavirus-2019-ncov

16. Corman V. M. et al. Detection of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) by real-time RT-PCR//Eurosurveillance. - 2020. - T. 25. - N 3. - 25(3). doi: 10.2807/1560-7917.ES

17. Coronavirus.URL:

https://multimedia.scmp.com/widgets/china/wuhanvirus/?fbclid=IwAR2hDHzpZEh5Nj360i2O%201ES78rXRFymAaFaUK6ZG4m0UTCV1xozulxX1jio

18. Dayer M.R. et al. Lopinavir; A Potent Drug against Coronavirus Infection: Insight from Molecular Docking Study//Arch Clin Infect Dis. 2017; 12(4):e13823. doi: 10.5812/archcid.13823

19. Dyall J. et al. Middle East Respiratory Syndrome and Severe Acute Respiratory Syndrome: Current Therapeutic Options and Potential Targets for Novel Therapies//Drugs. 2017. 77. N 18. C. 1935 - 1966.

20. European Commission. Novel coronavirus 2019-nCoV URL: https://ec.europa.eu/health/coronavirus_en

21. FDA. Novel coronavirus (2019-nCoV) URL: https://www.fda.gov/emergency-preparedness-and-response/mcm-issues/novel-coronavirus-2019-ncov

22. Federal Ministry of Health. Current information on the coronavirus URL: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/en/en/press/2020/coronavirus.html

23. Gao, J., Tian, Z., & Yang, X. Breakthrough: Chloroquine phosphate has shown apparent efficacy in treatment of COVID-19 associated pneumonia in clinical studies. BioScience Trends 2020.

24. Gorbalenya A.E.et al. Severe acute respiratory syndrome-related coronavirus: The species and its viruses - a statement of the Coronavirus Study Group, 2020. doi: https://doi.org/10.1101/2020.02.07.937862

25. Hart B.J. et al. Interferon-β and mycophenolic acid are potent inhibitors of Middle East respiratory syndrome coronavirus in cell-based assays//The Journal of general virology. 2014. 95. Pt 3. C. 571 - 577.

26. Huang C. et al. Cinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan,

China//Lancet. 2020 doi: 10.1016/S0140-6736(20)30183-5. [Epub ahead of print]

27. Ji W. et al. Homologous recombination within the spike glycoprotein of the newly identified coronavirus may boost cross-species transmission from snake to human//Journal of Medical Virology. - 2020.

28. Jeong S.Y. et al. MERS-CoV Infection in a Pregnant Woman in Korea. J Korean Med Sci. 2017 Oct;32(10):1717-1720. doi: 10.3346/jkms.2017.32.10.1717.

29. Junqiang L. et al. CT Imaging of the 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) Pneumonia https://doi.org/10.1148/radiol.2020200236 URL: https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/radiol.2020200236

30. Le Chang et al. Coronavirus Disease 2019: Coronaviruses and Blood Safety. Transfusion Medicine Reviews 2020. doi:10.1016/j.tmrv.2020.02.003.

31. Li Q et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia N Engl J Med. 2020 Jan 29. doi: 10.1056/NEJMoa2001316

32. Li X et al. Potential of large 'first generation' human-to-human transmission of 2019-nCoV. J Med Virol. 2020 Jan 30. doi: 10.1002/jmv.25693. [Epub ahead of print]

33. Lu H. Drug treatment options for the 2019-new coronavirus (2019-nCoV). Biosci Trends. 2020 Jan 28. doi: 10.5582/bst.2020.01020. [Epub ahead of print]

34. Mandell L.A. et al. Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults //Clinical infectious diseases. - 2007. - T. 44. - N. Supplement_2. - pp. S27-S72.

35. Mao L. et al. Neurological Manifestations of Hospitalized Patients with COVID-19 in Wuhan, China: A retrospective case series study; 2020. doi: https://doi.org/10.1101/2020.02.22.20026500

36. Ministere des Solidarites et de la SanteCoronavirus: questions-reponses URL: https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/coronavirus-questions-reponses

37. Mo Y., Fisher D.A. review of treatment modalities for Middle East Respiratory Syndrome // The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2016. 71. N 12. pp. 3340 - 3350.

38. Momattin H. et al. Therapeutic options for Middle East respiratory syndrome coronavirus (MERS-CoV)- possible lessons from a systematic review of SARS-CoV therapy. Int J Infect Dis. 2013 Oct;17(10):e792-8

39. National Health Commission of the People's Republic of China. URL: http://en.nhc.gov.cn

40. Netland J. Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus Infection Causes Neuronal Death in the Absence of Encephalitis in Mice Transgenic for Human ACE2. J Virol. 2008;82:7264-75. doi: 10.1128/JVI.00737-08.

41. NHS. Coronavirus (2019-nCoV) URL: https://www.nhs.uk/conditions/wuhan-novel-coronavirus/

42. Omrani A.S. et al. Ribavirin and interferon alfa-2a for severe Middle East respiratory syndrome

coronavirus infection: a retrospective cohort study //The Lancet Infectious Diseases. 2014. T. 14. N. 11. pp. 1090 - 1095.

43. Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, China: first local transmission in the EU/EEA - third update URL: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/novel-coronavirus-risk-assessment-china-31-january-2020_0.pdf

44. Park M.H. et al. Emergency cesarean section in an epidemic of the Middle East respiratory syndrome: a case report Korean J Anesthesiol, 69 (2016), pp. 287 - 291, doi: 10.4097/kjae.2016.69.3.287

45. Phan L. T. et al. Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam //New England Journal of Medicine. - 2020.

46. Phylogeny of SARS-like betacoronaviruses including novel coronavirus (nCoV). URL: https: //nextstrain.org/groups/blab/sars -like-cov

47. Public Health England. Investigation and initial clinical management of possible cases of novel coronavirus (2019-nCoV) infection URL: https://www.gov.uk/government/publications/wuhan-novel-coronavirus-initial-investigation-of-possible-cases/investigation-and-initial-clinical-management-of-possible-cases-of-wuhan-novel-coronavirus-wn-cov-infection

48. Royal Pharmaceutical Society of Great Britain Trading as Royal Pharmaceutical Society. Wuhan novel coronavirus URL: https: //www .rpharms.com/resources/pharmacy-guides/wuhan-novel-coronavirus

49. The State Council The People's Republic Of China URL: http://english.www.gov.cn/

50. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim guidance for healthcare professionals on human infections with 2019 novel coronavirus (2019-nCoV). URL: https: //www.cdc.gov/coronavirus/2019-nCoV/hcp/index.html

51. Touret, F., & de Lamballerie, X. Of chloroquine and COVID-19. Antiviral Research, 104762.

52. Upchurch C.P. et al. Community-acquired pneumonia visualized on CT scans but not chest radiographs: pathogens, severity, and clinical outcomes//Chest. - 2018. - T. 153. - N. 3. - pp. 601 - 610.

53. Wang Z. et al. Clinical characteristics and therapeutic procedure for four cases with 2019 novel coronavirus pneumonia receiving combined Chinese and Western medicine treatment. Biosci Trends 2020. doi:10.5582/bst.2020.01030.

54. World health organization. Managing Ethical Issues in Infectious Disease Outbreaks. Publication date: 2016. URL: https://www.who.int/ethics/publications/infectious-disease-outbreaks/en/

55. Wu P. et al. Real-time tentative assessment of the epidemiological characteristics of novel coronavirus infections in Wuhan, China, as at 22 January 2020 //Eurosurveillance. 2020. T. 25. N.3. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.3.2000044

56. Zhang L, Liu Y. Potential Interventions for Novel Coronavirus in China:. J Med Virol 2020. doi:10.1002/jmv.25707.

57. Zhang J. et al. Therapeutic and triage strategies for 2019 novel coronavirus disease in fever

clinics. Lancet Respir Med 2020. doi:10.1016/S2213-2600(20)30071-0.

58. Zumla A. et al. Coronaviruses - drug discovery and therapeutic options // Nature reviews. Drug discovery. 2016.15.N 5. C. 327 - 347.

59. China CDC.Diagnosis and treatment protocolfor COVID-19 patients (trial version 7, revised)

60. Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России URL: https://nmfo-vo.edu.rosminzdrav.ru/#/user-account/view-iom/e8b1f2ca-6be5-9125-4a1e-0d99867e2f21, https://nmfo-vo.edu.rosminzdrav.ru/#/user-account/view-iom/42ef11b7-0a75-e26d-bfb5-5c31cb0bc345

61 Всемирная организация здравоохранения. Временное руководство по рациональному использованию средств индивидуальной защиты от коронавирусной болезни (COVID-19): 19 марта 2020 г. URL: https://apps.who.int/iris/handle/10665/331498.

62 Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелой острой респираторной инфекцией при подозрении на инфицирование новым коронавирусом (2019-nCoV). Временные рекомендации. Дата публикации: 25 января 2020 г. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/426206/RUS-Clinical-Management-of-Novel_CoV_Final_without-watermark.pdf?ua=1.

63. Всемирная организация здравоохранения. Клиническое руководство по ведению пациентов с тяжелыми острыми респираторными инфекциями при подозрении на инфицирование БВРС-КоВ. Временные рекомендации. Дата публикации: Июль 2015 г. URL: https://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/case-management-ipc/ru/

64. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. О новой коронавирусной инфекции. URL: https://rospotrebnadzor.ru/region/korono virus/punkt.php

65. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. Методические рекомендации МР 3.1.0140-18 "Неспецифическая профилактика гриппа и других острых респираторных инфекций".

66. Gautret F., Lagier J-C., Parola P. et al Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an openlabel non-randomized clinical trial.. International Journal of Antimicrobial Agents - In Press 17 March 2020-DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949

Приложение 1

КТ КРИТЕРИИ

ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ

КЛЕТКИ ПРИ COVID-19

При компьютерной томографии органов грудной клетки основными типичными проявлениями вирусной пневмонии (в том числе COVID-19) являются:

- многочисленные уплотнения легочной ткани по типу "матового стекла", преимущественно округлой формы, различной протяженности с или без консолидации;

- периферической, мультилобарной локализации;

Нехарактерные признаки:

- уплотнения легочной ткани по типу "матового стекла" центральной и прикорневой локализации;

- единичные солидные узелки;

- наличие кавитаций

- плевральный выпот

- лимфоаденопатия

При оценке компьютерных томограмм выделяют следующие степени вероятности наличия КТ признаков вирусной пневмонии, которые могут соответствовать в том числе COVID-19.

Высокая вероятность COVID-19:

- многочисленные периферические уплотнения легочной ткани по типу "матового стекла" преимущественно округлой формы, различной протяженности с или без консолидации;

- утолщение междолькового интерстиция по типу "булыжной мостовой" ("crazy-paving" sign);

- симптом воздушной бронхограммы;

Локализация изменений:

- расположение преимущественно двустороннее, нижнедолевое, периферическое, периваскулярное;

- мультилобулярный двусторонний характер поражения;

Средняя вероятность COVID-19:

- диффузные уплотнения легочной ткани по типу "матового стекла" различной формы и протяженности с или без консолидации;

- перилобулярные уплотнения;

- обратное "halo";

Локализация изменений:

- расположение преимущественно диффузное, преимущественно перибронхиальное;

- преимущественно односторонний характер поражения по типу "матового" стекла;

Низкая вероятность COVID-19:

- единичные малые уплотнения легочной ткани по типу "матового стекла" не округлой формы и не периферической локализации;

- наличие лобарных инфильтратов;

- участки инфильтрации по типу консолидации без участков уплотнения по типу "матового стекла";

Локализация изменений:

- преимущественно односторонняя локализация;

Варианты патологических изменений не характерных для COVID-19:

- уплотнения легочной ткани по типу "матового стекла" центральной и прикорневой локализации;

- единичные солидные узелки;

- наличие кавитаций

- плевральный выпот

- лимфоаденопатия

- очаговая диссеминация;

- симптом "дерево в почках";

Компьютерная томография ОГК используется в стационарных условиях для диагностики, дифференциальной диагностики и оценки динамических изменений. Следует использовать протокол стандартной компьютерной томографии органов грудной клетки, установленные производителем оборудования.

Компьютерная томография не рекомендована для скрининга (в амбулаторных условиях) и в качестве теста первой линии (в амбулаторных и в стационарных условиях) воспалительных изменений органов грудной клетки, обусловленные вирусной этиологией (COVID-19).

Приложение 2

СПИСОК

ВОЗМОЖНЫХ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

Препарат (МНН)	Механизм действия	Формы выпуска	Схемы назначения	Ссылки
Лопинавир+ Ритонавир	Лопинавир является ингибитором ВИЧ-1 и ВИЧ-2 протеазы ВИЧ; Ритонавир - ингибитор аспартилпротеаз ВИЧ-1 и ВИЧ-2	Таблетки/суспензия	400 мг лопинавира/100 мг ритонавира назначаются каждые 12 часов в течение 14 дней в таблетированной форме. В случае невозможности перорального приема препаратов Лопинавир+Ритонавир (400 мг лопинавира/100 мг ритонавира) вводится в виде суспензии (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней через назогастральный зонд	18, 33, 59
Хлорохин	Препарат, обладающий противомалярийным, противопротозойным действием. Используется также при лечении красной волчанки, ревматоидного артрита в связи с противовоспалительным и иммуносупрессивным эффектом	Таблетки	500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней	13, 14, 23, 50, 51, 59
Гидроксихлорохин	Схож по структуре и механизму действия с хлорохином. Используется для лечения малярии и некоторых системных заболеваний соединительной ткани.	Таблетки	400 мг 2 раза в первые сутки, затем 200 мг 2 раза в сутки в течение 6 дней	13, 50
Тоцилизумаб	Препарат на основе моноклональных антител, ингибирует рецепторы ИЛ-6.	Концентрат для приготов	400 мг внутривенно капельно медленно (в течение не менее 1 часа), при недостаточном эффекте	59

	При лечении COVID-19 предназначен для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением: с острым респираторным дистресс-синдромом, синдромом цитокинового шторма.	ления раствора для инфузий	повторить введение через 12 ч. Однократно вводить не более 800 мг.	
Рекомбинантный интерферон бета-1b	Рекомбинантный интерферон IFN-β 1b повышает супрессорную активность мононуклеарных клеток периферической крови и снижает устойчивость Т-лимфоцитов к апоптозу, запускает экспрессию ряда белков, обладающих противовирусным, антипролиферативным и противовоспалительным действием, смещает цитокиновый баланс в пользу противовоспалительных цитокинов, тормозит пролиферацию лейкоцитов и нарушает презентацию аутоантигенов, снижает темп миграции лейкоцитов через ГЭБ за счет снижения экспрессии металлопротеаз, увеличивающих проницаемость ГЭБ, снижает связывающую способность и экспрессию рецепторов к интерферону-гамма, а также усиливает их распад, является	Препарат для подкожного введения	0.25 мг/мл (8 млн МЕ) подкожно в течение 14 дней (всего 7 инъекций)	25

	антагонистом интерферона-гамма.			
Рекомбинантный интерферон альфа	Препарат, обладающий местным иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действием	Раствор для интраназального введения	По 3 капли в каждый носовой ход 5 раз в день в течение 5 дней (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза - 15000 - 18000 МЕ)	11, 33, 42, 59

Приложение 3

РЕКОМЕНДОВАННЫЕ СХЕМЫ

ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма заболевания	Возможные варианты схем лечения
Легкие формы (поражение только верхних отделов дыхательных путей) у пациентов младше 60 лет без сопутствующих хронических заболеваний	Рекомбинантный интерферон альфа
Легкие формы (поражение только верхних отделов дыхательных путей) у пациентов старше 60 лет или пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями	Схема 1: Хлорохин или Схема 2: Гидроксихлорохин
Средне-тяжелые формы (пневмония без дыхательной недостаточности) у пациентов младше 60 лет без сопутствующих хронических заболеваний	Схема 1: Хлорохин или Схема 2: Гидроксихлорохин
Средне-тяжелые формы (пневмония без дыхательной недостаточности) у пациентов старше 60 лет или пациентов с сопутствующими хроническими заболеваниями	Схема 1: Гидроксихлорохин + азитромицин или Схема 2: Лопинарвир/ритонавир + рекомбинантный интерферон бета-1b
Тяжелые формы (пневмония с развитием дыхательной недостаточности, ОРДС, сепсис)	Схема 1: Гидроксихлорохин+азитромицин +/- тоцилизумаб или Схема 2: Лопинавир/ритонавир + рекомбинантный интерферон бета-1b;

Приложение 4

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ГЭБ - гематоэнцефалический барьер

ДН - дыхательная недостаточность

ИВЛ - искусственная вентиляция легких

ИФН - интерферон

КИЕ - калликреиновые инактивирующие единицы

КНР - Китайская Народная Республика

КТ - компьютерная томография

МО - медицинская организация

НВЛ - неинвазивная вентиляция легких

ОДН - острая дыхательная недостаточность

ООИ - особо опасная инфекция

ОРВИ - острая респираторная вирусная инфекция

ОРИ - острая респираторная инфекция

ОРДС - острый респираторный дистресс-синдром

ОРИТ - отделение реанимации и интенсивной терапии

ПЦР - полимеразная цепная реакция

РНК - рибонуклеиновая кислота

РСВ - респираторно-синцитиальный вирус

СИЗ - средства индивидуальной защиты

СИЗОД - средства индивидуальной защиты органов дыхания

СРБ - С-реактивный белок

СШ - септический шок

ТИБ - транспортировочный изолирующий бокс

ТОРИ - тяжелая острая респираторная инфекция

ТОРС (SARS) - тяжелый острый респираторный синдром

УФБИ - ультрафиолетовое бактерицидное излучение

ЭКГ - электрокардиография

ЭКМО - экстракорпоральная мембранная оксигенация

COVID-19 - инфекция, вызванная новым коронавирусом SARS-CoV-2

MERS - Ближневосточный респираторный синдром

MERS-CoV - коронавирус, вызвавший вспышку Ближневосточного респираторного синдрома

SARS-CoV - коронавирус, вызвавший вспышку тяжелого острого респираторного синдрома

SARS-CoV-2 - новый коронавирус, вызвавший вспышку инфекции в 2019 - 2020 гг.

Приложение 5

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Костенко Наталья Алексеевна - директор Департамента организации экстренной медицинской помощи и управления рисками здоровью Министерства здравоохранения Российской Федерации (общая редакция)

Камкин Евгений Геннадьевич - заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации (общая редакция)

Авдеев Сергей Николаевич - главный внештатный специалист пульмонолог, заведующий кафедрой пульмонологии федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства" (разделы 3 и 4)

Адамян Лейла Владимировна - главный внештатный специалист по акушерству и гинекологии, заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 4)

Баранов Александр Александрович - главный внештатный специалист педиатр, научный руководитель Федерального государственного автономного научного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 4)

Баранова Наталья Николаевна - главный врач Центра медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 6)

Белобородов Владимир Борисович - заведующий кафедрой инфекционных болезней

Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 4)

Бойко Елена Алексеевна - начальник отдела координационно-аналитического центра по обеспечению химической и биологической безопасности федерального государственного бюджетного учреждения "Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 5 и 6)

Брико Николай Иванович - главный внештатный специалист эпидемиолог, заведующий кафедрой эпидемиологии и доказательной медицины Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет) (разделы 2 и 5)

Васильева Ирина Анатольевна - главный внештатный специалист-фтизиатр Минздрава России, директор федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4, общая редакция)

Гончаров Сергей Федорович - главный внештатный специалист по медицине катастроф Минздрава России, директор Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 6)

Даниленко Дарья Михайловна - заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения "Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 1, 2 и 3)

Драпкина Оксана Михайловна - главный внештатный специалист по терапии и общей врачебной профилактике, директор Федерального государственного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3, 4 и 5)

Зайцев Андрей Алексеевич - главный пульмонолог Министерства обороны Российской Федерации, главный пульмонолог Федерального государственного казенного учреждения "Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко" Министерства обороны Российской Федерации (разделы 3 и 4)

Исаева Ирина Владимировна - заместитель начальника Штаба Всероссийской службы медицины катастроф Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 6)

Качанова Наталья Александровна - заведующая отделением организационно-методической работы Центра медицинской эвакуации и экстренной медицинской помощи Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации

(раздел 6)

Лиознов Дмитрий Анатольевич - исполняющий обязанности директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 1, 2 и 3)

Лобзин Юрий Владимирович - главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей, директор Федерального государственного бюджетного учреждения "Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства" (раздел 4)

Малеев Виктор Васильевич - советник директора по научной работе Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (раздел 4)

Мамонова Нина Алексеевна - научный сотрудник лаборатории генетических технологий и трансляционных исследований Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4, общая редакция)

Малинникова Елена Юрьевна - главный внештатный специалист по инфекционным болезням, заведующая кафедрой вирусологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 1, 2, 3 и 4)

Молчанов Игорь Владимирович - главный внештатный специалист Минздрава России по анестезиологии-реаниматологии, заведующий кафедрой анестезиологии и реаниматологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4)

Никифоров Владимир Владимирович - заведующий кафедрой инфекционных болезней и эпидемиологии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4)

Омельяновский Виталий Владимирович - генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4, общая редакция)

Пименов Николай Николаевич - заведующий лабораторией эпидемиологии инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 1, 2, 3 и 5)

Плоскирева Антонина Александровна - заместитель директора по клинической

работе Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (разделы 2, 3 и 4)

Пшеничная Наталья Юрьевна - руководитель международного отдела по организации оказания медицинской помощи Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 2, 3 и 4)

Романов Владимир Васильевич - заместитель руководителя Федерального медико-биологического агентства (раздел 6)

Степаненко Сергей Михайлович - главный внештатный детский специалист анестезиолог-реаниматолог, профессор кафедры детской хирургии педиатрического факультета Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования "Российский национальный исследовательский медицинский имени Н.И. Пирогова" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 4)

Суранова Татьяна Григорьевна - заместитель начальника управления организации медицинской защиты населения от экстремальных факторов Штаба ВСМК Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 2 и 6)

Сухоруких Ольга Александровна - начальник отдела медицинского обеспечения стандартизации Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4, общая редакция)

Трагира Ирина Николаевна - руководитель центра инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 3 и 4)

Уртиков Александр Валерьевич - научный сотрудник лаборатории эпидемиологии инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 2)

Фомичева Анастасия Александровна - врач-эпидемиолог центра инфекционных болезней, младший научный сотрудник лаборатории эпидемиологии инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 2)

Франк Георгий Авраамович - главный патологоанатом Минздрава России, заведующий кафедрой патологической анатомии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения дополнительного профессионального образования "Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 3)

Ченцов Владимир Борисович - заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы

"Инфекционная клиническая больница N 2 Департамента здравоохранения города Москвы" (раздел 4)

Чуланов Владимир Петрович - заместитель директора по научной работе и инновационному развитию Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации (разделы 2, 3 и 4, общая редакция)

Шипулин Герман Александрович - заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 3)

Шлемская Валерия Вадимовна - заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации (раздел 6)

Лукина Галина Викторовна - заведующий научно-исследовательским отделом ревматологии, руководитель Московского городского ревматологического центра Государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Московский клинический научный центр им. А.С. Логинова" департамента здравоохранения г. Москвы, ведущий научный сотрудник лаборатории изучения коморбидных инфекций и мониторинга безопасности лекарственной терапии Федерального государственного бюджетного научного учреждения "Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой"

ГОСУДАРСТВЕННАЯ СИСТЕМА САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НОРМИРОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА, НОРМЫ И ГИГИЕНИЧЕСКИЕ НОРМАТИВЫ

1.2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ПОРЯДОК УЧЕТА, ХРАНЕНИЯ, ПЕРЕДАЧИ И ТРАНСПОРТИРОВАНИЯ МИКРООРГАНИЗМОВ I - IV ГРУПП ПАТОГЕННОСТИ

САНИТАРНЫЕ ПРАВИЛА
СП 1.2.036-95

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ

МОСКВА 1996

1. Разработаны:
Противочумным центром Госкомсанэпиднадзора России (Кюрегян А.А., Головченко Н.Н., Пономарева Т.Н., Ошерович А.М., Королев Ю.С.);
Российским научно-исследовательским противочумным институтом «Микроб» (Дроздов И.Г., Плотников О.П., Васенин А.С., Кокушкин А.М.);
Институтом вирусологии им. Д.И. Ивановского (Фадеева Л.Л.);
Государственным НИИ стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.Л. Тарасовича (Шобухова Т.С.).
2. Утверждены и введены в действие Постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14.
3. Вводятся взамен «Положения о порядке учета, хранения, отпуска и пересылки культур бактерий, вирусов, риккетсий, грибов, простейших, микоплазм, бактерийных токсинов, ядов биологического происхождения», утвержденного Минздравом СССР 18 мая 1979 г.

УТВЕРЖДЕНО
Постановлением Госкомсанэпиднадзора
России от 28.08.95 № 14
Дата введения - с момента опубликования.

1.2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности
Order of calculation, storage, transfer and transportation of the microorganisms of I - IV pathogenicity groups

Санитарные правила

СП 1.2.036-95

1. Область применения

Настоящие правила подготовлены в соответствии с «Положением о Государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании», утвержденным постановлением Правительства Российской Федерации от 05.06.94 № 625, и устанавливают требования к порядку учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности (далее - патогенные биологические агенты - ПБА* I - IV групп). (Приложение 5.4.)

* Понятие «патогенные биологические агенты» включает бактерии, вирусы, риккетсии, грибы, простейшие, микоплазмы, токсины и яды биологического происхождения или материал, подозрительный на их содержание, а также любые микроорганизмы, включающие фрагменты генома названных ПБА и представляющие опасность для человека.

Требования правил обязательны для выполнения всеми организациями на территории России независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, а также юридическими и физическими лицами, проводящими работы с использованием ПБА I - IV групп.

Правила устанавливают единый порядок учета, хранения, передачи ПБА и направлены на обеспечение личной и общественной безопасности при их транспортировании, а также исключение несанкционированной передачи и безучетного хранения.

2. Нормативные ссылки

В настоящих правилах использованы ссылки на следующие нормативные документы.

2.1. Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». Ведомости Верховного Совета РСФСР. 1991. № 20. С. 641.

2.2. Распоряжение Президента Российской Федерации «О контроле за экспортом из Российской Федерации возбудителей заболеваний (патогенов) человека, животных и растений, их генетически измененных форм, фрагментов генетического материала и оборудования, которые могут быть применены при создании бактериологического (биологического) и токсинного оружия» от 14 июня 1994 года, № 298-рп.

2.3. Постановление Правительства Российской Федерации «Положение о порядке контроля за экспортом из Российской Федерации возбудителей заболеваний (патогенов) человека, животных и растений, их генетически измененных форм, фрагментов генетического материала и оборудования, которые могут быть применены при создании бактериологического (биологического) и токсинного оружия» от 26 сентября 1994 г., № 1098.

2.4. Санитарные правила по безопасности работ с микроорганизмами. Ч. 1. Порядок выдачи разрешения на работу с микроорганизмами I - IV групп патогенности и рекомбинантными молекулами ДНК. СП 1.2.006-93. Госкомсанэпиднадзор России, Москва, 1993.

2.5. Санитарные правила «Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности». СП 1.2.011-94. Госкомсанэпиднадзор России, Москва, 1994.

2.6. «Правила устройства, техники безопасности, производственной санитарии, противоэпидемического режима и личной гигиены при работе в лабораториях (отделениях, отделах) санитарно-эпидемиологических учреждений системы министерства здравоохранения СССР» от 20 октября 1981 г. МЗ СССР, Москва, 1981.

2.7. «Правила техники безопасности, производственной санитарии и санитарно-противоэпидемического режима для предприятий по производству бактерийных и вирусных препаратов» от 30 августа 1979 г. МЗ СССР, Москва, 1980.

3. Требования к порядку учета, хранения, отпуска и транспортирования ПБА I - IV групп

3.1. Общие требования

3.1.1. Работу с ПБА I - IV групп проводят только в организациях, имеющих разрешение на право работы с ними, выданные в соответствии с Санитарными правилами - СП 1.2.006-93.
3.1.2. Работа с ПБА I - II групп должна проводиться в соответствии с Санитарными правилами - СП 1.2.011-94.
3.1.3. Работа с ПБА III - IV групп должна проводиться в соответствии с «Правилами устройства, техники безопасности, производственной санитарии, противоэпидемического режима и личной гигиены при работе в лабораториях (отделениях, отделах) санитарно-эпидемиологических учреждений системы Министерства здравоохранения СССР», действующими на территории Российской Федерации.
3.1.4. Работа предприятий по производству бактерийных и вирусных препаратов определяется «Правилами техники безопасности, производственной санитарии и санитарно-противоэпидемического режима для предприятий по производству бактерийных и вирусных препаратов».
3.1.5. В подразделениях, изготовляющих вакцины, обслуживающих водопроводы, пищевые предприятия, а также предприятия, производящие продукцию медицинского назначения (антибиотики, лекарственные, косметические средства и другие коммерческие препараты), запрещается иметь ПБА I - IV групп и проводить микробиологические (бактериологические, вирусологические, микологические и др.) исследования, связанные с изучением первично выделенных культур, подозрительных на наличие возбудителей I - IV групп.
3.1.6. Производственным подразделениям предприятий, контролирующим готовую продукцию, разрешается иметь только коллекцию типовых культур, предусмотренных нормативно-технической документацией.
3.1.7. ПБА I - IV групп, выделенные при диагностических и иных исследованиях в лабораториях, не имеющих права на работу с ними, должны быть переданы в специализированные организации, определяемые соответствующими министерствами и ведомствами.
3.1.8. В организациях, систематически работающих с ПБА I - IV групп, разрешается иметь коллекции типовых, авторских и депонированных штаммов для научной работы, производства и диагностических целей.
3.1.9. Для централизованного учета, хранения и депонирования штаммов микроорганизмов, имеющихся в организациях на территории России, министерства и ведомства определяют научно-исследовательские институты, на базе которых организуются специализированные коллекции с информационными функциями. (Отдельные специализированные коллекции перечислены в приложении 55.).
3.1.10. О выделении всех ПБА I - II групп и атипичных ПБА III - IV групп необходимо информировать соответствующие специализированные коллекции и по согласованию с их руководителями передавать эти ПБА в коллекции.
ПБА I - II групп, не подлежащие передаче в коллекции, уничтожают по распоряжению руководителя организации, а ПБА III - IV групп - руководителя подразделения.
3.1.11. Варианты ПБА, полученные в ходе выполнения научно-исследовательских работ, хранят в специализированных коллекциях как охраноспособные (объект патентования) или авторские (имеющие научное значение).
3.1.12. Производственные и эталонные ПБА I - IV групп разрешается получать только в специализированных коллекциях.
3.1.13. Ответственным за правильное хранение коллекционных ПБА является лицо, определяемое руководителем организации.

3.2. Требования к учету и хранению ПБА

3.2.1. Подразделения, проводящие диагностические исследования по выделению ПБА I - IV групп или работающие с ними, должны вести учет движения и хранения ПБА по следующим формам* (далее ф.):

* Формы учетных документов представлены в приложении 5.1.

- ф. № 512/у - журнал регистрации патогенных биологических агентов, поступивших для исследования (идентификации) и хранения;
- ф. № 513/у - журнал учета выделенных штаммов микроорганизмов;
- ф. № 514/у (514а/у) - журнал учета движения патогенных биологических агентов;
- ф. № 518/у - журнал учета ПБА, находящихся в рабочей коллекции;
- ф. № 520/у - журнал обеззараживания патогенных биологических агентов.

3.2.2. Все коллекции должны вести учет ПБА I - IV групп по следующим формам:

- ф. № 512/у - журнал регистрации патогенных биологических агентов, поступивших для исследования (идентификации) и хранения;
- ф. № 514/у (514а/у) - журнал учета движения патогенных биологических агентов;
- ф. № 515/у - инвентарный журнал коллекционных патогенных биологических агентов;
- ф. № 516/у - журнал выдачи патогенных биологических агентов;
- ф. № 517/у - карта индивидуального учета коллекционного патогенного биологического агента N;
- ф. № 518/у - журнал учета ПБА, находящихся в рабочей коллекции;
- ф. № 519/у - журнал лиофилизации патогенных биологических агентов;
- ф. № 520/у - журнал обеззараживания патогенных биологических агентов.

Движение коллекционных ПБА I - IV групп регистрируют в ф. № 514/у (514а/у): для I - II групп - по каждому виду отдельно, а III - IV - суммарно по роду.

3.2.3. Штаммы, используемые для диагностических целей, а также вакцинные и производственные учитывают как коллекционные.

3.2.4. Окончательное обозначение поступившим штаммам присваивают только коллекции. Под особым обозначением в соответствующей графе журнала (ф. № 515/у) и карте (ф. № 517/у) указывают название и номер, под которым штамм поступил в данную коллекцию.

3.2.5. Присвоенное коллекционному штамму обозначение (номер, код) не должно меняться при его передаче.

В случае гибели (уничтожения) штамма его обозначение запрещается присваивать вновь поступившим штаммам.

3.2.6. В подразделениях, проводящих экспериментальные работы с ПБА I - IV групп, ведется учет по фф. № 514/у (514а/у) и № 518/у.

3.2.7. Уничтожение штамма ПБА I - II групп во всех подразделениях и III - IV в коллекциях следует оформлять актом (ф. № 522/у).

3.2.8. Все журналы по учету ПБА I - IV групп должны быть пронумерованы постранично, прошнурованы, скреплены печатью и храниться у лица, ответственного за их ведение.

Записи в журналах должны соответствовать другой документации: актам уничтожения, передачи и т. п.

Все оконченные журналы (карты) учетных форм, перечисленных в пп. 3.2.1; 3.2.2; 3.2.6, следует хранить в подразделениях в течение 3 лет. Формы №№ 514/у (514а/у) и 520/у необходимо уничтожать с составлением акта. В диагностических и исследовательских лабораториях фф. №№ 512/у, 513/у, 518/у и журналы идентификации необходимо сдавать в архив. Во всех коллекциях в архив сдавать оконченные журналы фф. 512/у, 515/у, 516/у, 517/у, 518/у и 519/у. Сроки хранения журналов в архиве устанавливаются приказом Госкомсанэпиднадзора России.

3.2.9. Емкости, содержащие ПБА, должны иметь четкие, несмываемые надписи или прочно наклеенные этикетки с обозначением названия ПБА, номера штамма и даты лиофилизации (пересева).

На емкостях с токсинами должна быть дополнительная маркировка красным цветом правого нижнего угла этикетки.
3.2.10.ПБА I - IV групп в коллекциях должны храниться в лиофилизированном или замороженном состоянии, на плотных или жидких питательных средах, а также в виде суспензий органов и тканей в консерванте.
3.2.11.В подразделениях научно-исследовательских институтов допускается хранение в лиофилизированном состоянии ПБА III - IV групп (бактерии и риккетсии), II - IV групп (вирусы), а также хранение авирулентных, комиссионно проверенных ПБА I - II групп, список которых утверждает руководитель организации.
Вскрытие ампул с лиофилизированными ПБА I - II групп оформляется документально (ф. № 521/у).
3.2.12.ПБА следует хранить в холодильнике или несгораемом шкафу (сейфе) раздельно по группам. Совместное содержание ПБА различных групп допускается при условии хранения их в отдельных небьющихся емкостях с закрывающейся крышкой. Емкости опечатывают, снаружи или внутри их помещают список с перечнем и количеством хранящихся ПБА.
3.2.13.ПБА, служащие основой для приготовления вакцин, в производственных подразделениях хранят в отдельных помещениях. Вакцинные штаммы в коллекциях - в отдельном холодильнике (шкафу), где отсутствуют другие ПБА; в исследовательских и диагностических подразделениях - в отдельных емкостях.

3.3. Требования к порядку передачи ПБА внутри организации

3.3.1.Передача ПБА I - IV групп внутри подразделения от одного сотрудника другому осуществляется по письменному разрешению его руководителя.
3.3.2.Передачу ПБА I - II групп из одного подразделения в другое следует осуществлять по письменному разрешению руководителя организации, а III - IV групп - по письменному запросу и разрешению руководителей подразделений.
3.3.3.Выдачу ПБА I - II и коллекционных штаммов микроорганизмов III - IV групп необходимо оформлять актом (ф. № 523/у) и записью в журнале (ф. № 516/у) для специализированных коллекций.
3.3.4.При временном отсутствии сотрудника (отпуск, командировка и др.) ответственным за хранение ПБА I - II групп является лицо, которому с разрешения руководителя организации (подразделения) ПБА передаются с правом или без права пересева с составлением акта (ф. № 524/у).
3.3.5. Передачу ПБА, числящихся за подразделением, на временное хранение в коллекцию следует осуществлять только по письменному распоряжению руководителя организации с составлением акта (ф. № 524/у).

3.4. Требования к порядку передачи ПБА за пределы организации

3.4.1. Передачу ПБА I - IV групп из одной организации в другую разрешается производить только по официальной заявке за подписью руководителя организации, скрепленной печатью. При обозначении требуемых агентов используют принятую номенклатуру (приложение 5.4). В заявке на получение ПБА I - IV групп делают ссылку о наличии разрешения на работу с микроорганизмами с указанием номера и даты выдачи. Передача производится только с письменного разрешения руководителя организации, выдающего ПБА, с составлением акта (ф. № 525/у).
3.4.2. Транспортирование ПБА I - IV групп между организациями осуществляется почтовой связью или нарочным(и).
При получении ПБА нарочный(е) должен(ы) представлять доверенность и документы, удостоверяющие его (их) личность. Нарочный(е) несет(ут) ответственность за доставку ПБА в установленном законом порядке.
3.4.3. ПБА I - II групп пересылают спецсвязью или с двумя нарочными, знакомыми с требованиями биологической безопасности, причем один из них должен иметь

медицинское (биологическое, ветеринарное) образование и быть допущен к работе с ПБА I - II групп.
3.4.4. ПБА III - IV групп разрешается пересылать обычной почтовой посылкой или с одним нарочным.
3.4.5. При транспортировании ПБА I - IV групп в целях исключения всех видов досмотра и контроля нарочному должна быть выдана справка (приложение 5.6).
3.4.6. На содержимое упаковки с ПБА I - IV групп составляют сопроводительное письмо на официальном бланке организации. Для ПБА I - II групп дополнительно составляют акт упаковки в двух экземплярах. Первые экземпляры указанных документов помещают в упаковку с ПБА. Копии документов остаются у отправителя. Организация, получившая ПБА I - II групп, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение ПБА, направить его в организацию их выдавшую.
3.4.7. Организация-отправитель обязана сообщить любым видом срочной связи организации-получателю дату и вид транспорта, которым отправлен ПБА.
3.4.8. ПБА I - IV групп передают в лиофилизированном состоянии или на плотных питательных средах. Передача токсинов, вирусов (органов, тканей и их суспензий, содержащих эти ПБА) допускается в консервирующей жидкости или в замороженном состоянии.
3.4.9. Транспортирование ПБА осуществляется в герметически закрытых емкостях.
Под герметически закрытыми емкостями следует понимать запаянные ампулы, пробирки, завальцованные флаконы, запечатанные трубки из толстого стекла или пластического материала, а также пробирки, закрытые пробкой и герметизированные различными пластификаторами (парафин и др.).
Емкости с ПБА заворачивают в лигнин или гигроскопическую вату, помещают в металлический или пластмассовый (только для III - IV групп) плотно закрывающийся или завинчивающийся пенал. Упаковка емкостей с ПБА в пенале должна исключать возможность их перемещения во избежание нарушения целостности при транспортировании, а поглощающий материал должен быть в достаточном количестве для сорбции всей жидкости в случае повреждения упаковки.
Пеналы с упакованными в них емкостями, содержащими ПБА I - IV групп, обертывают бумагой (обшивают материалом), ошнуровывают и опечатывают сургучной печатью.
Для пересылки объектов почтой или спецсвязью упакованные пеналы дополнительно обертывают ватой и укладывают в прочные деревянные посылочные ящики так, чтобы исключить возможность их перемещения внутри ящика. Ящик с ПБА I - II групп обшивают тканью и обязательно опечатывают сургучной печатью или пломбируют.
На адресной стороне ящика посылки должен быть особый знак (ярлык с отметкой) «Опасно! Не открывать во время перевозки».
3.4.10. Перевозка живых животных и членистоногих, зараженных ПБА I - IV групп, категорически запрещается.
3.4.11. В случае возникновения при транспортировании ПБА I - IV групп аварий, катастроф, утраты и хищения посылок необходимо сообщать в органы государственного санитарно-эпидемиологического надзора, органы ФСБ, МВД, для принятия мер по охране места происшествия, ликвидации последствий, организации розыска потерянного или похищенного. Об этом факте информируют организации-отправителя и организации-получателя ПБА.

3.5. Требования к порядку передачи ПБА в зарубежные страны

3.5.1. ПБА I - IV групп разрешается передавать за рубеж и получать только при наличии официального запроса и разрешения на передачу.
3.5.2. Разрешение на передачу ПБА за рубеж, кроме упомянутых в приложении 5.2, дают министерства и ведомства на основании заключения специализированных коллекций.

3.5.3. Организации, получившие ПБА из-за рубежа, должны информировать об этом специализированные коллекции.
3.5.4. Лица, получившие ПБА во время зарубежных командировок, обязаны зарегистрировать их в своей организации. Ответственность за выполнение настоящего требования несут лица, получившие и доставившие ПБА, а также руководитель организации.
3.5.5. Порядок экспорта ПБА, список которых утвержден Распоряжением Президента Российской Федерации от 14 июня 1994 г. № 298-рл (приложение 5.2), определен Постановлением Правительства Российской Федерации от 26 сентября 1994 г. № 1098 (приложение 5.3).
3.5.6. Ответственность за соблюдение правил и требований упаковки и транспортирования до пункта пересылки несет руководитель организации-отправителя. Руководители организаций несут ответственность за правильность упаковки и отправления ПБА через Международный почтамт в соответствии с действующими международными конвенциями и правилами.
3.5.7. Сторона ящика, где указаны адреса получателя и отправителя, должна быть снабжена ярлыком фиолетового цвета со следующими отметками и отличительным знаком:
«СКОРОПОРТЯЩИЕСЯ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА»;
«Substances biologiques perissables»;
«Cette etiquette ne peut etre utiliser que par les laboratoires officielement reconnus» («этот ярлык может употребляться только официально признанными лабораториями»);
«Substances biologiques perissables usage medical» («скоропортящиеся биологические вещества для медицинского употребления»);
«Dangereux: Ne pas ouvrir pendant le transporte» («опасно: не открывать во время пересылки»);
«Sans valeur commerciale («не имеет коммерческой стоимости»);
«Emballe selon les regles postales internationales de securite» («упаковано согласно международным почтовым правилам безопасности»).

4. Организация контроля

4.1. Надзор за выполнением требований настоящих правил осуществляют органы Государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации:
- Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации - в Противочумном центре Госкомсанэпиднадзора России;
- Противочумный центр - в организациях, выполняющих работу с ПБА I группы - на территории России;
- Противочумные учреждения Госкомсанэпиднадзора России (Противочумный центр, противочумные станции, научно-исследовательские противочумные институты) - в центрах Госсанэпиднадзора, выполняющих работы с ПБА II группы патогенности на прикрепленной территории;
- Центры Госсанэпиднадзора - в организациях, выполняющих работы с ПБА II - IV групп - на обслуживаемой территории.

4.2. Для проведения надзора руководители указанных в п. 4.1 организаций могут создавать на постоянной или временной основе комиссии, с привлечением специалистов центров Госсанэпиднадзора на территориях, профильных Научно-исследовательских институтов, противочумных и других организаций, имеющих опыт работы с ПБА I - IV групп.
4.3. В организациях, выполняющих работы с ПБА I - IV групп, постоянный контроль за выполнением настоящих правил осуществляет комиссия по контролю за соблюдением требований биологической безопасности организации с обязательной проверкой их выполнения не реже 2-х раз в год.

4.4. Организационное руководство по вопросам проведения контроля за выполнением настоящих правил осуществляет Противочумный центр Госкомсанэпиднадзора России.
4.5. Порядок контроля за организацией коллекционной работы определяется министерствами и ведомствами.

Приложение 5.1.

(обязательное)

к СП «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности». Формы первичной учетной документации по учету движения и хранения ПБА

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 512/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Журнал регистрации патогенных биологических агентов, поступивших для исследования (идентификации) и хранения

Хранить 3 года

до						
начат						
окончен						

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

Стр. 2 формы № 512/у

№№пп	Дата поступления	Наименование агента	Число поступивших емкостей (пробирок, ампул и др.)	Откуда поступил	Цель исследования	Результат исследования и дата выдачи ответа	Подпись	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

Примечание.

1. В лабораториях, проводящих диагностические исследования, форму № 512/у заменяют учетные формы (журналы по отдельным видам исследований).
2. При регистрации ПБА I - II групп в примечании (гр. 9) указать судьбу штамма.

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 513/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Журнал учета выделенных штаммов микроорганизмов

Хранить 3 года

до						
начат						
окончен						

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

Стр. 2 формы № 513/у

№ пп	№ анализа	Адрес и дата взятия пробы	Наименование ПБА	№ штамма	Источник выделения	Дата выделения	Краткая характеристика ПБА	Судьба ПБА**	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* *Типичность; при атипичности указать отличительные признаки.*
** *Уничтожен (дата, № акта); передан в коллекцию, центр и т. д. (дата, № акта).*

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 514/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Журнал учета движения патогенных биологических агентов

Хранить 3 года

до								
начат								
окончен								

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

Стр. 2 формы № 514/у

Дата	Вид исследования (наименование ПБА)	Число посевов «А»				Число зараженных животных (по видам) «Б»			
		к началу дня	посеяно (получено)	уничтожено (выдано)	к концу дня	к началу дня	заражено (получено)	уничтожено (передано)	к концу дня
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Стр. 2 формы № 514/у
(Продолжение)

Число зараженных эктопаразитов (проб) «В»				Число зараженных органов (проб) «Г»				Число сухих препаратов «Д»				Подпись ответственного лица	Примечание
к началу дня	заражено (получено)	уничтожено (передано)	к концу дня	к началу дня	заражено (получено)	уничтожено (передано)	к концу дня	к началу дня	получено	уничтожено (выдано)	к концу дня		
11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Примечание.

1. Каждый учетный раздел, кроме 1, 2, 23, 24, при необходимости может быть использован раздельно.

2. Посевы ПБА независимо от вида емкостей учитываются суммарно.

3. Подразделения, проводящие диагностические исследования по выявлению ПБА III - IV групп данную форму не заполняют.

4. Заполняется только в дни работы с указанными объектами.
5. Выбор формы № 514/у или № 514а/у определяется исполнителем.

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 514а/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Журнал учета движения патогенных биологических агентов

Хранить 3 года

до						
начат						
окончен						

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

Стр. 2 формы № 514а/у

Дата	Вид ПБА	Наименование объектов, содержащих ПБА	Число объектов						Примечания	Подпись ответственного лица
			к началу дня	получено	посеяно или заражено	уничтожено	передано	к концу дня		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Примечания.
1. В графе 3 перечисляют все виды лабораторной посуды, содержащей ПБА (в том числе лиофильно высушенные), а также зараженных животных, эктопаразитов и др.
2. Подразделения, проводящие диагностические исследования по выявлению ПБА III - IV групп, данную форму не заполняют.
3. Заполняется только в дни работы с объектами.
4. Выбор формы № 514/у или № 514а/у определяется исполнителем.

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 515/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Инвентарный журнал коллекционных патогенных биологических агентов

Хранить 3 года

до								
начат								
окончен								

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

Стр. 2 формы № 515/у

№ № пп	Родовое (видовое) наименование в латинской транскрипции	Особое название	Номер штамма	Источник выделения	Метод выделения	Дата выделения	Место выделения	Кем выделен (фамилия автора)	Откуда поступил	Дата поступления	Судьба ПБА	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 516/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Журнал выдачи патогенных биологических агентов

Хранить 3 года

до								
начат								
окончен								

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

Стр. 2 формы № 516/у

№ № пп	Дата поступления заявки	Откуда поступила заявка (организация) № и дата разрешения	Наименование и номер отпущенного ПБА	Число отпущенных емкостей с ПБА (указать вид посуды, упаковки)	Дата отпуска	ФИО получателя, № и дата доверенности, № паспорта, кем и когда выдан	Расписка в получении	Кто выдал (ФИО, подразделение, роспись)	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 517/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Карта индивидуального учета коллекционного патогенного биологического агента №

1. Раздел коллекции_____ 6. Бокс _____
2. Видовое название штамма_____ 7. Шкаф _____
3. Номер штамма_____ 8. Холодильник _____
4. Особое название (обозначение) штамма _____ 9. Полка _____
5. Инвентарный номер штамма_____ 10. Ящик (коробка)*_____

Дата		Наименование организации (подразделения)		Число полученных емкостей с ПБА	Число выданных емкостей с ПБА	Наличие (остаток)	Подпись ответственного лица	Примечание
поступления	отпуска	получившей штамм	передавшей штамм					
11	12	13	14	15	16	17	18	19

** Не разрешается использовать коробки из картона для хранения ПБА I - II групп.*

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 518/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Журнал учета ПБА, находящихся в рабочей коллекции

Хранить 3 года

до							
начат							
окончен							

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

Стр. 2 формы № 518/у

Регистрационный №	Наименование микроорганизма	№ штамма	Цель использования	Откуда получен штамм	Число, месяц, год получения	Отметка об уничтожении	Подпись
1	2	3	4	5	6	7	8

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 519/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Журнал лиофилизации патогенных биологических агентов

Хранить 3 года

до							
начат							
окончен							

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

№ пп	Дата поступления заявки и наименование подразделения (организация)	Кем и когда разрешено	Лиофилизация						
			дата и № протокола лиофилизации	наименование агента	число ампул				
					разлито	подключено	отпаяно	взято на контроль	забраковано
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Выдано ампул	Дата выдачи	ФИО и роспись лица		Примечание
		получившего ампулы	выдавшего ампулы	
11	12	13	14	15

Код учреждения по ОКПО

ГОСКОМСАНЭПИДНАДЗОР РОССИИ Наименование учреждения _____ отдела, отделения _____ лаборатории _____ временного формирования _____	Первичная учетная документация Форма № 520/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14

Журнал обеззараживания патогенных биологических агентов

Хранить 3 года

до						
начат						
окончен						

Для типографии при изготовлении документа
формат А4 96 страниц

Стр. 2 формы № 520/у

Дата	Лаборатория (подразделение)	Наименование материала	Число емкостей с ПБА	Подпись		№ автоклава	Режим стерилизации				
				сдавшего материал	принявшего материал		начало	конец	давление (Р)	температура (0	экспозиция (время - t)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

Стр. 2 формы № 520/у (Продолжение)

Контроль стерилизации		Другие виды обеззараживания (указать режим, экспозицию)	Подпись	
химические тесты	бактериологический		автоклавера (дезинфектора)	ответственного за режим автоклавирования
13	14	15	16	17

Код учреждения по ОКПО

Госкомсанэпиднадзор России	Первичная учетная документация Форма № 521/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14
Наименование учреждения	

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий лабораторией (отделом)

_____

_____

(Ф.И.О.)

«____» _____

АКТ
ВСКРЫТИЯ АМПУЛ(Ы) С СУХИМ(И) ПАТОГЕННЫМ(И) БИОЛОГИЧЕСКИМ(И) АГЕНТОМ(АМИ) I - II ГРУПП С ЦЕЛЬЮ ВЫСЕВА ИЛИ УНИЧТОЖЕНИЯ
от 19 г. №

Мы, нижеподписавшиеся, _____
(должность, Ф.И.О.)
_____
согласно разрешению _____
(Ф.И.О. и должность, давшего разрешение,
_____
номер и дата разрешения)
вскрыли ампулу(ы) с сухим ПБА _____
(наименование вида,
_____
№№ штаммов, количество объектов и т. д.)
с целью _____.
(посев ПБА или его уничтожение)
Ампула(ы) с остатками ПБА обеззаражена(ы) _____
(дата)
автоклавированием _____
(режим автоклавирования)
или погружением в _____
(название дезраствора, его концентрация, время обеззараживания)

Дата вскрытия ампул(ы) _____
Подписи: ( )
(_____)

Код учреждения по ОКПО

Госкомсанэпиднадзор России	Первичная учетная документация Форма № 522/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14
Наименование учреждения	

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий лабораторией (отделом)
_____
_____
(Ф.И.О.)
«____» _____

АКТ
УНИЧТОЖЕНИЯ ПАТОГЕННОГО БИОЛОГИЧЕСКОГО АГЕНТА I - II ГРУПП
от 19 г. №

Мы, нижеподписавшиеся, _____
(должность, Ф.И.О.)
_____
согласно разрешению _____
(Ф.И.О. и должность, давшего разрешение,
_____
номер и дата разрешения)
уничтожили ПБА _____
(наименование вида, №№ штаммов, количество

_____
объектов и т. д.)
автоклавированием _____ или погружением
(режим автоклавирования)
в _____
(название дезраствора, его концентрация, время обеззараживания)

Дата уничтожения ПБА _____
Подписи:
( )
( )

Код учреждения по ОКПО

Госкомсанэпиднадзор России	Первичная учетная документация Форма № 523/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14
Наименование учреждения	

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий лабораторией (отделом)
_____
_____
(Ф.И.О.)
«____» _____

АКТ
ПЕРЕДАЧИ ПАТОГЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ I - II ГРУПП И КОЛЛЕКЦИОННЫХ ПБА III - IV ГРУПП ВНУТРИ ЛАБОРАТОРИИ (ОТДЕЛА, ОРГАНИЗАЦИИ)
от 19 г. №

Мы, нижеподписавшиеся, _____
(должность, Ф.И.О. передающего ПБА)
_____
_____
(должность, Ф.И.О., получившего ПБА)
составили настоящий акт в том, что согласно распоряжению заведующего лабораторией (отделом) _____
произведена передача ПБА: _____
_____
(наименование вида, №№ штаммов, количество объектов и т. д.)
_____

Дата передачи _____
Передал: _____
Ф.И.О., подпись
Принял: _____
Ф.И.О., подпись

Код учреждения по ОКПО

Госкомсанэпиднадзор России	Первичная учетная документация Форма № 524/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14
Наименование учреждения	

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий лабораторией (отделом)
_____
_____
(Ф.И.О.)
«____» _____

АКТ
ПЕРЕДАЧИ ПАТОГЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ I - II ГРУПП НА (ПОСЛЕ) ВРЕМЕННОЕ(ОГО) ХРАНЕНИЕ(Я)
от 19 г. №

Мы, нижеподписавшиеся _____
(должность, Ф.И.О. передающего ПБА)
_____
_____
(должность, Ф.И.О. получающего ПБА)
_____
составили настоящий акт в том, что согласно распоряжению заведующего лабораторией (отделом) _____
_____ произведена передача ПБА:
_____
(наименование вида, №№ штаммов, количество объектов, условия
_____
передачи: с правом или без права пересева и т. д.)
Упакованные в _____
опечатанных печатью _____
(оттиск печати, Ф.И.О. владельца печати)
Указанные ПБА находятся в _____
(№№ комнаты, сейфа и холодильника)
Одновременно переданы _____
(наименование учетной документации,
_____
ключ от сейфа и т. п.)

Дата передачи _____
Передал: _____
Ф.И.О., подпись
Принял: _____
Ф.И.О., подпись

Код учреждения по ОКПО

Госкомсанэпиднадзор России	Первичная учетная документация Форма № 525/у Утверждена постановлением Госкомсанэпиднадзора России от 28 августа 1995 г. № 14
Наименование учреждения	

УТВЕРЖДАЮ
Заведующий лабораторией (отделом)
_____
_____
(Ф.И.О.)
«____» _____

АКТ*
ПЕРЕДАЧИ ПАТОГЕННЫХ БИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ I - II ГРУПП ЗА

ПРЕДЕЛЫ ОРГАНИЗАЦИИ
от 19 г. №

* Не обязателен для специализированных коллекций.

Мы, нижеподписавшиеся, _____
(должность, Ф.И.О. передающего ПБА)

_____

_____
(должность, Ф.И.О. получающего, наименование организации)

_____

составили настоящий акт в том, что согласно распоряжению руководителя организации

_____

произведена передача ПБА:

_____
(наименование вида, №№ штаммов, количество объектов,

_____
вид упаковки и т. д.)

_____

Дата передачи _____
Передал: _____
Ф.И.О., подпись
Принял: _____
Ф.И.О., подпись

Приложение 5.2

(справочное)
к СП «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности» Госкомсанэпиднадзор России, М., 1995

УТВЕРЖДЕН
распоряжением Президента
Российской Федерации
от 14 июня 1994 г. (№ 298-рп)

СПИСОК

возбудителей заболеваний (патогенов) человека, животных и растений, их генетически измененных форм, фрагментов генетического материала и оборудования, которые могут быть применены при создании бактериологического (биологического) и токсинного оружия, экспорт которых контролируется и осуществляется по лицензиям (извлечение)

№ позиции	Наименование	Код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности
Раздел 1. Патогены, опасные для человека и животных		
1.1	Вирусы	
1.1.1	Возбудитель лихорадки денге, серотип I - IV	300290500
1.1.2	Возбудитель японского энцефалита	300290500
1.1.3	Возбудитель весенне-летнего клещевого энцефалита	300290500
1.1.4	Возбудитель энцефалита Сент-Луис	300290500

Примечания.
1. Список разработан в соответствии с требованиями международного режима контроля за нераспространением оружия массового уничтожения (рекомендации «Австралийской группы», июнь 1993 г.).
2. Вакцинные штаммы возбудителей, а также коммерческие вакцины и другие биологические препараты

№ позиции	Наименование	Код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности
для индикации, диагностики и лечения инфекционных болезней экспортному контролю не подлежат.		
1.1.5	Возбудитель американского энцефаломиелита лошадей	300290500
1.1.6	Возбудитель венесуэльского энцефаломиелита лошадей	300290500
1.1.7	Возбудитель западного американского энцефаломиелита лошадей	300290500
1.18	Возбудитель лихорадки долины Рифт	300290500
1.1.9	Возбудитель натуральной оспы	300290500
1.1.10	Возбудитель желтой лихорадки	300290500
1.1.11	Возбудители геморрагических лихорадок:	300290500
1.1.11.1	геморрагической лихорадки с почечным синдромом (Хантаан);	300290500
1.1.11.2	Конго-Крымской геморрагической лихорадки;	300290500
1.1.11.3	Омской геморрагической лихорадки;	300290500
1.1.11.4	геморрагической лихорадки Ласса;	300290500
1.1.11.5	геморрагической лихорадки Эбола;	300290500
1.1.11.6	лихорадки Марбург;	300290500
1.1.11.7	Аргентинской геморрагической лихорадки (Хунин);	300290500
1.1.11.8	Боливийской геморрагической лихорадки (Мачупо);	300290500
1.1.11.9	лихорадки Чикунгунья	300290500
1.1.12	Возбудитель лимфоцитарного хориоменингита	300290500
1.1.13	Возбудитель оспы обезьян	300290500
1.1.14	Возбудитель белой оспы	300290500
1.1.15	Возбудитель Къясанурской лесной болезни	300290500
11.16	Возбудитель шотландского энцефаломиелита овец	300290500
1.1.17	Возбудитель энцефалита долины Муррей	300290500
11.18	Возбудитель энцефалита Росио	300290500
1.1.19	Возбудитель лихорадки Оропуш	300290500
1.1.20	Возбудитель энцефалита Повассан	300290500
1.2	Риккетсии	
1.2.1	Возбудитель лихорадки Ку	300290500
1.2.2	Возбудитель траншейной лихорадки	300290500
1.2.3	Возбудитель сыпного тифа	300290500
1.2.4	Возбудитель пятнистой лихорадки Скалистых гор	300290500
1.3	Бактерии	
1.3.1	Возбудитель сибирской язвы	300290500
1.3.2	Возбудители бруцеллеза:	300290500
1.3.2.1	бруцелла мелитенсис	300290500
1.3.2.2	бруцелла суис	300290500
1.3.2.3	бруцелла абортус	300290500
1.3.3	Возбудитель холеры	300290500
1.3.4	Возбудитель дизентерии (шигелла)	300290500
1.3.5	Возбудитель сапа	300290500
1.3.6	Возбудитель мелиоидоза	300290500
1.3.7	Возбудитель чумы	300290500
1.3.8	Возбудитель туляремии	300290500
1.3.9	Возбудитель брюшного тифа	300290500
1.3.10	Возбудитель орнитоза	300290500
1.3.11	Возбудитель ботулизма	300290500
1.3.12	Возбудитель газовой гангрены (Клостридиум перфрингенс)	300290500
1.3.13	Возбудитель столбняка	300290500
1.3.14	Возбудитель болезни легионеров	300290500
1.3.15	Возбудитель энтерогеморрагического колибактериоза, серотип 0157 или другие серотипы-продуценты веротоксина	300290500

№ позиции	Наименование	Код товарной номенклатуры внешнеэкономической деятельности
1.3.16	Возбудитель псевдотуберкулеза	300290500
1.4	Токсины	
1.4.1	Ботулинические токсины	300290500
1.4.2	Токсины газовой гангрены (токсины Клостридиум перфрингенс)	300290500
1.4.3	Токсины золотистого стафилококка	300290500
1.4.4	Рицин	300290500
1.4.5	Сакситоксин	300290500
1.4.6	Дизентерийный токсин	300290500
1.4.7	Конотоксин	300290500
1.4.8	Тетродотоксин	300290500
1.4.9	Веротоксин	300290500
1.4.10	Абрин	300290500
1.4.11	Холерный токсин	300290500
1.4.12	Столбнячный токсин	300290500
1.4.13	Трихотеценовые микотоксины	300290500
1.4.14	Микроцистин (циангинозин)	300290500
1.5	Генетически измененные микроорганизмы	300290500
1.5.1	Генетически измененные любые микроорганизмы или генетические элементы (фрагменты), которые содержат последовательности (участки) нуклеиновой кислоты, кодирующие факторы патогенности и полученные из микроорганизмов, указанных в подразделах 1.1 - 1.3.	300290500
1.5.2	Генетически измененные любые микроорганизмы или генетические элементы (фрагменты), которые содержат последовательности (участки) нуклеиновой кислоты, кодирующие любой из токсинов, указанных в подразделе 1.4.	300290500
Раздел 2. Патогены, опасные для животных		
2.1	Вирусы	
2.1.1	Возбудитель африканской чумы свиней	300290500
2.1.2	Возбудитель гриппа птиц, тип А (классическая чума)	300290500
2.1.3	Возбудитель блютанга	300290500
2.1.4	Возбудитель ящура	300290500
2.1.5	Возбудитель оспы коз	300290500
2.1.6	Возбудитель болезни Ауески	300290500
2.1.7	Возбудитель классической чумы свиней	300290500
2.1.8	Возбудитель бешенства (лиссавирусы)	300290500
2.1.9	Возбудитель болезни Ньюкасла	300290500
2.1.10	Возбудитель чумы мелких жвачных	300290500
2.1.11	Возбудитель энтеровирусной везикулярной инфекции свиней, серотип 9	300290500
2.1.12	Возбудитель чумы крупного рогатого скота	300290500
2.1.13	Возбудитель оспы овец	300290500
2.1.14	Возбудитель болезни Тешена свиней	300290500
2.1.15	Возбудитель везикулярного стоматита	300290500
2.2	Бактерии	
2.2.1	Возбудитель плевропневмонии рогатого скота	300290500
2.3	Генетически измененные микроорганизмы	300290500
2.3.1	Генетически измененные любые микроорганизмы или генетические элементы (фрагменты), которые содержат последовательности (участки) нуклеиновой кислоты, кодирующие факторы патогенности и полученные из микроорганизмов, указанных в подразделах 2.1 и 2.2.	300290500

(справочное)

к СП «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности» Госкомсанэпиднадзор России, М., 1995

УТВЕРЖДЕНО
Постановлением Правительства
Российской Федерации
от 26 сентября 1994 г. № 1098

ПОЛОЖЕНИЕ
о порядке контроля за экспортом из Российской Федерации возбудителей заболеваний (патогенов) человека, животных и растений, их генетически измененных форм, фрагментов генетического материала и оборудования, которые могут быть применены при создании бактериологического (биологического) и токсинного оружия

1. Настоящим Положением определен комплекс мероприятий по контролю за экспортом (передачей, обменом) из Российской Федерации возбудителей заболеваний, их генетически измененных форм и фрагментов генетического материала, а также оборудования, которые могут быть применены при создании бактериологического (биологического) и токсинного оружия (далее именуются - возбудители заболеваний и оборудование двойного применения), указанных в Списке возбудителей заболеваний (патогенов) человека, животных и растений, их генетически измененных форм, фрагментов генетического материала и оборудования, которые могут быть применены при создании бактериологического (биологического) и токсинного оружия, экспорт которых контролируется и осуществляется по лицензиям, утвержденным распоряжением Президента Российской Федерации от 14 июня 1994 г. № 298-рп (далее именуется - Список).
2. Требования настоящего положения распространяются на всех субъектов хозяйственной деятельности, находящихся под юрисдикцией Российской Федерации независимо от форм собственности.
3. Экспорт, а также реэкспорт из Российской Федерации возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения, включенных в Список, на основании решений Организации Объединенных Наций запрещен в государства, нарушающие Конвенцию о запрещении разработки, производства и накопления запасов бактериологического (биологического) и токсинного оружия и об их уничтожении от 10 апреля 1972 г. и Женевский протокол о запрещении применения на войне удушливых, ядовитых или других подобных газов и бактериологических средств от 17 июня 1925 года.
В случае обнаружения фактов нарушения странами-импортерами указанных международных актов или невыполнения ими принятых обязательств контракт (соглашение, договор) подлежит расторжению.
4. Порядок контроля за экспортом возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения предусматривает:
- подготовку и выдачу заключения о возможности экспорта возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения, перечисленных в Списке;
- лицензирование экспорта возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения;
- таможенный контроль и таможенное оформление экспорта возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения.

5. При заключении субъектами хозяйственной деятельности Российской Федерации контрактов (соглашений, договоров) на экспорт (передачу, обмен) из Российской Федерации возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения, включенных в Список, в тексте контракта (соглашения, договора) в обязательном порядке должны

быть указаны: конечные пользователи; цель использования экспортируемого товара; обязательства импортера, гарантирующие, что эти возбудители заболеваний и оборудование двойного применения будут использованы только в заявленных целях, не связанных прямо или косвенно с производством бактериологического (биологического) и токсинного оружия, и не будут применены в качестве такового, а также не будут реэкспортированы или переданы кому бы то ни было без письменного разрешения на это экспортера.

Обязательства должны быть специально оформлены импортером в уполномоченном государственном органе страны-импортера по каждой конкретной сделке на поставку каждого объекта экспорта (передачи, обмена), включенного в Список, в виде международного (национального) импортного сертификата или его аналога, а в случае отсутствия процедуры оформления импортного сертификата - в виде документа, содержащего указанные обязательства, с заверенным переводом на русский язык.

Если импортер является посредником, то соответствующие обязательства конечного пользователя должны быть специально оформлены по каждой конкретной сделке на поставку каждого объекта экспорта (передачи, обмена), включенного в Список, в виде сертификата конечного пользователя или другого документа, содержащего обязательства конечного пользователя.

Указанные документы, содержащие обязательства, направляются российскому экспортеру для дальнейшего представления в Комиссию по экспортному контролю Российской Федерации при Правительстве Российской Федерации (Экспортконтроль России).

6. Лицензирование экспорта (передачи, обмена) возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения, включенных в Список, осуществляется по всем видам внешнеэкономической деятельности, включая прямые производственные и научно-технические связи, прибрежную и приграничную торговлю, товарообменные операции в соответствии с настоящим Положением.

Экспорт (передача, обмен) возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения, включенных в Список, осуществляется только по разовым лицензиям, выдаваемым Министерством внешних экономических связей Российской Федерации.

Основанием для выдачи лицензии является заключение Экспортконтроля России о возможности экспорта (передачи, обмена) возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения.

Для получения заключения о возможности экспорта (передачи, обмена) каждого отдельного возбудителя заболевания или каждого отдельного вида оборудования двойного применения экспортер представляет в Федеральную службу России по валютному и экспортному контролю заявление на выдачу лицензии, оформленное в соответствии с требованиями, установленными Министерством внешних экономических связей Российской Федерации; заверенную копию контракта (соглашения, договора) на экспорт (передачу, обмен) возбудителя заболевания или оборудования двойного применения; заверенную копию контракта (договора, соглашения) между российскими изготовителем и экспортером (в случае если экспорт возбудителя заболевания или оборудования двойного применения осуществляется через посредника); оригиналы документов, содержащих обязательства импортера, конечного пользователя и уполномоченного государственного органа страны-импортера, предусмотренные пунктом 5 настоящего Положения; заверенную копию паспорта штамма возбудителя заболевания или токсина.

Федеральная служба России по валютному и экспортному контролю имеет право запрашивать и получать дополнительную информацию и документы, необходимые для подготовки заключения.

При необходимости заключение согласовывается с Государственным комитетом санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации или Министерством сельского хозяйства и продовольствия Российской Федерации.

Заключение о возможности экспорта выдается в течение не более чем 20 дней после получения вышеперечисленных документов и направляется Федеральной службой России по валютному и экспортному контролю в Министерство внешних экономических связей Российской Федерации и заявителю.

Министерство внешних экономических связей Российской Федерации направляет (по согласованной форме) Федеральной службе России по валютному и экспортному контролю информацию о выданных на основании заключения Экспортконтроля России лицензиях на право экспорта возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения.

7. Разрешение на реэкспорт странами-импортерами импортированных из Российской Федерации возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения выдается российским экспортерам на основании заключения Экспортконтроля России о возможности реэкспорта.

Для этого российский экспортер представляет в Федеральную службу России по валютному и экспортному контролю заверенные копии контракта зарубежного импортера с третьим лицом, содержащего условия, предусмотренные в пункте 5 настоящего Положения, и документа, содержащего вытекающие из контракта обязательства, оформленного в уполномоченном государственном органе страны - третьего лица в виде международного (национального) импортного сертификата или иного документа, предусмотренного ее национальным законодательством.

8. Временный вывоз за пределы Российской Федерации оборудования двойного применения, содержащегося в Списке, для демонстрации на выставках, ярмарках и в рекламных целях осуществляется без лицензии на основании заключений Экспортконтроля России.

Для получения заключения о возможности временного вывоза в адрес Федеральной службы России по валютному и экспортному контролю направляются:

- заявление, в котором указываются наименование объекта вывоза (с указанием кода ТН ВЭД), его количество, цель вывоза и характер использования объекта, страна назначения, название выставки (ярмарки), места использования объекта, сроки нахождения вывозимого объекта за границей, наименование и адрес российской организации, осуществляющей вывоз, иностранные контрагенты, наименование таможенного органа, который будет осуществлять таможенное оформление объекта;
- обязательства российской организации, осуществляющей вывоз объекта, по его обратному ввозу.

К заявлению должны быть приложены оригиналы или заверенные копии документов, на основании которых осуществляется вывоз оборудования двойного применения (приглашение для участия в выставке, ярмарке, контракт (соглашение) с зарубежной фирмой или организацией).

Заключение о возможности временного вывоза выдается в течение не более чем 20 дней после получения правильно оформленных вышеперечисленных документов.

Заключение направляется Федеральной службой России по валютному и экспортному контролю заявителю для представления в указанный в заключении таможенный орган и в Государственный таможенный комитет Российской Федерации.

9. При оказании экстренной помощи зарубежным странам в случае возникновения чрезвычайных обстоятельств, связанных с опасностью массовых заболеваний людей, животных и растений, подготовка Экспортконтролем России заключения о возможности экспорта (передачи) штаммов возбудителей заболеваний или токсинов, а также оформление Министерством внешних экономических связей Российской Федерации лицензий на их поставку осуществляются в кратчайшие сроки.

В этом случае основанием для получения заключения о возможности экспорта (передачи) служат официальное обращение главы государства-импортера к Президенту Российской Федерации или Правительству Российской Федерации, в котором изложена просьба о

срочной передаче необходимых штаммов возбудителей заболеваний или токсинов, указана цель применения, дается обязательство их использования только в заявленных целях, и решение Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации об оказании экстренной помощи.

Государственный комитет санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации или Министерство сельского хозяйства и продовольствия Российской Федерации направляет в Федеральную службу России по валютному и экспортному контролю:

- обращение главы зарубежного государства;
- решение Президента Российской Федерации или Правительства Российской Федерации об оказании экстренной помощи;
- заявление, в котором указываются наименование штаммов возбудителей заболеваний или токсинов (с указанием кода ТН ВЭД), объем поставки, цель вывоза штаммов возбудителей заболеваний или токсинов и характер их использования, страна назначения, место (места) использования, наименование таможенного органа, который будет осуществлять таможенное оформление вывозимых штаммов возбудителей заболеваний или токсинов;
- заверенную копию паспорта штамма возбудителя заболеваний или токсина.

Заключение о возможности экспорта (передачи) выдается в течение не более чем 3 дней после получения правильно оформленных вышеперечисленных документов.

Заключение направляется Федеральной службой России по валютному и экспортному контролю Министерству внешних экономических связей Российской Федерации и российской организации, осуществляющей вывоз, для представления уполномоченному Министерства внешних экономических связей Российской Федерации в соответствующем регионе и последующего оформления лицензии.

Лицензии на вывоз штаммов возбудителей заболеваний или токсинов оформляются Министерством внешних экономических связей Российской Федерации на основании заключений Эспортконтроля России в течение не более чем 2 дней с момента представления заявления на выдачу лицензии.

При поставке штаммов возбудителей заболеваний или токсинов в порядке оказания безвозмездной помощи плата за оформление лицензий не взимается.

10. Возбудители заболеваний и оборудование двойного применения, включенные в Список, при перемещении за пределы Российской Федерации подлежат обязательному таможенному оформлению в установленном порядке.

Экспортер представляет таможенным органам полученную лицензию, которая служит основанием для пропуска объекта за пределы Российской Федерации.

В случае временного вывоза оборудования двойного применения, включенного в Список, экспортер представляет таможенному органу соответствующее заключение Экспортконтроля России.

Государственный таможенный комитет Российской Федерации представляет (по согласованной форме) Федеральной службе России по валютному и экспортному контролю информацию о вывозе за пределы Российской Федерации возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения (и обратном ввозе оборудования в случае его временного вывоза), на которые были выданы заключения и лицензии, предусмотренные пунктами 6, 8 и 9 настоящего Положения.

11. Вывоз за пределы Российской Федерации материалов и оборудования (изделий), которые составляют государственную тайну, осуществляется в соответствии с требованиями Закона Российской Федерации «О государственной тайне».

12. Лица, осуществляющие экспорт возбудителей заболеваний и оборудования двойного применения с нарушением порядка, установленного настоящим Положением, несут ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Приложение 5.4

(справочное)

к СП «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности» Госкомсанэпиднадзор России, М., 1995

Классификация патогенных для человека микроорганизмов*

* По мере открытия новых возбудителей инфекционных болезней списки будут постоянно дополняться.

Бактерии

I группа

1. Yersinia pestis - чумы

II группа

1. Bacillus anthracis - сибирской язвы
2. Brucella abortus
Brucella melitensis - бруцеллеза
Brucella suis
3. Francisella tularensis - туляремии
4. Legionella pneumophila - легионеллеза
5. Pseudomonas mallei - сапа
6. Pseudomonas pseudomallei - мелиоидоза
7. Vibrio cholerae 01 токсигенный - холеры
8. Vibrio cholerae non 01 токсигенный - холеры

III группа

1. Bordetella pertussis - коклюша
2. Borrelia recurrentis - возвратного тифа
3. Campylobacter fetys - абсцессов, септецимий
4. Campylobacter jejuni - энтерита, холецистита, септицемий
5. Clostridium botulinium - ботулизма
6. Clostridium tetani - столбняка
7. Corynebacterium diphtheriae - дифтерии
8. Erysipelothrix rhusiopathiae - эризипелоида
9. Helicobacter pylori - гастрита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
10. Leptospira interrogans - лептоспироза
11. Listeria monocytogenes - листериоза
12. Mycobacterium leprae - проказы
13. Mycobacterium tuberculosis
Mycobacterium bovis - туберкулеза
Mycobacterium avium
14. Neisseria gonorrhoeae - гонорреи
15. Neisseria meningitidis - менингита
16. Nocardia asteroides - нокардиоза
17. Proactinomyces israelii - актиномикоза
18. Salmonella paratyphi A - паратифа А
19. Salmonella paratyphi B - паратифа В
20. Salmonella typhi - брюшного тифа
21. Shigella spp. - дизентерии
22. Treponema pallidum - сифилиса
23. Yersinia pseudotuberculosis - псевдотуберкулеза
24. Vibrio cholerae 01 не токсигенный - диареи
25. Vibrio cholerae non 01

не токсигенный - диареи, раневых инфекций, септицемии
и др.

IV группа

1. Aerobacter aerogenes - энтерита
2. Bacillus cereus - пищевой токсикоинфекции
3. Bacteroides spp. - абсцессов легких, бактериемий
4. Borrelia spp. - клещевого спирохетоза
5. Bordetella bronchiseptica - бронхосептикоза
Bordetella parapertussis - паракоклюша
6. Campylobacter spp. - гастроэнтерита, гингивита, периодонтита
7. Citrobacter spp. - местных воспалительных процессов,
пищевой токсикоинфекции
8. Clostridium perfringens
Clostridium novyi
Clostridium septicum - газовой гангрены
Clostridium histolyticum
Clostridium bifermentans
9. Escherichia coli - энтерита
10. Eubacterium endocarditidis - септического эндокардита
11. Eubacterium lentum - вторичных септицемий, абсцессов
Eubacterium ventricosum
12. Flavobacterium meningosepticum - менингита, септицемий
13. Haemophilus influenzae - менингита, пневмонии, ларингита
14. Hafhia alvei - холецистита, цистита
15. Klebsiella ozaenae - озены
16. Klebsiella pneumoniae - пневмонии
17. Klebsiella rhinoscleromatis - риносклеромы
18. Mycobacterium spp.
Photochromogens
Scotochromogens - микобактериозов
Nonphotochromogens
Rapid growers
19. Mycoplasma hominis 1
Mycoplasma hominis 2 - местных воспалительных процессов,
пневмонии
Mycoplasma pneumoniae
20. Propionibacterium avidum - сепсиса, абсцессов
21. Proteus spp. - пищевой токсикоинфекции, сепсиса,
местных воспалительных процессов
22. Pseudomonas aeruginosa - местных воспалительных процессов,
сепсиса
23. Salmonella spp. - сальмонеллезов
24. Serratia marcescens - местных воспалительных процессов,
сепсиса
25. Staphilococcus spp. - пищевой токсикоинфекции, септицемии,
пневмонии
26. Streptococcus spp. - пневмонии, тонзиллита, полиартрита,
септицемии
27. Vibrio spp.
Vibrio parahaemolyticus
Vibrio mimicus - диарей, пищевых токсикоинфекций,

Vibrio fluvialis	раневых инфекций, септицемии
Vibrio vulnificus	и т.д.
Vibrio alginolyticus	
28. Yersinia enterocolitica	- энтерита, колита
29. Actinomyces albus	- актиномикоза

Риккетсии

II группа

1. Rickettsia prowazeki	- эпидемического сыпного тифа и болезни Бридля
2. R. typhi	- крысиного сыпного тифа
3. R. rickettsii	- пятнистой лихорадки
4. R. tsutsugamushi	- лихорадки цуцугамуши
5. Coxiella burnetii	- коксиеллеза (лихорадка Ку)

III группа

1. R. sibirica	- клещевого сыпного тифа Северной Азии
2. R. conorii	- средиземноморской пятнистой лихорадки
3. R. sharoni	- израильской лихорадки
4. R. sp. now?	- «астраханской лихорадки»
5. R. akari	- везикулезного риккетсиоза
6. R. australis	- клещевого сыпного тифа Северного Квинсленда
7. R. japonica	- японской пятнистой лихорадки
8. R. sp. now?	- «африканской лихорадки»
9. R. Sp. now? штамм «ТТТ»	- «клещевого риккетсиоза Таиланда»

Эрлихии (подсемейство Ehrlichiae, сем. Rickettsiaceae)

Ш группа

Ehrlichia sennetsu	- болезни сеннетсу
E. canis	- название отсутствует
E. chaffeensis	- название отсутствует

Грибы

II группа

1. Blastomyces brasiliensis Blastomyces dermatitidis	- бластомикоза
2. Coccidioides immitis	- кокцидиоидоза
3. Histoplasma capsulatum	- гистоплазмоза

III группа

1. Aspergillus flavus Aspergillus fumigatus	- аспергиллеза
2. Candida albicans	- кандидоза
3. Cryptococcus neoformans	- криптококкоза

IV группа

1. Absidia corymbifera	- мукороза
2. Aspergillus niger Aspergillus nidulans	- аспергиллеза
3. Candida brumptii	

Candida crusei
Candida intermedia
Candida pseudotropicalis - кандидоза
Candida tropicalis
Candida guillermondii
4. Cephalosporium acremonium - цефалоспориоза
Cephalosporium cinnabarium
5. Epidermophyton floccosum - эпидермофитии
6. Geotrichum candidum - геотрихоза
7. Microsporum spp. - микроспории
8. Mucor mucedo - мукороза
9. Penicillium crustosum
Penicillium luteo-viride - пенициллиоза
Penicillium notatum
10. Pityrosporum orbiculare - разноцветного лишая
11. Rhizopus nigricans - мукороза
12. Trichophyton spp. - черепитчатого микоза
13. Trichosporon cerebriforme - узловатой трихоспории

Простейшие

III группа

1. Leishmania donovani - висцерального лейшманиоза
2. Plasmodium vivax
Plasmodium malariae - малярии
Plasmodium falciparum
3. Trichomonas vaginalis - мочеполового трихомонадоза

IV группа

1. Acanthamoeba culbertsoni - менингоэнцефалита
Acanthamoeba spp.
2. Babesia caucasica - бабезиоза
3. Balantidium coli - балантидиоза
4. Entamoeba hystolytica - амебиаза
5. Isospora belli - энтерита
Lamblia intestinalis
6. Naegleria spp. - менингоэнцефалита
7. Pentatrichomonas hominis - колита
8. Leishmania major - кожного лейшманиоза
Leishmania tropica
9. Toxoplasma gondii - токсоплазмоза

Вирусы

(В связи с отсутствием биноминальной номенклатуры для вирусов обозначения даются в русской транскрипции.)

I группа

1. Filoviridae:
вирусы Марбург и Эбола - геморрагических лихорадок
2. Arenaviridae:
вирусы Ласса, Хунин и Мачупо - геморрагических лихорадок
3. Poxviridae:
вирус натуральной оспы - натуральной оспы человека

4. Herpesviridae:	
обезьяний вирус В	- хронического энцефалита и энцефалопатии

II группа

1. Togaviridae:	
вирусы лошадиных энцефалоелитов (Венесуэльский ВНЭЛ, Восточный ВЭЛ, Западный ЗЭЛ);	- комариных энцефалитов, энцефаломиелитов, энцефаломенингитов
вирусы лихорадок Семлики, Чикунгунья, О Ньонг-Ньонг, Карельской, Синдбис, реки Росс, Майяро, Мукамбо	- лихорадочных заболеваний
2. Flaviviridae:	
вирусы комплекса клещевого энцефалита - Клещевого энцефалита (КЭ), Алма-Арасан, Апон, Лангат, Негиши, Повассан, Шотландского энцефаломиелита овец	- энцефалитов, энцефалоломиелитов
Болезни леса Киассанур, Омской геморрагической лихорадки (ОГЛ)	- геморрагических лихорадок
вирусы комплекса японского энцефалита (ЯЭ), Западного Нила, Ильеус, Росио, Сент-Луис энцефалиты, Усуту, энцефалит долины Муррея	- энцефалитов, менингоэнцефалитов
Карши, Кунжин, Сепик, Вессельсборн	- лихорадочных заболеваний
Желтой лихорадки	- геморрагической лихорадки
вирус гепатита С	- парентерального гепатита, гепатоцелюлярной карциномы печени
3. Bunyaviridae,	
Род Bunyavirus:	
Комплекс Калифорнийского энцефалита, Ла Кросс, Джеймстаун-каньон, зайцев-беляков, Инко, Тягиня	- энцефалитов, энцефаломиелитов, менингоэнцефалитов и лихорадочных заболеваний с менингиальным синдромом и артритами
комплекс С-вирусы Апеу, Мадрид, Орибока, Осса, Рестан и др.	- лихорадочных заболеваний с миозитами и артритами
Род Phlebovirus:	
вирусы москитных лихорадок Сицилии, Неаполя, Рифт-валли, Тоскана и др.	- энцефалитов и лихорадочных заболеваний с артритами и миозитами
Род Nairovirus:	
вирус Крымской геморрагической лихорадки-Конго;	- геморрагической лихорадки
болезни овец Найроби, Ганджам;	- лихорадки с менингиальным синдромом
Дугбе	- энцефалита
Род Hantavirus:	

вирусы Хантаан, Сеул, Пуумала и др.	- геморрагических лихорадок с почечным синдромом (ГЛПС)
4. Reoviridae, Род Orbivirus:	
вирусы Кемерово, Колорадской клещевой лихорадки, Синего языка овец, Чангвинола, Орунго и др.	- лихорадок с менингиальным синдромом и артритами
5. Rhabdoviridae, Род Lyssavirus:	
вирус уличного бешенства	- бешенства
Дикования, Лагос-бат	- псевдобешенства и энцефалопатий
6. Picornaviridae, Род Aphtovirus:	
вирус Ящура	- ящура
7. Arenaviridae:	
вирусы лимфоцитарного хлориоменингита, Такарибе, Пичинде	- астенических менингитов и менингоэнцефалитов
8. Hepadnaviridae:	
вирусы гепатитов В и Д (Дельта)	- парентеральных гепатитов
9. Retroviridae:	
вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ-1, ВИЧ-2)	- СПИДа
вирус Т-клеточного лейкоза человека (HT_{LV})	- Т-клеточного лейкоза человека
10. Unconventional agents:	
возбудители медленных нейроинфекций	- болезнь Крейцфельдта-Якоба, Куру, Скрейпи, амиотрофического лейкоспонгиоза, оливопонтоцеребральной атрофии, синдромы Герстманна-Страусслера-Шейнкера

III группа

1. Orthomyxoviridae:	
вирусы гриппа А, В и С	- гриппа
2. Picornaviridae, Род Enterovirus:	
вирусы полиомиелита-дикие штаммы	- полиомиелита
вирусы гепатитов А и Е	- энтеральных гепатитов
вирус острого геморрагического конъюнктивита (АНС)	- геморрагического конъюнктивита
3. Herpesviridae:	
вирусы простого герпеса I и II типов	- герпеса простого
герпесвирус зостор-ветрянки	- ветряной оспы, опоясывающего герпетического лишая
вирус герпеса 6 типа (HB_{LV} - HH_{V6})	- поражение В-лимфоцитов человека, родовой экзантемы, лимфопролиферативных заболеваний
вирус цитомегалии	- цитомегалии
вирус Эпштейн-Барра	- инфекционного мононуклеоза, лимфомы Беркитта, назофарингиальной карциномы

IV группа

1. Adenoviridae:
аденовирусы всех типов - ОРВИ, пневмоний, конъюнктивитов
2. Reoviridae,
Род Reovirus:
ретровирусы человека - ринитов, гастроэнтеритов
Род Rotavirus:
ротавирусы человека, вирус диареи телят Небраски (NCDV) - гастроэнтеритов и энтеритов
3. Picornaviridae,
Род Enterovirus:
вирусы Коксаки группы А и В - серозных менингитов, энцефаломиокардитов, ОРВИ, болезни Борнхольма, герпангин, полиневритов
вирусы ECHO - серозных менингитов, диареи, ОРВИ, полиневритов, увеитов
энтеровирусы - типы 68-71 - серозных менингитов, конъюнктивитов, ОРВИ
Род Rinovirus:
риновирусы человека 120 типов - ОРВИ, полиневритов, герпангин, конъюнктивитов
Род Cardiovirus:
вирус энцефаломиокардита и вирус Менго - ОРВИ, полиневритов, энцефаломиокардитов, миокардитов, перикардитов
4. Coronaviridae:
коронавирусы человека - ОРВИ (профузного насморка без температуры), энтериты
5. Caliciviridae:
вирус Норфолк - острых гастроэнтеритов
6. Paramyxoviridae:
вирусы парагриппа человека 1 - 4 типа - ОРВИ, бронхопневмоний
респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус) - пневмоний, бронхитов, бронхиолитов
вирус эпидемического паротита - эпидемического паротита
вирус кори - кори
вирус Ньюкаслской болезни - конъюнктивитов
7. Togaviridae,
Род Rubivirus:
вирус краснухи - краснухи
8. Rabdoviridae,
Род Vesiculovirus:
вирус везикулярного стоматита - везикулярного стоматита
9. Poxviridae:
вирус оспы коров - оспы коров
вирус эктромелии - эктромелии мышей
вирус узелков доильщиц - хронической болезни рук доильщиц
орфвирус - контагиозного пустулярного дерматита
вирус контагиозного моллюска - контагиозного моллюска кожи и слизистых
вирусы Тана и Яба - болезни Яба

Хламидии

II группа

1. Chlamydia psittaci - орнитоза-пситтакоза

III группа

1. Chlamydia trachomatis - трахомы, урогенитального хламидиоза
2. Chlamydia paratrachomatis - трахомоподобного конъюнктивита
3. Chlamydia veneral lymphagranulema - венерической лимфогранулемы, поражение паховых лимфатических узлов

Яды биологического происхождения

II группа

1. Ботулинические токсины всех видов
2. Столбнячный токсин
3. Яд паука каракурта

III группа

1. Микотоксины - микотоксикозы
2. Дифтерийный токсин
3. Стрептококковый токсин группы А
4. Стафилококковые токсины
5. Яды змей (кобры, эфы, гюрзы и др.)

Примечание.

1. Аттенуированные штаммы возбудителей I - II групп относят к микроорганизмам III группы патогенности. Аттенуированные штаммы III - IV групп относят к IV группе патогенности.

2. В качестве источника заболеваний человека и животных, вызываемых микроорганизмами I - IV групп, следует считать инфицированных: человека, теплокровных животных, переносчиков, объектов внешней среды.

Приложение 5.5

(справочное)

к СП «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности» Госкомсанэпиднадзор России, М., 1995

Перечень организаций, на базе которых функционируют специализированные коллекции ПБА I - IV групп

№№ п/п	Наименование организации, адрес	Специализированные коллекции
1	Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» 410601, г. Саратов, Университетская, 46, тел. 24 21 31	Государственная коллекция патогенных микроорганизмов I - II групп с функцией депонирования типовых, патентоспособных и авторских штаммов возбудителей бактериальной природы I - II и III - IV групп, содержащих фрагменты генома ПБА I - II групп
2	Ростовский научно-исследовательский противочумный институт 344007 г. Ростов-на-Дону, ул. Горького, 117, тел. 66 57 03	Коллекция патогенных вибрионов
3	Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт 355106 г. Ставрополь, Советская 13/15, тел. 3 13 12	Коллекция сибиреязвенных и бруцеллезных микробов
4	Иркутский научно-исследовательский противочумный институт 664047 г. Иркутск, Трилиссера, 78, тел. 23 00 60	Коллекция сибиреязвенных и бруцеллезных микробов
5	Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт 400087 г. Волгоград,	Коллекция возбудителей грибковых заболеваний, вызываемых грибами II групп

№№ п/п	Наименование организации, адрес	Специализированные коллекции
	ул. Голубинская, 7, тел. 37 37 74	патогенности
6	Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи РАМН 123098 г. Москва, ул. Гамалеи, 18, тел. 193 30 01, 190 44 80	Коллекция возбудителей боррелиоза, бруцеллеза, клостридиозов, коклюша, лептоспирозов, легионеллеза, микоплазмозов, риккетсиозов, туляремии и хламидиозов
7	Национальный центр контроля - Государственный научно-исследовательский институт стандартизации и контроля медицинских биологических препаратов им. Л.А. Тарасевича 121002 г. Москва, Сивцев Вражек, 41, тел. 241 39 22	Государственная коллекция патогенных микроорганизмов III - IV групп с функцией депонирования. Центры по токсинам и производственным штаммам I - IV групп
8	Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии 111123 г. Москва, ул. Новогиреевская 3а, тел. 176 02 19	Коллекции возбудителей менингита, сальмонеллезов, шигеллезов
9	Научно-исследовательский институт вирусологии им. Д.И. Ивановского РАМН 123098 г. Москва, ул. Гамалеи, 16, тел. 190 28 74	Государственная коллекция вирусов II, III и IV групп с функцией депонирования типовых, патентоспособных и авторских штаммов, в том числе селекционированные в лабораториях
10	Научно-исследовательский институт микробиологии МО РФ 610024 Киров-24, Октябрьский проспект 121, тел. 62 37 10	Центр возбудителей бактериальных инфекций, используемых для разработки и оценки эффективности медицинских средств ПБЗ
11	Вирусологический центр научно-исследовательского института микробиологии МО РФ 141300 Сергиев Посад-6, Московская область, тел. 584 99 82	Вирусологический центр возбудителей геморрагических лихорадок I группы патогенности. Центр возбудителей вирусных инфекций I - IV групп патогенности, используемых для разработки и оценки эффективности медицинских средств ПБЗ
12	Государственный научный центр по вирусологии и биотехнологии ВЕКТОР 633159 Новосибирская обл., пос. Кольцово, тел. 64 73 10	Коллекция вирусов I - III групп
13	Научно-исследовательский институт полиомиелита и вирусных энцефалитов РАМН 142782 Московская область, Ленинский район, почтовое отделение института, тел. 439 90 07	Коллекция вирусов клещевого энцефалита, геморрагических лихорадок и энтеровирусов
14	Научно-исследовательский институт гриппа РАМН 197022 г. Санкт-Петербург, ул. проф. Попова, 15/17, тел. 234 46 18	Коллекция вирусов гриппа и ОРЗ
15	Московский научно-исследовательский институт вирусных препаратов РАМН 109088 г. Москва, ул. Дубровская, 1, тел. 247 81 45	Коллекции типовых и производственных штаммов вирусов кори, паротита и краснухи
16	Санкт-Петербургская медицинская Академия последипломного образования МЗ РФ 193015 г. Санкт-Петербург, ул. Салтыкова-Щедрина, 41, тел. 272 52 06	Коллекция возбудителей грибковых заболеваний, вызываемых грибами III и IV групп
17	Научно-исследовательский институт медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е.И. Марциновского 119435 г. Москва, ул. Малая Пироговская, 20, тел. 246 80 49	Коллекция возбудителей паразитарных заболеваний, вызываемых микроорганизмами III и IV групп

Приложение 5.6

(справочное)

СП «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I и II групп патогенности» Госкомсанэпиднадзор России, М., 1995

Штамп организации типографского изготовления

СЛУЖБАМ КОНТРОЛЯ

Разрешение на транспортирование спецгруза

СПРАВКА

Дана представителю(ям) _____
(наименование организации)
_____
(ф.и.о., должность)
_____, в том, что он(и) доставляют в_____
_____ спецгруз - посылку _____
(наименование ПБА)
_____ Спецгруз упакован в _____
(вид упаковки)
_____, опечатанный сургучной печатью с оттиском _____
_____ № _____ и уложенный
(наименование лаборатории)
в деревянный посылочный ящик, обшитый белой тканью и опечатанный печатью с тем же оттиском.

СПЕЦГРУЗ НЕ ВЗРЫВООПАСЕН, НЕ ОГНЕОПАСЕН, НЕ ПОДЛЕЖИТ ВСЕМ ВИДАМ ДОСМОТРА И КОНТРОЛЯ!!!

Транспортирование спецгруза _____
(вид транспорта)
разрешено на основании Санитарных правил «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности», утвержденных Постановлением Госсанэпиднадзора РФ от 28.08.95 № 14

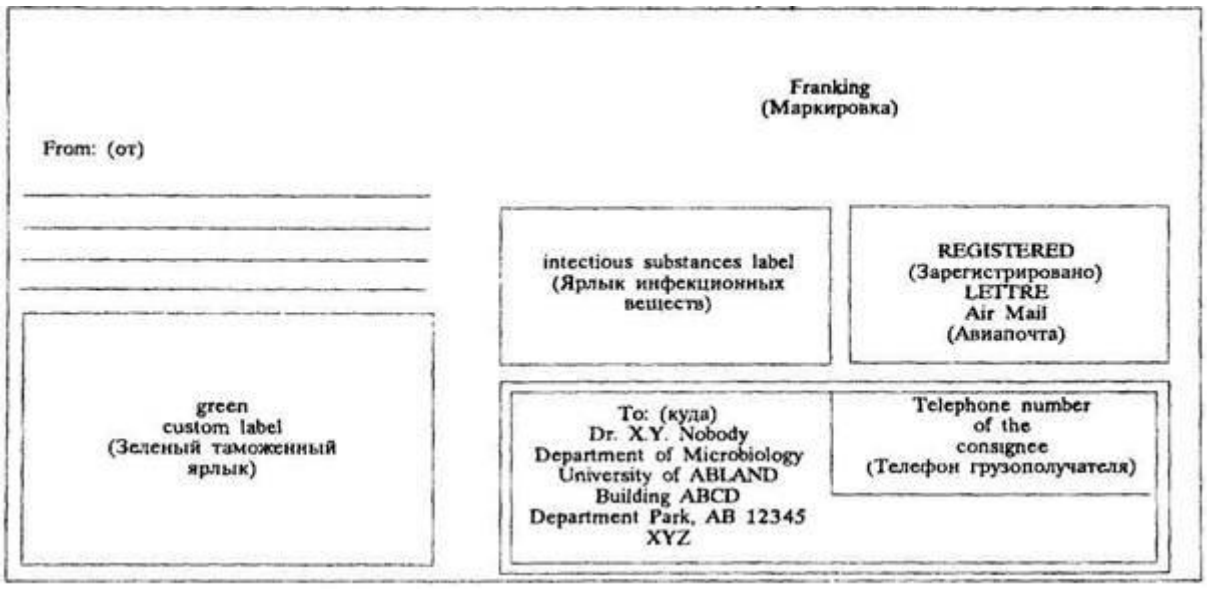
Руководитель организации _____ (подпись)
Гербовая печать

Приложение 5.7

(справочное)

к СП «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I-IV групп патогенности» Госкомсанэпиднадзор России, М., 1995

Знаки биологической безопасности и рисунки



Адресная этикетка для транспортирования инфекционных скоропортящихся биологических веществ по международной почте



СКОРОПОРТЯЩИЕСЯ БИОЛОГИЧЕСКИЕ ВЕЩЕСТВА

BIOHAZARD SIGN



БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ



ИНФЕКЦИОННОЕ ВЕЩЕСТВО

Зарегистрировано в Минюсте России 3 апреля 2008 г. N 11459

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 22 января 2008 г. N 3

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ СП 3.4.2318-08

Список изменяющих документов

(в ред. Изменений и дополнений N 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ

от 25.04.2008 N 29, Изменений N 2, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ

от 11.01.2016 N 1, Изменений N 3, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ

от 29.11.2016 N 178)

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 1; 2003, N 2, ст. 167; N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10; N 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, N 1 (ч. I), ст. 21, ст. 29; N 27, ст. 3213; N 46, ст. 5554; N 49, ст. 6070) и Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295; 2005, N 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила "Санитарная охрана территории Российской Федерации. СП 3.4.2318-08" (приложение).

2. Ввести в действие СП 3.4.2318-08 с 1 мая 2008 года.

3. Считать утратившим силу Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30 мая 2003 г. N 108 "О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 3.4.1328-03" <*> с 1 мая 2008 года.

<*> Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской федерации 19 июня 2003 года, регистрационный N 4754.

Г.Г.ОНИЩЕНКО

Приложение
Утверждены
Постановлением
Главного государственного
санитарного врача
Российской Федерации
от 22 января 2008 г. N 3

САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.4.2318-08

Список изменяющих документов

(в ред. Изменений и дополнений N 1, утв. Постановлением
Главного государственного санитарного врача РФ

от 25.04.2008 N 29, Изменений N 2, утв. Постановлением
Главного государственного санитарного врача РФ

от 11.01.2016 N 1, Изменений N 3, утв. Постановлением
Главного государственного санитарного врача РФ

от 29.11.2016 N 178)

I. Область применения

КонсультантПлюс: примечание.
Постановление Правительства РФ от 19.01.1998 N 60 утратило силу в связи с изданием Постановления Правительства РФ от 26.06.2008 N 482, утвердившего Правила установления, открытия, функционирования (эксплуатации), реконструкции и закрытия пунктов пропуска через государственную границу Российской Федерации.

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее - санитарные правила) разработаны в соответствии с Федеральным законом от 30 марта 1999 года "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" N 52-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 2; 2003, N 2, ст. 167; N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10; 2007, N 1, ст. 29; N 27, ст. 3213; N 46, ст. 5554; N 49, ст. 6070); Законом Российской Федерации от 1 апреля 1993 года "О Государственной границе Российской Федерации" N 4730-1 (Ведомости съезда народных депутатов и Верховного Совета Российской Федерации, 29.04.1993, N 17, ст. 594; Собрание законодательства Российской Федерации, 1994, N 16, ст. 1861; 1996, N 50, ст. 5610; 1997, N 29, ст. 3507; N 46, ст. 5339; 1998, N 31, ст. 3805; N 31, ст. 3831; 1999, N 23, ст. 2808; 2000, N 46, ст. 4537; N 32, ст. 3341; 2002, N 1 (ч. I), ст. 2;

N 52 (ч. I), ст. 5134; 2003, N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; N 35, ст. 3607; 2005, N 10, ст. 763; 2007, N 1, ст. 29); Федеральным законом от 15 августа 1996 года "О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию" N 114-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1996, N 34, ст. 4029; 1998, N 4, ст. 531; N 30, ст. 3606; 1999, N 26, ст. 3175; 2003, N 2, ст. 159; N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 27, ст. 2711; 2006, N 27, ст. 2877; N 31 (ч. I), ст. 3420); Федеральным законом от 2 января 2000 года "О качестве и безопасности пищевых продуктов" N 29-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 2, ст. 150, 2002, N 1 (ч. I), ст. 2, 2003, N 2, ст. 167, N 27 (ч. I), ст. 2700, 2004, N 35, ст. 3607, 2005, N 19, ст. 1752, N 50, ст. 5242, 2006, N 1, ст. 10, N 14, ст. 1458; 2007, N 1, ст. 29); Федеральным законом от 17 сентября 1998 года "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" N 157-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 38, ст. 4736; 2000, N 33, ст. 3348; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 1 (ч. I), ст. 25); Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 января 1998 года N 60 "Об утверждении Положения о пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, N 4, ст. 485; N 45, ст. 5521; 2000, N 6, ст. 776); Постановлением Правительства Российской Федерации от 21 декабря 2000 года N 988 "О государственной регистрации новых пищевых продуктов, материалов и изделий" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001 (ч. I), ст. 124; N 18, ст. 1863; 2002, N 3, ст. 222; 2003, N 7, ст. 653); Постановлением Правительства Российской Федерации от 15 сентября 2005 года N 569 "О Положении об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, N 39, ст. 3953); Постановлением Правительства Российской Федерации от 4 апреля 2001 года N 262 "О государственной регистрации отдельных видов продукции, представляющих потенциальную опасность для человека, а также отдельных видов продукции, впервые ввозимых на территорию Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2001, N 17, ст. 1711; N 28, ст. 2895; 2002, N 3, ст. 222; 2003, N 7, ст. 653); Постановлением Правительства Российской Федерации от 19 августа 2005 года N 529 "Об организации и контроле за введением и отменой ограничительных мероприятий (карантина) по предписанию территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, N 34); Постановлением Правительства Российской Федерации от 2 февраля 2005 года N 50 "О порядке применения средств и методов контроля при осуществлении пропуска лиц, транспортных средств, грузов, товаров и животных через государственную границу Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2005, N 6); Приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 31 декабря 2006 года N 893 "Административный регламент Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека исполнения государственной функции по осуществлению санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации" (зарегистрирован в Министерстве юстиции Российской Федерации 19 января 2007 года, регистрационный N 8803); требованиями Международных медико-санитарных правил (2005 г.).

1.2. Санитарные правила распространяются на:

1.2.1. Инфекционные болезни (далее - Болезни), которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - Чрезвычайные ситуации), требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации (Приложение N 1).

1.2.2. Болезни и другие события, требующие принятия решений для оценки и уведомления о выявлении Чрезвычайных ситуаций. Схема принятия решений прилагается (Приложение N 2).

1.2.3. Чрезвычайные ситуации, связанные с ввозом на территорию Российской Федерации товаров и грузов, представляющих риск для здоровья населения.

1.3. Санитарные правила устанавливают основные требования к организационным, санитарно-противоэпидемическим (профилактическим) мероприятиям по санитарной охране территории Российской Федерации.

1.4. Санитарные правила применяют при проведении:

санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации;

санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий на территории Российской Федерации в целях санитарной охраны.
1.5. Соблюдение санитарных правил обязательно для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.
1.6. За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность в соответствии с законодательством Российской Федерации (статья 55 Федерального закона от 30.03.99 "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" N 52-ФЗ).
1.7. Мероприятия по предотвращению распространения чумы из ее природных очагов на территории Российской Федерации и других особо опасных инфекционных болезней, которые могут вызвать Чрезвычайные ситуации, проводят в соответствии с санитарными правилами и другими актами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

II. Общие требования

2.1. Санитарная охрана территории Российской Федерации направлена на предупреждение заноса на территорию Российской Федерации и распространения на территории Российской Федерации инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также на предотвращение ввоза на территорию Российской Федерации и реализации на территории Российской Федерации товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека (далее - опасные грузы и товары).
2.2. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека является Координатором по Международным медико-санитарным правилам (2005 г.), далее - ММСП (2005 г.), в Российской Федерации и осуществляет связь с Европейским региональным бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), которое является для Российской Федерации Координатором ВОЗ по ММСП (2005 г.), для взаимного обмена экстренной информацией, касающейся Чрезвычайных ситуаций и применения ММСП (2005 г.) на территории Российской Федерации.
2.3. В случае выявления болезней неясной этиологии, представляющих опасность для населения страны и угрозу международного распространения, характеризующихся тяжелым течением и высокой летальностью, а также тенденцией к быстрому распространению, или болезней, не предусмотренных настоящими санитарными правилами, санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводят в соответствии с правовыми актами Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
2.4. Не допускают к ввозу на территорию Российской Федерации опасные грузы и товары, ввоз которых на территорию страны запрещен законодательством Российской Федерации, а также грузы и товары, в отношении которых при проведении санитарно-карантинного контроля установлено, что их ввоз на территорию Российской Федерации создает угрозу возникновения и распространения инфекционных болезней или массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) (статья 30 Федерального закона от 30.03.99 "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" N 52-ФЗ).
2.5. Санитарно-эпидемиологические требования к товарам, веществам, отходам и другим грузам, ввозимым на территорию Российской Федерации, регламентируются правовыми актами Российской Федерации.
2.6. При невыполнении требований, предусмотренных санитарными правилами, может быть запрещен въезд иностранных граждан в Российскую Федерацию и выезд из Российской Федерации транспортных средств, а также ввоз в Российскую Федерацию и вывоз из Российской Федерации товаров, веществ, отходов, других грузов, багажа и международных почтовых отправлений (статьи 26, 27 Федерального закона от 05.08.96 "О порядке выезда из Российской Федерации и въезда в Российскую Федерацию" N 114-ФЗ и статьи 32 Федерального закона от 08.12.2003 "Об основах государственного регулирования внешнеторговой деятельности" 164-ФЗ).

III. Информационное обеспечение мероприятий

по санитарной охране территории Российской Федерации

3.1. Должностные лица, осуществляющие государственный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, в случае обращения к ним лиц с жалобами на состояние здоровья, немедленно информируют должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль.
3.2. При выявлении случая Болезни (подозрения на нее, носительство возбудителя) лечебно-профилактическая организация независимо от формы собственности направляет внеочередное донесение о возникновении Чрезвычайной ситуации в течение 2 часов после установления факта Чрезвычайной ситуации в органы и учреждения Роспотребнадзора (Управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, ФГУЗ "Центр гигиены и эпидемиологии", в противочумное учреждение).
3.3. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обеспечивает в течение 24 часов информирование Контактного пункта ВОЗ по ММСП (2005 г.), а по запросам - дипломатических миссий и консульств иностранных государств на территории Российской Федерации, о возникновении Чрезвычайных ситуаций, связь с Контактным пунктом ВОЗ по ММСП (2005 г.) осуществляется в круглосуточном режиме.
3.4. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека обеспечивает в установленном порядке оперативное информирование органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органов управления здравоохранением:
об изменениях эпидемической обстановки по Болезням за рубежом и в Российской Федерации;
о странах, имеющих зараженные районы;
о Чрезвычайных ситуациях эпидемического характера за рубежом и в Российской Федерации, а также о событиях санитарно-гигиенического порядка, представляющих угрозу для санитарно-эпидемиологического благополучия населения на территории Российской Федерации, имеющих международное значение.
3.5. Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека доводит список эпидемически неблагополучных стран, рекомендованный ВОЗ, и перечень инфекционных (паразитарных) болезней, требующих проведения профилактических прививок или приема профилактических средств (противомалярийных препаратов), до всех заинтересованных ведомств, обеспечивающих поездки за рубеж.
3.6. При информировании лиц, совершающих поездку за рубеж, управления Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации, органы управления здравоохранением, авиакомпании, турагентства обращают внимание на риски для здоровья по маршруту следования, связанные с Болезнями, и меры профилактики.

IV. Санитарно-эпидемиологические требования

в пунктах пропуска через государственную границу

4.1. Санитарно-эпидемиологические требования в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации предъявляют к территории пункта пропуска, транспортным организациям, транспортным средствам международных сообщений, членам экипажей морских (речных), воздушных судов, поездных бригад, водителям автотранспорта, а также к лицам, совершающим международные поездки, и перевозимым через границу их багажу, товарам и

грузам.
4.2. В пунктах пропуска обеспечивают:
надлежащее санитарное состояние территории и находящихся на ней объектов;
защиту территории транспортных организаций, а также расположенных на ней зданий, сооружений и транспортных средств от проникновения и распространения грызунов, насекомых и проведение мероприятий по борьбе с грызунами, комарами и другими членистоногими в соответствии с установленными требованиями;
питьевым водоснабжением, объектами питания, общественными туалетами, отвечающими требованиям санитарных правил;
эффективной системой удаления и обеззараживания экскрементов, отбросов, сточных вод, забракованных пищевых продуктов и других факторов риска для здоровья человека;
проведение профилактической (ежегодно) и по эпидемиологическим показаниям дезинфекции, дезинсекции, дератизации;
подготовку экипажей транспортных средств по вопросам профилактики Болезней и проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении этих Болезней (или подозрении на них).
4.3. Исполнение санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации возложено на должностных лиц управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации и по железнодорожному транспорту, создающих специальные подразделения (санитарно-карантинные пункты - СКП, пограничные санитарно-карантинные пункты - ПСКП, санитарно-карантинные отделы - СКО), функционирующие в соответствии с характером и схемой деятельности пунктов пропуска через Государственную границу Российской Федерации.
4.4. Взаимодействие должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска, с должностными лицами, осуществляющими пограничный, таможенный, ветеринарный, карантинный фитосанитарный, миграционный и транспортный контроль, осуществляется в установленном порядке.
Взаимодействие должностных лиц на автостанциях, автовокзалах, железнодорожных станциях и вокзалах, аэропортах, морских портах на международных и внутренних рейсах Российской Федерации осуществляется в соответствии с комплексным планом мероприятий по санитарной охране территории (далее - Межведомственный план), который должен быть разработан и согласован в рамках межведомственного взаимодействия на указанных транспортных объектах.
(абзац введен Изменениями N 2, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2016 N 1)
4.5. Санитарно-карантинный контроль лиц, транспортных средств, товаров и грузов в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации осуществляется до проведения иных видов государственного контроля.
4.6. Помещения, сооружения и материально-технические средства в пункте пропуска через Государственную границу Российской Федерации, необходимые для проведения комплекса организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение заноса и распространения на территории Российской Федерации инфекционных заболеваний, представляющих потенциальную опасность для населения, а также на предотвращение ввоза на территорию Российской Федерации товаров, биологических, химических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека, должны соответствовать установленным требованиям.
4.7. Организацию санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации осуществляют:
по постоянной схеме при наличии регулярных транспортных перевозок;
по временной схеме (выездные бригады - группы специалистов, определенные приказом органов Роспотребнадзора) при поступлении информации о международных транспортных средствах, прибывающих или убывающих за рубеж, от администрации пункта пропуска, таможенных органов или пограничной службы.
4.8. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации:

получают от администрации аэропортов, морских, речных (озерных) портов, железнодорожных, автомобильных вокзалов и станций, других транспортных организаций ежесуточные сводки движения транспортных средств;
организуют проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении больных (подозрительных) Болезнями на транспортном средстве и в пункте пропуска через Государственную границу Российской Федерации;
обеспечивают контроль готовности изолятора для временной изоляции выявленных больных, лиц с подозрением на Болезнь;
утверждают оперативные планы противоэпидемической готовности российских транспортных средств, осуществляющих международные рейсы;
проводят контроль противоэпидемической готовности российских транспортных средств, осуществляющих международные перевозки в страны, имеющие зараженные районы, в том числе оснащения защитной одеждой, необходимым медицинским оборудованием, лекарственными и профилактическими препаратами, дезинфекционными, дезинсекционными средствами и ратицидами;
организуют проведение подготовки экипажей транспортных средств по вопросам профилактики Болезней и проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении случаев Болезней (или подозрении на них);
проводят контроль за подготовкой членов экипажей морских (речных), воздушных судов, поездных бригад, водителей автотранспорта по вопросам эпидемиологии, профилактики и проведения противоэпидемических мероприятий при возникновении Болезней в пути следования транспортных средств;
осуществляют государственный санитарно-эпидемиологический надзор за территорией пункта пропуска, объектами инфраструктуры пункта пропуска, транспортными предприятиями в пункте пропуска, транспортными средствами международного сообщения, находящимися на территории пункта пропуска;
контролируют выполнение требований санитарных правил перевозки химических, биологических веществ, радиоактивных материалов, грузов;
осуществляют санитарно-карантинный контроль ввозимых товаров, химических, биологических веществ и радиоактивных материалов, отходов и иных грузов, представляющих потенциальную опасность для человека;
организуют по показаниям проведение лабораторно-инструментального контроля грузов, товаров и материалов, прибывающих из контаминированных <*> районов в результате химических и биологических аварий;

<*> Справочно: В соответствии с ММСП (2005 г.) контаминация означает наличие инфекционного или токсичного агента на поверхности тела человека или животного, в продукте или на продукте, приготовленном для потребления, или на других неодушевленных предметах, включая перевозочные средства, который может представлять риск для здоровья населения.

при выявлении нарушений санитарного законодательства выдают предписания с целью недопущения завоза Болезней, носителей и переносчиков возбудителей Болезней, а также грузов и товаров, запрещенных для реализации на территории Российской Федерации, грузов, признанных опасными для здоровья населения после проведения инструментально-лабораторных методов контроля;
осуществляют контроль за безопасным удалением любых контаминированных и подозрительных на контаминацию объектов из транспортных средств (воды, продуктов питания, отходов жизнедеятельности людей или животных, сточных вод и других объектов);
получают от диспетчеров (дежурных) аэропортов, морских, речных (озерных) портов, железнодорожных вокзалов, автовокзалов и автостанций, других транспортных организаций информацию о наличии на транспортных средствах больных с подозрением на Болезнь.
(абзац введен Изменениями N 2, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2016 N 1)
4.9. Руководители транспортных организаций, операторы перевозки, владельцы транспортных

средств, осуществляющих международные перевозки, обеспечивают:
соответствие транспортных средств, допущенных в международный рейс, санитарно-гигиеническим требованиям;
противоэпидемическую готовность транспортных средств;
оперативное информирование должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль, о каждом случае заболевания среди членов экипажей и пассажиров и санитарно-эпидемиологической обстановке на транспортном средстве;
разработку и корректирование не реже 1 раза в год оперативных планов противоэпидемической готовности российских транспортных средств, осуществляющих международные рейсы;
подготовку членов экипажей (бригад, водителей) транспортных средств по вопросам профилактики Болезней и проведения первичных противоэпидемических мероприятий;
проведение мероприятий по недопущению загрязнения окружающей среды (акватории портов, территорий аэропортов, железнодорожных станций и автовокзалов) сточными хозяйственно-бытовыми и балластными водами, мусором;
защиту транспортных средств от проникновения и распространения грызунов, насекомых-переносчиков;
проведение профилактической и по эпидемиологическим показаниям дезинфекции, дезинсекции, дератизации транспортного средства;
проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случае выявления в пути следования среди пассажиров или членов экипажа (бригад) Болезней;
химиопрофилактику малярии членам экипажа до и во время рейса на транспортных средствах, заходящих в порты эндемичных по малярии стран;
проведение по показаниям деконтаминации <*> транспортного средства.

<*> Справочно: "деконтаминация" - в соответствии с ММСП (2005 г.) означает процедуру, имеющую цель устранить инфекционный или токсичный агент на поверхности тела человека или животного, в продукте или на продукте, приготовленном для потребления, или на других неодушевленных предметах, включая перевозочные средства, который может представлять риск для здоровья населения.

4.10. Администрация пунктов пропуска обеспечивает:
надлежащее санитарное состояние территории пункта пропуска и расположенных на ней объектов;
выделение и оборудование в морских и речных портах, аэропортах, железнодорожных и автодорожных вокзалах и станциях, открытых для международного сообщения, санитарных причалов, стоянок, тупиков, площадок, в соответствии с установленными требованиями, для временной изоляции транспортных средств и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включая дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию транспортных средств;
защиту территории пункта пропуска и расположенных на них зданий, сооружений от проникновения и распространения грызунов, насекомых-переносчиков;
предупреждение загрязнения окружающей среды (акватории портов, территорий аэропортов, железнодорожных станций и автовокзалов) сточными хозяйственно-бытовыми и балластными водами, мусором;
предоставление помещений на территории пункта пропуска для размещения персонала, осуществляющего санитарно-карантинный контроль, и временной изоляции больного;
выделение в распоряжение медицинских учреждений транспорта (автомашина, катер) для оперативного проведения санитарно-карантинного контроля (противоэпидемических мероприятий);
эффективную систему удаления и обеззараживания экскрементов, отбросов, сточных вод, забракованных пищевых продуктов и других опасных для здоровья людей объектов;
выделение специальных мест для перегрузки опасных грузов и соблюдение условий их временного хранения;
выделение помещения (пункта) для временного содержания пассажиров из числа иностранных

граждан, не допущенных к паспортному контролю по состоянию здоровья;
в зоне прямого транзита в любом аэропорту выделение помещений для размещения людей и животных.
4.11. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, при наличии реальной угрозы заноса Болезней и возникновения Чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения могут подвергнуть санитарно-карантинному контролю по прибытии любое транспортное средство, товары и грузы, а также любое лицо, прибывшее международным рейсом.
4.12. Ответственные члены экипажа транспортного средства заблаговременно информируют аэропорт, порт, железнодорожный вокзал, автовокзал, автостанцию прибытия о каждом случае болезни на борту, в поезде, автобусе по рекомендованным формам, а также о санитарном состоянии на транспортном средстве. Руководители транспортных организаций обеспечивают немедленную передачу полученной информации о случаях подозрения на болезнь администрации аэропорта, вокзала, порта, станции, а также должностным лицам, на которых возложено проведение санитарно-карантинного контроля в пункте пропуска через государственную границу.
Администрация аэропорта, вокзала, порта, станции обеспечивает:
- прибытие непосредственно к транспортному средству бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционными больными);
- прибытие транспорта для перевозки условно здоровых пассажиров, подвергшихся риску заражения, в медицинскую организацию для наблюдения в условиях изоляции. Определение и количество лиц для изоляции, а также ее сроки устанавливает должностное лицо, осуществляющее санитарно-карантинный контроль, о чем вносит соответствующие предложения представителям транспортной и медицинской организаций в виде предписаний.
(п. 4.12 в ред. Изменений N 2, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2016 N 1)
4.13. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, на основе сведений, полученных от ответственного члена экипажа транспортного средства до его прибытия, об отсутствии на нем больных, подозрительных на Болезни, насекомых - переносчиков этих Болезней, павших грызунов, радиационных и химических аварий при перевозках опасных грузов, дают разрешение на право свободной практики в морском, речном порту, аэропорту, на автовокзале, железнодорожном вокзале (станции).
4.14. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, при получении информации об отсутствии на транспортном средстве до его прибытия в пункт пропуска больных, радиационных и химических аварий при перевозках опасных грузов не применяют медико-санитарные меры к:
воздушным судам, прибывающим из незараженных районов;
транзитным воздушным судам в случаях, если нахождение судна будет ограничено определенной зоной аэропорта без права посадки или высадки пассажиров, погрузки или разгрузки грузов; любому такому воздушному судну разрешается взять на борт под контролем должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль, запасы топлива, воды, продовольствия;
морским (речным) судам, следующим из незараженных районов и (или) проходящим морским путем или по внутренним путям в порт, находящийся на территории другого государства;
морским (речным) судам, проходящим без захода в порт или высадки членов экипажа и пассажиров на берег;
наземным транспортным средствам, прибывающим из незараженных районов и пересекающим территорию без посадки и высадки пассажиров, погрузки или выгрузки товаров и грузов.
4.15. Транспортное средство, прибывшее из страны, от которой имеется уведомление о событиях, которые могут представлять собой Чрезвычайную ситуацию, а также имеющее на борту товары, химические, биологические и радиоактивные вещества, отходы и иные грузы, представляющие опасность для здоровья населения, подлежит обязательному санитарно-карантинному контролю.

4.16. Санитарно-карантинный контроль прибывающих транспортных средств включает:
оценку информации, получаемой от экипажей транспортных средств (командира или ответственного лица) до его прибытия, согласно сведениям Морской медико-санитарной декларации, Медико-санитарной части общей декларации воздушного судна, санитарного и рейсового журналов на железнодорожном транспорте;
проверку по прибытии перечисленных медико-санитарных документов, на морских судах - свидетельства о прохождении судном санитарного контроля/свидетельства об освобождении судна от санитарного контроля;
проверку санитарного и рейсового журналов на железнодорожном транспорте, журналов регистрации обращений за медицинской помощью на пассажирских морских (речных) судах;
проведение при необходимости медицинского осмотра - опроса, термометрии, проверки международных свидетельств о вакцинации или профилактике - членов экипажа, работников поездных и локомотивных бригад, водителей автотранспорта, пассажиров;
визуальный осмотр транспортных средств (пищеблока, систем водоснабжения, сбора и удаления всех видов отходов), контейнеров, грузов и товаров, ввозимых на территорию Российской Федерации, не связанный со вскрытием грузовых помещений транспортного средства и с нарушением упаковки грузов и товаров, в том числе осмотр на наличие носителей и переносчиков возбудителей Болезней (грызунов, комаров) или следов их пребывания;
проверку в случае, когда перевозимый груз представляет потенциальную опасность для здоровья населения - товарно-транспортных и иных документов, наличие и ведение которых регламентируется санитарно-эпидемиологическими правилами, иными нормативными правовыми актами;
радиационный контроль транспортных средств, перевозимых грузов и товаров;
досмотр при необходимости транспортных средств, грузов и товаров в целях установления соответствия санитарным правилам, связанный со снятием пломб, печатей, вскрытием упаковки грузов и товаров либо емкостей, контейнеров и других мест;
индикацию при необходимости потенциально опасных химических веществ с целью выявления контаминации транспортного средства, груза;
отбор при необходимости проб грузов, товаров (в том числе продовольственного сырья и пищевых продуктов) для проведения экспертизы в целях определения их качества, соответствия санитарным требованиям, выявления токсических веществ;
отбор при необходимости для исследований проб воздуха, воды и почвы на территории пункта пропуска.
4.17. По результатам санитарно-карантинного контроля должностным лицом, осуществляющим его, принимается решение:
о выдаче разрешения на посадку или высадку пассажиров, разгрузку или погрузку грузов, багажа или запасов (свободная практика согласно определению ММСП - 2005 г.) воздушным судам - в аэропорту, морским, речным судам - в морском (речном) порту, автотранспорту и железнодорожному транспорту - на авто- и железнодорожной станции;
о необходимости отведения транспортного средства на санитарную стоянку, санитарный причал, санитарную площадку, санитарный тупик для проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
о выдаче предписания о санитарных правонарушениях должностным, юридическим лицам и гражданам, создавшим угрозу санитарно-эпидемиологическому благополучию населения;
о подготовке материалов для привлечения к административной или уголовной ответственности лиц, допустивших санитарные правонарушения требований Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", настоящих санитарных правил.
4.18. При выезде с территории Российской Федерации должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, проверяют:
на морских судах - свидетельство о прохождении судном санитарного контроля/свидетельство об освобождении судна от санитарного контроля, морскую медико-санитарную декларацию, санитарное свидетельство на право эксплуатации судна, протокол санитарно-гигиенического обследования соответствующего оборудования морского (речного) судна для предотвращения опасности попадания возбудителей Болезней в объекты окружающей среды;

на воздушных судах - медико-санитарную часть общей декларации воздушного судна с отметкой о последней проведенной профилактической дезинфекции, дезинсекции или других санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, примененных к судну;
на железнодорожном транспорте - санитарный журнал;
международные свидетельства о вакцинации или профилактике у пассажиров и экипажа транспортного средства, выезжающего в эпидемически неблагополучные страны, отсутствие у пассажира международного свидетельства о вакцинации или профилактике не является препятствием для выезда.
4.19. Наличие документа о вакцинации против Болезней обязательно для каждого члена экипажа транспортного средства, пользующегося любым портом, аэропортом, железнодорожными или автодорожными вокзалами и станциями, расположенными в эпидемически неблагополучных странах.
4.20. Юридические лица и индивидуальные предприниматели, направляющие граждан в страны, неблагополучные по Болезням, а также осуществляющие туроператорскую и турагентскую деятельность, при организации поездок в страны, неблагополучные по Болезням, извещают граждан о санитарно-эпидемиологической обстановке и возможном риске заражения в странах, куда они направляются, симптомах Болезней, мерах личной профилактики, действиях в случае заболевания и необходимости вакцинации.
4.21. На автодорожных и железнодорожных вокзалах, станциях и переходах выезд транспортных средств допускают без проведения санитарно-карантинного контроля, если иное решение не принято по санитарно-эпидемиологическим показаниям (наличие больных и подозрительных на заражение возбудителями Болезней, насекомых-переносчиков, грызунов, следов их пребывания, при наличии опасных грузов в поврежденной упаковке с признаками утечки содержимого).
4.22. По результатам санитарно-карантинного контроля должностное лицо, осуществляющее его, принимает решение об отведении (постановке) транспортного средства на санитарный причал, санитарную стоянку, санитарную площадку, санитарный тупик, если перед убытием на нем выявлено:
наличие лиц с подозрением на Болезнь и (или) возможность проникновения на транспортное средство носителей или переносчиков возбудителей этих Болезней;
неудовлетворительное санитарное состояние осмотренных участков транспортного средства, которое может привести к угрозе возникновения и распространения инфекционных, массовых неинфекционных болезней (отравлений) среди экипажа и пассажиров.
4.23. В случаях отсутствия возможностей для осуществления противоэпидемических мероприятий, дезинфекции, дезинсекции, дератизации возможна выдача разрешения на выезд при соблюдении следующих условий:
во время отправления транспортного средства направляют сообщение в следующий пункт въезда; обнаруженные факты и необходимые меры контроля указывают в медико-санитарной части общей декларации воздушного судна, морской медико-санитарной декларации морского (речного) судна или свидетельстве о прохождении судном санитарного контроля, санитарном журнале поезда.

V. Требования по предупреждению заноса и распространения Болезней

5.1. При выявлении больного (подозрительного) Болезнью на морском судне в рейсе проводятся следующие мероприятия:
- немедленная изоляция до прибытия в ближайший пункт назначения, где имеются условия для его госпитализации и лечения; место изоляции должно быть недоступно для комаров;
- немедленное информирование о больном порта приписки и близлежащих портов, через порт устанавливается связь с организациями эпидемиологического профиля для согласования действий в рамках проведения первичных противоэпидемических мероприятий;
- силами имеющихся на судне медицинских работников у больного до начала лечения

осуществляется забор биологического материала и его хранение в соответствии с требованиями безопасности. В случае отсутствия медицинских работников или условий для хранения материала - отбор проб не проводится;
- лица, бывшие в тесном контакте с больным, изолируюся в каютах и других помещениях; за всеми лицами, общавшимися с больным, устанавливается медицинское наблюдение; лицам, общавшимся с больным, по показаниям проводится экстренная профилактика;
- на судне проводится дезинфекция, а при обнаружении грызунов (следов их жизнедеятельности) или насекомых-переносчиков - дератизация и дезинсекция; обнаруженные павшие грызуны собираются и помещаются в отдельные емкости (пакеты).
(в ред. Изменений N 3, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.11.2016 N 178)
(п. 5.1 в ред. Изменений N 2, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2016 N 1)
5.2. При выявлении больного на грузовом судне член экипажа, ответственный за медицинское обеспечение, принимает меры по изоляции больного, оказывает ему первую помощь и обеспечивает наблюдение за лицами, общавшимися с ним.
5.3. При обнаружении больного в самолете, автобусе, железнодорожном вагоне принимают меры для его временной изоляции в свободном отсеке или на заднем сиденье самолета, салона автобуса, в купе поезда до прибытия в ближайший пункт назначения по пути следования, где есть условия для его госпитализации и лечения; за лицами, общавшимися с больным, устанавливают медицинское наблюдение во время рейса и далее по месту их жительства до окончания инкубационного периода.
5.4. Иностранные граждане, подозрительные на заболевание, госпитализируются в соответствии с законодательством Российской Федерации. При несогласии оформляется письменный отказ от госпитализации в присутствии представителей пограничной службы при информировании (присутствии) представителя посольства или консульства. Указанный иностранный гражданин не допускается для въезда в страну и может быть временно помещен в медицинский изолятор на территории пункта пропуска до решения вопроса о его возвращении в страну выезда.
(п. 5.4 в ред. Изменений N 2, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2016 N 1)
5.5. По прибытии на территорию Российской Федерации транспортного средства, на котором имеются больные (подозрительные) Болезнью или павшие грызуны, принимаются следующие меры:
(п. 5.5 в ред. Изменений N 3, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.11.2016 N 178)
5.5.1. Экипаж транспортного средства:
- до прибытия информирует диспетчеров (дежурных) портов, аэропортов, вокзалов о наличии больных;
- отводит транспортное средство по решению администрации (аэропорта, вокзала, порта, станции, пункта пропуска) к санитарному причалу, на санитарную стоянку, санитарную площадку, санитарный тупик;
- приостанавливает выход членов экипажа и пассажиров, выгрузку багажа, грузов до получения разрешения должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль.
5.5.2. Администрация аэропорта, вокзала, порта, станции:
- обеспечивает немедленное информирование должностных лиц, осуществляющих санитарно-карантинный контроль;
- обеспечивает готовность медицинского персонала транспортного узла к освидетельствованию больного, а также готовность изолятора медицинского пункта к приему больных;
- обеспечивает вызов бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционными больными) и ее подъезд непосредственно к транспортному средству;
- обеспечивает вызов специализированной организации для проведения дезинфекции транспортного средства, предусмотренной Межведомственным планом при выявлении

инфекционных больных на транспортном средстве;
- обеспечивает вызов транспортных средств для перевозки лиц, подвергшихся риску заражения и нуждающихся в изоляции на базе медицинской организации, предусмотренной Межведомственным планом при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве.
5.5.3. Администрация пункта пропуска:
- организует охрану находящихся в транспортном средстве лиц до окончания проведения противоэпидемических мероприятий;
- приостанавливает проведение всех видов государственного контроля в пунктах пропуска (пограничного, таможенного, ветеринарного, фитосанитарного, миграционного).
5.5.4. Органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья граждан, на территории которого зарегистрирован случай выявления больного на борту транспортного средства, обеспечивают:
- готовность бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционными больными) в постоянном режиме (в зависимости от расписания прибытия транспортных средств);
- готовность медицинской организации, обозначенной в межведомственном плане противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве к приему инфекционных больных;
- готовность медицинской организации, обозначенной в межведомственном плане противоэпидемических мероприятий при выявлении инфекционных больных на транспортном средстве, к приему лиц, подвергшихся риску заражения;
- наличие и ведение соответствующей медицинской документации на всех этапах оказания медицинской помощи больному;
- осуществление медицинского наблюдения за пассажирами и членами экипажа (бригады) в течение инкубационного периода Болезни с момента прибытия или их изоляции и назначения экстренной профилактики по эпидемиологическим показаниям; изоляция и наблюдение могут быть отменены в случае снятия диагноза после получения результатов лабораторных исследований.
5.5.5. Должностные лица, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в том числе санитарно-карантинный контроль:
- при получении информации о наличии на борту транспортного средства больного (подозрительного на заболевание) лица немедленно информируют управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, при подозрении на опасную инфекцию (при наличии данных эпидемиологического анамнеза и соответствующей клинической картине) - Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека;
- поднимаются (входят) на транспортное средство вместе с врачом медицинского пункта или бригады скорой (неотложной) помощи (специализированной инфекционной или со специально обученным персоналом с наличием средств индивидуальной защиты (маски, перчатки, костюмы) для работы с инфекционными больными), при подозрении на опасную инфекцию все специалисты работают в соответствующих средствах защиты;
- на транспортном средстве знакомятся с документами, проводят опрос и анкетирование контактных с больным лиц;
- принимают решение об ограничительных мероприятиях, в том числе количестве контактных лиц, подлежащих изоляции в соответствии с Приложением 7, на основании предварительного диагноза, выставленного врачом и внесенного в переданную сотрудникам санитарно-карантинного контроля форму "извещения о случае инфекционного заболевания";
(в ред. Изменений N 3, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.11.2016 N 178)
- на основании предварительного диагноза определяют перечень мер, необходимых для локализации и ликвидации эпидемического очага, которые вносят в форме предписания соответствующим юридическим и должностным лицам;
- проводят эпидемиологическое расследование эпидемического очага, запрашивают и получают необходимую дополнительную информацию у юридических и должностных лиц, осуществляют

контроль за проведением противоэпидемических мероприятий на транспортном средстве и в транспортном узле, в том числе дезинфекционных мероприятий, изоляции и медицинского наблюдения за лицами, подвергшимися риску заражения;
- по итогам расследования и работы в очаге готовят окончательное донесение в управление Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации, при опасных инфекциях - в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
(п. 5.5 в ред. Изменений N 2, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2016 N 1)
5.6. Лица, подлежащие медицинскому наблюдению, могут продолжить поездку, если они не представляют реального риска для здоровья населения; эти лица сообщают должностному лицу, осуществляющему санитарно-карантинный контроль, маршрут своего следования, адрес постоянного или временного места жительства в течение всего инкубационного периода Болезни, в случае отсутствия адреса - название командировавшей или принимающей организации; информацию доводят до учреждения здравоохранения по маршруту следования.
5.7. Дезинсекцию, дератизацию, дезинфекцию проводят по предписанию должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль, предприятия дезинфекционного профиля.
5.8. Дератизацию морских, речных судов проводят при пустых трюмах, кроме случаев, когда невозможна разгрузка; на морских, речных судах, заполненных балластом, дератизацию проводят до погрузки.
5.9. Заключительную дезинфекцию (дезинсекцию, дератизацию) транспортного средства, грузов, багажа, в том числе постельных принадлежностей, проводят после их выгрузки на перрон в зоне санитарной стоянки, санитарного причала, санитарной площадки, санитарного тупика.
5.10. Дезинсекцию, дератизацию, дезинфекцию и другие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводят таким образом, чтобы избежать причинения вреда, или создания дискомфорта для лиц, или же нанесения ущерба окружающей среде, который может оказать воздействие на здоровье населения, или ущерба для багажа, грузов, контейнеров, перевозочных средств, товаров и почтовых посылок.
5.11. После завершения дезинфекции, дезинсекции, дератизации должностное лицо, осуществляющее санитарно-карантинный контроль, делает отметку в международных медико-санитарных документах транспортного средства.
5.12. По окончании проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий должностное лицо, осуществляющее санитарно-карантинный контроль, выдает разрешение транспортному средству начать посадку пассажиров, погрузку грузов, багажа, запасов в аэропорту, морском (речном) порту, на автовокзале, железнодорожном вокзале.
5.13. На транспортном средстве, заходящем в порты эндемичных по малярии стран, обеспечивают:
- проведение экипажу химиопрофилактики до и во время рейса;
- информирование пассажиров о правилах и схемах химиопрофилактики в портах захода;
- запись в индивидуальных картах членов экипажа (бригад) о сроках пребывания в эндемичных районах и применяемой химиопрофилактике (препарат, доза, регулярность и продолжительность приема);
- применение экипажами и пассажирами репеллентов во время стоянки судна (самолета) в порту (аэропорту), где имеется риск заражения малярией.
5.14. Противоэпидемические мероприятия при выявлении случая смерти на транспортном средстве больного от инфекционной (паразитарной) болезни, прибывшем на территорию Российской Федерации, включают:
снятие и транспортирование трупа эвакуационной бригадой в морг инфекционного стационара, предусмотренного для вскрытия больных особо опасными инфекционными болезнями, с соблюдением требований биологической безопасности;
проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, как и при наличии больного.

VI. Мероприятия в отношении грузов и товаров

6.1. В отношении грузов и товаров санитарно-эпидемиологические требования предъявляют:
если есть санитарно-эпидемиологические основания считать, что эти грузы, товары, отходы и вещества могли быть контаминированы возбудителями Болезни (наличие насекомых, грызунов и следов их пребывания);
в отношении товаров и грузов, потенциально опасных для здоровья населения;
в случае если имеется превышение допустимых значений мощности излучения и поверхностного загрязнения радионуклидами при перевозке радиоактивных материалов;
при наличии грузов в поврежденной упаковке с признаками утечки содержимого.
6.2. Получатель груза, прибывшего из страны, неблагополучной по Болезням, Чрезвычайным ситуациям, обнаруживший при вскрытии контейнера или лихтера насекомых, переносчиков или носителей возбудителей Болезней, ставит в известность об этом территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.
6.3. Санитарно-эпидемиологические требования и меры применяют к почтовым посылкам с нарушенной целостностью, содержащим белье, одежду или постельные принадлежности, бывшие в употреблении, и которые поступили из стран, имеющих зараженные районы, или из зон эпидемий.
6.4. Багаж пассажиров, товары и грузы, прибывшие из стран, от которых поступили уведомления о событиях, которые могут представлять собой Чрезвычайную ситуацию, при наличии эпидемиологических показаний подвергают дезинфекции, дезинсекции и дератизации.
6.5. Санитарно-карантинный контроль товаров и грузов, потенциально опасных для здоровья населения, осуществляют в специально оборудованных и предназначенных для этих целей пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, специализированных по видам перемещаемых грузов, товаров и животных; необходимость санитарно-карантинного контроля грузов и товаров определяют при получении информации от таможенной, пограничной служб, при наличии - из межведомственной информационной системы о перемещаемых через государственную границу грузах, товарах и животных, внесение данных в которую обеспечивают органы таможенного контроля.
6.6. Таможенное оформление может быть завершено только после осуществления санитарно-карантинного, карантинного фитосанитарного, ветеринарного и других видов государственного контроля ввоза товаров на таможенную территорию Российской Федерации или их вывоза с этой территории, если товары подлежат такому контролю в соответствии с федеральными законами и иными правовыми актами Российской Федерации (статья 66 Таможенного кодекса Российской Федерации (Собрание законодательства Российской Федерации, 2003, N 22, ст. 2066, N 52 (ч. I), ст. 5038; 2004, N 27, ст. 2711, N 34, ст. 3533, N 46 (ч. I), ст. 4494)).
6.7. По результатам санитарно-карантинного контроля должностные лица, осуществляющие его, принимают решение о:
возможности ввоза товара, груза;
о временном приостановлении оформления груза в случае отсутствия документов на груз, подтверждающих его безвредность, безопасность и качество, или при их неправильном оформлении или несоответствии фактическому грузу;
необходимости вскрытия для досмотра опломбированные (опечатанные) вагоны, автомобили, трюмы и иные помещения транспортных средств и перевозимые на них грузы;
необходимости отбора проб для исследований;
составлении протокола об административном нарушении санитарного законодательства.
6.8. Должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, не допускают к ввозу на территорию Российской Федерации:
продукцию и товары, не имеющие санитарно-эпидемиологического заключения, а также грузы и товары в случаях выявления нарушений требований санитарных правил, а также опасные грузы и товары;
впервые внедряемую в производство продукцию, ранее не использовавшиеся химические, биологические вещества, отдельные виды продукции, представляющие потенциальную опасность для человека, новые пищевые продукты, материалы и изделия, не имеющие государственной

регистрации;
товары и грузы, содержащие несанкционированные источники ионизирующего излучения и не оформленные в соответствии с действующим законодательством;
опасные грузы в поврежденной упаковке с признаками утечки содержимого;
радиоактивные материалы, имеющие превышение допустимых значений мощности дозы излучения и поверхностного загрязнения радионуклидами.
6.9. По результатам досмотра, связанным со снятием пломб, печатей, вскрытием упаковки грузов и товаров, емкостей, контейнеров, должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, составляют акт в 2 экземплярах; второй экземпляр акта вручают лицу, обладающему соответствующими полномочиями в отношении транспортных средств, грузов и товаров.
6.10. По результатам отбора проб должностные лица, осуществляющие санитарно-карантинный контроль, составляют акт в 2 экземплярах; второй экземпляр акта вручают лицу, обладающему соответствующими полномочиями в отношении грузов и товаров, отобранных в качестве образцов.
6.11. Управления Роспотребнадзора организуют по показаниям проведение лабораторного и инструментального контроля грузов и товаров, прибывающих из зараженных в результате радиоактивных, химических и биологических аварий районов.
6.12. На основании проведенных лабораторных исследований лица, проводившие экспертизу, дают заключение в письменной форме, результаты проведенного исследования проб доводят до сведения таможенных органов.

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

7.1. Органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека при проведении мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации взаимодействуют с соответствующими органами исполнительной власти на территориальном, региональном и федеральном уровнях.
7.2. Мероприятия по санитарной охране территории Российской Федерации носят межведомственный характер, разрабатываются органами и учреждениями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органами управления здравоохранением административных территорий, включаются в комплексные планы мероприятий по санитарной охране территории и утверждаются 1 раз в 5 лет органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.
7.3. В комплексных планах предусматривают проведение санитарно-профилактических мероприятий в благополучный период и период угрозы и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включая ограничительные мероприятия (карантин), по локализации и ликвидации возникших эпидемических очагов Болезней; в комплексных планах предусматривают развертывание в эпидемическом очаге при необходимости противоэпидемической, лабораторной, госпитальной, профилактической служб, а также мероприятий по ликвидации последствий контаминации объектов окружающей среды.
7.4. Санитарную охрану территории Российской Федерации осуществляют в рамках единой системы готовности к Чрезвычайным ситуациям, диагностики, мониторинга и контроля возбудителей особо опасных, зоонозных, природно-очаговых инфекционных болезней, массовых неинфекционных болезней (отравлений) при осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора, санитарно-гигиенического мониторинга, контроля контаминации окружающей среды.

7.5. При выявлении и ликвидации последствий Чрезвычайной ситуации используется лабораторная база учреждений Роспотребнадзора, противочумных учреждений, при необходимости возможно привлечение лабораторной базы других ведомств.
7.6. Структура готовности органов и учреждений Роспотребнадзора и Росздравнадзора в рамках санитарной охраны территории Российской Федерации определяется оперативными планами, в которых предусматривают на всех этапах функционирования формирование настороженности медицинского персонала в отношении Чрезвычайных ситуаций, порядок их выявления на основе клинико-эпидемиологических признаков, введение схемы оповещения, проведение первичных противоэпидемических мероприятий, взятие материала от больных (умерших) и из объектов окружающей среды с использованием медицинского комплекта - универсальной укладки для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни (приложение N 2).
7.7. Органы управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации обеспечивают иммунопрофилактику лиц, совершающих международные поездки, с выдачей Международного свидетельства о вакцинации или профилактике; вакцинацию, меры профилактики проводят только с согласия лица (его опекуна), предварительно информированного о рисках для здоровья, связанных с поездкой, а также с вакцинацией или профилактикой.
7.8. Органы управления здравоохранением в субъектах Российской Федерации организуют и обеспечивают постоянную готовность лечебно-профилактических учреждений к проведению мероприятий в случае возникновения Чрезвычайной ситуации.
7.9. Лечебно-профилактические организации осуществляют:
выявление больных с симптомами Болезней на всех этапах оказания медицинской помощи населению и, прежде всего, среди лиц, прибывших из стран, неблагополучных по Болезням;
госпитализацию, клинико-эпидемиологическое и лабораторное обследование и лечение каждого больного Болезнью;
выявление, изоляцию (при необходимости), обследование, медицинское наблюдение и экстренную профилактику лиц, контактировавших с больными;
провизорную госпитализацию всех больных с сигнальными симптомами Болезней в эпидемическом очаге и медицинское наблюдение за лицами, контактировавшими с ними, в течение инкубационного периода Болезни;
профилактические и противоэпидемические мероприятия по предупреждению внутрибольничного распространения Болезней;
патологоанатомическое вскрытие умерших в установленном порядке от болезней неясной этиологии, подозрительных на особо опасную инфекционную болезнь, с целью установления диагноза и взятия материала для лабораторного исследования; вскрытие, взятие материала, его транспортирование и исследование проводят в установленном порядке с соблюдением требований биологической безопасности;
вскрытие умерших от контагиозных вирусных геморрагических лихорадок и взятие материала от них не производят.
7.10. Органы и учреждения системы государственного санитарно-эпидемиологического надзора осуществляют:
санитарно-эпидемиологическое обследование эпидемического очага Болезни;
выявление и учет лиц, контактировавших с больными;
своевременное проведение комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага Болезни;
организацию и контроль проведения дезинфекции, дезинсекции и дератизации в очаге в соответствии с эпидемиологическими показаниями.
7.11. Ограничительные мероприятия (карантин) вводят в пунктах пропуска через Государственную границу Российской Федерации, на территории Российской Федерации, территории соответствующего субъекта Российской Федерации, муниципального образования, в организациях и на объектах хозяйственной и иной деятельности в случае угрозы возникновения или распространения инфекционных заболеваний.
7.12. Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся (отменяются) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей

решением Правительства Российской Федерации или органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации, органа местного самоуправления, а также решением уполномоченных должностных лиц федерального органа исполнительной власти или его территориальных органов, структурных подразделений, в ведении которых находятся объекты обороны и иного специального назначения.

Приложение N 1
к санитарно-эпидемиологическим правилам
Санитарная охрана территории
Российской Федерации
СП 3.4.2318-08

ПЕРЕЧЕНЬ

ИНФЕКЦИОННЫХ (ПАРАЗИТАРНЫХ) БОЛЕЗНЕЙ, ТРЕБУЮЩИХ ПРОВЕДЕНИЯ

МЕРОПРИЯТИЙ ПО САНИТАРНОЙ ОХРАНЕ ТЕРРИТОРИИ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Список изменяющих документов

(в ред. Изменений N 3, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.11.2016 N 178)

N п/п	Нозологическая форма	Код по МКБ-10 <*>
1.	Оспа	B 03
2.	Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом	A 80
3.	Человеческий грипп, вызванный новым подтипом	J 10; J 11
4.	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)	U 04

5.	Холера	A.00: A.00.0, A00.1, A00.9
6.	Чума	A20: A20.1, A20.2, A20.3, A20.7, A20.8, A20.9
7.	Желтая лихорадка	A95: A95.0, A95.1, A95.9
8.	Лихорадка Ласса	A96.2
9.	Болезнь, вызванная вирусом Марбург	A98.3
10.	Болезнь, вызванная вирусом Эбола	A98.4
11.	Ближневосточный респираторный синдром	
12.	Малярия	B50, B51, B52, B53.0
13.	Лихорадка Западного Нила	A92.3
14.	Крымская геморрагическая лихорадка	A98.0
15.	Лихорадка денге	A90, A91
16.	Лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт)	A92.4
17.	Лихорадка Зика	A92.8
18.	Менингококковая болезнь	A39.0, A39.1, A39.2
19.	Сибирская язва	A22.0, A22.1, A22.2, A22.7, A22.8, A22.9
20.	Бруцеллез	A23.0, A23.1, A23.2, A23.8, A23.9
21.	Сап	A24.0, A24.1, A24.2, A24.3, A24.4
22.	Мелиоидоз	A24.0, A24.1, A24.2, A24.3, A24.4
23.	Эпидемический сыпной тиф	A75.0, A75.1, A75.2, A75.3, A75.9
24.	Лихорадка Хунин	A96.0

25.	Лихорадка Мачупо	A96.1
26.	Другие инфекционные болезни, вызывающие в соответствии с приложением 2 Международных медико-санитарных правил (2005 г.) чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение	

<*> Коды болезней соответствуют "Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем" (десятый пересмотр).

Приложение N 2
к санитарно-эпидемиологическим правилам
Санитарная охрана территории
Российской Федерации
СП 3.4.2318-08

КОМПЛЕКТ МЕДИЦИНСКИЙ

(универсальная укладка для забора материала от людей и из объектов окружающей среды для исследования на особо опасные инфекционные болезни)

N п/п	Наименование предметов	Количество (шт.)
Предметы общего назначения		
1	Кофр для упаковки предметов	2
2	Перчатки латексные	4
3	Защитные костюмы (комбинезоны Тайкем С и Тайвек, сапоги А РТС)	2 + 1
4	Полная маска для защиты органов дыхания и респиратор	2
5	Инструкция по забору материала	1
6	Направление на исследование (бланки)	10
7	Бумага листовая для письма формата А4	10
8	Карандаш простой	1
9	Маркер перманентный	1
10	Лейкопластырь	1

11	Клеенка подкладная	1
12	Нитки	1
13	Спички	1
14	Пластилин	1
15	Спиртовка	
16	Пинцеты анатомический и хирургический	2
17	Скальпель	1
18	Ножницы	1
19	Бикс или контейнер для транспортировки биологического материала	1
20	Стерилизатор	1
Предметы для забора крови		
21	Скарификаторы одноразовые стерильные	10

22	Шприцы объемом 5,0, 10,0 мл одноразовые	по 2
23	Жгут кровоостанавливающий венозный	1
24	Настойка йода 5%	1
25	Спирт-ректификат 96° (100 мл), 70° (100 мл)	по 1
26	Вакуумная пробирка для получения сыворотки крови с иглами и держателями для вакуумных пробирок стерильные	10
27	Вакуумная пробирка с EDTA для забора крови с иглами и держателями для вакуумных пробирок стерильные	10
28	Предметные стекла	10
29	Фиксатор (смесь Никифорова)	1
30	Питательные среды для посева крови (флаконы)	2
31	Салфетки марлевые спиртовые	1 (уп.)
32	Салфетки марлевые стерильные	1 (уп.)
33	Бинт стерильный	1

34	Вата стерильная	1
Предметы для забора биологического материала		
35	Контейнеры для сбора и транспортировки образцов полимерные (полипропиленовые) с завинчивающимися крышками, объем не менее 100 мл, стерильные	10
36	Контейнеры с ложкой для сбора и транспортирования фекалий с завинчивающейся крышкой полимерные (полипропиленовые) стерильные	10
37	Пакеты полиэтиленовые	50
38	Шпатель для языка прямой двусторонний полимерный одноразовый стерильный	4
39	Тампоны свабы без транспортных сред	10
40	Полимерные петли-пробоотборники стерильные	2
41	Петля (зонд) ректальная полимерная (полипропиленовая) прямая стерильная	10
42	Катетеры одноразовые стерильные N 26, 28	2
43	Питательный бульон pH 7,2 во флаконе (50 мл)	2
44	Питательный бульон pH 7,2 в пробирках по 5 мл	3

45	Физиологический раствор во флаконе (50 мл)	1
46	Пептонная вода 1% pH 7,6 - 7,8 во флаконе 50 мл	1
47	Чашки Петри одноразовые полимерные стерильные 10	10
48	Пробирки микробиологические одноразовые полимерные с завинчивающимися крышками	10
Предметы для отбора проб из объектов окружающей среды		
49	Емкости для сбора и транспортирования образцов полимерные (полипропиленовые) с завинчивающимися крышками, объем не менее 100 мл	10
50	Емкости на 0,5 л полимерные или стеклянные с завинчивающимися крышками стерильные	10
51	Пакеты полиэтиленовые	20
52	Полимерные стерильные пипетки с широким наконечником на 10 мл	5
53	Тампоны (свабы) без транспортных сред	4
54	Груша резиновая или силиконовая	1
55	Марлевые салфетки	20

56	Вата (100 г)	
57	Батометр	1
58	Термометр до 50 °С	1
59	Бумага индикаторная для определения pH	1
Предметы для ПЦР-диагностики		
60	Микропробирки для ПЦР 0,5 мл	20
61	Наконечники для автоматических дозаторов с фильтром	50
62	Штатив для наконечников	1
63	Штатив для микропробирок	1
64	Дозатор автоматический	2
Дезинфицирующие средства		
65	Навеска хлорамина, рассчитанная на получение 10 л 3%-го раствора	1

66	30% раствор перекиси водорода для получения 6% раствора	1
67	Емкость для приготовления дезраствора объемом 10 л	1

Приложение N 3

(справочное)

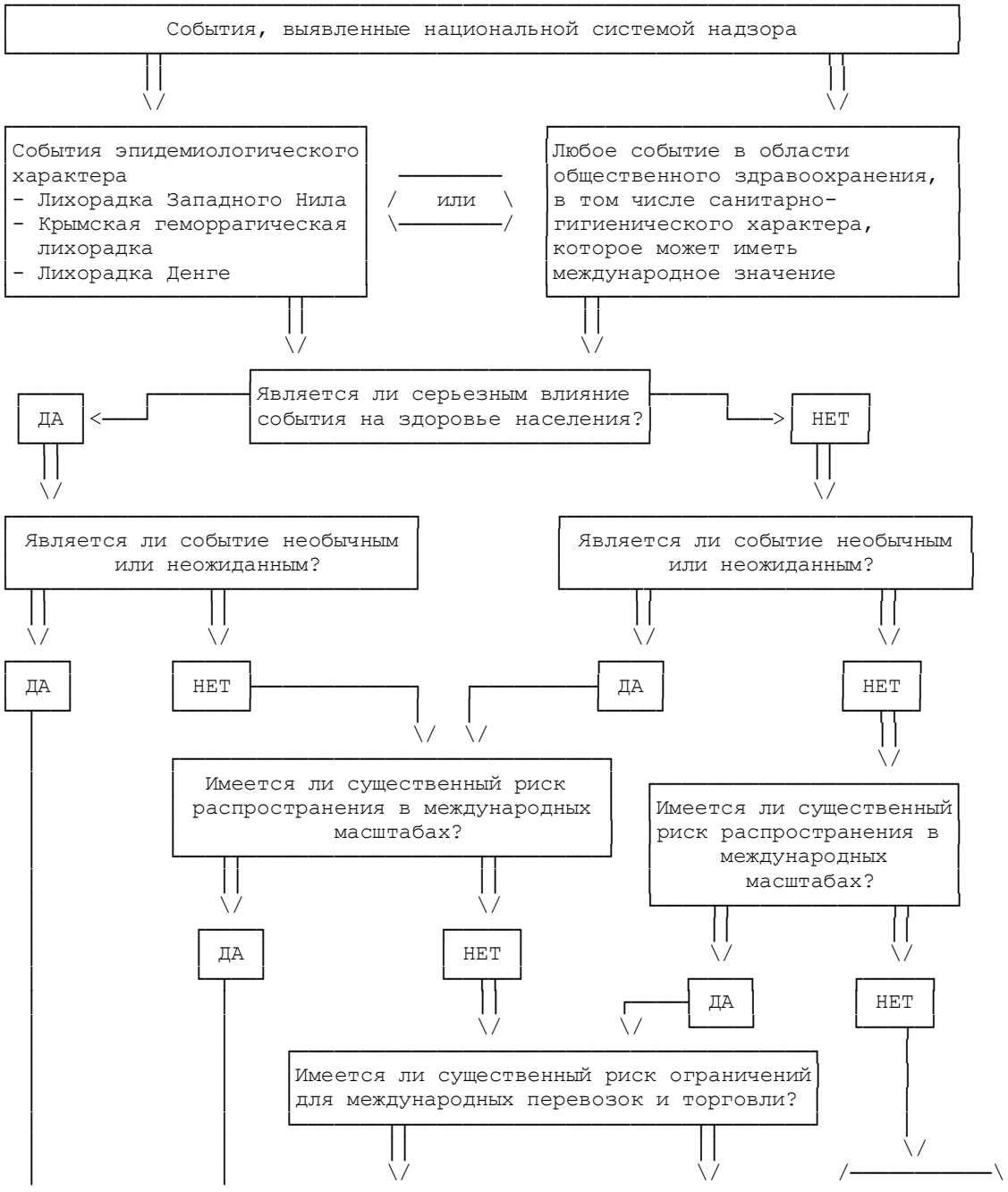
СХЕМА

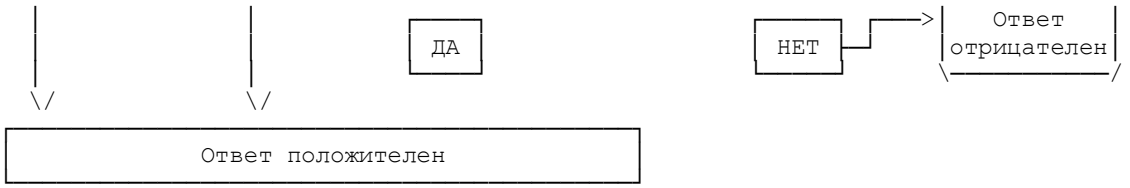
ПРИНЯТИЯ РЕШЕНИЙ ДЛЯ ОЦЕНКИ И УВЕДОМЛЕНИЯ О СОБЫТИЯХ,

КОТОРЫЕ МОГУТ ПРЕДСТАВЛЯТЬ СОБОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНУЮ СИТУАЦИЮ

В ОБЛАСТИ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,

ИМЕЮЩУЮ МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ





КонсультантПлюс: примечание.
Приложение N 4 на регистрацию в Минюст РФ не представлялось.

Приложение N 4

(справочное)

КонсультантПлюс: примечание.
Приказом Роспотребнадзора от 29.11.2007 N 339 утверждена Инструкция о порядке оформления и выдачи Свидетельства об освобождении судна от санитарного контроля/Свидетельства о прохождении судном санитарного контроля.

Образец свидетельства об освобождении судна
от санитарного контроля/свидетельства о прохождении
судном санитарного контроля

Порт _____ Дата инспекции _____
Настоящее свидетельство удостоверяет факт проведения инспекции
и 1) освобождение от контроля или 2) примененные меры контроля
Название морского судна или судна внутреннего плавания _____ Флаг _____
N регистрации/N ИМО _____
На момент проведения инспекции трюмы были разгружены/загружены ____ тоннами
груза _____
Название и адрес инспектирующего органа _____

Свидетельство об освобождении судна от санитарного контроля

Свидетельство о прохождении судном
санитарного контроля

Осмотренные участки, (системы и службы)	Выявленные факты <*>	Результаты анализа проб <**>	Изученная документация	Примененные меры контроля	Повторная инспекция. Дата	Замечания в отношении выявленных обстоятельств
Камбуз			Медицинский журнал			
Кладовая для провизии			Судовой журнал			
Складские отсеки			Прочие			
Трюмы/грузовые помещения						
Жилые помещения:						
- для экипажа						

- командного состава						
- для пассажиров						
- палуба						
Питьевая вода						
Сточные воды						
Балластные отсеки						
Твердые и медицинские отходы						
Стоячая вода						
Машинное отделение						
Медико-санитарная служба						
Прочие конкретные участки, см. дополнение						
Участки, не подлежащие осмотру. Отметить "Н/П"						

Факты не выявлены. Судно освобождено от применения мер санитарного контроля. Указанные меры контроля были применены на указанную ниже дату.

Фамилия и должность выдавшего сотрудника _____ Подпись и штамп _____
Дата _____

<*> (a) Инфицирование или заражение, включая: переносчиков на всех стадиях развития, животных - резервуаров переносчиков болезни, грызунов или других видов животных, которые могут являться переносчиками болезней человека, микробиологические, химические и другие факторы риска для здоровья человека, признаки неадекватности санитарно-профилактических мероприятий. (b) Информация, касающаяся всех случаев с людьми (включается в Морскую медико-санитарную декларацию).

<**> Результаты анализа проб, взятых на борту. Результаты анализа должны быть предоставлены капитану судна самым быстрым способом и, если требуется повторная инспекция, в следующем соответствующем порту захода на дату повторной инспекции, указанную в настоящем свидетельстве.

Максимальный срок действия свидетельства об освобождении от санитарного контроля и свидетельства о прохождении санитарного контроля составляет шесть месяцев, однако срок действия может быть продлен на один месяц, если инспекция не может быть проведена в данном порту и если отсутствуют признаки инфицирования или заражения.

Дополнение к образцу свидетельства об освобождении судна
от санитарного контроля/свидетельства о прохождении судном
санитарного контроля

Осмотренные участки/службы/ системы	Выявленные факты	Результаты анализа проб	Изученная документация	Примененные меры контроля	Повторная инспекция. Дата	Замечания в отношении выявленных обстоятельств
Служба питания						
Источник						

Хранение						
Приготовление						
Обслуживание						
Система водоснабжения						
Источник						
Хранение						
Распределение						
Система удаления отходов						
Хранение						
Обработка						
Удаление						
Плавательные бассейны/ гидромассажные ванны						

Оборудование						
Функционирование						
Медико-санитарная служба						
Оснащение и медицинское оборудование						
Функционирование						
Лекарственные средства						
Другие осмотренные участки						

Участки, не подлежащие осмотру, отметить "Н/П"

Приложение N 5

(справочное)

Образец морской медико-санитарной декларации

Должна быть заполнена и представлена компетентным органам капитанами судов, которые прибывают из иностранных портов.
Представлена в порту _____ Дата _____
Название морского судна или судна внутреннего плавания _____ N регистрации/ N ИМО _____ прибывшего из _____
направляющегося в (Гражданство) (Флаг судна) _____
Фамилия капитана _____
Брутто регистровый тоннаж (судна) _____
Тоннаж (судна внутреннего плавания) _____
Имеется ли на борту действительное свидетельство об освобождении от санитарного контроля/
свидетельство о санитарном контроле? да _____ нет _____
выдано _____ дата _____
Требуется ли повторная инспекция? да _____ нет _____
Заходило ли морское судно/судно внутреннего плавания на зараженную территорию, определенную ВОЗ? Да _____ нет _____?
Порт и дата посещения _____
Перечислите порты захода с начала международной поездки с датами отправления или в течение последних тридцати дней в зависимости от того, какой период короче:
_____
По просьбе компетентного органа в порту прибытия перечислите членов экипажа, пассажиров и других лиц, которые произвели посадку на морское судно/судно внутреннего плавания после начала международной поездки или в течение последних тридцати дней в зависимости от того, какой период короче, включая все порты/страны, которые они посетили в этот период (добавьте дополнительные фамилии к прилагаемому списку):
(1) Фамилия _____ посадка в: (1) _____ (2) _____ (3) _____
(2) Фамилия _____ посадка в: (1) _____ (2) _____ (3) _____
(3) Фамилия _____ посадка в: (1) _____ (2) _____ (3) _____
Число членов экипажа на борту _____
Число пассажиров на борту _____

Вопросы, касающиеся здоровья

(1) Умер ли кто-нибудь на борту во время международного рейса по каким-нибудь причинам, кроме несчастного случая?
да _____ нет _____ Если да, укажите подробные данные в прилагаемом дополнении. Общее число умерших _____
(2) Имеется ли на борту или имелся во время международной поездки случай заболевания с подозрением на инфекцию необычного характера? да ____ нет ___
Если да, укажите подробные данные в прилагаемом дополнении.
(3) Было ли общее число больных пассажиров в течение поездки больше обычного/ожидаемого? да _____ нет _____
Сколько больных?
(4) Находится ли в настоящее время на борту больное лицо? да _____ нет ____
Если да, укажите подробные данные в прилагаемом дополнении.
(5) Была ли проведена консультация с врачом? да _____ нет _____ Если да, укажите подробные данные медицинского лечения или рекомендации в прилагаемом дополнении.

(6) Известны ли вам какие-либо обстоятельства на борту, которые могут привести к заражению или распространению болезни? да _____ нет _____
Если да, укажите подробные данные в прилагаемом дополнении.
(7) Были ли проведены на борту какие-либо медико-санитарные меры (например, карантин, изоляция, дезинфекция или деконтаминация)?
да _____ нет _____ Если да, укажите тип, место и дату _____
(8) Были ли обнаружены на борту какие-либо безбилетные пассажиры?
да _____ нет _____ Если да, укажите, когда они поднялись на судно (если известно)? _____
(9) Есть ли на борту какое-либо больное животное? да _____ нет _____
Примечание: В случае отсутствия врача капитан должен руководствоваться следующими симптомами в качестве основания для подозрения на заболевание инфекционного характера:

(a) лихорадка, длящаяся несколько дней или сопровождающаяся
(I) изнеможением;
(II) помутнением сознания;
(III) опухолью желез; (IV) желтухой; (V) кашлем или одышкой; (VI) необычным кровотечением или
(VII) параличом;
(b) с лихорадкой или без нее: (I) сильная сыпь на коже или нарывы; (II) сильная рвота (кроме морской болезни); (III) сильная диарея; или (IV) повторяющиеся судороги.

Настоящим подтверждаю, что подробные сведения и ответы на вопросы, которые приведены в этой Медико-санитарной декларации (в том числе в дополнении), правильно и точно отражают данные, которыми я располагаю.

Подпись _____
Капитан

Подпись _____
Судовой врач (если таковой имеется)

Дата _____

Дополнение к образцу Медико-санитарной декларации

Фамилия	Класс или ранг	Возраст	Пол	Гражданство	Порт и дата посадки на судно	Характер болезни	Дата появления симптомов	Сообщено ли врачу в порту	Исход болезни	Лекарственные средства, которые были даны	Прим ни

Указать: (1) больной выздоровел, продолжает болеть или умер; и (2) находится ли больной еще на борту, высадился (указать название порта) или погребен в море.

Приложение N 6

(справочное)

Медико-санитарная часть общей декларации
воздушного судна

Медико-санитарная декларация

Обнаруженные на борту заболевшие лица, за исключением случаев воздушной болезни или последствий несчастных случаев (в том числе лица с такими симптомами или признаками болезни, как сыпь, лихорадка, озноб, диарея), а также больные, высаженные во время рейса

_____

Любое другое обстоятельство на борту, которое может вызвать распространение болезни

_____

Подробные данные о каждой проведенной в полете дезинсекции или другой санитарной обработке (место, дата, время, метод). Если дезинсекция в полете не проводилась, указать подробные данные о последней дезинсекции

_____

_____

Подпись, если требуется: _____

Соответствующий член экипажа

Приложение N 7

(справочное)

Образец
Международного свидетельства о вакцинации
или профилактике

Настоящим удостоверяется, что [фамилия, имя] _____, дата рождения _____, пол _____ гражданство _____, национальный идентификационный документ, в случае применимости _____ чья подпись следует _____ указанного числа был вакцинирован или получил средство профилактики против: (название болезни или состояния) _____ в соответствии с Международными медико-санитарными правилами.

Вакцина или средство профилактики	Дата	Подпись и должность врача-клинициста, осуществляющего контроль	Изготовитель и номер партии вакцины или средства профилактики	Свидетельство действительно с _____ по _____	Официальная печать учреждения, где проведена процедура
1.					
2.					

Настоящее свидетельство действительно только в том случае, если применяемая вакцина или средство профилактики утверждены Всемирной организацией здравоохранения.

Настоящее свидетельство должно быть подписано врачом-клиницистом, который является практикующим врачом, или другим уполномоченным медработником, осуществляющим контроль за введением вакцины или применением средства профилактики.

На свидетельстве должен быть также проставлен официальный штамп учреждения, где произведена процедура; однако он не принимается в качестве замены его подписи.

Любые изменения настоящего свидетельства, подчистка или незаполнение какой-либо его части могут сделать его недействительным.

Срок действия настоящего свидетельства продлевается до даты, указанной конкретно для проведения вакцинации или профилактики.

Свидетельство полностью заполняется на английском или французском языках. Это же свидетельство может быть также заполнено на ином языке, в дополнение к английскому или французскому.

Приложение 7

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

СТЕПЕНИ РИСКА ДЛЯ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ

НА ТРАНСПОРТНЫХ СРЕДСТВАХ ЛИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОПАСНЫЕ

ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕР

В ОТНОШЕНИИ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ

Список изменяющих документов

(введено Изменениями N 3, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 29.11.2016 N 178)

N N п/п	Нозологическая форма	Код по МКБ-10	Срок изоляции и наблюдения /инкубационный период	Лица, подвергшиеся высокому риску заражения и подлежащие изоляции				Лица, подвергшиеся незначительному риску заражения и подлежащие медицинскому наблюдению			
				морские, речные суда	авиатранспорт	железнодорожный транспорт	автомобильный транспорт	морские, речные суда	авиатранспорт	железнодорожный транспорт	автомобильный транспорт
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1.	Оспа (натуральная)	B 03	22/ 5 - 22 дня, в среднем 10 - 12 дней	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт) <*>	+ все пассажиры, экипаж, бортпроводники	+ пассажиры всего вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах	+ все пассажиры, водители	+ с ограничением общения и посещения общественных мест лица, в отношении которых не установлен факт общения с больным и контакта с его вещами	-	+ с ограничением общения и посещения общественных мест пассажиры, проводники и персонал в других вагонах, которые посещал больной, в отношении которых не установлен факт общения с больным и контакта с его вещами	-

2.	Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом	A80.1, A80.2	21/ 3 - 35 дней, в среднем 7 - 14 дней	-	-	-	-	+ все лица, контактировавшие с больным, подлежат медицинскому наблюдению 20 дней; дети до 15 лет и взрослые, относящиеся к декретированному контингенту, - отстраняются от посещения организованных коллективов, пищевых и приравненных к ним предприятий			
3.	Человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса	J 10, J 11	7/ от нескольких часов до 3 дней, в среднем 2 - 3 дня	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт) <*>	+ пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного <**>, бортпроводники	+ пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлена возможность контактирования	+ все пассажиры, водители	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры вагона <***>, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
4.	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)		10/ 2 - 10 дней, в среднем 5 дней	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт) <*>	+ пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного <**>, бортпроводники	+ пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлена возможность контакта	+ все пассажиры, водители	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры вагона <***>, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
5.	Холера	A.00: A.00.0; A00.1; A00.9	5/ 2 - 5 дней, в среднем 2 - 3 дня	+ пассажиры, члены экипажа, посещавшие один туалет с больным и принимавшие совместно пищу	+ пассажиры, бортпроводники, посещавшие один туалет с больным	+ пассажиры и проводники вагона	+ все пассажиры, водители	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
6.	Чума (легочная)	A20: A20.1 A20.2 A20.3 A20.7 A20.8 A20.9	6/ у непривитых: 3 - 6 дней, у привитых: 3 - 10 дней	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт) <*>	+ пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного <**>; бортпроводники	+ пассажиры и проводники вагона	+ все	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-

7.	Чума (бубонная)	A20.0	6/ у непривитых: 3 - 6 дней, у привитых: 3 - 10 дней	-	-	-	-	пассажиры каюты	пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного <**>; бортпроводники	пассажиры купе, плацкартного отсека	все пассажиры и водитель
8.	Желтая лихорадка	A95: A95.0, A95.1, A95.9	6/ 3 - 10 дней	-	-	-	-	все, при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей. Наблюдение устанавливается за непривитыми лицами из эндемичных районов			
9.	Лихорадка Ласса	A96.2	21/ 3 - 21 день, в среднем 7 - 19 дней	+ лица, находившиеся в контакте с больным или его выделениями <*>	+ лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его выделениями; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного <**>; бортпроводники	+ пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах	+ все пассажиры и водители	+ остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте	+ экипаж, остальные пассажиры	+ пассажиры вагона <***>; пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
10.	Болезнь, вызванная вирусом Марбург	A98.3	21/ 2 - 21 день, в среднем 4 - 7 дней	+ лица, находившиеся в контакте с больным или его выделениями <*>	+ лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его выделениями; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного <**>; борт-проводники	+ пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах	+ все пассажиры и водители	+ остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте	+ экипаж, остальные пассажиры	+ пассажиры вагона <***>, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-

11.	Болезнь, вызванная вирусом Эбола	A98.4	21/ 1 - 21 день, в среднем 6 дней	+ лица (пассажиры, члены экипажа), находившиеся в контакте с больным или его выделениями <*>	+ лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его выделениями; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного <**>; бортпроводники	+ пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах	+ все пассажиры и водители	+ остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте	+ экипаж, остальные пассажиры	+ пассажиры вагона <***>, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
12.	БВРС		14/ 2 - 14 дней, чаще 5 - 6 дней	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт) <*>	+ пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного <**>; бортпроводники	+ пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлена возможность контакта	+ все пассажиры, водители	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры вагона <***>, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
13.	Малярия	B50, B51, B52, B53.0	тропической малярии: 8 - 30 дней; трехдневной с короткой инкубацией: 7 - 20 дней; с длинной инкубацией: 6 - 14 месяцев; при малярии ovale: 11 - 16 дней; при четырехдневной: 15 - 40 дней	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей			
14.	Лихорадка Западного Нила	A92.3	8/ 2 - 14 дней, в среднем 3 - 6 дней	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей			
15.	Крымская геморрагическа	A98.0	14/ 2 - 14 дней, чаще 2 - 7 дней	-	-	-	-	лица, непосредственно контактировавшие с больным с поражением легких (оказывавшим помощь); лица, контактировавшие с кровью и биологическими выделениями больного (мокрота, испражнения)			

	я лихорадка							
16.	Лихорадка денге	A90, A91	14/ классическая форма: 3 - 15 дней, в среднем 5 - 7 дней; геморрагическая форма: 3 - 7 дней	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей
17.	Лихорадка Зика	A92.8	12/ 2 - 12 дней, чаще 2 - 7 дней	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей
18.	Лихорадка Рифт-Валли (долины Рифт)	A92.4	6/ 2 - 5 дней	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей
19.	Менингококковая болезнь	A39.0, A39.1, A39.2	10/ 1 - 10 дней, в среднем 3 - 5 дней	-	-	-	-	+ лица, близко контактировавшие с больным, с ограничением общения и посещения общественных мест
20.	Сибирская язва	A22.0, A22.1, A22.2, A22.7, A22.8, A22.9	От нескольких часов до 8 дней, в среднем 2 - 3 дня	-	-	-	-	- - - -
21.	Бруцеллез	A23.0, A23.1, A23.2, A23.8, A23.9	козье-овечьего типа: 1 - 6 недель; коровьего: несколько месяцев	-	-	-	-	- - - -
22.	Сап	A24.0, A24.1, A24.2, A24.3, A24.4	1 - 14 дней, в среднем 1 - 5 дней	-	-	-	-	+ за лицами, тесно общавшимися с больным
23.	Мелиоидоз	A24.0, A24.1, A24.2, A24.3, A24.4	1 - 7 дней, в среднем 2 - 5 дней	-	-	-	-	- - - -
24.	Эпидемический сыпной тиф	A75.0, A75.1, A75.2, A75.3, A75.9	1 - 2 недели, чаще 10 - 14 дней	-	-	-	-	за лицами, тесно соприкасавшимися с больным
25.	Лихорадка Хунин,	A96.0	7 - 16 дней	-	-	-	-	+ за лицами, тесно общавшимися или соприкасавшимися с больным
26.	Лихорадка Мачупо	A96.1	12 - 15 дней	-	-	-	-	+ за лицами, тесно общавшимися или соприкасавшимися с больным

27.	Инфекционные болезни невыясненной этиологии, способные вызвать чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения							+ за всеми лицами до выяснения обстоятельств

<*> Члены экипажа, проводившие уборку в кающе; соседи по кающе; пассажиры, сидевшие за одним столом при приеме пищи.
<**> Ряды кресел до продольного прохода. Если место больного находится с краю от прохода - также пассажиры, сидящие на ближайших местах через проход - по одному месту в том же ряду, в одном ряду впереди и одном ряду сзади.
<***> Если установлено, что они пользовались туалетом, не посещаемым больным, и непосредственно не общались с больными.

Зарегистрировано в Минюсте России 19 мая 2014 г. N 32325

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ от 28 ноября 2013 г. N 64

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ СП 1.3.3118-13 "БЕЗОПАСНОСТЬ РАБОТЫ С МИКРООРГАНИЗМАМИ I - II ГРУПП ПАТОГЕННОСТИ (ОПАСНОСТИ)"

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 2; 2003, N 2, ст. 167; N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10; N 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, N 1 (ч. I), ст. 21, 29; N 27, ст. 3213; N 46, ст. 5554; N 49, ст. 6070; 2008, N 24, ст. 2801; N 29 (ч. I), ст. 3418; N 30 (ч. II), ст. 3616; N 44, ст. 4984; N 52 (ч. I), ст. 6223; 2009, N 1, ст. 17; 2010, N 40, ст. 4969; 2011, N 1, ст. 6; N 30 (ч. I), ст. 4563, 4590, 4591, 4596; N 50, ст. 7359; 2012, N 24, ст. 3069; N 26, ст. 3446; 2013, N 27, ст. 3477; N 30 (ч. I), ст. 4079) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295; 2004, N 8, ст. 663; N 47, ст. 4666; 2005, N 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 1.3.3118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)" (приложение).

2. Признать утратившими силу постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 15 апреля 2003 г. N 42 "О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.1285-03" ("Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)") (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 15 мая 2003 г., регистрационный N 4545) и постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 12 мая 2010 г. N 55 "Об утверждении СП 1.3.2628-10" (изменения и дополнения N 1 к СП 1.3.1285-03 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)") (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 6 июля 2010 г., регистрационный N 17704).

Врио Главного государственного
санитарного врача
Российской Федерации
А.Ю.ПОПОВА

Приложение

БЕЗОПАСНОСТЬ РАБОТЫ С МИКРООРГАНИЗМАМИ I - II ГРУПП ПАТОГЕННОСТИ (ОПАСНОСТИ)

Санитарно-эпидемиологические правила СП 1.3.3118-13

I. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее - санитарные правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.2. Санитарные правила устанавливают требования к организационным, санитарно-противоэпидемическим (профилактическим), инженерно-техническим мероприятиям, направленным на обеспечение личной и общественной безопасности, защиту окружающей среды при работе с патогенными биологическими агентами (далее - ПБА) I - II групп: патогенными для человека микроорганизмами (бактериями, вирусами, риккетсиями, хламидиями, грибами, прионами), включая генно-инженерно-модифицированные, ядами биологического происхождения (токсинами), любыми объектами и материалами (включая полевой, клинический, секционный), подозрительными на содержание перечисленных агентов.

1.3. Санитарные правила предназначены для юридических и физических лиц, проводящих на территории Российской Федерации работы с ПБА I - II групп, объектами и материалами, содержащими или подозрительными на содержание микроорганизмов I - II групп патогенности.

1.4. Соблюдение требований санитарных правил является обязательным для юридических и физических лиц, проводящих следующие виды работ с ПБА:

- диагностические (исследования объектов биотической и абиотической природы, проводимые с целью обнаружения, выделения и идентификации возбудителя, его антигена или антител к нему);

- исследования по детекции нуклеиновых кислот;

- экспериментальные (все виды работ с использованием микроорганизмов и продуктов их микробиологического синтеза, прионов, токсинов и ядов биологического происхождения);

- производственные (работы по производству вакцин, сывороток, иммуноглобулинов и другие с использованием микроорганизмов и продуктов их микробиологического синтеза);

- зоолого-энтомологические, включая сбор полевого материала на эндемичных по природно-очаговым инфекциям территориях и его транспортирование;

- содержание диких позвоночных животных и членистоногих;

- эвакуацию больных особо опасными инфекционными болезнями и в инфекционных очагах

заболеваний;

- в больницах (госпиталях), изоляторах и обсерваторах по оказанию специализированной медицинской помощи;

- патолого-анатомические по вскрытию трупов людей и павших животных.

II. Требования к организации работ с ПБА I - II групп

в лабораториях

2.1. Общие требования

2.1.1. Юридические лица, осуществляющие деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний, должны иметь лицензию.

Каждое структурное подразделение, проводящее работу с ПБА I - II групп, должно иметь санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения определенного вида работ с конкретными видами микроорганизмов.

2.1.2. Хранение и учет ПБА, обмен и уничтожение осуществляют согласно санитарным правилам о порядке учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности. Передачу изолятов микроорганизмов, подозрительных на принадлежность к ПБА I - II групп, полевого и клинического материала, содержащего либо подозрительного на содержание ПБА I - II групп, из одной организации в другую, обладающую правом работы с микроорганизмами I - II групп патогенности, разрешается производить только при наличии письменного разрешения руководителя организации, передающей ПБА, сопроводительного письма, акта упаковки и акта о передаче. Руководитель принимающей организации должен быть предварительно уведомлен о передаче ПБА в письменной форме.

Не допускается передача ПБА:

при отсутствии в организации лицензии на деятельность, связанную с использованием возбудителей инфекционных заболеваний соответствующей группы патогенности;

при отсутствии санитарно-эпидемиологического заключения о возможности проведения работ с ПБА в соответствующей лаборатории.

Хранение ПБА осуществляется в помещениях "заразной" зоны лаборатории, где проводят манипуляции с ПБА. Допускается хранение ПБА в "чистой" зоне, в специально выделенном и оборудованном помещении коллекций культур микроорганизмов. Передача обеззараженного материала между лабораториями одной организации и за ее пределы допускается после проверки на специфическую стерильность, регламентированную соответствующими нормативно-методическими документами и инструкциями по биологической безопасности.

2.1.3. Диагностические, экспериментальные и производственные виды работ с вирусами I группы патогенности и микроорганизмами, таксономическое положение которых не определено, а степень опасности не изучена, а также аэробиологические исследования проводят в изолированных лабораториях.

Допускается проведение диагностических исследований с использованием методов экспресс- и ускоренной диагностики (без накопления возбудителя вирусологическими методами) в лабораториях специализированных противоэпидемических бригад Роспотребнадзора.

2.1.4. Работа с рекомбинантными молекулами ДНК (РНК) микроорганизмов I - II групп патогенности проводится в соответствии с законодательством Российской Федерации, нормативными документами по безопасности работы с рекомбинантными молекулами ДНК, настоящими санитарными правилами.

2.1.5. Работа по производству медицинских иммунобиологических препаратов с использованием ПБА I - II групп регламентируется санитарными правилами "Надлежащая практика производства медицинских иммунобиологических препаратов", утвержденными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.04.2003 N 60 (зарегистрировано Минюстом России 22 мая 2003 г., регистрационный N 4584), иными нормативными правовыми актами, содержащими требования к помещениям, оборудованию, технике безопасности и производственной санитарии производственных лабораторий.

2.1.6. Диагностические исследования на холеру и ботулинический токсин, выполняемые с целью профилактики холеры и ботулизма, иммунологические (серологические) исследования по обнаружению в крови людей антигенов микроорганизмов II группы патогенности (без накопления возбудителя) и/или антител к ним, диагностика молекулярно-генетическими методами (без накопления возбудителя) по детекции в клиническом материале возбудителей инфекционных болезней могут проводиться в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с микроорганизмами III группы патогенности в соответствии с требованиями санитарных правил "Безопасность работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности и гельминтами", утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2008 N 4 (зарегистрировано Минюстом России 21 февраля 2008 г., регистрационный N 11197).

Иммунологические (серологические) исследования и исследования по детекции нуклеиновых кислот проводятся в боксированных помещениях, оборудованных системами приточной и вытяжной вентиляции, или боксах микробиологической безопасности II класса. Материал для исследований подлежит предварительной обработке в соответствии с п. 2.6.16 настоящих санитарных правил.

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

2.1.8. Для каждого структурного подразделения (отдела, лаборатории) разрабатывается документ (положение или инструкция), определяющий режим безопасной работы с ПБА в конкретных условиях, с учетом характера работ и особенностей технологии. При этом требования безопасности не должны быть ниже требований, регламентируемых санитарными правилами. Документ согласовывается комиссией по контролю соблюдения требований биологической безопасности в организации (далее - Комиссия) и утверждается руководителем организации.

При разработке и/или внедрении новых методов и методических приемов, требующих усиления мер биологической безопасности, в документ вносятся соответствующие дополнения, которые согласовываются Комиссией и утверждаются руководителем организации.

2.1.9. В лаборатории разрабатываются рабочие инструкции по организации и проведению работ с микроорганизмами I - II групп патогенности, по эксплуатации инженерно-технических систем биологической безопасности и контролю эффективности их функционирования. На основе рабочих инструкций организуются и проводятся специализированные курсы обучения для всего персонала, работающего в "заразной" зоне на постоянной основе, с последующей проверкой знаний и сдачей зачетов по практическим навыкам эксплуатации пневмокостюмов для получения допуска к работе в зоне. Персонал контролирующих и инспектирующих служб получает доступ в зону аналогичным образом.

2.1.10. В лаборатории разрабатывают инструкции и планы мероприятий по действиям в чрезвычайных ситуациях. План мероприятий должен предусматривать следующие оперативные мероприятия: меры на случай техногенных катастроф (пожар, взрыв и др.); оценку риска биологической опасности; предложения по ликвидации последствий аварии в организации (карантинные мероприятия, проведение дезинфекционной обработки и другие); порядок эвакуации персонала и порядок оказания медицинской помощи пострадавшим; порядок проведения медицинского наблюдения за пострадавшими; эпидемиологическое расследование; организация работ после аварии. При разработке плана следует учитывать включение следующих позиций: выявление микроорганизмов высокого риска; определение зон высокого риска; определение персонала и населения, подвергшихся риску; определение ответственных лиц и их обязанностей, например, персонала, отвечающего за биологическую безопасность, эпидемиологов, МЧС, полиции (другие силовые ведомства при необходимости), перечень медицинских организаций и изоляторов, в которых могут быть размещены пострадавшие и (или) инфицированные люди; транспортировку пострадавших; перечни источников получения специфических иммуноглобулинов, лекарственных препаратов (для проведения специфической профилактики и лечения, а также для проведения лечебных мероприятий), специального медицинского оборудования, предоставления аварийных средств (защитная одежда, препараты для проведения дезинфекции, дезинсекции и дератизации) и других вспомогательных средств, оборудования и материалов.

2.1.11. Персонал лабораторий и инженерно-технический персонал должен проходить теоретическое и практическое обучение действиям по ликвидации аварий и аварийных ситуаций, а также участвовать в ежегодных практических учениях по отработке мероприятий по ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций. Программа теоретического и практического обучения персонала ежегодно утверждается руководителем организации. По результатам проведенных учений составляется отчет, который рассматривается на заседании Комиссии и утверждается руководителем организации.

2.1.12. Организация и непосредственная работа в помещениях максимально изолированных лабораторий дополнительно регламентируются соответствующими рабочими инструкциями по каждому виду проводимых работ, применяемому оборудованию, используемым животным, типу помещений и др.

2.1.13. При осуществлении работ в производственных помещениях с культурами микроорганизмов I - II групп патогенности должны соблюдаться техника безопасности, санитарно-противоэпидемический режим для организаций по производству бактерийных и вирусных препаратов, настоящие санитарные правила, санитарные правила по производству и контролю медицинских иммунобиологических препаратов для обеспечения их качества.

2.1.14. Территория, на которой расположены лаборатории, должна иметь ограждение, препятствующее бесконтрольному проникновению посторонних лиц, охранную сигнализацию. Территория и помещения организации, в которых находятся культуры микроорганизмов I - II

групп патогенности, подлежат круглосуточной охране.

2.1.15. Инструктаж сотрудников лаборатории (подразделения), а также прикомандированных лиц по вопросам биологической безопасности проводит заведующий лабораторией (подразделением) с отметкой в журнале инструктажей или личной карточке сотрудника.

Инструктаж сотрудников, работающих с ПБА I группы, проводится ежемесячно, работающих со II группой, - ежеквартально. Внеплановые инструктажи с отметкой в журнале инструктажей или личной карточке инструктажей сотрудника проводятся по возвращении из отпуска, продолжительной (более 30 суток) командировки.

Ежедневный инструктаж сотрудников на рабочем месте проводят ответственные исполнители работ, руководители функциональных групп перед их началом. Для сотрудников, работающих с микроорганизмами I группы патогенности, инструктаж проводится ежедневно с отметкой в специальном журнале. Ответственные исполнители обязаны осуществлять постоянный контроль за работающими и не допускать отклонений от требований инструкций по биологической безопасности.

2.1.16. Организацию комплекса мероприятий по биологической безопасности в организации в целом обеспечивает ее руководитель, а по подразделениям - их заведующие (начальники).

2.1.17. Срочность проведения работ, недостатки в материально-техническом обеспечении и другие мотивы не могут служить основанием для отступления от требований настоящих санитарных правил.

2.1.18. Каждый сотрудник лаборатории (организации) и прикомандированные лица обязаны сообщать о выявленных нарушениях биологической безопасности руководителю подразделения.

2.2. Требования к персоналу подразделений

2.2.1. Общие требования к персоналу

2.2.1.1. Работу с ПБА выполняют специалисты с высшим и средним медицинским, биологическим, ветеринарным образованием, окончившие соответствующие курсы профессиональной подготовки с освоением методов безопасной работы с ПБА I - II групп, не имеющие противопоказаний к применению средств профилактики и лечения и к работе в средствах индивидуальной защиты.

2.2.1.2. Инженерно-техническое сопровождение работ с ПБА выполняют специалисты с высшим или средним специальным инженерно-техническим образованием, не имеющие противопоказаний к применению средств профилактики и лечения и к работе в средствах индивидуальной защиты.

2.2.1.3. Допуск персонала к работе с ПБА, инженерно-технического персонала к обслуживанию оборудования лабораторий (отделов, отделений) осуществляет руководитель организации один раз в два года, а допуск персонала к работе с биологическими аэрозолями - ежегодно после проверки знаний по биологической безопасности.

2.2.1.4. К работе в зонированных помещениях с микроорганизмами I группы патогенности, где в качестве средств индивидуальной защиты используются пневмокостюмы, допускаются лица, прошедшие инструктаж и сдавшие зачеты по практическим навыкам эксплуатации пневмокостюмов.

2.2.1.5. Инженерно-технический персонал, дезинфекторы и санитарки структурного подразделения, осуществляющего деятельность с ПБА I - II групп, проходят специальную подготовку по биологической безопасности по месту работы в соответствии с должностными обязанностями. Программа специальной подготовки утверждается руководителем организации.

2.2.1.6. В период обучения на курсах специализации курсанты допускаются к работе с ПБА отдельным приказом по организации. Работы проводятся под контролем преподавателей.

2.2.1.7. Медицинские работники (старшие и средние) здравпунктов, медсанчастей, изоляторов организаций допускаются к работе приказом руководителя организации после прохождения подготовки по вопросам профилактики и лечения особо опасных инфекций, сдачи зачета по полученным знаниям. Младшие медицинские работники проходят специальную подготовку по биологической безопасности по месту работы в соответствии с должностными обязанностями.

Проверку знаний (сдачу зачетов, экзаменов) по биологической безопасности осуществляет Комиссия, назначаемая ежегодно приказом руководителя организации.

2.2.1.8. Разрешение на посещение лаборатории инженерно-техническому персоналу, работающему вне организации, выдает руководитель организации. Посещение осуществляется после прекращения работы и проведения текущей дезинфекции в сопровождении сотрудника структурного подразделения и регистрируется в журнале.

2.2.1.9. Специалистов (медицинских работников, ветеринарных врачей, биологов и др.), работающих вне организации (далее - специалисты), допускают к работе с ПБА на общих основаниях (пп. 2.2.1.1, 2.2.1.3).

Допуск специалистов в помещения, где проводится работа с ПБА, осуществляется по письменному разрешению руководителя организации. Цель посещения и его продолжительность регистрируются в журнале. В особых случаях возникновения нештатных ситуаций администрация предусматривает порядок выезда указанных специалистов.

2.2.2. Требования к медицинскому наблюдению за персоналом, работающим с ПБА

2.2.2.1. При приеме на работу, связанную с использованием ПБА I - II групп, персонал проходит предварительный медицинский осмотр с целью выявления противопоказаний с учетом вакцинопрофилактики, лечения специфическими препаратами и применения средств индивидуальной защиты.

2.2.2.2. Все сотрудники, работающие с ПБА I - II групп, подлежат диспансерному наблюдению.

2.2.2.3. Сотрудникам, работающим с ПБА и по роду производственной деятельности посещающим помещения "заразной" зоны, в которых осуществляются работы с ПБА I - II групп (кроме возбудителя холеры), проводится иммунизация в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. Оценка уровня специфического иммунитета до и после вакцинации (ревакцинации) проводится установленными методами. Решение о проведении ревакцинации принимается в зависимости от полученных результатов.

2.2.2.4. Лиц, имеющих противопоказания к вакцинопрофилактике, при наличии средств эффективного специфического лечения допускают к работе приказом организации в соответствии

с их письменным заявлением. К работе в аэрозольных лабораториях и с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителем лихорадки Ку, а также к работе с ПБА, против которых не разработаны методы специфического лечения, указанная категория сотрудников не допускается.

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

2.2.2.6. У всех сотрудников, работающих с ПБА или по роду производственной деятельности посещающих помещения "заразной" зоны, в которых работают с ПБА I - II групп (исключая холеру и яды биологического происхождения), проводится ежедневная термометрия (в начале и в конце рабочего дня), результаты которой фиксируются в журнале и заверяются подписью медицинского работника или научного сотрудника, ответственного за проведение термометрии. Для лиц, работающих с возбудителем холеры, устанавливается обязательное обследование на вибриононосительство.

Лицам, работающим с вирусами I группы патогенности, ежедневно перед началом работы (смены) проводят медицинский осмотр, а по окончании рабочего времени - термометрию с фиксацией результатов в специальном журнале.

2.2.2.7. В организациях, закрепленных за специализированными медико-санитарными частями ФМБА России, медицинское обслуживание и сопровождение осуществляют врачи-специалисты медико-санитарных частей (МСЧ). Они должны иметь соответствующую подготовку по вопросам клиники и эпидемиологии особо опасных инфекционных болезней, подтвержденную документом установленного образца.

2.2.2.8. В случае появления у сотрудника заболевания, предположительно вызванного микроорганизмами I - II групп патогенности, противоэпидемические, диагностические и лечебно-профилактические мероприятия проводятся в соответствии с оперативным планом организации или территориальным комплексным планом мероприятий по локализации и ликвидации очагов особо опасных инфекций (ООИ).

2.2.2.9. При появлении у сотрудника симптомов, характерных для инфекционного заболевания, вызываемого возбудителем, с которым он работал, сотрудник ставит в известность руководителя подразделения или дежурного (диспетчерскую службу) по организации. Персонал максимально изолированных лабораторий информирует администрацию во всех случаях возникновения недомогания.

2.2.2.10. В случае заболевания сотрудника, работавшего с ПБА, по месту жительства к больному направляют врача организации (МСЧ, поликлиники, инфекционного отделения) с целью уточнения эпидемиологического анамнеза и решения вопроса о необходимости его изоляции. Результаты посещения регистрируются в журнале и доводятся до сведения руководителя организации для принятия решения о необходимости оказания специальной медицинской помощи.

2.2.2.11. Вызов других врачей-специалистов разрешается после посещения больного врачом организации. Исключением является обращение по жизненным показаниям. При этом больной или его родственники должны известить прибывшего врача о характере выполняемой работы и одновременно информировать о случившемся руководителя структурного подразделения.

2.2.2.12. Сотрудники, которые по тем или иным причинам не могут явиться на работу, в течение двух часов от начала рабочего дня ставят об этом в известность руководителя структурного

подразделения. В случае неявки сотрудника в организацию в течение двух часов с начала рабочего дня и отсутствия сведений о его местонахождении руководитель подразделения принимает меры по установлению его местонахождения и причины отсутствия.

2.2.2.13. В специализированной организации, проводящей работу с возбудителями чумы, холеры, сапа, мелиоидоза, особо опасных (глубоких) микозов и вирусами I группы патогенности, должен быть изолятор или инфекционный стационар, размещенный в обособленном помещении, оборудованный и оснащенный всем необходимым для поддержания строгого противоэпидемического режима. В непосредственной близости от изолятора оборудуется площадка для дезинфекционной обработки санитарного транспорта. В изолятор (инфекционный стационар) направляются сотрудники при выявлении у них симптомов, характерных для заболеваний, вызываемых указанными агентами, а также допустившие аварию при работе с ПБА или оказавшиеся в зоне аварии.

При отсутствии в организации, проводящей диагностические исследования с ПБА I группы и все виды работ с микроорганизмами II группы патогенности, изолятора или инфекционного стационара допускается заключение договоров с медицинской организацией инфекционного профиля о размещении и оказании медицинской помощи на его базе сотрудникам при выявлении у них симптомов, типичных для заболеваний, вызванных ПБА I - II групп, или допустившим аварию при работе с ПБА.

2.2.2.14. Решение об изоляции сотрудников и проведении специфического лечения принимает руководитель организации.

Решение об изоляции в инфекционный изолятор и порядке лечения сотрудника организаций, которые закреплены за специализированными медико-санитарными частями ФМБА России, принимает врач-специалист закрепленной МСЧ.

2.2.2.15. Врачи, обслуживающие изолятор (инфекционный стационар), должны пройти клиническую подготовку по особо опасным инфекциям. Персонал изолятора (стационара) допускается к работе в соответствии с пп. 2.2.1.1, 2.2.1.3 и 2.2.2.4 настоящих санитарных правил. В случае необходимости к обслуживанию изолятора могут привлекаться врачи, лаборанты, дезинфекторы и санитарки из числа сотрудников организации, допущенных к работе с ПБА.

2.2.2.16. Для консультаций могут привлекаться опытные инфекционисты и другие специалисты, не имеющие допуска к работе с ПБА I - II групп, если они будут предварительно проинструктированы по вопросам биологической безопасности работы и одеты в соответствующую защитную одежду. Во время посещения больного их сопровождает врач изолятора организации (медсанчасти). За консультантами устанавливают медицинское наблюдение (без изоляции) на срок инкубационного периода.

2.2.2.17. В изоляторе (инфекционном отделении) должен быть запас основных и резервных специфических лекарственных препаратов, запас медикаментов для оказания помощи по жизненным показаниям (кардиологические, противошоковые). Состав запаса лекарственных препаратов рассматривается Комиссией и утверждается руководителем организации. Комплектацию современными эффективными препаратами обеспечивает руководитель организации (медсанчасти) и заведующий (врач) изолятора.

2.2.2.18. Для организации медицинского наблюдения за лицами, проводящими экспериментальные исследования с ПБА I и II групп, руководители подразделений составляют поименные списки сотрудников с учетом результатов вакцинации и контроля титров антител. Списки, согласованные

с руководителем подразделения биологической безопасности, представляют в медицинскую организацию перед началом работ и затем через каждые шесть месяцев. Эти списки постоянно хранятся у дежурных врачей медицинской организации и ежемесячно уточняются заведующими подразделениями.

2.2.2.19. Обо всех случаях заболевания сотрудников в результате аварии или лабораторного заражения во время работы с ПБА руководитель организации обязан немедленно информировать территориальные органы Роспотребнадзора и здравоохранения и ФКУЗ "Противочумный центр" Роспотребнадзора.

2.2.2.20. Обо всех случаях аварий во время работы с ПБА I - II групп, требующих профилактического лечения пострадавшего, необходимо передавать информацию в ФКУЗ "Противочумный центр" Роспотребнадзора.

2.3. Общие требования к помещениям и оборудованию лабораторий

2.3.1. Лаборатории, где проводят работу с ПБА, размещают в отдельно стоящем здании или в изолированной части здания, имеющей независимый вход. На входной двери лаборатории должны быть обозначены название (номер) лаборатории и знак "Биологическая опасность" (красного или красно-оранжевого цвета на желтом фоне). Входная дверь должна иметь запирающее устройство.

2.3.2. Лаборатории, проводящие диагностические исследования, оборудуют двумя входами - для сотрудников и для получения материала. Допускается также получение материала через передаточное окно или передаточный шлюз.

В лабораториях, проводящих экспериментальные исследования в "заразной" зоне, допускается один вход.

2.3.3. Строительство и реконструкция действующих лабораторий (подразделений) осуществляются в соответствии с проектной документацией.

2.3.4. Лаборатории должны быть обеспечены системами водоснабжения, специальной канализации, электроснабжения, отопления, приточно-вытяжной вентиляции, телефонной связью, а также оснащены охранной и пожарной сигнализацией.

2.3.5. Все помещения лаборатории должны быть обеспечены естественным и (или) искусственным освещением, создающим уровень освещенности в зависимости от вида работ.

2.3.6. Помещения лаборатории подразделяются на "заразную" зону, где осуществляются манипуляции с ПБА и их хранение, и "чистую" зону, где не проводятся работы с ПБА.

Планировочные решения и размещение оборудования должны обеспечивать поточность продвижения ПБА, персонала и выполнение иных требований настоящих санитарных правил.

2.3.7. В "чистой" зоне лабораторий необходимо располагать:

- гардероб для верхней одежды;

- помещения для проведения подготовительных работ (препараторская, моечная, приготовление и

разлив питательных сред и др.);

- помещение для стерилизации питательных сред и лабораторной посуды (стерилизационная);

- помещение с холодильной камерой или холодильниками для хранения питательных сред и диагностических препаратов;

- комнаты для работы с документами и литературой;

- комнату отдыха;

- кабинеты заведующего и сотрудников;

- подсобные помещения;

- туалет.

В "заразной" зоне располагают:

- блок для работы с инфицированными животными, состоящий из комнаты для приема, разборки и первичной обработки поступающего материала, комнаты для работы с этим материалом (заражение, вскрытие, посев), комнаты для содержания зараженных животных, комнаты для обеззараживания инвентаря (клетки, садки и др.). Блок для работы с инфицированными животными должен быть отделен от остальной части "заразной" зоны комнатами для надевания и снятия защитной одежды и средств индивидуальной защиты;

- боксированные помещения для проведения микробиологических исследований, состоящие из бокса и предбоксника;

- боксированные помещения для проведения серологических исследований;

- боксированные помещения для люминесцентной микроскопии;

- боксированные помещения для проведения зооэнтомологических работ;

- боксированные помещения для проведения генодиагностических исследований;

- автоклавную для обеззараживания материала;

- термостатную (термальную) комнату;

- комнату для ведения записей в рабочих журналах;

- туалет.

2.3.8. На границе "чистой" и "заразной" зон необходимо располагать санитарный пропускник, состоящий из помещения для личной одежды, душевой и помещения для рабочей одежды. На границе зон на входе в помещение душевой необходимо устанавливать герметичную дверь, на которую должен быть нанесен знак "Биологическая опасность".

2.3.9. Набор помещений и их оснащение оборудованием могут варьироваться в зависимости от конкретных целей и задач каждой лаборатории (номенклатура и объем исследований, характер выполняемых работ, наличие централизованной лаборатории инфицированных животных,

автоклавной, моечной и др.).

2.3.10. При наличии в организации на одной территории нескольких лабораторий разрешается размещение и оборудование централизованных автоклавных и стерилизационных.

2.3.11. При расположении в одном блоке нескольких профильных лабораторий общими для них могут быть: блок для работы с инфицированными животными, санитарный пропускник, автоклавные или установки для обеззараживания отходов, моечные, комнаты для приготовления питательных сред и другие помещения.

2.3.12. В научно-исследовательских учреждениях, имеющих единые санитарные пропускники, централизованные автоклавные и прочее, обслуживающие несколько лабораторий, допускается размещение в "заразной" зоне вспомогательных помещений, в которых не проводят работы, связанные с использованием или хранением ПБА I - II групп. Набор помещений определяется функциональными задачами подразделений. Режим обеспечения биологической безопасности в названных помещениях "заразной" зоны определяется в соответствии с реальной биологической опасностью документом, утверждаемым руководителем организации после согласования с Комиссией данной организации.

2.3.13. В "заразной" зоне в помещениях, где не проводится непосредственная работа с ПБА, персонал работает в рабочей одежде. В помещениях, где проводится работа с ПБА, дополнительно надевается защитная одежда. Тип защитной одежды зависит от характера выполняемой работы.

Надевание и снятие защитной одежды производят в предбоксе.

2.3.14. В предбоксах (шлюзах), а также в комнатах для снятия защитной одежды устанавливаются водопроводные краны (рукомойники) и емкости с дезинфицирующими растворами для текущей дезинфекции, связанной со снятием защитной одежды, и на случай аварии и хранится резерв запасной защитной одежды. На полу размещается коврик, смоченный дезинфицирующим раствором.

2.3.15. Лабораторное оборудование и мебель (столы, стеллажи для содержания животных, стулья и прочее) должны быть гладкими, без острых краев и шероховатостей и иметь покрытие, устойчивое к действию моющих и дезинфицирующих средств. Поверхность столов не должна иметь швов и трещин.

2.3.16. Ширина проходов к рабочим местам или между двумя рядами выступающего оборудования должна быть не менее 1,5 м.

2.3.17. Для защиты рабочих столов от попадания прямого солнечного света используются светозащитные пленки, жалюзи из материала, устойчивого к дезинфицирующим средствам.

2.3.18. Помещения лабораторий должны быть непроницаемы для грызунов и насекомых.

2.3.19. В помещениях блока для работы с инфицированными животными предусматриваются высокие (30 см) пороги, недоступные для проникновения грызунов.

2.3.20. Лаборатория обеспечивается средствами тушения пожара и оборудуется пожарной сигнализацией.

2.3.21. Помещения, где проводится работа с ПБА, оборудуются бактерицидными облучателями для обеззараживания воздуха и поверхностей в соответствии с руководством по использованию

ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях. Допускается дополнительное использование иного сертифицированного специализированного оборудования, обеспечивающего биологическую очистку воздуха помещений "заразной" зоны, а также непрерывную инактивацию микроорганизмов с эффективностью не менее 99%.

2.3.22. Электрические розетки в помещениях "заразной" зоны должны быть с пылевлагозащитными крышками, светильники - герметичны.

2.3.23. Помещения "заразной" зоны лаборатории оборудуются аварийной звуковой и/или световой сигнализацией, которая выводится в помещения "заразной" и "чистой" зон, где постоянно находится персонал.

2.3.24. В помещениях "заразной" зоны выступающие и проходящие трубы (батареи отопления) располагаются на расстоянии от стен с целью возможности проведения их дезинфекции, места ввода инженерных коммуникаций герметизируют и закрашивают под основное покрытие стен, пола или потолка. Для обеспечения надежной герметизации стыков всех конструктивных элементов должны применяться упругие прокладки и строительные герметики, соответствующие условиям эксплуатации стыкуемых элементов конструкции и отвечающие требованиям пожарной безопасности.

2.3.25. Окна и двери помещений "заразной" зоны лаборатории должны быть из устойчивых к дезинфекционной обработке материалов и плотно закрывающимися.

2.3.26. На окна цокольного и первого (при необходимости) этажей устанавливают металлические решетки, не нарушающие правил пожарной безопасности. Наличие охранной сигнализации не исключает необходимости установки решеток. Двери должны иметь запирающие устройства.

2.3.27. В помещениях "заразной" зоны не допускается устройство подпольных каналов и подвесных потолков, не отвечающих указанным требованиям и не обеспеченных доступом в запотолочное пространство для периодической дезинфекционной обработки.

2.3.28. Проверка ОСК на герметичность проводится в два этапа - визуально (обмыливанием) и по методу падения давления.

Визуальный, приборный и инструментальный контроль над возможным появлением локальных утечек воздуха через ОСК в процессе эксплуатации необходимо проводить не реже 1 раза в 12 месяцев во время проведения планово-предупредительного ремонта (ППР).

При обнаружении локальных утечек воздуха через ОСК необходимо принять меры по их ликвидации.

2.3.29. В помещениях "заразной" зоны, где проводятся работы с ПБА, не допускается установка системы водоснабжения, не защищенной техническими средствами для предотвращения обратного тока воды.

2.3.30. Из помещений "заразной" зоны запрещается слив (сток) необеззараженных жидкостей и жидких отходов в канализационную сеть (приложение 11).

2.3.31. Все вакуумные линии, линии сжатого воздуха и газов в "заразной" зоне обеспечиваются фильтрами очистки воздуха не менее класса H13.

2.3.32. Помещения "заразной" зоны лабораторий должны быть оборудованы системами приточно-

вытяжной механической вентиляции, обеспечивающими:

- необходимые санитарно-гигиенические и микроклиматические условия;

- локализацию ПБА внутри технологических блоков;

- очистку удаляемого из рабочих помещений и от боксирующих устройств воздуха путем оснащения систем вытяжной вентиляции фильтрами очистки воздуха (далее - ФОВ) класса не менее H14 или сертифицированными специализированными установками, обеспечивающими фильтрацию не менее класса H14, а также непрерывную инактивацию микроорганизмов с эффективностью не менее 99%, задержанных фильтрами;

- очистку подаваемого в рабочие помещения воздуха фильтрами класса не менее H11;

- кратность воздухообмена в рабочих помещениях не менее установленной нормативной документацией;

- направление воздушных потоков в сторону более "грязных" помещений;

- бесперебойную работу систем приточно-вытяжной вентиляции;

- автоматическое (или ручное) включение резервных вентиляторов при выходе из строя рабочих;

- создание и поддержание требуемой величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих и лабораторных помещениях;

- блокировку двигателей вентиляторов с электроприводами запорных устройств в составе каждой вентиляционной установки, оснащенной ФОВ.

2.3.33. Основные контролируемые параметры работы систем вентиляции:

- величина разрежения в помещениях "заразной" зоны должна составлять не менее:

- 50 Па (5 мм водяного столба) для лабораторий, проводящих диагностические работы с ПБА I (кроме вирусов) и II групп патогенности;

- 100 Па (10 мм водяного столба) для лабораторий, проводящих экспериментальные работы с ПБА I (кроме вирусов) и II групп патогенности.

Перепад давлений между помещениями лабораторий различного уровня опасности не менее 50 Па (5 мм водяного столба);

контроль - постоянный;

- средняя скорость воздушного потока в открытых дверных проемах на границах зон в санитарных пропускниках лабораторий, проводящих экспериментальные работы с ПБА I (кроме вирусов) и II групп, должна быть не менее 0,4 м/сек. Периодичность проверки - 1 раз в 6 месяцев;

- аэродинамическое сопротивление фильтров;

контроль - постоянный;

- эффективность фильтрации воздушных фильтров;

контроль - регулярно в соответствии с графиком организации;

- эффективность УОВ по инактивации микроорганизмов;

контроль - постоянный.

2.3.34. Автономные системы вентиляции следует предусматривать для помещений блока по работе с инфицированными животными, помещений содержания инфицированных животных.

2.3.35. Кондиционирование воздуха помещений "заразной" зоны допускается секциями кондиционирования (охлаждения, осушения), предусмотренными в составе приточных вентиляционных систем до фильтров очистки воздуха не менее класса H11 - H13 (в случае их наличия).

Установка оконных кондиционеров и сплит-систем на границе помещений "заразной" и "чистой" зон не допускается.

2.3.36. В существующих зданиях лабораторий, проводящих диагностические работы с ПБА I (кроме вирусов) - II групп патогенности при отсутствии в помещении "заразной" зоны приточно-вытяжной вентиляции или фильтров очистки воздуха на выходе вытяжной вентиляции, допускается использовать боксы МБ II A2 класса, а для исследований на чуму - боксы МБ II B2 или III класса совместно с автономными устройствами обеззараживания и очистки воздуха, обеспечивающими эффективность фильтрации класса не менее H14 и непрерывную инактивацию микроорганизмов с эффективностью не менее 99%, задержанных фильтрами.

2.3.37. Работы, связанные с высоким риском образования аэрозоля (центрифугирование, гомогенизация, измельчение, интенсивное встряхивание, обработка ультразвуком, вскрытие емкостей с ПБА, большие объемы и высокая концентрация ПБА и др.), проводят в боксах МБ III класса или защитных боксирующих устройствах (ЗБУ). Внутри боксов МБ устанавливается необходимое оборудование. Боксы МБ могут быть соединены между собой, создавая замкнутые технологические линии. Места ввода коммуникаций и соединения боксов между собой герметизируются.

2.3.38. Основные работы с ПБА I - II групп рекомендуется проводить в боксах микробиологической безопасности I, II или III класса в зависимости от вида выполняемых работ.

2.3.39. Защитная эффективность боксов микробиологической безопасности I, II и III классов подтверждается не реже одного раза в год на основании положительных результатов проверок их эксплуатационных характеристик на соответствие требованиям, указанным в пункте 2.6.11, а также в следующих случаях:

- после монтажа и подготовки к использованию;

- после перемещения, замены фильтров или ремонта бокса.

Аэродинамическое сопротивление фильтров, установленных в боксах МБ, проверяется при наличии в конструкции бокса МБ специальных штуцеров или устройств для проверки.

К эксплуатационным характеристикам боксов МБ относятся:

- для боксов I класса: скорость и направленность входящего потока воздуха, защитная эффективность фильтров для очистки воздуха;

- для боксов II класса: скорость, однородность и направленность нисходящего потока воздуха, скорость и направленность входящего потока воздуха, защитная эффективность фильтров для очистки воздуха;

- для боксов III класса: защитная эффективность фильтров для очистки воздуха, расход забираемого воздуха на единицу объема бокса, уровень разряжения внутри рабочей камеры бокса, скорость входящего потока с одной снятой перчаткой.

Помимо проверки эксплуатационных характеристик, боксы МБ III класса должны проходить периодические испытания в нижеследующем объеме проверок:

- ежегодная проверка герметичности корпуса бокса МБ путем обмыливания мест уплотнения и герметизации при создании избыточного давления в боксе (не менее 200 Па по отношению к давлению в помещении). Критерий соответствия - отсутствие пузырьков;

- ежегодная поверка манометра, показывающего величину отрицательного давления в рабочей камере бокса;

- еженедельная проверка работоспособности основных систем бокса (уровень разряжения внутри рабочей камеры бокса при работающем вентиляторе, срабатывание аварийных индикаторов сигналов тревоги по спецификации производителя, включение освещения и работоспособность системы по обеззараживанию воздуха. При наличии - проверка работоспособности систем водоснабжения, подачи дезинфицирующих растворов и газов).

Подключаемые к вытяжной системе вентиляции ЗБУ после монтажа, ремонта и подключения, а далее ежегодно должны проходить аттестацию, включающую в себя проверку защитной эффективности ФОВ, сертификационное тестирование воздушных потоков и работоспособность основных систем устройства.

Эксплуатационные характеристики боксов микробиологической безопасности должны соответствовать требованиям пункта 2.6.11 настоящих санитарных правил.

На передней панели бокса МБ и ЗБУ вывешивается информация, в которой должны быть представлены:

- дата проведения испытаний;

- срок проведения последующих испытаний;

- номер протокола и наименование организации, проводившей испытания.

Оценку защитной эффективности на основании проверки эксплуатационных характеристик бокса МБ и ЗБУ могут осуществлять юридические лица, индивидуальные предприниматели, эксплуатирующие проверяемые боксы МБ и ЗБУ и имеющие соответствующие аттестаты аккредитации или область деятельности в соответствии с учредительными документами, самостоятельно либо с привлечением организации (лаборатории), имеющей соответствующий аттестат аккредитации и область деятельности в соответствии с учредительными документами.

Защитная эффективность бокса МБ подтверждается на основании положительных результатов проверок эксплуатационных характеристик. Защитная эффективность бокса МБ не подтверждается, если хотя бы одна из проверок его эксплуатационных характеристик имеет отрицательный результат. Результаты проверок эксплуатационных характеристик и

подтверждение или неподтверждение защитной эффективности заносятся в протокол проверки защитной эффективности по форме, приведенной в приложении 9.

Методики проведения испытаний бокса МБ приведены в приложении 9.

2.3.40. Ограждающие строительные конструкции, внутренняя отделка помещений, инженерно-техническое оснащение лабораторий должны соответствовать санитарно-гигиеническим требованиям СНиП 31-06-2009, а для помещений "заразной" зоны - дополнительно требованиям рекомендуемого приложения 11 к санитарным правилам, устанавливающим требования к инженерно-техническим системам биологической безопасности.

2.4. Дополнительные требования к максимально изолированным лабораториям

2.4.1. На границе зон оборудуются санитарные пропускники, состоящие из воздушных тамбур-шлюзов с герметичными дверями (отдельными для входа и выхода сотрудников) и помещениями, в которых производятся полное переодевание персонала, надевание и снятие средств индивидуальной защиты, их обеззараживание, дезинфицирующий душ, душ для персонала, предусматривается помещение для сушки волос. Граница зон должна проходить по гермодвери помещения душевой.

2.4.2. Помещения "заразной" зоны должны быть оборудованы системами приточно-вытяжной механической вентиляции с устройствами очистки воздуха и обеззараживания, обеспечивающими:

- создание и поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях не менее 200 Па с постоянным автоматическим регулированием его параметров и их регистрацией. В помещениях "заразной" зоны существующих сооружений допускаются создание и поддержание разрежения другими способами;

- создание направленных потоков воздуха;

- обработку поступающего в помещение воздуха, эффективность фильтрации не менее класса H13;

- обработку удаляемого из помещений воздуха, обеспечивая эффективность фильтрации, соответствующую каскаду из двух фильтров очистки воздуха не менее класса H14;

- скорость воздушного потока в дверном проеме на границе "чистой" и "заразной" зон в санитарных пропускниках не менее 0,4 м/сек. Периодичность проверки - регулярно после проведения ППР;

- блокировку взаимосвязанных приточных и вытяжных установок;

- автоматическое включение резервных вентиляторов при выходе из строя рабочих;

- блокировку двигателей вентиляторов с электроприводами запорных устройств в составе каждой вентиляционной установки, оснащенной ФОБ.

Управление работой всех приточных и вытяжных систем предусматривается дистанционным, автоматическим или ручным способом с центрального поста управления, размещаемого в

"чистой" зоне. Информация о работе вентиляционных установок, величине перепада давления между помещениями разных групп, положении гермоклапанов и др. должна отображаться на мнемосхемах.

2.4.3. Для обеззараживания твердых отходов и предметов, передаваемых из помещений "заразной" зоны, на границе зон устанавливаются проходные автоклавы с двумя дверями, оснащенными блокировкой, препятствующей одновременному открыванию дверей.

2.4.4. Для передачи предметов, оборудования, защитной одежды и прочего, не выдерживающих воздействия высокой температуры при их обработке, на границе зон устанавливаются пароформалиновые камеры, передаточные шлюзы с устройствами для распыления дезинфицирующих средств. Указанные передаточные устройства оснащаются системой блокировки дверей.

2.4.5. Все жидкие отходы, образующиеся в процессе работы, подлежат обязательному химическому и последующему термическому обеззараживанию в соответствии с режимами, изложенными в приложении 1. Стоки от гигиенического душа персонала подлежат обязательному термическому обеззараживанию с использованием установок (станций) периодического или непрерывного способа обеззараживания.

2.4.6. Все виды работ проводят в боксах МБ III класса отечественного или зарубежного производства или в пневмокостюмах. При необходимости из боксов создают технологические линии. При использовании пневмокостюмов допускается проводить экспериментальные и диагностические исследования с использованием защитных боксирующих устройств, обеспечивающих создание направленного потока воздуха от оператора к двухкаскадной системе фильтров очистки воздуха не менее класса H14 в каждом каскаде.

2.4.7. Лаборатории оборудуются системой централизованного воздухоснабжения пневмокостюмов. Система воздухоснабжения средств индивидуальной защиты должна быть обеспечена регулятором температуры подаваемого воздуха, автоматическим регулированием и поддержанием избыточного давления, а также средствами сигнализации о работе системы. Пневмокостюмы должны комплектоваться устройством, обеспечивающим переключение с централизованной подачи воздуха на автономное дыхание.

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

2.4.9. Персонал, постоянно работающий в лаборатории, а также привлекаемый для проведения и обеспечения работ из других лабораторий (подразделений), проходит специальную подготовку по использованию пневмокостюмов и порядку действия в аварийных ситуациях.

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

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

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

2.5. Требования к организации работ с аэрозолями

микроорганизмов I - II групп патогенности (опасности)

2.5.1. Лица, работающие в зонированных помещениях или посещающие "заразную" зону, обслуживающий инженерно-технический персонал, сотрудники службы биологической безопасности, режима и охраны подлежат вакцинации. Список вакцинируемых согласовывается с подразделением биологической безопасности. При отсутствии средств вакцинации против некоторых микроорганизмов работы проводятся по условиям максимально изолированной лаборатории.

2.5.2. Лица, работающие в зонированных помещениях, независимо от характера выполняемых работ проходят ежедневный утренний медицинский осмотр в смотровом кабинете для получения медицинского допуска к работам. Смотровой кабинет организуется и размещается в непосредственной территориальной близости к лабораторному корпусу, в котором проводятся работы, или непосредственно в "чистой" зоне этого корпуса.

2.5.3. Инструктаж по соблюдению требований к организации работ с аэрозолями ПБА I - II групп проводится перед началом работ ежедневно. Комиссионная проверка знаний требований биологической безопасности при работах с аэрозолями проводится не реже одного раза в год.

2.5.4. В микробиологических лабораториях и специально выделенных помещениях "заразной" зоны следует различать два основных вида работ, связанных с аэрозолями ПБА I - II групп:

- экспериментальные работы по контролю контаминации лабораторной среды аэрозолями ПБА I - II групп, образующимися в результате технологических процессов (центрифугирование, лиофильная сушка, гомогенизация, сепарирование, содержание инфицированных животных и др.);

- экспериментальные работы с искусственно созданными аэрозолями микроорганизмов в аэрозольных камерах.

2.5.5. Работы первого вида направлены на определение биозагрязнений воздуха.

Работы второго вида направлены на экспериментальное изучение аэрозолей ПБА I - II групп с использованием аэрозольных камер.

2.5.6. Работы первого вида проводят в лабораторных и технологических помещениях, в виварии.

2.5.7. Работы второго вида проводятся в специально выделенных лабораторных и технологических помещениях "заразной" зоны с использованием следующих типов аэрозольных камер:

- статических;

- динамических;

- статико-динамических.

Вход в камерный блок должен иметь тамбур-шлюз с дезинфекционным душем.

2.5.8. В статических камерах проводится диспергирование препаратов ПБА внутри рабочего

объема и последующий отбор аэрозольных проб в заданные интервалы времени.

2.5.9. В динамических камерах проводятся непрерывное диспергирование препаратов ПБА в поток воздуха рабочего объема с одновременным отбором проб аэрозоля.

2.5.10. В статико-динамических камерах после выдержки аэрозоля в объеме статической части поток аэрозоля направляется в динамическую часть, отбор проб аэрозоля проводят в заданные интервалы времени. Для аэрогенного заражения лабораторных животных должны применяться отсеки экспонирования, обеспечивающие нахождение головы животного в аэрозоле ПБА заданное время. При этом конструкция отсеков экспонирования должна минимизировать контаминацию шерсти тел животных.

2.5.11. По величине рабочего объема аэрозольные камеры делятся на: малые объемом до 0,1 $м^3$, средние объемом от 0,1 до 1,0 $м^3$ и большие объемом более 1,0 $м^3$.

2.5.12. Малые камеры могут размещаться как в отдельных помещениях "заразной" зоны, так и в боксах МБ III класса или специальных герметичных укрытиях. Средние и большие камеры должны размещаться в отдельных помещениях "заразной" зоны. Вход в такие помещения должен иметь тамбур-шлюз с дезинфекционным душем.

2.5.13. Конструкции любых видов аэрозольных камер должны быть герметичными, обеспечивать постоянное разрежение внутри рабочего объема не менее 150 Па (15 мм водяного столба) и оборудованы системой очистки (деконтаминации) воздуха.

2.5.14. Система очистки воздуха включает фильтры тонкой очистки воздуха класса не менее H14: одну ступень на входе воздуха и две ступени на выходе.

2.5.15. Для малых и средних камер допускается установка системы очистки воздуха и вентиляционного агрегата в одном помещении с аэрозольной камерой. Для больших камер ФОВ должны устанавливаться в фильтр-камерах отдельных технологических помещений "заразной" зоны. Вентиляционные агрегаты для больших камер устанавливаются в технологических помещениях "чистой" зоны.

2.5.16. Воздуховоды аэрозольных камер должны быть герметичными, выполненными из нержавеющей стали, стыки на воздуховодах должны быть цельносварными со 100%-й гамма-дефектоскопией качества сварных швов. При этом на границах зон воздуховоды должны иметь электроприводные гермоклапаны со стороны "заразной" зоны с минимальным удалением от границы зон.

2.5.17. Управление работой аэрозольных камер должно осуществляться с помощью пультов. Для малых и средних камер допускается размещение пультов управления в одном помещении совместно с камерой. При этом управление ими может быть частично ручным с помощью вентилей и клапанов.

2.5.18. Большие аэрозольные камеры должны управляться с пультов, расположенных в помещениях "чистой" зоны.

2.5.19. Аэрозольные камеры (установки) должны размещаться в специально выделенных боксированных лабораторных помещениях "заразной" зоны, имеющих максимальный уровень защиты. Непосредственно к помещению с аэрозольной камерой должны примыкать боксированные лабораторные помещения для содержания инфицированных животных и их вскрытия. При этом указанные помещения должны сообщаться между собой посредством

передаточных шлюзов.

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

2.5.21. Боксовые помещения для размещения аэрозольной камеры, содержания зараженных животных и их вскрытия должны быть оборудованы механической принудительной приточно-вытяжной вентиляцией, устройствами обеззараживания и очистки воздуха, обеспечивающими эффективность фильтрации, соответствующую каскаду из двух фильтров класса не менее H14.

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

2.5.22. Каждый блок помещений, в котором выполняется отдельный технологический цикл, должен иметь автономную приточно-вытяжную вентиляцию. Динамическая аэрозольная камера должна иметь технологическую вентиляцию, удаляющую воздух непосредственно из камеры.

2.5.23. Производительность каждой вентиляционной системы рассчитывается таким образом, чтобы воздушные потоки были направлены в сторону аэрозольных установок. При неработающем аэрозольном блоке движение воздуха направлено в сторону помещений с зараженными животными.

2.5.24. Приточная вентиляция должна иметь блокировку, которая прекращает подачу воздуха в помещения при уменьшении в них разрежения вследствие открытия дверей, тамбуров, передаточных шлюзов или выключении вытяжной вентиляции.

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

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

2.5.27. Фильтры очистки воздуха после установки в системы приточно-вытяжной вентиляции должны быть проверены на проскок (приложение 9). Замеры аэродинамического сопротивления фильтров очистки воздуха должны производиться не реже 1 раза в 6 месяцев с составлением протокола проверки.

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

2.5.29. Смена фильтров должна проводиться при нарушении параметров депрессионного режима (изменение скорости воздушных потоков, кратности воздухообмена), при повреждении фильтров (снижение сопротивления, увеличение коэффициента проскока), при увеличении их сопротивления в 2 раза, уменьшении скорости воздушного потока в боксирующих устройствах.

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

2.5.31. Водопровод, обеспечивающий водой лабораторию для работ на аэрозольных установках, должен быть оборудован техническими средствами, защищающими от обратного потока.

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

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

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

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

2.5.36. Сточные воды из заразных помещений подлежат обязательному химическому и термическому обеззараживанию.

2.5.37. Для каждого структурного подразделения, проводящего экспериментальные работы на аэрозольных установках, разрабатываются рабочие инструкции, определяющие режимы безопасной работы с ПБА в конкретных условиях, с учетом характера работ, используемых видов оборудования, средств индивидуальной защиты персонала и особенностей применяемых технологий.

2.6. Требования к проведению работ в лаборатории

2.6.1. Для каждого вида работ с ПБА, манипуляций и используемых технологий в каждом структурном подразделении должны быть разработаны стандартные операционные процедуры, согласованные с Комиссией и утвержденные руководителем организации.

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

2.6.2. Ввод в эксплуатацию нового оборудования, приборов, а также использование новых методик, предназначенных для работы с ПБА, осуществляются только после комплексной экспертизы их на надежность защиты работающего персонала и отсутствие загрязнения внешней среды.

2.6.3. Планово-предупредительный ремонт лабораторного оборудования и инженерных систем обеспечения биологической безопасности подразделений осуществляют инженерно-технические службы и специалисты в соответствии с годовым графиком.

2.6.4. Работа, осуществляемая в комнатах целевого назначения "заразной" зоны (радиоизотопной, биохимической, электронной микроскопии, препараторской и др.), должна соответствовать профилю и требованиям техники безопасности.

2.6.5. Гистоцитоэнзимохимические исследования проводятся по первичной обработке материала, зараженного или подозрительного на зараженность возбудителями опасных инфекционных болезней при проведении гистоцитоэнзимохимических исследований.

2.6.6. Доставка в лабораторию материала для исследования осуществляется в контейнерах, биксах или сумках-холодильниках. Емкости с ПБА помещают на поднос или лоток, покрытый

многослойной марлевой салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором. Тип защитной одежды определяется видом ПБА.

КонсультантПлюс: примечание.
Нумерация пунктов дана в соответствии с официальным текстом документа.

2.6.8. Вход персонала в боксированные помещения и выход из них осуществляются через предбоксы (шлюзы), где сотрудники надевают и снимают защитную одежду.

2.6.9. Во время работы двери боксов и предбоксов должны быть закрыты. Выход из боксов во время проведения работ не допускается.

2.6.10. Для работы с ПБА могут применяться боксы МБ II и III классов. Допускается использование БМБ I класса для проведения подготовительных работ и работ с инактивированными возбудителями.

2.6.11. Скорость воздушного потока в проеме боксов микробиологической безопасности должна находиться в пределах диапазона: для бокса МБ I класса - 0,70 - 1,00 м/с; для бокса МБ II класса - 0,40 - 0,75 м/с. Средняя скорость нисходящего потока в боксах микробиологической безопасности II класса должна находиться в пределах диапазона 0,25 - 0,50 м/с, движение воздуха внутри камеры должно быть плавным, без турбулентности и зон противотоков. Разрежение в боксах МБ III класса должно быть не менее 200 Па (20 мм водяного столба) по отношению к помещению лаборатории. Расход воздуха через боксы МБ III класса должен быть не менее 0,05 $м^3$/с на каждый кубический метр объема бокса. Скорость входящего потока воздуха при одной снятой перчатке должна быть не менее 0,70 м/с.

Методики проверок эксплуатационных характеристик боксов приведены в приложении 10.

Все работы в боксах МБ проводятся на специальных поддонах с салфетками, смоченными дезинфицирующим раствором.

Использование спиртовых горелок при проведении работ в боксах МБ нежелательно вследствие нестабильности факела пламени спиртовой горелки из-за нисходящего воздушного потока. В случае необходимости при производстве работ в боксах МБ допускается использование напорных газовых горелок (например, горелок Бунзена). В этом случае рекомендуется использовать напорные газовые горелки с ножным способом управления уровнем пламени для подачи полного пламени только в необходимые моменты, чтобы обеспечить минимальное воздействие на воздушный поток.

2.6.12. Перед началом работы в боксе МБ включается вентилятор, для боксов МБ III класса проверяется наличие отрицательного давления по шкале боксового манометра, для боксов I и II классов - направление воздушного потока в рабочем проеме. Проверяются исправность оборудования в боксе, наличие аварийного запаса дезинфицирующих средств и загружается материал.

2.6.13. Все работы с ПБА в боксах микробиологической безопасности II и III классов проводятся в соответствии с требованиями и положениями инструкций по эксплуатации данной модели бокса.

2.6.14. После удаления контейнеров с ПБА рабочий проем бокса МБ II класса закрывают, внутри

бокса включают системы по обеззараживанию и очистке воздуха.

2.6.15. Все виды работ с ПБА проводятся с соблюдением принципа парности (не менее двух человек, один из которых врач или научный сотрудник). Время непрерывной работы с таким материалом ограничивают 4 ч, после которых устанавливают 30 - 60-минутный перерыв.

2.6.16. При проведении серологических и генодиагностических исследований проводятся предварительная обработка и обеззараживание материала в соответствии с приложением 19.

2.6.17. Качество мертиолята натрия и формалина подлежит обязательному контролю.

2.6.18. Эффективность обработки инфекционного материала контролируют пробой на отсутствие возбудителя ("специфическую стерильность").

2.6.19. При необходимости проведения срочного анализа на наличие антигенов микроорганизмов I - II групп патогенности и отсутствии времени для обработки материала или постановки пробы на отсутствие возбудителя инфекции серологические реакции проводят в "заразной" зоне с соблюдением требований биологической безопасности, обусловленных видовыми особенностями ПБА.

При использовании тест-систем, в аннотации к которым указано, что при их использовании необходимо работать только с необеззараженным материалом, постановку серологических реакций необходимо проводить в боксах МБ II В2 или III класса.

2.6.20. В случае необходимости срочного транспортирования обезвреженного материала без контроля на отсутствие возбудителя инфекции его перевозят как заразный материал.

2.6.21. Серологические исследования на обнаружение антигена или определение антител к вирусам II группы патогенности в связи с отсутствием регламентированных методов инактивации вирусов проводятся в боксированном помещении, оборудованном системами приточной и вытяжной вентиляции в СИЗ IV типа + перчатки + респиратор или в боксе МБ II или III класса.

2.6.22. При пипетировании ПБА пользуются резиновыми грушами или автоматическими устройствами с наконечниками, оснащенными фильтрами. Не допускается переливание жидких культур через край, продувание через них воздуха из пипеток.

2.6.23. При заражении куриных эмбрионов применяют затупленные иглы. Порядок инфицирования куриных эмбрионов определяется внутренними инструкциями по обеспечению биологической безопасности в организации.

2.6.24. Перед использованием посуда, пипетки, оборудование, шприцы и другие инструменты должны быть проверены на целость и исправность.

2.6.25. Не допускается фиксировать мазки нагреванием. Мазки, обработанные фиксаторами или красителями, в дальнейшем подлежат обеззараживанию согласно приложению 1.

Для фиксации используют 96%-й этиловый спирт, смесь Никифорова (равное количество спирта и эфира), ацетон, а при исследовании материала, содержащего возбудитель сибирской язвы или неизвестной этиологии - 96%-й этиловый спирт с добавлением перекиси водорода до конечной 3%-й концентрации. Время фиксации - 30 мин.

2.6.26. Работу с высокими концентрациями (более 10^{10} КОЕ/мл), большими объемами (более 500

мл в емкости) проводят в боксах МБ II или III класса или противочумном костюме соответствующего типа либо с применением изолирующих средств индивидуальной защиты (пневмокостюма).

2.6.27. Работы по лиофилизации культур возбудителей I - II групп патогенности проводятся в соответствии с инструкцией по лиофильному высушиванию возбудителей инфекционных заболеваний I - IV групп патогенности.

2.6.28. Ампулы с высушенными культурами вскрываются в помещении коллекции живых культур в боксе МБ II или III класса или в боксированном помещении в ЗБУ II класса. При этом оттянутый конец ампулы нагревают над пламенем горелки, затем влажным концом стерильного ватного тампона прикасаются к нагретой части, в результате чего появляются трещины. Конец ампулы накрывают трехслойной марлевой салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором и хорошо отжатой, и обламывают пинцетом.

После вскрытия ампула остается накрытой той же салфеткой в течение одной-двух минут. Затем салфетку осторожно снимают и вместе с остатками стекла погружают в дезинфицирующий раствор. Вскрытую ампулу накрывают стерильным марлевым тампоном на 1 - 2 мин., затем в ампулу вносят раствор для приготовления взвеси, которую далее высевают на твердые и жидкие питательные среды. Посевы культур на питательных средах выдают в лаборатории.

2.6.29. Не допускается оставлять после окончания работы на открытых местах или в неопечатанных хранилищах нефиксированные мазки, объекты с посевами и другие материалы, содержащие ПБА.

Разрешается оставлять на столах и в боксах микробиологической безопасности (защитных боксирующих устройствах) посуду надписанную, но не засеянную, сделав соответствующую надпись.

2.6.30. По окончании работы с ПБА объекты с посевами переносятся в хранилища (сейфы, холодильники, термостаты), опечатываемые личными печатями ответственных сотрудников.

Остатки ПБА, использованную посуду, твердые и жидкие отходы из "заразной" зоны лаборатории собираются и передаются в автоклавную или дезинфицируются на месте.

2.6.31. Емкости со сгустками крови (пробирки, флаконы многоразового использования) обеззараживаются с использованием дезинфицирующего раствора. Одноразовая посуда подлежит автоклавированию.

2.6.32. Использованные пипетки полностью погружают в дезинфицирующий раствор, используя вертикальный и горизонтальный способ погружения, полностью заполняя внутренний канал пипетки дезинфицирующим раствором, избегая образования в каналах пузырьков воздуха. После соответствующей экспозиции дезинфицирующий раствор сливают в канализационную сеть, в дальнейшем пипетки обеззараживают термическими методами.

2.6.33. Перенос заразного материала в автоклавную осуществляют в емкостях для автоклавирования, поставленных в металлические поддоны с высокими (20 см) бортиками. Перенос материалов проводится персоналом в сопровождении ответственного лица, допущенного к работе с ПБА, в защитной одежде (костюме III типа с фартуком). Движение осуществляется по определенным маршрутам. На время переноса материала в автоклавную другое движение на пути его следования прекращается.

2.6.34. В контейнерах (емкостях) для автоклавирования по верхнему краю боковых стенок должны быть отверстия, обеспечивающие свободную циркуляцию пара. Целостность контейнеров и поддонов проверяется перед каждым использованием.

2.6.35. Перенос культур возбудителей в контейнерах (биксах) из одного подразделения в другое проводится лицами, допущенными к работе с ПБА, в присутствии сопровождающего (врача, научного сотрудника, лаборанта, дезинфектора).

2.6.36. Контейнеры для транспортирования ПБА изготавливаются из прочного антикоррозийного материала. Дно должно быть выстлано мягким адсорбирующим материалом в количестве, достаточном для поглощения всей жидкости в случае утечки. Крышка должна плотно закрываться. Контейнеры оборудуются удобной ручкой (ручками).

2.6.37. Хранение пищевых продуктов и прием пищи разрешаются в специально отведенных местах "чистой" зоны лаборатории.

2.6.38. Не допускается вызов сотрудников во время выполнения ими любого вида работ с ПБА.

2.6.39. Вынос из "заразной" зоны лаборатории оборудования, лабораторной или хозяйственной посуды, емкостей с реактивами, инструментов и других материалов производится после их дезинфекции в соответствии с режимами обеззараживания (приложение 1) и с разрешения руководителя лаборатории. Вынос перечисленных материалов за пределы организации осуществляют по письменному разрешению руководителя организации.

2.6.40. Для индивидуальной защиты персонала используются средства индивидуальной защиты (приложение 6). После использования средства индивидуальной защиты обеззараживаются (приложение 1).

2.6.41. Не допускается одновременная работа в одном помещении с диагностическим материалом, культурами микроорганизмов и вакцинами.

2.6.42. Не допускается проведение экспериментальных работ с антибиотикоустойчивыми вирулентными штаммами, если в организации отсутствуют лекарственные препараты, к которым используемые штаммы чувствительны (не менее двух препаратов).

2.6.43. При необходимости в одном помещении допускается проведение работ:

- одновременно с разными видами (штаммами) возбудителей, при этом биологическая безопасность обеспечивается в соответствии с наиболее жесткими требованиями, определяемыми видовыми, штаммовыми и другими особенностями используемых ПБА;

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

2.6.44. Перед уходом из помещения сотрудники проверяют отключение газа, воды, неиспользуемых ненужных приборов и пр. Помещения "заразной" зоны лаборатории опечатываются и запираются. Открывание и снятие печатей, запирание и опечатывание всей лаборатории производятся сотрудниками (научными сотрудниками, врачами, лаборантами), имеющими соответствующее разрешение руководителя организации (лаборатории).

2.6.45. Все записи в помещениях, где проводят работу с ПБА, ведутся простым карандашом на отдельных листах (планшетах), которые перед выносом из "заразной" зоны обеззараживают

погружением в дезинфицирующий раствор или автоклавируют.

2.6.46. Юридические лица независимо от организационно-правовых форм, работающие с ПБА, регулярно проводят контроль эффективности фильтров очистки воздуха вытяжной и приточной систем вентиляции, боксов микробиологической безопасности, защитных боксирующих устройств, сточных вод на патогенную микрофлору и остаточное содержание дезинфицирующего вещества (приложение 12), а при работе с вирулентными культурами сибирской язвы - 1 раз в месяц контроль обсемененности помещения. По результатам контроля составляются акты или протоколы, которые утверждаются руководителем организации и хранятся в Комиссии или в подразделении, определенном приказом руководителя организации.

2.7. Дополнительные требования при работе с возбудителями особо опасных (глубоких) микозов

2.7.1. Все манипуляции с культурами мицелиальной фазы, а также изучение выживаемости грибов во всех фазах проводятся в боксе МБ III класса.

2.7.2. Просмотр посевов с мицелиальными фазами грибов проводится в боксовых комнатах в костюме IV типа в средствах индивидуальной защиты органов дыхания.

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

2.7.4. Работа с дрожжевыми фазами грибов проводится в боксовой комнате в костюме III типа с маской, серологические исследования - в костюме IV типа.

2.7.5. Для проведения подсчета клеточных элементов в камере Горяева суспензии грибов обеззараживают добавлением:

- 10%-го раствора формалина в соотношении 1:10 с последующей экспозицией в течение 24 ч при комнатной температуре или в течение 2 ч при температуре (37 ± 1) °С;

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

2.7.6. При заражении лабораторных животных место введения материала обрабатывают 1%-й настойкой йода.

2.8. Требования к обеззараживанию материала и уборке помещений

2.8.1. Режим обеззараживания различных объектов, зараженных патогенными микроорганизмами, проводится в соответствии с приложением 1.

2.8.2. Методы и средства обеззараживания определяются в каждом конкретном случае в

зависимости от вида ПБА, характера и объема обеззараживаемого материала.

2.8.3. Дезинфекция, дезинсекция и дератизация осуществляются препаратами, разрешенными для применения на территории Российской Федерации.

2.8.4. Контроль дезинфицирующих средств на процентное содержание активного вещества проводится при поступлении на склад организации и с установленной периодичностью.

2.8.5. При работе с ПБА в лаборатории должны быть достаточное количество дезинфицирующих растворов и их неприкосновенный запас на случай аварии. Емкости с дезинфицирующими растворами маркируют. Дезинфицирующие растворы в специально оборудованном помещении готовит дезинфектор или техник, качество их приготовления контролирует врач (научный сотрудник). Ответственность за организацию и правильное осуществление дезинфекционных мероприятий возлагается на заведующего подразделением.

Запрещается совместное использование в одной лаборатории перекисьсодержащих и хлорсодержащих дезинфицирующих растворов для целей дезинфекционной обработки помещений, оборудования, материалов, инженерных систем обеспечения биологической безопасности.

2.8.6. В лаборатории должен храниться не менее чем недельный запас дезинфицирующих средств с учетом сроков их использования.

2.8.7. Емкости с дезинфицирующими растворами маркируются.

2.8.8. К дезинсектантам предъявляются те же требования, что и к дезинфицирующим средствам (пункты 2.8.3 - 2.8.6).

2.8.9. Ответственным за проведение обеззараживания инфицированного материала является руководитель структурного подразделения. При наличии подразделения для централизованного обеззараживания материала ответственным за проведение обеззараживания является его руководитель.

2.8.10. Автоклавирование проводит персонал, имеющий документ об окончании специальных курсов.

2.8.11. Контроль работы автоклавов осуществляется в соответствии с приложением 7 к настоящим санитарным правилам.

2.8.12. В лабораторных помещениях поддерживается чистота, в них не должны находиться материалы, не имеющие отношения к работе, а также неисправное лабораторное оборудование.

2.8.13. Текущая дезинфекция заключается во влажной уборке помещений, использованного оборудования с применением химических средств обеззараживания или в отдельных случаях аэрозольного метода дезинфекции. Текущая дезинфекция проводится в следующих случаях:

- ежедневно после окончания каждого этапа работ дезинфицируются рабочие поверхности в помещениях "заразной" зоны;

- еженедельно в помещениях "заразной" зоны проводится генеральная уборка с применением дезинфицирующих средств путем протирания поверхностей мебели, приборов, оборудования, а также стен на высоту до 2 м. Допускается использование аэрозольного метода дезинфекции;

- по завершении определенного цикла научно-исследовательских работ и (или) при переходе к работам с другими патогенными микроорганизмами - с оформлением акта о проведении текущей дезинфекции.

Ежедневно после текущей дезинфекции рабочих поверхностей с соответствующей виду ПБА экспозицией и облучения бактерицидными лампами младший персонал проводит влажную уборку боксированных помещений и предбоксов. Уборку проводят в защитной одежде под наблюдением лаборанта. После влажной уборки проводят обеззараживание воздуха и поверхностей бактерицидными лампами в соответствии с нормативными документами.

Заключительная дезинфекция проводится при плановых остановках работы лабораторий для профилактического освидетельствования инженерных систем обеспечения биологической безопасности и проведении планово-предупредительного ремонта.

Заключительная дезинфекция внутренних полостей и обратной стороны фильтров боксов микробиологической безопасности проводится путем фумигации парами формальдегида (приложение 1).

2.8.14. Лабораторные столы и боксы микробиологической безопасности готовят к работе лаборанты.

2.8.15. Стеклянные поверхности бактерицидных ламп и облучателей в выключенном состоянии протираются ветошью, смоченной 70%-м раствором этилового спирта, не реже 1 раза в неделю.

2.8.16. Уборочный инвентарь должен быть промаркирован отдельно для "чистой" и "заразной" зон. Перенос его из зоны в зону не допускается.

2.8.17. Мусор, медицинские отходы из "заразной" зоны лаборатории обеззараживают и утилизируют в установленном порядке (приложение 1).

2.8.18. Холодильники периодически (не реже 1 раза в месяц) очищаются от наледи с одновременным проведением их дезинфекции. Термостаты один раз в месяц подвергаются дезинфекционной обработке.

2.9. Требования к проведению работ в блоке для инфицированных животных

2.9.1. Все виды работ по заражению, вскрытию и содержанию биопробных животных, другие манипуляции с инфицированными животными и членистоногими, а также первичную обработку проб клинического, секционного и полевого материала, за исключением проб на холеру и крови на антитела к возбудителям II группы патогенности, проводятся в помещениях блока для инфицированных животных в боксах МБ II или III класса.

2.9.2. Операции по заражению и вскрытию лабораторных животных проводят лица, имеющие медицинское, биологическое или ветеринарное образование и допуск к работе с ПБА I - II групп, прошедшие инструктаж по мерам безопасности и имеющие навыки работы с животными. К работе с приматами допускаются сотрудники, обученные навыкам работы с данным видом животных.

К работе по уходу за инфицированными животными и уборке помещения блока для работы с инфицированными животными допускаются сотрудники в соответствии с должностными

обязанностями.

2.9.3. Все виды работ в помещениях блока для инфицированных животных осуществляются с соблюдением принципа парности.

2.9.4. Посещение блока для инфицированных животных регистрируется в журнале с указанием времени пребывания и характера выполненных работ.

2.9.5. Вход персонала в блок для работы с инфицированными животными осуществляется через комнату для надевания защитной одежды, а выход - через комнату для снятия и обеззараживания защитной одежды.

2.9.6. Не допускается в одной и той же комнате надевать защитную одежду и снимать ее после работы с ПБА.

2.9.7. Зараженные мелкие животные и эктопаразиты содержатся в помещениях блока для инфицированных животных с соблюдением следующих правил:

- мелкие животные помещаются в банки, ящики, садки, заранее осмотренные на целостность, на которые прикрепляются заполненные этикетки; ящики и банки закрываются сетчатыми крышками, не допускающими выхода животных;

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

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

- банки с животными помещаются на металлические стеллажи, специальные стойки - стеллажи, которые можно обеззараживать химическими методами дезинфекции, или в специальные стеллажи, оборудованные приточно-вытяжной вентиляцией. Сосуды с эктопаразитами - в такие же шкафы, холодильники или термостаты;

- при накоплении в банках или садках большого количества подстилочного материала животные пересаживаются в чистые банки, а использованные заливаются дезинфицирующим раствором или обрабатываются физическими методами обеззараживания (приложение 1).

2.9.8. При проведении животным внутриполостных операций (внутрикишечное заражение) используются фармацевтические средства, разрешенные для этих целей: миорелаксанты, анестетики и др.

Животных, предназначенных для вскрытия, умерщвляют хлороформом.

2.9.9. Вскрытое животное после взятия материала на исследование обеззараживается (приложение 1).

2.9.10. После вскрытия животных инструменты, доски для вскрытия, банки, бачки, садки из-под животных, подстилочный материал и др. обеззараживаются (приложение 1).

2.9.11. В блоке для инфицированных животных не допускается чистить банки и ящики с сухими (не смоченными дезинфицирующими растворами) отходами.

2.9.12. При работе с лабораторными животными необходимо соблюдать меры предосторожности,

не допуская укусов агрессивных животных, уколов, царапин, разрывов одежды, перчаток. При нарушении целостности средств защиты и кожных покровов сотрудника в помещениях "заразной" зоны вивария следует немедленно прекратить работу, погрузить руки в дезинфицирующий раствор, обработать рану дезинфицирующим раствором или 70%-м этиловым спиртом, выдавить, по возможности, из ранки кровь, надеть целую перчатку, заполненную дезинфицирующим раствором или 70%-м этиловым спиртом. Доложить руководителю работ и покинуть зонированные помещения установленным порядком.

2.9.13. Лабораторные животные перед проведением с ними каких-либо манипуляций должны быть надежно зафиксированы. При заражении или взятии проб крови фиксация животного должна быть такой, чтобы обеспечить постоянный визуальный контроль иглы для исключения возможности ранения рук. Заражение, взятие проб крови и вскрытие мелких лабораторных животных допускаются только в боксе микробиологической безопасности (или защитном боксирующем устройстве). Содержание зараженных лабораторных животных допускается в боксах (зообоксах), присоединенных к вытяжной вентиляции.

Мелких лабораторных животных (мыши, крысы, хомячки) размещают в пластмассовых банках или железных ящиках, средних (морские свинки, кролики и др.) - в металлических ящиках и клетках. Перенос зараженных лабораторных животных в пределах блока осуществляют в металлических ящиках (пластмассовых ведрах), закрытых салфеткой (ветошью), смоченной дезинфицирующим раствором.

Павших лабораторных животных, подлежащих препарированию, обрабатывают дезинфицирующим раствором и затем вскрывают на станке для фиксации или вскрывочной доске. После вскрытия станок замачивают в дезинфицирующем растворе. Павших лабораторных животных, в том числе после препарирования, отходы и прочее собирают в металлические бачки, заливают дезинфицирующим раствором, после соответствующей экспозиции дезинфицирующий раствор сливают, твердые отходы автоклавируют. Далее эти отходы отправляют на сжигание.

Во время работы с лабораторными животными в помещениях "заразной" зоны сотрудникам запрещается:

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

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

- брать павших животных руками без корнцанга.

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

Манипуляции с крупными и средними лабораторными животными (инфицирование, измерение температуры тела, вскрытие и прочее) проводят после надежной фиксации животных в помещении, оборудованном системами приточной и вытяжной вентиляции (с предбоксом) без использования защитных боксирующих устройств.

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

2.10. Требования к порядку использования средств

индивидуальной защиты

2.10.1. Для работы с ПБА каждого сотрудника обеспечивают рабочей и защитной одеждой и обувью, а также средствами индивидуальной защиты органов дыхания и зрения в соответствии с утвержденными нормами. Количество и периодичность замены средств индивидуальной защиты устанавливает руководитель организации в соответствии с нормами снабжения.

2.10.2. Руководитель имеет право устанавливать нормы выдачи работникам защитной одежды, обуви и других средств индивидуальной защиты, улучшающих по сравнению с типовыми нормами защиту работников от ПБА, или заменять один вид средств индивидуальной защиты, предусмотренный типовыми нормами, другим аналогичным, обеспечивающим равноценную защиту от ПБА.

2.10.3. При использовании иного, чем противочумный костюм, комплекта защитной одежды последний должен быть допущен в установленном порядке как аналог одного из четырех типов противочумного костюма (приложение 6).

2.10.4. Одежда и обувь должны быть индивидуальными, соответствовать размерам работающих и храниться: рабочая одежда - в санитарном пропускнике отдельно от личной одежды в индивидуальных шкафчиках сотрудников, защитная - в местах ее надевания.

2.10.5. Пневмокостюмы, пневмошлемы, изолирующие костюмы, противогазовые коробки и прочее должны быть пронумерованы. На каждый из них ведется учет времени его использования. Время использования регистрируется в специальном журнале.

2.10.6. Для правильной эксплуатации средств индивидуальной защиты (пневмокостюмы, пневмокуртки, пневмошлемы, изолирующие костюмы, противогазовые коробки) руководитель подразделения назначает ответственного сотрудника, в функциональные обязанности которого входит контроль за подготовкой и проверкой средств индивидуальной защиты, ведением учета времени эксплуатации средств индивидуальной защиты, а также за своевременным изъятием из пользования средств индивидуальной защиты с нарушенной целостью ткани или швов, с истекшим сроком эксплуатации и так далее.

2.10.7. Перед каждым использованием пневмокостюмы подлежат специальной проверке на целость, изолирующие костюмы и пневмошлемы проверяются визуально.

2.10.8. Пневмокостюмы и изолирующие костюмы обеззараживаются после каждого использования. Аналогично поступают со средствами индивидуальной защиты после работы в блоке для инфицированных животных.

При работе в лабораториях защитная одежда меняется по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю.

2.10.9. Обеззараживание защитной одежды и противогазов проводится согласно приложению 1.

2.11. Требования к порядку отлова, транспортирования

и содержания диких позвоночных животных и членистоногих

при проведении экспериментальных работ

2.11.1. Материал, добытый на энзоотичной по особо опасным инфекциям территории, считается потенциально опасным в отношении возможного содержания возбудителей природно-очаговых болезней, свойственных той ландшафтной зоне, в пределах которой он собран.

2.11.2. Весь состав эпидотрядов, экспедиций, зоологических групп должен быть ознакомлен с требованиями биологической безопасности при работе с возбудителями природно-очаговых инфекций, циркулирующих на данной территории. Ответственным за соблюдение этих требований при проведении отлова диких животных и их содержании является руководитель (начальник) эпидемиологического отряда (экспедиции, зоогруппы).

2.11.3. При работе в энзоотичных по чуме районах каждый сотрудник должен проводить ежедневную термометрию, результаты которой записывать в журнал.

2.11.4. Работники организаций, структурных подразделений, проводящих отлов грызунов, сбор эктопаразитов в очагах чумы и других природно-очаговых инфекций, истребление грызунов, а также другие полевые работы с дикими позвоночными и беспозвоночными животными, обеспечиваются соответствующей сезону защитной одеждой.

2.11.5. При работе в природных очагах чумы комбинезон и сапоги обрабатывают стойкими репеллентами или стойкими инсектицидами типа пиретринов (при работе по истреблению грызунов) в соответствии с инструкциями по применению.

2.11.6. При проведении работ в горных очагах сурочьего типа импрегнация комбинезона и сапог стойкими репеллентами не обязательна из-за отсутствия миграции сурочьих блох.

2.11.7. В процессе работы при добыче грызунов и сборе членистоногих, а также при их истреблении, перед перерывами в работе и при завершении работы обеззараживают руки и инструменты соответствующими дезинфицирующими растворами (приложение 1).

2.11.8. Места стоянок в поле следует располагать в удалении от нор грызунов. Если это невозможно, проводится истребление грызунов, место расположения палатки обрабатывают порошковидными инсектицидами.

2.11.9. Орудия лова и другой инструмент, соприкасавшийся в процессе работы с грызунами и эктопаразитами (капканы, давилки, ленты для вылова эктопаразитов, пробирки, мешочки и так далее), перемещаются в закрытой таре. Доставка оборудования и полевого материала в лабораторию осуществляется транспортом в сопровождении сотрудника, имеющего допуск к работе с ПБА.

2.11.10. Орудия лова, так же как и добытый полевой материал, должны храниться в местах, недоступных для посторонних лиц.

2.11.11. Добытых зверьков при необходимости умерщвляют непосредственно в капкане с помощью хлороформа. Трупы складывают в бязевые мешочки, которые помещают в отсадники, ящики или брезентовые (клеенчатые) мешочки. Бязевые мешочки плотно завязывают дважды (второй раз через подвернутый край мешочка), чтобы исключить рассеивание эктопаразитов.

2.11.12. Живых грызунов помещают в металлические или обитые изнутри железом отсадники или ящики. Эктопаразитов для исследований доставляют в пробирках, закрытых ватно-марлевыми пробками и помещенных в металлические пеналы, или в толстостенных стеклянных флаконах с притертыми пробками, помещенных в бязевые мешочки. На наружную упаковку доставляемого

материала наносят знак "Биологическая опасность".

2.11.13. Грызунов, добытых мертвыми, после освобождения из мешочков очесывают, добытых живыми, дустируют в отсадниках. Доставленных эктопаразитов освобождают от песка и других субстратов.

2.11.14. Дезинфекция бязевых мешочков, в которых были доставлены зверьки и прочий материал, осуществляется после каждого их использования путем кипячения в течение 30 мин. в мыльно-содовом растворе с последующим тщательным полосканием в чистой воде. Флаконы и пробирки из-под эктопаразитов дезинфицируются путем кипячения в воде.

2.11.15. Дезинфекция орудий лова и других инструментов проводится ежедневно по окончании работы методом инсоляции (в летнее время), кипячения, обработки дезинфицирующими растворами с последующим проветриванием и смазыванием их растительным маслом, ящики и отсадники дезинфицируются (приложение 1).

2.11.16. Определение вида эктопаразитов, лабораторное исследование (приготовление суспензии, посев) проводятся в помещении "заразной" зоны. Эктопаразитов перед определением иммобилизуют парами эфира, раскладывают на широком предметном стекле и просматривают в сухом виде под микроскопом. При просмотре эктопаразитов живыми в капле воды под покровным стеклом предметное стекло помещают в чашку Петри для исключения загрязнения столика микроскопа стекающей со стекла жидкостью. После окончания работы чашки Петри и стекла погружают в дезинфицирующий раствор. Во избежание разбрызгивания жидкости при приготовлении суспензии клещей их необходимо перед растиранием разрезать ножницами под прикрытием крышки от чашки Петри или большой воронки.

2.11.17. Съемка шкурок и приготовление коллекционных тушек со зверьков, отловленных на энзоотичных территориях, проводятся следующим образом:

- при изготовлении коллекционных тушек для учебных целей зверьков предварительно выдерживают в 10%-м растворе формалина; время экспозиции определяют исходя из размеров зверька и скорости проникновения формалина в ткани (1 см в сутки), работу с фиксированными в формалине зверьками можно проводить в любом служебном помещении; защитный костюм не требуется.

2.11.18. Разбор погадок хищных птиц и экскрементов зверьков проводят после 12 - 18-часового содержания в 1%-м растворе формалина в любом служебном помещении. Защитный костюм не требуется.

2.11.19. Кровососущих членистоногих, отобранных для изготовления коллекционных препаратов, фиксируют в 70%-м этиловом спирте.

2.11.20. Живых диких животных и членистоногих, отловленных в природе, перед вывозом в научные и другие организации за пределы очага выдерживают в карантине. Карантинный виварий может быть организован на базе временного эпидемиологического отряда (экспедиции) или стационарной организации. Продолжительность карантина - 1 месяц.

2.11.21. Помещения для карантинного вивария и инсектария изолируются от других помещений и защищаются от проникновения грызунов и насекомых.

2.11.22. Дикие позвоночные животные доставляются в карантинный виварий в отсадниках или деревянных ящиках, обитых внутри жестью, которые после каждого использования

обеззараживаются (приложение 1).

2.11.23. Членистоногие доставляются в специальных небьющихся закрывающихся контейнерах в пробирках с ватно-марлевыми пробками (влажные камеры), помещенные в металлические пеналы или в толстостенные флаконы с притертой пробкой, помещенные в бязевые мешочки (клещи, блохи, вши). Комары, мошки, слепни и другие двукрылые кровососущие насекомые доставляются живыми в садках, сшитых из марли, мельничного сита (двойных), или анестезированными, помещенными в стеклянные пробирки или пенициллиновые флаконы, закрывающиеся резиновыми пробками, которые транспортируются в термоконтейнерах с сухим льдом или жидким азотом.

Транспортное средство, на котором доставляются членистоногие, должно быть оснащено инсектицидным препаратом в необходимом количестве и средством для его распыления на случай аварии, повлекшей бой пробирок с эктопаразитами.

2.11.24. Перевоз животных в карантинный виварий осуществляется на специально выделенном транспорте в сопровождении двух сотрудников, допущенных к работе с ПБА. Перевоз полевого материала осуществляется в специальных небьющихся закрывающихся контейнерах. Использование общественного транспорта для перевоза полевого материала не допускается.

2.11.25. Доставленных в карантинный виварий зверьков освобождают от эктопаразитов и пересаживают в чистые металлические или стеклянные банки с плотными сетчатыми крышками. Очес животных и уход за ними в течение карантина проводятся в защитном костюме с полным соблюдением требований биологической безопасности.

2.11.26. У животных, доставленных из природных очагов чумы, в карантинном виварии из пальцев лапок или из хвоста берут кровь для бактериологического и серологического исследований. Обнаружение у зверьков специфических антител свидетельствует об имевшей место эпизоотии чумы, обнаружение возбудителя чумы или фракции I чумного микроба - о заболевании зверька, что является показанием к умерщвлению и исследованию.

2.11.27. В случае обнаружения в карантинном виварии павшего зверька проводят бактериологическое (вирусологическое) и серологическое исследование трупа.

2.11.28. При обнаружении инфекционного заболевания среди животных срок карантина продлевается на месяц считая со дня регистрации гибели последнего животного. В случае массового падежа все животные забиваются, а виварий тщательно дезинфицируется (приложение 1).

2.11.29. Трупы павших или забитых животных обеззараживаются (приложение 1).

2.11.30. Здоровых животных после прохождения срока карантина подготавливают к транспортированию или переносят в лабораторию.

2.11.31. Насекомые содержатся в специальном помещении (инсектарии) в садках или банках, исключающих их рассеивание.

2.11.32. Посуду, применяемую при работе с членистоногими, дезинфицируют кипячением. Отходы заливают дезинфицирующим раствором или сжигают, инструменты кипятят или обжигают на огне.

2.11.33. В виварии и инсектарии учет движения позвоночных и членистоногих ведется в

пронумерованном и прошнурованном журнале с указанием места и даты вылова, результатов исследования и карантина.

2.11.34. Передача позвоночных и членистоногих из вивария или инсектария в другие организации возможна по разрешению руководителя организации только из числа зверьков, родившихся по завершении срока карантина.

2.12. Требования к порядку действий по ликвидации аварий при работе с патогенными биологическими агентами

2.12.1. На случай аварии, при которой создается реальная или потенциальная возможность выделения патогенного биологического агента в воздух производственной зоны, среду обитания человека и заражения персонала, в подразделениях, где ведутся работы с ПБА, должен быть разработан план ликвидации аварийных ситуаций, создан запас лекарственных и дезинфицирующих средств, активных в отношении возбудителей, с которыми проводят исследования.

В подразделении, проводящем работу с ПБА, в специально отведенном месте хранятся гидропульт (автомакс), комплекты рабочей (для переодевания пострадавших) и защитной (для сотрудников, ликвидирующих последствия аварии) одежды, аварийная аптечка.

В состав аварийной аптечки входят: спирт этиловый 70%-й (два флакона по 100 мл), 2%-й раствор борной кислоты или навески для приготовления раствора (0,50 г борной кислоты + 25 мл воды), стерильная дистиллированная вода, глазные пипетки, 5%-я спиртовая настойка йода, ножницы с закругленными браншами, перевязочные средства (вата, бинты и прочее), жгут и 10%-й раствор аммиака.

Кроме вышеперечисленного, в аптечке лаборатории, проводящей работу с ботулиническим токсином, должны быть гомологичные ботулинические антитоксические сыворотки.

В медицинском изоляторе в зависимости от вида возбудителя и характера работ хранится запас средств экстренной профилактики, включая антибактериальные препараты специфического действия, химиотерапевтические препараты экстренной профилактики, интерферон или индукторы интерферона, специфические иммуноглобулины, гомологичные ботулинические антитоксические сыворотки.

Срок годности препаратов и комплектность аптечки и запаса средств экстренной профилактики проверяет ответственный врач, назначенный руководителем подразделения, или врач медицинского изолятора.

2.12.2. В организации, проводящей работу с ПБА, прорабатываются различные варианты аварий (аварийных ситуаций) и определяется порядок действий сотрудников лаборатории и должностных лиц организации в этих условиях. На основании этого составляется план мероприятий по ликвидации аварий во время работы с ПБА, который согласовывает Комиссия и утверждает руководитель организации.

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

- авария с разбрызгиванием ПБА (кроме работ с применением пневмокостюмов), то есть с

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

- авария без разбрызгивания ПБА (кроме работ с применением пневмокостюмов), то есть без образования аэрозоля (касание петлей с инфицированным материалом края чашки, пробирки, флакона, кристаллизатора, трещина на чашке Петри, пробирке, флаконе с биологическим материалом, падение на стол твердой частицы при обжигании петли после посева, касание поверхности посева на твердой питательной среде и др.);

- авария, связанная с нарушением целости кожных покровов;

- авария, связанная с нарушением целости изолирующего костюма или пневмокостюма.

2.12.4. Порядок действий сотрудников лаборатории при аварии.

2.12.4.1. При аварии с разбрызгиванием ПБА:

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

- руки обрабатывают дезинфицирующим раствором или спиртом, если лицо не было защищено, то его протирают тампоном, смоченным 70%-м этиловым спиртом;

- слизистые глаз, носа и рта обрабатывают препаратами из аварийной аптечки, рот и горло прополаскивают 70%-м этиловым спиртом, в глаза и нос закапывают 2%-й раствор борной кислоты или антибактериальное офтальмологическое средство, при работе с возбудителями опасных микозов - 2%-й раствор борной кислоты или соответствующий противогрибковый препарат, а при аварии с вирусами - 2%-й раствор борной кислоты;

- защитную одежду начиная с косынки или шлема смачивают дезинфицирующим раствором, снимают ее, погружают в дезинфицирующий раствор или помещают в бикс (бак) для автоклавирования;

- открытые части тела протирают 70%-м этиловым спиртом;

- принимают гигиенический душ;

- надевают чистую рабочую одежду;

- при попадании на открытые участки кожи ботулинического токсина его смывают большим количеством воды с мылом (смывные воды автоклавируют);

- при аварии с ботулиническим токсином глаза и рот промывают водой и разведенной до 10 МЕ/мл антитоксической сывороткой;

- если авария произошла при работе с неизвестным возбудителем, применяют сочетание антибиотиков резерва.

Порядок проведения дезинфекционных мероприятий:

- сотрудники лаборатории, участвующие в ликвидации аварии, должны быть одеты в противочумный костюм I типа или изолирующие костюмы;

- для обработки помещения используют дезинфицирующий раствор, эффективный в отношении соответствующего инфекционного агента;

- дезинфекцию помещения проводят, разбрызгивая из гидропульта (автомакса) дезинфицирующий раствор от входной двери и далее, продвигаясь по обработанной территории и орошая перед собой все предметы (пол, стены, потолок) и воздушную среду;

- через 2 часа после первичной обработки собирают тампонами, смоченными дезинфицирующим раствором, осколки разбитой посуды, погружая их в емкость с дезинфицирующим раствором; лабораторную посуду с посевами, находившуюся в момент аварии на рабочих поверхностях, погружают в емкость с дезинфицирующим раствором или обтирают салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором, и помещают в емкость для автоклавирования;

- по окончании дезинфекции воздух и поверхности в помещении обеззараживают разрешенными к применению в установленном порядке устройствами по обеззараживанию и очистке воздуха, в том числе бактерицидными лампами с учетом режимов обеззараживания;

- вытяжная вентиляция во время дезинфекции и последующей экспозиции должна оставаться включенной;

- сотрудник лаборатории, проводивший дезинфекционную обработку, выходит в предбокс (шлюз) и снимает защитную одежду, погружая ее в дезинфицирующий раствор;

- спустя 2 часа проводят уборку помещения, после чего работа может быть возобновлена.

При аварии внутри рабочей камеры бокса МБ, при попадании ПБА в недоступные для наружной дезинфекционной обработки зоны необходимо проводить заключительную дезинфекцию бокса парами формальдегида.

2.12.4.2. При аварии без разбрызгивания ПБА:

- не выходя из помещения, накладывают тампон с дезинфицирующим раствором на место контаминации ПБА поверхности объекта;

- включают аварийную сигнализацию, вызывают руководителя подразделения или лицо, его замещающее, и продолжают дезинфекционную обработку места аварии;

- после окончания дезинфекционной обработки сотрудник лаборатории выходит из помещения, где произошла авария, снимает и погружает в дезинфицирующий раствор защитную одежду;

- открытые части тела обрабатывают дезинфицирующим раствором или 70%-м этиловым спиртом.

2.12.4.3. При аварии, связанной с нарушением целости кожных покровов:

- работу прекращают;

- включают аварийную сигнализацию;

- перчатки обрабатывают дезинфицирующим раствором, снимают перчатку и выдавливают из ранки кровь в дезинфицирующий раствор;

- на место ранения ставят на 4 - 5 мин. компресс из дезинфицирующего раствора или 70%-го этилового спирта;

- при работе с сибирской язвой место ранения тщательно промывают водой с мылом и смазывают 5%-й настойкой йода без применения дезинфицирующих растворов;

- при работе с вирусами I - II групп кровь выдавливают в сухую стерильную салфетку и обрабатывают ранку 5%-й настойкой йода без применения дезинфицирующего раствора;

- при работе с ботулиническим токсином место ранения промывают водой и разведенной антитоксической сывороткой (10 МЕ/мл).

2.12.4.4. При аварии, связанной с нарушением целостности изолирующего или пневмокостюма во время работы, необходимо:

- устранить повреждение подручными средствами (пластырь, салфетка с дезинфектантом, корнцанг);

- провести дезинфекцию наружной поверхности пневмокостюма и, по возможности, не отключаясь от системы воздухоснабжения, следовать в санитарный пропускник, при этом операции по переключению между воздухораздаточными постами системы воздухоснабжения пневмокостюма осуществляет напарник.

В случае разрыва перчатки поверх нее надевают запасную, а во время обеззараживания поверхности костюма снимают запасную и порванные перчатки и обрабатывают их изнутри и снаружи дезинфицирующим раствором.

Если работающий в "заразной" зоне сотрудник лаборатории, одетый в пневмокостюм, потерял сознание, помощь ему оказывает напарник. Он проверяет наличие доступа воздуха в пневмокостюм потерявшего сознание сотрудника лаборатории, при необходимости осуществляет подключение к воздухораздаточному посту системы воздухоснабжения, а затем принимает меры к его эвакуации из зоны.

Руководитель подразделения организует доставку пострадавшего санитарным транспортом с сопровождающим в специальное лечебное учреждение, информирует о случившемся руководителя организации, а также принимает меры по локализации и ликвидации аварии силами аварийной бригады.

2.12.5. По сигналу "авария" любой сотрудник лаборатории, принявший сигнал, немедленно извещает о случившемся руководителя подразделения или замещающего его специалиста.

Руководитель подразделения сообщает об аварии Комиссии и руководителю организации.

2.12.6. Прибывшие на место аварии руководитель подразделения и представитель Комиссии оценивают ситуацию, определяют объем мероприятий по локализации и ликвидации последствий аварии и докладывают руководителю организации, организуют и контролируют действия сотрудников лаборатории, участвующих в ликвидации аварии.

2.12.7. Руководитель подразделения и пострадавшие при аварии представляют письменные

объяснения руководителю организации, в которых отражают время и место аварии, характер выполняемой работы, обстоятельства аварии, вид микроорганизма, группу патогенности, вирулентность и чувствительность к антибактериальным препаратам, были ли нарушения требований биологической безопасности при работе, принятые меры.

2.12.8. Председатель Комиссии подает докладную записку на имя руководителя организации, в которой подробно излагает следующие сведения: дату и время аварии, фамилии, должности пострадавших, характер аварии, дает детальную характеристику возбудителя, сведения о вакцинации пострадавших, излагает ход эксперимента, предлагает объем мероприятий по ликвидации последствий, делает запись в журнале учета аварий и происшествий.

2.12.9. Руководитель организации на основании докладной записки определяет дальнейшие действия по ликвидации последствий аварии в соответствии с имеющимся планом мероприятий по ликвидации аварий.

2.12.10. После ликвидации аварии, а при необходимости и проведения профилактического лечения либо изоляции сотрудника лаборатории председатель Комиссии составляет заключение в журнале регистрации аварий.

2.12.11. Обо всех несчастных случаях и ошибках, происшедших при работе с ПБА, сотрудники лаборатории в обязательном порядке ставят в известность руководителя подразделения или представителя Комиссии.

2.12.12. В случае возникновения в лаборатории аварии на инженерных системах обеспечения биологической безопасности действия всех должностных лиц должны соответствовать плану локализации и ликвидации возможных аварийных ситуаций при работе с микроорганизмами I - II групп патогенности.

Ответственность за проведение мероприятий по локализации и ликвидации аварийных ситуаций возлагается на руководителя учреждения.

2.12.13. При внезапном отключении электроснабжения в рабочее время дежурный по лаборатории подает сигнал сотрудникам лаборатории о необходимости прекращения работы и докладывает заведующему подразделением или его заместителю. Персонал, работающий в "заразной" зоне, надевает противогазы, хранящиеся на рабочих местах, а при использовании пневмокостюмов переходит на систему аварийного воздухоснабжения через загубник. В помещениях, где отсутствует естественное или автономное аварийное освещение, сотрудники лаборатории должны воспользоваться ручными электрическими фонарями, запас которых должен иметься в этих помещениях из расчета один фонарь на каждого сотрудника смены максимального количества.

Работа с ПБА прекращается, препараты, необходимые для дальнейших исследований, помещаются в герметичную тару, остальные препараты инактивируются; электронагревательные приборы и оборудование отключаются от сети; запорная арматура на трубопроводах пара, холодной и горячей воды, сжатого воздуха и вакуума перекрывается.

В помещениях "заразной" зоны проводится влажная дезинфекционная обработка рабочих мест и средств индивидуальной защиты. В виварии закрываются двери боксов биологической безопасности (зообоксов), в которых содержатся лабораторные животные.

2.12.14. При внезапном отключении электроснабжения лаборатории или учреждения в целом в нерабочее время дежурный по лаборатории (учреждению) немедленно докладывает о

случившемся руководителю учреждения, главному инженеру (или лицу с аналогичными должностными обязанностями) и заведующим подразделениями, в которых в этот период в рабочее время проводятся работы с ПБА.

2.12.15. При внезапном прекращении подачи пара, горячей и холодной воды в лабораторию персонал, находящийся в помещениях "заразной" зоны, выходит из зоны установленным порядком (работа гигиенических душей санитарных пропускников "заразной" зоны при этом обеспечивается за счет воды, имеющейся в баках разрыва струи или аварийного запаса), перекрыв перед выходом запорную арматуру на трубопроводах пара, горячей и холодной воды.

При длительном (более одних суток) одновременном отключении пара, горячей и холодной воды работы в лабораторных помещениях корпуса прекращаются и проводится заключительная дезинфекция.

2.12.16. Для дополнительной дезинфекции выходящих из "заразной" зоны сотрудников лаборатории проводится протирание всей поверхности кожи и волосистой части головы влажным полотенцем, смоченным подогретым до 40 °С дезинфектантом (кожные антисептики на основе спирта этилового, не менее 70% по массе).

2.12.17. О каждом пожаре (возгорании), принятых мерах и последствиях немедленно докладывается руководителю учреждения, информируются заведующие подразделениями, включая подразделение биологической безопасности.

В случае возникновения пожара (возгорания) в рабочее время сотрудник лаборатории, заметивший его, обязан:

- подать голосом сигнал "Пожар";

- нажать кнопку пожарного извещателя;

- сообщить по телефону о пожаре заведующему подразделением и дежурному по учреждению (если таковой имеется);

- отключить электрооборудование (выполняют все сотрудники лаборатории);

- до прибытия пожарной команды приступить к тушению пожара (выполняют все сотрудники лаборатории).

Общее руководство тушением пожара до прибытия пожарной команды осуществляет заведующий подразделением, который обязан:

- вызвать пожарную команду и сообщить о пожаре руководству учреждения;

- организовать тушение пожара силами пожарного расчета подразделения с использованием штатных и подручных средств пожаротушения;

- в случае невозможности потушить пожар силами пожарного расчета отдела обеспечить проведение спасательных работ и эвакуацию людей.

2.12.18. Руководитель подразделения может временно (до принятия решения руководителем организации) отстранить от работы с биологическим материалом лиц, допустивших нарушения настоящих санитарных правил.

2.12.19. Лица, систематически нарушающие настоящие санитарные правила, могут быть отстранены от работы с ПБА распоряжением руководителя организации.

2.12.20. Обо всех авариях с ПБА, при которых назначается профилактическое лечение, руководитель организации сообщает в Роспотребнадзор и Противочумный центр Роспотребнадзора.

2.12.21. Во всех подразделениях (лабораториях, отделах), работающих с ПБА, не реже одного раза в год проводятся плановые тренировочные занятия по ликвидации аварийных ситуаций в соответствии с планом-конспектом проведения занятий, утверждаемым руководителем структурного подразделения. По результатам проведенных занятий руководитель подразделения составляет отчет, который утверждается председателем Комиссии.

III. Требования к работе в госпиталях,

изоляторах и обсерваторах в очагах заболеваний, вызванных

микроорганизмами I - II групп патогенности

3.1. При возникновении случаев заболеваний, вызванных микроорганизмами I - II групп патогенности (чума, холера, заболевания, вызванные вирусами I группы патогенности), разворачивают инфекционный и провизорный госпитали, изолятор и обсерватор.

3.2. Инфекционный и провизорный госпитали, изолятор организуют на базе инфекционной или многопрофильной больницы. Разрешается также организация указанных временных специализированных медицинских формирований в изолированных помещениях типа школьных зданий, общежитий, а также в палатках с выделением обслуживающего персонала и соблюдением настоящих санитарных правил.

3.3. Больные (лица с подозрением на заболевание) чумой, холерой и заболеваниями, вызванными вирусами I группы патогенности, с целью изоляции и лечения госпитализируются в инфекционный госпиталь или изолированное помещение (бокс) инфекционного стационара с отдельными входами для больных и обслуживающего персонала.

Больные с симптомами, не исключающими указанные заболевания, для изоляции и медицинского наблюдения с целью установления диагноза госпитализируются в провизорный госпиталь или специально приспособленное помещение в инфекционном или соматическом стационаре.

Лица, подвергшиеся реальной опасности заражения чумой, холерой и заболеваниями, вызванными вирусами I группы патогенности в результате контакта с больными людьми либо трупами; животными и другими объектами, которые могут являться источниками инфицирования, госпитализируются в изолятор.

3.4. Больные остальными инфекциями госпитализируются в инфекционное отделение любой больницы. При этом больных сибирской язвой, сапом, мелиоидозом, лихорадкой Ку, крымской геморрагической лихорадкой (КГЛ), глубокими микозами, орнитозом помещают в изолированные палаты или боксы.

3.5. В "заразном" отделении госпиталя предусматривают:

- приемное отделение с отдельным входом для больных и кладовой для хранения одежды больных

до отправки ее в дезинфекционную камеру;

- отделение для больных, в котором должны быть предусмотрены палаты (боксы) для раздельного размещения больных по срокам поступления, клиническим формам и степени тяжести болезни;

- раздаточную пищи;

- комнату для обеззараживания инфицированного материала (выделения больных, судна, белье и др.);

- процедурную;

- помещение для выписки больных с санитарным пропускником;

- санитарный пропускник для персонала (комнаты для надевания и снятия защитной одежды, душевая);

- палаты для регидратации (в госпитале для больных холерой);

- рентгеновский кабинет, оборудованный передвижной аппаратурой (в госпитале для больных чумой);

- операционную;

- туалет для слива обеззараженных отходов и выделений больных.

3.6. В приемном отделении осматривают поступающих больных, оказывают экстренную помощь, берут материал для бактериологического (вирусологического) исследования, проводят санитарную обработку, переодевают больного, готовят одежду больного к отправке в дезинфекционную камеру, составляют первичные документы на поступившего больного, при необходимости начинают специфическое лечение. Приемное отделение оборудуют в соответствии с его назначением и необходимостью проведения текущей и заключительной дезинфекции.

В кладовой одежду хранят в индивидуальных мешках, сложенных в баки или полиэтиленовые мешки, внутренняя поверхность которых должна быть обработана раствором инсектицида.

3.7. В отделении госпиталя должны быть палаты для больных со смешанными инфекциями, для беременных и рожениц, а также аппаратура и инструментарий для оказания экстренной хирургической и акушерско-гинекологической помощи.

3.8. Пища для больных доставляется в посуде кухни к служебному входу "чистого" блока и там перекладывается из посуды кухни в посуду буфетной госпиталя. В буфетной пища раскладывается в посуду отделений и направляется в раздаточную отделения, где распределяется по порциям и разносится по палатам. Посуда, в которой пища поступила в отделение, обеззараживается кипячением, после чего бак с посудой передается в буфетную, где ее моют и хранят до следующей раздачи. Раздаточная снабжается всем необходимым для обеззараживания остатков пищи. Индивидуальная посуда обеззараживается после каждого приема пищи.

3.9. Обеззараженные медицинские отходы утилизируются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами.

3.10. В "чистой" половине располагаются помещения для обслуживающего персонала:

- гардеробную для верхней одежды;

- санитарный пропускник (желательно отдельно для мужчин и женщин);

- туалетные;

- буфетную;

- бельевую;

- комнаты для дежурного персонала (для оформления историй болезни, других документов и отдыха);

- подсобные помещения (аптека и др.).

3.11. За персоналом, обслуживающим больных легочной формой чумы, заболеваниями, вызванными вирусами I группы патогенности и подозрительными на эти заболевания, устанавливается постоянное медицинское наблюдение.

3.12. Доставка в стационар больных осуществляется бригадой эвакуаторов на специально выделенном автотранспорте. В состав бригады включаются врач или средний медицинский работник, прошедший инструктаж, двое санитаров, одетых в противочумный комплект I типа. Водитель эвакуационной бригады при наличии изолированной кабины должен быть одет в комбинезон, при отсутствии изолированной кабины - в противочумный костюм I типа.

3.13. При перевозке больных легочной формой чумы, а также заболеваниями, вызываемыми вирусами I группы патогенности, крымской геморрагической лихорадки, или с подозрением на эти заболевания защитная одежда меняется после каждого больного.

3.14. После доставки больного в стационар транспорт и предметы, использованные при транспортировании, обеззараживаются силами бригады эвакуаторов на территории госпиталя на специально оборудованной площадке со стоком и ямой (приложение 1). По окончании каждого рейса персонал, сопровождавший больного, обязан продезинфицировать обувь и руки (в перчатках) и полиэтиленовые (клеенчатые) фартуки, дополнительно надеваемые при массовых перевозках. Все члены бригады после смены обязаны пройти санитарную обработку.

3.15. Вся работа в госпитале по уходу и лечению больных проводится в защитной одежде.

3.16. Перед выпиской больной проходит санитарную обработку.

3.17. Постельные принадлежности выбывшего из госпиталя больного сдаются в дезинфекционную камеру, а кровать и тумбочка обеззараживаются.

3.18. В госпитале, где находятся больные с заболеваниями, вызванными микроорганизмами I группы патогенности (кроме бубонной формы чумы), а также II группы патогенности (КГЛ, легочная форма сапа), устанавливается противоэпидемический режим максимальной изоляции.

3.19. В госпитале, где находятся больные туляремией, сибирской язвой, бруцеллезом, сапом, мелиоидозом и другими заболеваниями, вызванными возбудителями II группы патогенности, устанавливается противоэпидемический режим, предусмотренный для соответствующей инфекции.

3.20. В холерном госпитале устанавливается противоэпидемический режим, аналогичный для отделений с острыми кишечными инфекциями.

3.21. Больных, подлежащих провизорной госпитализации, размещают индивидуально или небольшими группами по срокам поступления, по клиническим формам и по тяжести заболевания.

3.22. Устройство, порядок и режим работы провизорного госпиталя устанавливают как для инфекционного госпиталя.

3.23. При подтверждении в провизорном госпитале предполагаемого диагноза больные переводятся в соответствующие отделения инфекционного госпиталя.

В палате провизорного отделения после перевода больного проводится заключительная дезинфекция в соответствии с характером инфекции. Оставшимся больным (контактным) проводят санитарную обработку, переодевают в чистое белье, по возможности, переводят в другую палату и при необходимости приступают к профилактическому лечению. Время пребывания контактных больных увеличивается на срок инкубационного периода выявленного заболевания.

3.24. Срок выписки больных из провизорного госпиталя определяется конкретно в каждом случае, но не ранее окончания инкубационного периода подозреваемого заболевания.

3.25. Устройство и режим изолятора аналогичны таковым в инфекционном госпитале.

3.26. В госпиталях и изоляторе не должно быть лишних предметов. Оборудование и мебель должны быть гладкими, легко моющимися, устойчивыми к действию дезинфицирующих средств.

3.27. Выделения больных и изолированных лиц (мокрота, моча, кал, иной биологический материал) подлежат обязательному обеззараживанию. Методы обеззараживания применяются в соответствии с характером инфекции (приложение 1) и санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами.

3.28. В госпиталях и изоляторе ежедневно проводится тщательная текущая дезинфекция, после освобождения помещений - заключительная дезинфекция.

3.29. Контроль соблюдения требований биологической безопасности в инфекционном, провизорном госпиталях, изоляторе и обсерваторе осуществляют специалисты территориальных органов Роспотребнадзора.

3.30. Лица, находящиеся в карантинной зоне по чуме, могут выехать за ее пределы после обсервации по истечении установленного срока. Прохождение обсервации удостоверяется справкой установленной формы.

3.31. Лица, находящиеся в карантинной зоне по холере, могут выехать за ее пределы после обсервации по истечении установленного срока. В ходе обсервации проводится однократное обследование на вибриононосительство. О прохождении обсервации выдается справка установленной формы.

3.32. Обсерваторы развертывают в обособленных помещениях (административных зданиях, школах, профилакториях, гостиницах, детских и спортивных лагерях, на пассажирских судах и прочее), специально приспосабливаемых для изоляции и медицинского наблюдения за выезжающими за пределы зоны карантина здоровыми лицами, не бывшими в контакте с

больными.

3.33. В обсерваторе предусматриваются приемные, палаты, комнаты для медицинского и обслуживающего персонала, для взятия биологического материала, хранения личных вещей обсервируемых, буфетная, санпропускник и подсобные помещения.

Для работы в обсерваторе разрешается мобилизация медицинских работников и другого обслуживающего персонала из числа обсервируемых.

3.34. В обсерватор помещаются только здоровые люди.

3.35. В обсерваторе проводится медицинское наблюдение с целью выявления лиц с температурой или желудочно-кишечными расстройствами и другими сигнальными симптомами особо опасных инфекционных болезней.

3.36. Заполнение отделений или палат обсерватора проводится одномоментно. Обсервируемые размещаются по срокам поступления, по возможности, небольшими группами с принятием мер к исключению общения с лицами из других помещений.

3.37. При выявлении в обсерваторе больного с повышенной температурой или с острым кишечным заболеванием его переводят в провизорный госпиталь. Лиц, контактировавших с заболевшим, изолируют на месте до установления диагноза. При подтверждении диагноза они переводятся в изолятор.

Для остальных обсервируемых увеличивают продолжительность обсервации на срок инкубационного периода выявленного заболевания с момента госпитализации больного и проведения заключительной дезинфекции.

В случае получения отрицательных результатов лабораторного исследования первоначальный срок обсервации не изменяют.

3.38. После освобождения отделения обсерватора проводят заключительную дезинфекцию и повторное его заполнение.

3.39. Стационары должны находиться под круглосуточной охраной воинских или полицейских нарядов.

3.40. В госпиталях, изоляторе и обсерваторе работу по лечению и уходу за больными выполняют врачи и медицинские сестры, прошедшие подготовку по вопросам особо опасных инфекционных болезней, подтвержденную зачетом по полученным знаниям. Младший и обслуживающий персонал проходит подготовку на рабочем месте. К работе допускают персонал, не имеющий противопоказаний к лечению специфическими препаратами и антибиотиками.

3.41. Медицинский персонал, привлекаемый к работе в госпиталях, изоляторах и обсерваторах, допускают к работе без вакцинации при отсутствии противопоказаний к лечению специфическими препаратами и антибиотиками. За ним устанавливают медицинское наблюдение на время работы в очаге.

3.42. По окончании работы в госпиталях и изоляторах персонал проходит обсервацию, срок которой регламентируется соответствующими нормативными документами.

3.43. Организацию мероприятий настоящих санитарных правил в госпиталях, изоляторах и

обсерваторах обеспечивают руководители медицинских организаций.

IV. Требования к патолого-анатомической работе в очагах заболеваний, вызванных микроорганизмами I - II групп патогенности

4.1. Все трупы людей, умерших от инфекционных заболеваний, вызываемых микроорганизмами I - II групп патогенности (кроме вирусов I группы и крымской геморрагической лихорадки), подлежат обязательному патолого-анатомическому вскрытию, бактериологическому (вирусологическому), серологическому исследованиям в соответствии с пп. "а" п. 5 ч. 3 ст. 67 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2012, N 26, ст. 3442, 3446; 2013, N 27, ст. 3459, 3477; N 30 (ч. I), ст. 4038; N 39, ст. 4883; N 48, ст. 6165; N 52 (ч. I), ст. 6951).

4.2. Необходимость вскрытия трупов лиц, умерших от заболеваний, вызванных вирусами I группы патогенности и крымской геморрагической лихорадки, определяется в каждом конкретном случае Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации.

4.3. Не допускается в процессе вскрытия трупов слив необеззараженных жидкостей в канализацию.

4.4. Инструментарий, защитные костюмы персонала и все предметы, соприкасавшиеся с трупом, помещения, а также транспорт, на котором перевозили труп, подлежат тщательному обеззараживанию (приложение 1).

4.5. Перевозить труп умершего от чумы, геморрагических лихорадок, вызванных вирусами I группы, сибирской язвы, мелиоидоза к месту погребения можно на любом транспорте в металлическом или плотно закрытом деревянном гробу, обитом внутри клеенкой. Во избежание вытекания трупной жидкости швы в клеенке должны лежать сверху вниз и располагаться на боковых сторонах гроба. Труп должен быть завернут в материал, пропитанный дезинфицирующим раствором.

Перевозку трупа на кладбище или в крематорий осуществляет эвакуационная бригада в сопровождении специалистов территориальных органов Роспотребнадзора.

4.6. На дно могилы засыпают хлорную известь. Труп, уложенный в гроб, засыпают сверху сухой хлорной известью или хлорамином и плотно закрывают крышкой.

4.7. В виде исключения при отсутствии гроба допускается захоронение трупов людей, завернутых в простыню, смоченную дезинфицирующим раствором. На дно могилы и на уложенный труп насыпается сухая хлорная известь или хлорамин.

4.8. Кремация и захоронение трупов людей, умерших от инфекционных болезней, вызванных микроорганизмами I - II групп патогенности, осуществляются в общих крематориях и на общих кладбищах с соблюдением требований настоящих санитарных правил.

4.9. Трупы павших или вынужденно забитых верблюдов на энзоотичных по чуме территориях подлежат вскрытию. Труп животного затем сжигают или закапывают. Захоронение трупов

верблюдов производят в ямах глубиной 2 м. Труп и верхний слой земли обильно посыпают сухой хлорной известью или хлорамином.

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

V. Требования к порядку выезда сотрудников организаций, работающих с ПБА

5.1. Сотрудники, непосредственно работающие с ПБА I группы и возбудителем холеры или посещающие помещения "заразной" зоны, а также непосредственно работающие на энзоотичной по чуме территории, перед отпуском, командировкой, увольнением (далее - при выезде) обязаны пройти обсервацию.

5.2. Сотрудники, работающие с микроорганизмами II группы патогенности (кроме возбудителя холеры), обсервацию не проходят.

5.3. Срок обсервации составляет максимальный инкубационный период для данной инфекции:

- при работе с возбудителем чумы или непосредственно на энзоотичной по чуме территории - 6 суток с ежедневной термометрией;

- при работе с возбудителем холеры - 5 суток;

- при одновременной работе в помещении с возбудителями чумы и холеры - 6 суток;

- при работе с высококонтагиозными вирусами I группы - 21 день;

- при работе с возбудителями особо опасных (глубоких) микозов - 20 суток.

5.4. В период обсервации посещение "заразной" зоны не допускается.

5.5. За сотрудником устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной термометрией или с целью выявления симптомокомплекса острого кишечного заболевания, которое проводит врач изолятора (здравпункта).

5.6. В случае, если сотрудник в период обсервации контактировал с лицом, работающим с ПБА и имеющим повышенную температуру или симптомы острого желудочно-кишечного заболевания, выезд в командировку, отпуск, увольнение не разрешаются до снятия подозрения на особо опасную инфекционную болезнь.

5.7. В случае возникновения у проходящего обсервацию сотрудника какого-либо заболевания выезд в командировку, начало отпуска, увольнение откладывают до выздоровления.

5.8. Лицам, работавшим в пределах "чистой" зоны организации и не контактировавшим с лабораторными сотрудниками, имеющими повышенную температуру или симптомы острого желудочно-кишечного заболевания неустановленной этиологии, разрешаются выезд в командировку, уход в отпуск, увольнение без прохождения обсервации.

5.9. Сроки обсервации устанавливают приказом по организации с извещением обсервируемого лица.

5.10. Разрешение на выезд оформляется удостоверением, которое выдается на руки. Сотрудники, командированные в противочумные учреждения, сдают удостоверение руководителю этого учреждения, получая при выезде аналогичное. Во всех других случаях удостоверение сохраняется у выехавшего сотрудника и сдается по возвращении в организацию.

5.11. Выезд в командировку без прохождения обсервации сотрудников, работающих с возбудителями чумы, холеры, вирусами I группы патогенности, возможен в составе не менее двух человек по разрешению Роспотребнадзора.

Обязательно проведение обсервации в течение установленного срока как в пути, так и по прибытии в пункт назначения. При появлении у кого-либо из группы повышенной температуры или симптомов острого желудочно-кишечного заболевания необходимы срочная изоляция в ближайшем противочумном или медицинском учреждении и экстренное извещение по месту работы.

5.12. Переезды сотрудников противочумных учреждений в зоне, обслуживаемой данным или другим противочумным учреждением (кроме Москвы и Санкт-Петербурга), совершаются без предварительной обсервации, если время пути между населенными пунктами, в которых имеются противочумные учреждения, не превышает вместе с ожиданием в пункте пересадки 24 ч.

VI. Организация контроля

6.1. Контроль за выполнением настоящих санитарно-эпидемиологических правил проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Управлениями Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации проводится контроль в организациях (кроме противочумных учреждений), выполняющих работы с ПБА II группы на обслуживаемой территории.

6.2. По поручению органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, к проведению контрольных мероприятий по вопросам биологической безопасности привлекаются:

- Противочумный центр Роспотребнадзора - в организациях, выполняющих работу с ПБА I группы, на территории Российской Федерации;

- противочумные учреждения Роспотребнадзора (Противочумный центр, противочумные станции, научно-исследовательские противочумные институты) - в центрах гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора в прикрепленных субъектах Российской Федерации, выполняющих работы с ПБА II группы.

6.3. В каждой организации, работающей с ПБА I - II групп патогенности, создаются Комиссии. Состав Комиссии определяется приказом руководителя организации на срок не более 5 лет.

В организациях с численностью работающего персонала свыше 100 человек ряд функций может быть возложен на специализированный отдел (отделение, лабораторию), оснащенный необходимым лабораторным оборудованием для осуществления контрольных мероприятий при

проведении работ с ПБА в помещениях "заразной" и "чистой" зон.

6.4. Анализ и координацию деятельности по контролю и обеспечению биологической безопасности в учреждениях и организациях на территории каждого субъекта Российской Федерации осуществляют создаваемые в управлениях Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации региональные Комиссии.

6.5. Организацию методического руководства по вопросам контроля выполнения требований биологической безопасности при работе с ПБА I - II групп, подготовку информационных материалов, рекомендаций по совершенствованию обеспечения биологической безопасности в микробиологических лабораториях, по защите работающих, окружающей среды и населения, координации и оценке деятельности региональных Комиссий в учреждениях, организациях и предприятиях осуществляет Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

Приложение 1

РЕЖИМЫ

ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ОБЪЕКТОВ, ЗАРАЖЕННЫХ

ПАТОГЕННЫМИ МИКРООРГАНИЗМАМИ

N п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
1	2	3	4	5	6
1. Бактерии, не образующие спор					
1	Ограниченные участки почвы (дороги)	Орошение	10%-й осветленный или не осветленный раствор хлорной или белильной термостойкой извести	60	2 л/м^2
			5%-й раствор КГН или ДСГК	60	
			1%-й по АХ раствор гипохлорита натрия	60	
2	Поверхности в помещениях (пол, стены, двери), мебель, оборудование, рабочий стол, индивидуальные шкафы и др. мебель, помещения вивария	Орошение или протирание с последующей влажной уборкой	1%-й раствор хлорамина	60	Орошение - 300 мл/м^2 Протирание - 200 мл/м^2
			1%-й осветленный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой	60	
			0,5%-й осветленный раствор КГН	60	

			1%-й по АХ раствор гипохлорита натрия	60	
			1%-й осветленный раствор ДСГК	60	
			0,015%-й по АХ раствор дезсредств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			3%-й раствор (по ПВ) водорода перекиси	60	Орошение - 300 мл/м^2 Протирание - 200 мл/м^2
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,02% - 0,04%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ и их композиционных сочетаний	В соответствии с инструкцией по применению	

	Виварий (при экстремальных ситуациях при условии герметизации помещений)	Аэрозольный метод дезинфекции помещения направленным факелом аэрозоля дезинфицирующих растворов с помощью пневматической (ПВАН, НТУ-6) или турбулирующей (ТАН) аэрозольных насадок	6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	200 мл/м^3
			10%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	200 мл/м^3
3	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, косынки), белье больного без видимых загрязнений	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	30	
		Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5%-й раствор любого моющего средства	15	
		Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующей стиркой и полосканием	0,5%-й раствор хлорамина Б	60	5 л на 1 кг сухого белья
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			3%-й раствор по ПВ	60	

			водорода перекиси с 0,5% моющего средства		
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,02% - 0,3%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
4	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, косынки), белье больного, загрязненные выделениями (мокрота, моча, фекалии и др.) или кровью	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	30	
		Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5%-й раствор любого моющего средства	15	
		Замачивание с последующей стиркой	1%-й раствор хлорамина	120	5 л на 1 кг сухого белья
			3%-й раствор хлорамина	30	
			0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой	60	

			кислоты или трихлоризоциануровой кислоты		
			3%-й раствор по ПВ водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
5	Перчатки резиновые	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	45	
		Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	15	
		Погружение	1%-й раствор хлорамина Б	120	
			0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или	60	

			трихлоризоциануровой кислоты		
			3%-й раствор (по ПВ) водорода перекиси с 0,5% моющего средства	30	
			0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению	
6	Очки, фонендоскоп и др.	Двукратное протирание с интервалом 15 мин с последующим ополаскиванием водой	3%-й раствор по ПВ водорода перекиси с 0,5% моющего средства	30	
		Погружение	Растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению	

			70%-й этиловый спирт	30	
7	Резиновые и кирзовые сапоги, тапочки из кожи и кожзаменителя	Протирание	1%-й раствор хлорамина Б	60	
		Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, 57 - 59 °С	45	Формалина 75,0 мл/м^3 (30 кг/м^2 полезной площади камеры)
8	Ватные куртки, брюки	Дезинфекционная камера	Паровоздушный метод, 80 - 90 °С	20	40 кг/м^2 полезной площади камеры
	Постельные принадлежности	Дезинфекционная камера	Паровоздушный метод, 80 - 90 °С	45	60 кг/м^2 полезной площади камеры
9	Полушубки, шапки, кожаная и меховая обувь, тапочки	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, 57 - 59 °С	45	Формалина 75,0 мл/м^3 (30 кг/м^2 полезной площади камеры)
10	Посуда лабораторная (пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри), мазки-отпечатки, гребенки для сушки культур, шприцы	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 $\pm$ 2) °С	60	
		Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	30	
		Погружение	3%-й раствор хлорамина	60	Полное погружение
			0,1% - 0,2%-е по АХ растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или	В соответствии с инструкцией по применению	

			трихлоризоциануровой кислоты		
			(0,03 - 0,08)%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
11	Посуда больного	Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	15	
		Погружение в дезинфицирующий раствор с последующим тщательным ополаскиванием	1%-й раствор хлорамина Б	120	2 л на 1 комплект посуды
			0,1% по АХ растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			(0,03 - 0,08)%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		

12	Игрушки	Кипячение (кроме пластмассовых)	2%-й раствор пищевой соды	15	Полное погружение
		Погружение или протирание ветошью, смоченной в растворе с последующим мытьем	0,5%-й раствор осветленной хлорной извести, белильной термостойкой извести	60	Полное погружение или протирание (200 мл/м^2) с последующим тщательным промыванием водой
			0,5%-й раствор хлорамина	60	
			0,25%-й осветленный раствор КГН	60	
			0,03%-й по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			3%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	15	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,03% - 0,04%-е (по сумме		

			ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
13	Бактериологические посевы	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
	При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе - погружение на 24 ч в один из дезинфицирующих растворов, указанных в п. 4				
14	Резиновые пробки, шланги, груши для пипетирования зараженного материала	Кипячение	Вода, температура 100 °С	30	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
15	Петли для пересева зараженного материала	Прокаливание			
16	Инструменты после вскрытия лабораторных животных; проведения патолого-анатомических работ	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	30	
		Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	15	
			Вода, температура 100 °С	30	
		Погружение	1%-й раствор хлорамина	30	

			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	80	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе глутарового альдегида	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,2% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,2% - 0,3%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
17	Руки в резиновых перчатках	Погружение и мытье	Дезинфицирующие растворы, указанные в п. 5	2	
18	Незащищенные участки	Протирают тампоном,	0,5%-й раствор хлорамина	2	

	кожи, руки	смоченным раствором, затем моют теплой водой с индивидуальным туалетным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем	Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе)	В соответствии с инструкцией по применению	
При попадании инфекционного материала в случае аварии используют:					
			1%-й раствор хлорамина	10	
			Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе)	В соответствии с инструкцией по применению	
19	Банки и бачки для животных, подстилочный материал, выделения животных, остатки корма	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 $\pm$ 2) °С	60 мин	
		Залить до краев и протереть снаружи ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором	3%-й раствор хлорамина	24 ч	
			1%-й раствор КГН	24 ч	

20	Металлические ящики, садки, бачки из-под вскрытых животных и орудия лова	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 + 2) °С	30	
		Воздушный стерилизатор	Температура 160 °С	60	
		Погружение	3%-й раствор хлорамина	120	
		Орошение	3%-й раствор хлорамина	60	300 мл/м^2
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
21	Воздушные бактериальные фильтры	Орошают, извлекают, помещают в непроницаемый пакет, завязывают, сжигают	Применяют средства, указанные в п. 2		
		Погружение	Применяют средства, указанные в п. 2	48 ч	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 $\pm$ 2) °С	60	
	Воздух в помещениях	Аэрозоли	Растворы водорода перекиси или средств на ее основе	В соответствии с инструкцией по применению	

		Установки для обеззараживания воздуха	Системы по обеззараживанию и очистке воздуха, разрешенные к применению в установленном порядке, в том числе УФ-излучение	В соответствии с инструкцией по применению	
22	Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
		Сжигание			
			5%-й раствор хлорамина	24 ч	
23	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	30	
		Кипячение		30	
		Засыпать и размешать	Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или КГН	60	200 г/л
			ДСГК	120	200 г/л
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой соли	В соответствии с инструкцией по применению	

			дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты		
24	Выделения больного: мокрота, оформленные фекалии, смешанные с мочой или водой в соотношении 1:5, жидкие фекалии, рвотные массы, остатки пищи	Засыпать и размешать	Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или ДСГК	60	200 г/л
			КГН	120	150 г/л
				30	200 г/л
			Дезинфицирующие средства в виде порошка, гранул или растворов на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	90	В соответствии с инструкцией по применению
			ГКТ	120	200 г/л марки А
					250 г/л марки Б
25	Моча, жидкость после	Залить и смешать с дезинфицирующим	2%-й раствор хлорной извести или белильной	60	Соотношение 1:1

	полоскания зева	раствором	термостойкой извести		
			2%-й раствор хлорамина	60	Соотношение 1:1
			1%-й раствор КГН	60	Соотношение 1:1
		Засыпать средством и размешать	Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
		Залить и смешать с дезинфицирующим раствором	Дезинфицирующие средства на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ в соответствии с инструкцией по применению		
		Засыпать и размешать	Хлорная известь или известь белильная термостойкая	15	10 г/л
			КГН	15	5 г/л
26	Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники), квачи,	Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим мытьем	1%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	30	

	используемые для мытья посуды, после обеззараживания хранят в специальной емкости		0,5%-й раствор КГН	30	
			1%-й раствор хлорамина	60	
			3%-й раствор хлорамина	30	
			1,5%-й раствор ГКТ	30	
			0,2% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,2% - 0,3%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
	Медицинские отходы (одноразовая лабораторная посуда, одежда персонала, маски, перчатки и пр.)	Погружение	Дезинфицирующие средства на основе натриевой или калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты, ЧАС, триамина, ПГМГХ в соответствии с	В соответствии с инструкцией по применению	

			инструкцией по применению		
		Установки для дезинфекции отходов	Температура, СВЧ, дезинфицирующие средства	В соответствии с инструкцией по применению	
27	Санитарно-техническое оборудование	Протирание ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов	0,06%-й по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,03% - 0,06%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению	
		Протирание ветошью, на которую наносят чистяще-дезинфицирующие средства с последующим смыванием	Дихлор-1	15	0,5 г/100 $см^2$ поверхности
			Белка	15	
			Блеск-2	25	
			Санита	15	
			ПЧД	15	

			Дезус и др.	15	
28	Уборочный материал, ветошь	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	15	Полное погружение
		Замачивание	3%-й раствор хлорамина	60	
			0,6%-й (по АХ) раствор КГН	120	
			0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты	60	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			0,03% - 0,04%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению	
29	Мусор	Сжигание			
		Залить одним из дезинфицирующих	10%-й раствор осветленной хлорной извести или	120	На 1 часть мусора 2 части

		растворов	белильной термостойкой извести		дезинфицирующего раствора
			5%-й раствор КГН	120	
			20%-е хлорно-известковое молоко	60	
30	Надворные уборные, помойные ямы и мусорные ящики	Орошают одним из дезинфицирующих растворов	10%-й раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	60	500 мл/м^2
			5%-й раствор КГН	60	
31	Транспорт	Орошение с последующим протиранием сухой ветошью	При положительных температурах: дезинфицирующие растворы, указанные в п. 2	30	300 мл/м^2
		Аэрозольный метод в помещениях и в палатках, приспособленных для размещения транспортных средств. Распыление растворов с помощью пневматической или турбулирующей	15%-й раствор КГН, содержащий 5% активного хлора	60	100 мл/м^3
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства или дезинфицирующих средств на их основе	30	400 мл/м^3

		аэрозольных насадок, либо аэрозольного генератора АГП			
32	Мешочки для транспортирования диких грызунов	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	
			Вода, температура 100 °С	30	
33	Мазки-отпечатки, мазки из культур	Погружение	96%-й этиловый спирт, смесь Никифорова с последующим погружением в дезинфицирующий раствор, указанный в п. 10	20	
34	Изделия из синтетических материалов	Дезинфекционная камера	Паровоздушный метод, 80 - 90 °С	30	60 кг/м^2
		Погружение	1%-й раствор хлорамина	5 ч	
35	Фильтрующая часть противогаза	Продувание паров формальдегида	Формалин 40% (подогрев). Воздух, содержащий пары формальдегида, пропускают через коробку, используя установку. Остаточные пары формальдегида нейтрализуют парами аммиака; принудительное продувание воздуха через коробку (до исчезновения	5	

			запаха аммиака)		
36	Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации	Фумигация парами формальдегида	37% раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина)	8 ч	60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °C и относительной влажности 65%
II. Бактерии, образующие споры					
1	Ограниченные участки почвы (дороги)	Орошение	4%-й активированный осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	120	10 л/м^2
			2%-й активированный осветленный раствор КГН, содержащий 1% АХ	120	10 л/м^2
2	Поверхности в помещениях (пол, стены, двери), мебель, оборудование, рабочий стол, индивидуальные шкафы и др. мебель, виварий		20%-й осветленный или неосветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ	120	10 л/м^2

			15%-й раствор КГН, содержащий не менее 5% АХ	120	10 л/м^2
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	500 мл/м^2
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			5%-й по АХ осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести или КГН	120	500 мл/м^2
			6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	

			6%-й раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	60	
			5%-й по АХ осветленный раствор КГН или ДСГК	120	
			1%-й по АХ активированный осветленный раствор КГН, или хлорной извести, или белильной термостойкой извести, или ДСГК	120	
			1%-й по АХ активированный раствор хлорамина	120	
Примечание: в случае аварии зараженные поверхности залить одним из вышеуказанных растворов на 2 ч					
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3%	120	200 мл/м^3

			сульфонола или СФ-2У		
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
3	Защитная одежда персонала (халаты, косынки, ватно-марлевые маски, шапочки) и белье больного	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	60	
		Замачивание в дезинфицирующем растворе с последующей стиркой и полосканием	1%-й активированный раствор хлорамина	120	5 л/кг сухой защитной одежды
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	60	5 л/кг сухой защитной одежды

4	Перчатки резиновые	Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	60	
		Погружение в дезинфицирующий раствор	1%-й активированный раствор хлорамина	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
5	Очки, фонендоскоп и пр.	Двукратное протирание с интервалом 30 мин с последующим промыванием водой	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
6	Тапочки (кожаные или из кожзаменителя), резиновые и кирзовые сапоги	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, температура 57 - 59 °С	165	Формалина 250 мл/м^3 (18 кг/м^2 полезной площади пола камеры)
		Двукратное протирание или обмывание	1%-й активированный раствор хлорамина	60	

		салфеткой с интервалом 15 мин	3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
7	Ватные куртки и брюки, постельные принадлежности	Дезинфекционная камера	Паровоздушный метод, температура 97 - 98 °С	45	60 кг/м^2 полезной площади пола камеры
			Паровой метод, температура 104 - 111 °С, давление 0,2 - 0,5 кгс/см^2	60	50 кг/м^3 объема камеры
8	Шапки, кожаная обувь, полушубки, тапочки (из ткани)	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, температура 57 - 59 °С	165	Формалина 250 мл/м^3 (18 кг/м^2 полезной площади пола камеры)
9	Посуда лабораторная (чашки Петри, пробирки, пипетки, колбы и др.)	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 $\pm$ 2) °С	90	
		Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	60	
		Погружение	4%-й активированный раствор хлорамина	60	

			6% (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6% (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	30	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты		
10	Посуда больного	Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	60	
		Погружение	4%-й активированный раствор хлорамин Б	60	2 л на комплект посуды
			1%-й по АХ активированный раствор КГН	60	

			5%-й по АХ раствор КГН	60	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	2 л на комплект посуды
11	Игрушки	Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	60	
		Протирание двукратное с интервалом 30 мин	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			4%-й по ПВ раствор ПВК	60	
		Погружение	1%-й активированный раствор хлорамина	60	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой	В соответствии с инструкцией по применению	

			соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты		
			3%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	60	
			6%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
12	Посевы	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 $\pm$ 2) °С	90	
13	Резиновые пробки, груши для пипетирования зараженного материала	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 $\pm$ 2) °С	90	
		Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	60	
14	Петля микробиологическая	Прокаливание	Пламя горелки		
15	Инструменты после вскрытия животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 $\pm$ 2) °С	90	

		Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	60	
		Погружение	Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси		
			Растворы дезинфицирующих средств на основе глутарового альдегида		
16	Руки в резиновых перчатках	Погружение и мытье	10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	5	
17	Незащищенные участки кожи, руки	Моют или протирают тампоном, смоченным дезинфицирующих раствором, затем моют	При попадании заразного материала - 1%-й активированный раствор хлорамина Б	5	

		теплой водой с индивидуальным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем	Кожные антисептики на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе)	В соответствии с инструкцией по применению	
18	Банки и бачки для животных (банки из-под животных с подстилочным материалом и выделениями животных)	Залить до краев и протереть снаружи двукратно с интервалом 3 ч	4%-й активированный раствор хлорамина Б	48 ч	
			2%-й активированный осветленный раствор КГН, содержащий 1% АХ	48 ч	
			4%-й активированный осветленный раствор ДСГК, содержащий 1% АХ	48 ч	
			20%-й раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ	48 ч	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	48 ч	

			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	24 ч	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
19	Металлические ящики, садки, сетчатые крышки и пр.	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Обработка горячим воздухом	180 °С	60	
20	Трупы лабораторных животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Сжигание			
21	Помещение вивария	Двукратное орошение с интервалом 30 мин	20%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ	120	900 мл/м^2 для пористых, впитывающих поверхностей (штукатурка, кирпич и др.) 500 мл/м^2 для непористых, не впитывающих поверхностей
			15%-й осветленный раствор КГН, содержащий 5% АХ	120	

			4%-й активированный раствор хлорамина	120	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
			10%-й раствор едкого натра при температуре 70 °С	120	
22	Воздушные бактериальные фильтры	Трехкратное орошение с интервалом 30 мин, после чего фильтр упаковывают в полиэтиленовый мешок, завязывают и сжигают	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	500 мл/м^2 на каждое орошение
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси	60	

		или автоклавируют	медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У		
			Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
23	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Кипячение		60	
		Засыпать сухим препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь, или ДСГК	120	200 г/л
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			КГН	240	100 г/л
24	Выделения больного (моча)	Засыпать сухим	Хлорная известь или белильная термостойкая	120	200 г/л

		препаратом и размешать	известь, или ДСГК		
			КГН	120	100 г/л
25	Испражнения, остатки пищи	Засыпать сухим препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь, или ДСГК	120	500 г/кг
			КГН	240	100 г/кг
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
26	Посуда из-под выделений больного (мочеприемники, горшки, подкладные судна)	Погружение в дезинфицирующий раствор с последующим мытьем в горячей воде	4%-й активированный раствор хлорамина	120	
			20%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ	120	
			15%-й осветленный раствор КГН, содержащий не менее	120	

			5% АХ		
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	
27	Санитарно-техническое оборудование	Двукратное протирание с интервалом 30 мин	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	500 мл/м^2
			5%-й по АХ осветленный раствор хлорной извести, белильной термостойкой извести или КГН	120	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	

28	Уборочный материал, ветошь	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	60	
		Замачивание	4%-й активированный раствор хлорамина	120	5 л/кг
			5%-й по АХ раствор КГН	60	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
29	Мусор	Сжигание			
30	Надворные уборные	Двукратное орошение с интервалом 30 мин.	Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в п. 21		
		Засыпать	Один из сухих дезинфектантов, указанных в п. 25		1 кг/м^2 поверхности выделений
31	Мазки-отпечатки, мазки из культур	Погружение	96%-й этиловый спирт с 3%-м раствором водорода перекиси с последующей обработкой по режимам, указанным в п. 9	30	

32	Транспорт	При положительных температурах: двукратное орошение с интервалом 15 мин	4%-й активированный раствор хлорамина	120	500 мл/м^2 на каждое орошение
			2%-й по АХ активированный раствор КГН	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
			Обработка аэрозолями 10% (по ПВ) раствора водорода перекиси с 0,5% сульфонола или СФ-2У	60	
		При отрицательных температурах: двукратное орошение с интервалом 30 мин	10%-ный раствор КГН с 15% поваренной соли	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	120	

			Рецептура, содержащая 10% водорода перекиси, 40% этилового или изопропилового спирта, 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
33	Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации	Фумигация парами формальдегида	37% раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина)	8 ч	60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °С и относительной влажности 65%
III. Вирусы, риккетсии и хламидии					
1	Ограниченные участки почвы (дороги)	Орошение	10%-й осветленный или не осветленный активированный раствор хлорной или белильной термостойкой извести	120	2 л/м^2
			5%-й раствор КГН или ДСГК	120	
2	Поверхности в помещениях	Двукратное орошение с	3%-й раствор хлорамина	120	500 мл/м^2 на каждое

	(стены, двери, подоконники, полы), поверхности рабочего стола, стеллажи, индивидуальные шкафы и др. мебель, виварий	интервалом 30 мин или двукратное протирание с интервалом 15 мин	3%-й осветленный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой	120	орошение; 200 мл/м^2 на каждое протирание
			0,5%-й раствор КГН или ДСГК	120	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина,	В соответствии с инструкцией по применению	

			ПГМГХ		
	Для чрезвычайных ситуаций при условии герметизации помещений	Испарение раствора, нейтрализация с последующим проветриванием помещений	40%-й водный раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% раствор при норме расхода 100 мл/м^3)	24 ч	Формалина 17,5 - 12,5 мл/м^3 (7 - 5 г/м^3 формальдегида) при температуре в помещении 20 - 25 °С; формалина 37,5 - 25,0 мл/м^3 (15 - 10 г/м^3 формальдегида) при температуре 15 - 17 °С и относительной влажности 60 - 92%
		Аэрозольный метод дезинфекции (орошение направленным факелом аэрозоля раствора) с помощью пневматической (ПВАН, НТУ-6) или турбулирующей (ТАН) аэрозольных насадок	6%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	200 мл/м^3
			10%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	200 мл/м^3
		Аэрозольный метод дезинфекции при работе с жидким вируссодержащим материалом	10%-й раствор водорода перекиси	60	10 мл/м^3

		при работе с сухим вируссодержащим материалом	30%-й раствор водорода перекиси с 0,5% ПАВ	60	20 мл/м^3
Примечание: в случае аварии залить зараженные поверхности одним из перечисленных выше растворов на 2 ч					
3	Защитная одежда персонала, белье, халаты, косынки, маски, белье больного (нательное, постельное, полотенца, носовые платки и др.) без видимых загрязнений	Кипячение	2%-й раствор соды кальцинированной или 0,5% любого моющего средства	15	5 л/кг
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (110 $\pm$ 2) °С	45	
		Замачивание в растворе с последующим полосканием и стиркой	3%-й раствор хлорамина	30	5 л/кг
			0,5%-й активированный раствор хлорамина	30	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты		
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5%	30	

			моющего средства при температуре раствора 50 °С		
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства		
4	Защитная одежда персонала, белье, халаты, косынки, маски, белье больного (нательное, постельное, полотенца, носовые платки и др.), загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и др.	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства	30	
		Погружение в раствор с последующим полосканием в воде и стиркой	3%-й раствор хлорамина	120	
			0,5%-й активированный раствор хлорамина	120	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре раствора 50 °С	60	

			0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	45	
5	Перчатки резиновые	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	45	
		Кипячение	Вода, температура 100 °С	30	
		Погружение в раствор	3%-й раствор хлорамина	60	
			6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
6	Защитные очки, фонендоскоп	Двукратное протирание с последующим	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси	15	

		ополаскиванием водой	медицинской или технической		
		Погружение	70%-й этиловый спирт	30	
7	Резиновые, кирзовые сапоги, кожаные тапочки	Двукратное протирание с интервалом 15 мин	Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в п. 2		
8	Ватные куртки, брюки, постельные принадлежности	Дезинфекционная камера	Паровоздушная смесь при температуре 80 - 90 °С	45	40 кг/м^2 полезной площади
9	Полушубки, шапки, кожаная и меховая обувь, тапочки	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, температура 57 - 59 °С	45	Формалина 75,0 мл/м^3 (30 кг/м^2 полезной площади камеры)
10	Посуда лабораторная (чашки Петри, пробирки, пипетки, мазки-отпечатки и др.)	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 $\pm$ 2) °С	60	
		Погружение в раствор с последующим промыванием водой	3%-й раствор хлорамина	60	
			3%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	60	

			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению	
11	Посуда больного	Кипячение вместе с остатками пищи	2%-й раствор пищевой соды	30	
		Погружение в раствор	3%-й раствор хлорамина	60	

		дезинфицирующего средства, последующее промывание в горячей мыльной воде, а затем в питьевой воде	0,5%-й активированный раствор хлорамина	60	
			3%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	60	
			1,5%-й раствор КГН	60	
			3%-й раствор ДСГК	30	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской или технической с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3%	30	

			сульфонола или СФ-2У		
			0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению	
12	Вируссодержащая жидкость, взвесь зараженной культуры клеток	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	45	
	При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе:				
		Кипячение	Вода	30	
		Залить раствором	Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в п. 4	24 ч	
13	Резиновые, силиконовые пробки, шланги, груши для пипетирования зараженного материала, гребенки, сушка культур	Кипячение	Вода	30	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	20	
14	Инструменты из металлов после вскрытия животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	20	

		Кипячение	Вода	30	
			2%-й раствор пищевой соды	15	
		Погружение в раствор	3%-й раствор хлорамина	60	
15	Руки в резиновых перчатках	Мытье в растворе дезинфицирующего средства	Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в п. 5	2	
			1%-й раствор хлорамина	2	
			70%-й этиловый спирт	2	
16	Незащищенные участки кожи, руки	Моют или протирают тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором, затем моют теплой водой с индивидуальным туалетным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем	1%-й раствор хлорамина	10	
			70%-й этиловый спирт	2 раза по 3 мин	
			Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе)	В соответствии с инструкцией по применению	
17	Банки и бачки для животных	Залить раствором до краев, протереть снаружи ветошью,	3%-й раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой	24 ч	

		смоченной в растворе	1,5%-й раствор ДСГК	24 ч	
			1,5%-й раствор КГН	24 ч	
			3%-й раствор хлорамина Б	24 ч	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	24 ч	
18	Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов	Обеззараживание сухим жаром	Температура 180 °С	60	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	20	
		Погружение в раствор	3%-й раствор хлорамина	120	
19	Трупы лабораторных животных	Сжигание			
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
20	Воздушные фильтры	Орошение	Применяют средства, указанные в п. 2		

		Извлекают, помещают в полиэтиленовый пакет, завязывают, сжигают	-		
		Погружение	Применяют средства, указанные в п. 2		
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
		Аэрозольный метод дезинфекции	30%-й раствор водорода перекиси с 0,5% ПАВ	60	20 мл/м^2 фильтрующей поверхности
21	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
		Кипячение		30	
		Засыпать препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь	60	200 г/л
			ДСГК и КГН	120	100 г/л
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой или	120	100 г/кг

			калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты		
22	Выделения больного (испражнения, мокрота, рвотные массы), остатки пищи	Засыпать препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь	120	200 г/кг
			КГН или ДСГК	120	200 г/кг
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой или калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты	120	100 г/кг
23	Посуда из-под выделений (горшки, судна, ведра, баки и др.), квачи	Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим промыванием водой	3%-й раствор хлорамина	60	-
			0,5%-й активированный раствор хлорамина Б	60	
			3%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	60	
			1,5%-й осветленный или неосветленный раствор КГН	60	

			или ДСГК		
24	Моча, жидкость после полоскания зева	Засыпать препаратом и размешать	Сухая хлорная известь, белильная термостойкая известь	60	70 г/л
			КГН, ДСГК	60	35 г/л
25	Санитарно-техническое оборудование (ванны, унитазы, раковины и др.)	Двукратно протирают ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов	Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в п. 2	120	
26	Уборочный материал (ветошь, мочалки и др.)	Кипячение	2%-й мыльно-содовый раствор или раствор любого моющего средства	30	
		Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим прополаскиванием в воде	Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в п. 4		
27	Надворные санитарные установки	Орошают внутренние поверхности одним из дезинфицирующих	10%-й осветленный или не осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой	120	

		растворов	извести		
			5%-й раствор КГН или ДСГК	120	
28	Мусор	Заливают раствором	10%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	120	Мусор 1 ч., дезраствор 2 ч.
			5%-й раствор КГН	120	
			7%-й раствор ДСГК	60	
			20%-е хлорно-известковое молоко	60	
29	Транспорт	Орошают или двукратно протирают ветошью, смоченной в растворе, с интервалом 15 мин, после чего протирают ветошью, смоченной в воде	3%-й раствор хлорамина	60	300 мл/м^2
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5%	60	

			моющего средства		
			6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению	
30	Подстилочный материал, выделения животных, остатки корма	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 $\pm$ 2) °С	60	
31	Мешочки для транспортирования диких грызунов	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	
			Вода, температура 100 °С	30	
32	Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации	Фумигация парами формальдегида	37%-й раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина)	8 ч	60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °С и относительной влажности 65%

33	Пневмокостюмы, противогазовые коробки	Орошают	3% раствор едкого натра	3 мин	60 л на человека
		Аэрозольный метод дезинфекции	10% раствор перекиси водорода	60 мин	20 мл на $м^3$ в дезинфекционной камере
IV. Грибы					
1	Поверхности в помещениях: оборудование, стены, подоконники, полы, рабочий стол, стеллажи в помещении для содержания зараженных животных, индивидуальные шкафы, тумбочки и др. мебель	Орошение или двукратное протирание с интервалом 30 мин	2%-й раствор КГН	60	200 мл/$м^2$
			5%-й раствор хлорамина	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	200 мл/$м^2$
2	Поверхности термокамер	Двукратное орошение или двукратное протирание с интервалом 30 мин	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	500 мл/$м^2$
3	Защитная одежда, белье	Паровой стерилизатор	1,1 кгс/$см^2$ (0,11 МПа), (120 + 2) °С	60	

		(автоклав)	1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	30	
			2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	20	
		Погружение	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	200 мл/м^2
4	Халаты, косынки, ватно-марлевые повязки	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	5 л/кг сухого белья
		Погружение	5%-й раствор хлорамина	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	200 мл/м^2
5	Перчатки резиновые	Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	15	
6	Защитные очки, тапочки	Двукратное протирание с интервалом 30 мин	Одним из растворов, перечисленных в п. 4		
7	Ватные куртки	Камерное обеззараживание	Паровоздушный метод 80 - 90 °С	15 - 20	8 - 10 компл. (60 кг/м^2)
8	Шапки, кожаная обувь, тапочки	Камерное обеззараживание	Пароформалиновый метод, 57 - 59 °С	30	формалина (5 компл. 30 кг/м^2) 75 мл/м^2

9	Посуда лабораторная (чашки Петри, пробирки, колбы), резиновые, силиконовые шланги, груши	Паровой стерилизатор (автоклав)	1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	60	
			1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	30	
			2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	20	
		Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	30	
		Погружение	5%-й раствор хлорамина	120	Полное погружение
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
10	Культуры грибов на плотных питательных средах. Опытные тест-поверхности	Паровой стерилизатор (автоклав)	1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	60	
			1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	30	
			2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	20	
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	Полное погружение
11	Руки, зараженные участки	Моют или протирают тампоном, смоченным	При попадании заразного материала - 1%-й	5	

	кожи	дезраствором, затем моют теплой водой с индивидуальным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем	активированный раствор хлорамина		
			70% раствор спирта этилового	5	
12	Органы грызунов для гистологического исследования	Погружение	10%-й раствор формалина	24 ч	Полное погружение
13	Трупы лабораторных животных	Сжигание			
		Паровой стерилизатор (автоклав)	1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 $\pm$ 2) °С	60	
14	Банки для животных	Залить до краев и протереть снаружи двукратно с интервалом 3 ч	5% раствор хлорамина	48 ч	
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	Полное погружение
15	Инструменты после вскрытия животных	Кипячение	2%-й раствор пищевой соды	30	
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	Полное погружение

16	Подстилочный материал, остатки кормов, выделения животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
17	Ветошь, уборочный материал	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	
			5%-й раствор хлорамина	120	
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	Полное погружение
18	Металлические бачки, ящики из-под вскрытых животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С	60	
			2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	30	
19	Помещения, поверхности оборудования (аэрозольный метод дезинфекции)	Двукратная обработка с интервалом 30 мин	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
20	Транспорт	При положительных температурах:	4%-й активированный раствор хлорамина	120	500 мл/м^2 на каждое орошение

		двукратное орошение с интервалом 15 мин	2%-й по АХ активированный раствор КГН	120	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			5%-й раствор формальдегида с 5% мыла при температуре 60 °С	60	
			Обработка аэрозолями 10% (по ПВ) раствора водорода перекиси	60	
		При отрицательных температурах:	10%-й раствор КГН с 15% поваренной соли	120	

		двукратное орошение с интервалом 30 мин	Рецептура, содержащая 10% водорода перекиси, 40% этилового спирта, 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
21	Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации	Фумигация парами формальдегида	37%-й раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина)	8 ч	60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °C и относительной влажности 65%
Отсчет времени обеззараживания при кипячении начинается с момента закипания воды. Примечание: кроме указанных обеззараживающих средств допускается применение других изученных и разрешенных к применению в Российской Федерации в установленном порядке обеззараживающих средств, эффективных в отношении микроорганизмов I - II групп патогенности.					

Приложение 2

СРЕДСТВА И МЕТОДЫ

ДЕЗИНФЕКЦИИ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРИ РАБОТЕ С ПБА

Дезинфекцию различных объектов при работе с ПБА I - II групп патогенности осуществляют физическим (кипячение, водяной насыщенный пар под избыточным давлением, СВЧ-излучение, сухой горячий воздух, УФ-излучение) и химическим (использование растворов дезинфицирующих средств, в том числе в виде аэрозолей) методами.

Методы и средства обеззараживания определяются в каждом отдельном случае в зависимости от ПБА и характера обеззараживаемого материала.

I. Бактерии, не образующие споры

1.1. Химический метод обеззараживания с использованием растворов дезинфицирующих средств

1.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

0,5 - 3,0%-е растворы (по препарату).

- Хлорная известь (содержание АХ не менее 25%):

0,5 - 2,0%-е (по препарату) осветленные растворы;

10%-й (по препарату) осветленный и не осветленный растворы;

20%-й (по препарату) хлорно-известковое молоко.

- Известь белильная термостойкая (содержание АХ не менее 25%):

0,5 - 2,0%-е (по препарату) осветленные растворы;

10%-й (по препарату) осветленный и не осветленный растворы.

- Кальция гипохлорит нейтральный (КГН, содержание АХ 45 - 54%):

0,15 - 0,6%-е (по АХ) осветленные растворы;

0,25 - 5,0%-е (по АХ) осветленные растворы;

5%-й (по препарату) осветленный и не осветленный растворы.

- Двуосновная соль гипохлорита кальция - ДСГК (содержание АХ не менее 30%):

1%-й (по препарату) осветленный раствор;

5%-й (по препарату) осветленный и не осветленный растворы.

- Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

- Дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

- Гипохлорит натрия (содержание активного хлора не менее 14%):

1%-й (по АХ) раствор.

1.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись медицинская (содержание перекиси водорода - ПВ не менее 30%):

3,0 - 10%-е (по ПВ) растворы.

- Средства на основе ПВ и других кислородактивных соединений.

1.1.3. Средства на основе катионных поверхностно-активных веществ.

1.1.4. Альдегиды:

- дезинфицирующие средства на основе глутарового альдегида.

1.1.5. Кожные антисептики на основе:

- спирта этилового (не менее 70% по массе);

- спирта изопропилового (не менее 60% по массе);

- смеси спиртов (не менее 60% по массе).

1.2. Физические методы обеззараживания

1.2.1. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

1.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом

стерилизаторе (автоклаве):

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 ± 2) °С;

- 0,15 МПа (1,5 кгс/см^2), (126 ± 2) °С;

- 0,11 МПа (1,1 кгс/см^2), (120 + 2) °С.

1.2.3. Обработка горячим воздухом (180 °С) в воздушном стерилизаторе.

1.2.4. Обработка СВЧ-излучением.

1.2.5. Сжигание.

1.2.6. Обработка в дезинфекционных камерах (паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы).

1.2.7. Ультрафиолетовое излучение.

2. Бактерии, образующие споры

2.1. Химический метод обеззараживания с использованием дезинфицирующих средств

2.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

1 - 4%-е активированные растворы, содержащие АХ 0,25 - 1%.

- Хлорная известь или белильная термостойкая известь (содержание АХ не менее 25%):

20%-е осветленные и не осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;

4%-е активированные осветленные растворы, содержащие не менее 1% АХ.

- Кальция гидрохлорит нейтральный (КГН) - содержание АХ 45 - 54%:

15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;

2%-е активированные осветленные растворы, содержащие не менее 1% АХ;

- Двуосновная соль гипохлорита кальция - ДСГК (содержание АХ не менее 30%):

4%-й (по препарату) активированный осветленный раствор, содержащий не менее 1,0% АХ (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлорактивным средством 1:8).

- Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (таблетки,

гранулы).

- Дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

2.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись (содержание ПВ не менее 30%):

3%-й по ПВ раствор с 0,5% моющего средства (Прогресс, Новость, Лотос, Астра или эквивалент) при 50 °С;

6%-й по ПВ раствор с 0,5% моющего средства (Прогресс, Новость, Лотос, Астра или эквивалент) при 20 и 50 °С;

10%-й по ПВ раствор;

6%-й по ПВ раствор с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ.

- Средства на основе ПВ и других кислородактивных соединений

2.1.3. Альдегиды:

- Формалин (содержание формальдегида 40%):

20%, 40%-е по формальдегиду водные растворы.

- Дезинфицирующие средства на основе глутарового альдегида.

2.1.4. Щелочи:

- Едкий натр:

10%-е по препарату раствор при температуре 70 °С.

2.2. Физические методы обеззараживания

2.2.1. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

2.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе (автоклаве):

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 $\pm$ 2) °С.

2.2.3. Обработка горячим воздухом (180 °С) в воздушном стерилизаторе.

2.2.4. Обработка СВЧ-излучением.

2.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, пароформалиновый, паровой методы.

3. Вирусы и хламидии

3.1. Химический метод обеззараживания с использованием дезинфицирующих средств

3.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

1 - 4% (по препарату) растворы;

0,5%, 1,5% (по препарату) активированные растворы хлорамина (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлорактивным средством 1:8).

- Хлорная известь (содержание АХ не менее 25%):

3%, 10%-е (по препарату) осветленный и не осветленный растворы;

20%-е (по препарату) хлорно-известковое молоко.

- Известь белильная термостойкая (содержание АХ не менее 25%):

3%, 10%-е (по препарату) осветленный и не осветленный растворы.

- Кальция гипохлорит нейтральный КГН (содержание АХ 45 - 54%):

0,6%, 0,9%-е (по АХ) растворы;

0,6%, 0,9%-е (по АХ) осветленные растворы.

- Двуосновная соль гипохлорита кальция - ДСГК (содержание АХ не менее 30%):

1,0 - 7,0%-е (по препарату) осветленные и не осветленные растворы.

- Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

- Дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

3.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись (содержание ПВ не менее 30%):

3, 6 и 10%-е растворы (по ПВ);

- Водорода перекись медицинская с моющим средством:

(3, 6 и 30%-й раствор ПВ с 0,5% моющего средства);

3, 6 и 30%-й (по ПВ) раствор.

3.1.3. Спирты:

- спирт этиловый (не менее 70% по массе).

3.1.4. Щелочи:

- натр едкий (3%-й водный раствор).

3.2. Физические методы обеззараживания

3.2.1. Обработка горячим воздухом (180 °С) в воздушном стерилизаторе.

3.2.2. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

3.2.3. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе:

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 $\pm$ 2) °С;

- 0,15 МПа (1,5 кгс/см^2), (126 $\pm$ 2) °С;

- 0,11 МПа (1,1 кгс/см^2), (120 + 2) °С.

3.2.4. Обработка СВЧ-излучением.

3.2.5. Сжигание.

3.2.6. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы.

3.2.7. Ультрафиолетовое излучение.

4. Риккетсии

4.1. Химический метод обеззараживания с использованием дезинфицирующих средств

4.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

1, 3%-е (по препарату) растворы;

0,5%-й (по препарату) активированный раствор хлорамина (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлорактивным средством 1:8).

- Хлорная известь или известь белильная термостойкая:

20%-й (по препарату) осветленный и не осветленный растворы, содержащие не менее 5% АХ;

3%-й осветленный раствор, содержащий не менее 1% АХ.

- Кальция гипохлорит нейтральный (КГН):

15%-й осветленный или не осветленный растворы, содержащие не менее 5% АХ;

1,5%-й раствор, содержащий не менее 0,5% АХ.

4.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись медицинская (содержание ПВ не менее 30%):

3%-й, 6%-й и 10%-е растворы (по ПВ).

- Водорода перекись медицинская с моющим средством:

(3, 6 и 30%-й раствор ПВ с 0,5% моющего средства);

3, 6 и 30%-й (по ПВ) раствор.

4.1.3. Спирты:

- спирт этиловый (не менее 70% по массе).

4.2. Физические методы обеззараживания

4.2.1. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

4.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе (автоклаве):

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 $\pm$ 2) °С;

- 0,11 МПа (1,1 кгс/см^2), (120 + 2) °С.

4.2.3. Обработка СВЧ-излучением.

4.2.4. Сжигание.

4.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы.

5. Грибы

5.1. Химический метод обеззараживания с использованием дезинфицирующих средств

5.1.1. Хлорактивные:

- Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):

1%-й (по АХ) активированный раствор (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлорактивным средством 1:8);

5%-й (по препарату) раствор.

- Кальция гипохлорит нейтральный (КГН):

15%-й осветленный раствор, содержащий не менее 5% активного хлора;

3%-й (по препарату) раствор.

5.1.2. Кислородактивные:

- Водорода перекись медицинская (содержание ПВ не менее 30%):

3, 6%-е растворы (по ПВ) с 0,5% моющего средства;

10%-й раствор (по ПВ).

5.2. Физические методы обеззараживания

5.2.1. Кипячение:

- вода;

- 2%-й раствор пищевой соды;

- 2%-й раствор кальцинированной соды.

5.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе:

- 0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 $\pm$ 2) °С;

- 0,15 МПа (1,5 кгс/см^2), (126 $\pm$ 2) °С;

- 0,11 МПа (1,1 кгс/см^2), (120 + 2) °С.

5.2.3. Сжигание.

5.2.4. Обработка СВЧ-излучением.

5.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный и пароформалиновый методы.

5.2.6. Ультрафиолетовое излучение.

Приложение 3

КЛАССИФИКАЦИЯ

БИОЛОГИЧЕСКИХ АГЕНТОВ, ВЫЗЫВАЮЩИХ БОЛЕЗНИ ЧЕЛОВЕКА,

ПО ГРУППАМ ПАТОГЕННОСТИ

1. Приведенная ниже Классификация подлежит пересмотру каждые два года для внесения изменений в связи с получением новых научных данных относительно патогенности, путей передачи, круга хозяев патогенных биологических агентов, разработкой средств и методов профилактики, лечения вызываемых заболеваний. По мере открытия новых патогенных биологических агентов списки будут дополняться.

2. Возникающие (впервые выделенные) патогенные биологические агенты, не включенные в приведенную ниже Классификацию, а также известные ранее, однако обладающие новыми патогенными для человека свойствами патогенные биологические агенты, в отношении которых известны случаи летальных исходов заболевания и/или имеются сведения о высоком эпидемическом потенциале, следует относить ко II группе патогенности.

I группа

Бактерии

1. Yersinia pestis - чумы

Вирусы

(В связи с отсутствием биноминальной номенклатуры

для вирусов обозначения даются в русской транскрипции)

1.	Filoviridae:	
	вирусы Марбург и Эбола	- геморрагических лихорадок
2.	Arenaviridae:	
	вирусы Ласса, Хунин, Мачупо, Себиа, Гуанарито	- геморрагических лихорадок
3.	Poxviridae,	
	Род Orthopoxvirus:	
	вирус натуральной оспы (Variolae)	- натуральной оспы человека
	вирус оспы обезьян (Monkeypox)	- оспы обезьян
4.	Herpesviridae:	
	обезьяний вирус В	- хронического энцефалита и энцефалопатии

II группа

Бактерии

1.	Bacillus anthracis	- сибирской язвы
2.	Brucella melitensis	- бруцеллеза
	Brucella abortus	

	Brucella suis	
	Brucella neotomae	
	Brucella ovis	
	Brucella canis	
	Brucella ceti	
	Brucella pinnipedialis	
	Brucella microti	
3.	Francisella tularensis	- туляремии
4.	Burkholderia mallei	- сапа
5.	Burkholderia pseudomallei	- мелиоидоза
6.	Vibrio cholerae токсигенный, Ctx	- холеры
7.	B^+ Escherichia coli O157:H7, O104:H4 и другие серотипы - продуценты веротоксина	- геморрагического колибактериоза, гемолитико-уремического синдрома
	Хламидии	
8.	Chlamydophila psittaci	- орнитоза - пситтакоза
	Риккетсии	
9.	Rickettsia prowazeki	- эпидемического сыпного тифа и болезни Брилля
10.	Rickettsia typhi	- крысиного сыпного тифа
11.	Rickettsia rickettsii	- пятнистой лихорадки
12.	Rickettsia tsutsugmushi	- лихорадки цуцугамуши

13.	Coxiella burnetii	- коксиеллеза (лихорадки Ку)

Вирусы

1.	Togaviridae:	
	вирусы лошадиных энцефаломиелитов (Венесуэльский ВНЭЛ, Восточный ВЭЛ, Западный ЗЭЛ)	- комариных энцефалитов, энцефаломиелитов, энцефаломенингитов
	вирусы лихорадок Семлики, Бибару, Эвергладес, Чикунгунья, О'Ньонг-Ньонг, Карельской, Синдбис, реки Росс, Майяро, Мукамбо, Сагиума	- лихорадочных заболеваний
2.	Flaviviridae:	
	вирусы комплекса клещевого энцефалиа (КЭ), Алма-Арасан, Апои, Лангат, Негиши, Повассан, Шотландского энцефаломиелита овец	- энцефалитов, энцефаломиелитов
	Болезни леса Киассанур, Омской геморрагической лихорадки (ОГЛ)	- геморрагических лихорадок
	вирусы комплекса японского энцефалита (ЯЭ), Западного Нила, Ильеус, Росио, Сент-Луис (энцефалиты), Усуту, (энцефалит) долины Муррея	- энцефалитов, менингоэнцефалитов
	Карши, Кунжин, Сепик, Вессельсборн	- лихорадочных заболеваний
	Зика, Риобраво, Денге, Сокулук	- геморрагической лихорадки
	Желтой лихорадки	

	Вирус гепатита С	- парентерального гепатита, гепато-целлюлярной карциномы печени
3.	Bunyaviridae,	
	Род Bunyavirus:	
	Комплекс Калифорнийского энцефалита, Ла Кросс, Джеймстаун-каньон, зайцев-беляков, Инко, Тягиня	- энцефалитов, энцефаломиелитов, менингоэнцефалитов и лихорадочных заболеваний с менингеальным синдромом и артритами
	комплекс С-вирусы Aney, Мадрид, Орибока, Осса, Рестан и др.	- лихорадочных заболеваний с миозитами и артритами
	Род Phlebovirus:	
	вирусы москитных лихорадок Сицилии, Неаполя, Рифт-валли, Тоскана и др.	- энцефалитов и лихорадочных заболеваний с артритами и миозитами
	Род Nairovirus:	
	вирус Крымской геморрагической лихорадки-Конго;	- геморрагической лихорадки
	болезни овец Найроби, Ганджам;	- лихорадки с менингеальным синдромом
	Дугбе	- энцефалита
	Род Hantavirus:	
	вирусы Хантаан, Сеул, Пуумала, Чили, Аидо и др.	- геморрагических лихорадок с почечным синдромом (ГЛПС) и с легочным синдромом
4.	Reoviridae,	
	Род Orbivirus:	
	вирусы Кемерово, колорадской	- лихорадок с менингеальным синдромом и

	клещевой лихорадки, Синего языка овец, Чангвинола, Орунго и др.	артритами
5.	Rhabdoviridae,	
	Род Lyssavirus:	
	вирус уличного бешенства	- бешенства
	Дикования, Лаго-бат	- псевдобешенства и энцефалопатий
6.	Picornaviridae,	
	Род Aphtovirus:	
	вирус ящура	- ящура
7.	Arenaviridae:	
	вирусы лимфоцитарного хориоменингита Такарибе, Пичинде	- астенических менингитов и менингоэнцефалитов
8.	Hepadnaviridae:	
	врусы гепатита В	- парентеральных гепатитов
9.	Retroviridae:	
	вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ-1, ВИЧ-2)	- СПИДа
	вирус Т-клеточного лейкоза человека (HTLV)	- Т-клеточного лейкоза человека
10.	Nodaviridae:	
	вирусы гепатитов Д (дельта) и Е	- инфекционных гепатитов

11.	Coronaviridae:	
	вирус SARS	- ТОРС
12.	Orthomyxoviridae:	
	высоковирулентные штаммы вируса гриппа А	- гриппа

Прионы

(В связи с отсутствием биноминальной номенклатуры

для прионов обозначения даются в русской транскрипции)

1. Возбудители медленных нейроинфекций - подострых губчатых энцефалопатий Куру	- подострой энцефалопатии
2. Агент CJD-возбудитель болезни Крейцфельда-Якоба	- болезни Крейцфельда-Якоба, синдрома Герстманна-Страусслера
3. Возбудитель трансмиссивной губчатой энцефалопатии человека	- амиотрофического лейкоспонгиоза (Белоруссия)
4. Возбудитель оливопонтоцеребеллярной атрофии человека	- оливопонтоцеребеллярной атрофии I типа (Якутия, Восточная Сибирь)
5. Возбудитель фатальной семейной бессонницы (FFI)	- фатальной семейной бессонницы, накоплению амилоидных бляшек в таламусе
6. Скрепи	- подострой энцефалопатии овец и коз
7. Возбудитель энцефалопатии норок	- трансмиссивной энцефалопатии норок
8. Хроническая изнуряющая болезнь копытных	- болезни хронической усталости оленей и лосей в неволе

9. Возбудитель губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота - "коровьего бешенства"

Грибы

1. Blastomyces dermatitidis - бластомикоза

2. Coccidioides immitis - кокцидиоидомикоза

Coccidioides posadasii

3. Histoplasma capsulatum var. capsulatum и duboisii - гистоплазмоза

4. Paracoccidioides brasiliensis - паракокцидиоидомикоза

Токсины

1. Ботулинические токсины всех типов

2. Холерный токсин

3. Столбнячный токсин

III группа

Бактерии

1. Bordetella pertussis - коклюша

2. Borrelia recurrentis - возвратного тифа

3. Campylobacter fetus - абсцессов, септицемий

4. Campylobacter jejuni - энтерита, холецистита, септицемий

5. Clostridium botulinum - ботулизма

6.	Clostridium tetani	- столбняка
7.	Corynebacterium diphtheriae	- дифтерии
8.	Erysipelothrix rhusiopathiae	- эризипелоида
9.	Helicobacter pylori	- гастрита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
10.	Legionella pneumophila	- легионеллеза
11.	Leptospira interrogans	- лептоспирозов
12.	Listeria monocytogenes	- листериоза
13.	Mycobacterium leprae	- проказы
14.	Mycobacterium tuberculosis Mycobacterium bovis Mycobacterium avium	- туберкулеза
15.	Neisseria gonorrhoeae	- гонореи
16.	Neisseria meningitidis	- менингита
17.	Nocardia asteroides Nocardia brasiliensis	- пневмонии, абсцессов мозга, менингитов, менингоэнцефалитов, сепсисов, остеомиелитов
18.	Pasteurella multocida	- пневмонии, менингитов и др.
19.	Proactinomyces israelii	- актиномикоза
20.	Salmonella paratyphi A	- паратифа А
21.	Salmonella paratyphi B	- паратифа В

22.	Salmonella typhi	- брюшного тифа
23.	Shigella spp.	- дизентерии
24.	Treponema pallidum	- сифилиса
25.	Yersinia pseudotuberculosis	- псевдотуберкулеза
26.	Vibrio cholerae O1 не токсигенный	- диареи
27.	Vibrio cholerae non O1 (O139) не токсигенный	- диареи, раневых инфекций, септицемии и др.

Риккетсии

1.	Rickettsia sibirica	- клещевого сыпного тифа Северной Азии
2.	Rickettsia conorii	- средиземноморской пятнистой лихорадки
3.	Rickettsia sharoni	- израильской лихорадки
4.	Rickettsia sp. now?	- "астраханской лихорадки"
5.	Rickettsia akari	- везикулезного риккетсиоза
6.	Rickettsia australis	- клещевого сыпного тифа Северного Квинсленда
7.	Rickettsia japonica	- японской пятнистой лихорадки
8.	Rickettsia sp. now?	- "африканской лихорадки"
9.	Rickettsia sp. now?	- "клещевого риккетсиоза штамм "TTT" Таиланда"

Эрлихии

1.	Ehrlichia sennetsu	- болезни сеннетсу

2.	E. canis	- название отсутствует
3.	E. chaffeensis	- название отсутствует
	Хламидии	
1.	Chlamydia trachomatis	- трахомы, урогенитального хламидоза
2.	Chlamydophila pneumoniae	- пневмании, артритов

Вирусы

1.	Orthomyxoviridae:	
	вирусы гриппа А, В и С	- гриппа
2.	Picornaviridae,	
	Род Enterovirus:	
	вирусы полиомиелита - дикие штаммы	- полиомиелита
	вирусы гепатитов А и Е	- энтеральных гепатитов
	вирус острого геморрагического конъюнктивита (АНС)	- геморрагического конъюнктивита
3.	Herpesviridae:	
	вирусы простого герпеса I и II типов	- герпеса простого
	герпесвирус зостер-ветрянки	- ветряной оспы, опоясывающего герпетического лишая
	вирус герпеса 6 типа (HBLv- HHv6)	- поражение В-лимфоцитов человека, родовой экзантемы, лимфопролиферативных заболеваний

вирус цитомегалии	- цитомегалии
вирус Эпштейн-Барра	- инфекционного мононуклеоза, лимфомы Беркитта, назофарингиальной карциномы

Грибы

1.	Aspergillus flavus Aspergillus fumigatus Aspergillus terreus	- аспергиллеза
2.	Candida albicans Candida glabrata Candida crusei Candida tropicalis	- кандидоза
3.	Cryptococcus neoformans	- криптоккоза
4.	Cladophialophora bantiana	- феогифомикоза
5.	Ramichloridium mackenzei	- феогифомикоза
6.	Penicillum marneffei	- пенициллиоза

Простейшие

1.	Leishmania donovani	- висцерального лейшманиоза
2.	Pentatrichomonas (Trichomonas) hominis	- кишечного трихомониаза
3.	Plasmodium vivax Plasmodium malariae	- малярии

	Plasmodium falciparum Plasmodium ovale	
4.	Trichomonas vaginalis	- мочеполового трихомониаза
5.	Trypanosoma cruzi	- американского трипаносомоза (болезни Шагаса)
6.	Trypanosoma gambiense Trypanosoma rhodesiense	- африканского трипаносомоза (сонной болезни)

Гельминты

1.	Echinococcus multilocularis	- альвеолярного эхинококкоза
2.	Echinococcus granulosus	- гидатидозного эхинококкоза
3.	Trichinella spp.	- трихинеллеза

Членистоногие

1.	Sarcoptes scabiei	- чесотки

Токсины

1.	Микотоксины	- микотоксикозов
2.	Дифтерийный токсин	
3.	Стрептококковый токсин группы А	

IV группа

Бактерии

1.	Aerobacter aerogenes	- энтерита
2.	Bacillus cereus	- пищевой токсикоинфекции
3.	Bacteroides spp.	- сепсиса, гнойных инфекций головы и шеи, гнойных инфекций ЦНС, стоматоинфекций, гнойных плевритов, гнойных инфекций мягких тканей, параректальных абсцессов, декубитальных язв, язв стопы, остеомиелитов, внутриабдоминальных инфекций
4.	Borrelia spp.	- клещевого спирохетоза
5.	Bordetella bronchiseptica	- бронхосептикоза
	Bordetella parapertussis	- паракоклюша
6.	Branchamella catarralis	- воспалительных заболеваний нижних и верхних дыхательных путей, хронических бронхитов, уретритов, эндокардитов, менингитов
7.	Burkholderia cepacia	- местных воспалительных процессов и сепсиса
8.	Burkholderia thailandensis	- местных воспалительных процессов
9.	Campylobacter spp.	- гастроэнтерита, гингивита, периодонтита
10.	Citrobacter spp.	- местных воспалительных процессов, пищевой токсикоинфекции
11.	Clostridium perfringens	- газовой гангрены
	Clostridium novyi	
	Clostridium septicum	

	Clostridium histolyticum	
	Clostridium bifermentans	
12.	Eikinella corrodens	- перитонзиллярных абсцессов, абсцессов мозга
13.	Escherichia coli	- энтерита
14.	Eubacterium endocarditidis	- септического эндокардита
15.	Eubacterium lentum	- вторичных септицемий, абсцессов
	Eubacterium ventricosum	
16.	Enterococcus faecalis	- эндокардитов, хронических обструктивных бронхитов, раневых инфекций, септицемий
	Enterococcus faecium	
17.	Flavobacterium meningosepticum	- менингита, септицемий
18.	Haemophilus influenzae	- менингита, пневмонии, ларингита
19.	Hafnia alvei	- холецистита, цистита
20.	Klebsiella ozaenae	- озены
21.	Klebsiella pneumoniae	- пневмонии
22.	Klebsiella rhinoscleromatis	- риносклеромы
23.	Mycobacterium spp.	- микобактериозов
	Photochromogens	
	Scotochromogens	
	Nonphotochromogens	
	Rapid growers	

24.	Micoplasma genitalium Micoplasma hominis Micoplasma urealyticum Micoplasma pneumoniae	- воспалительных процессов урогенитального тракта, осложнений беременности - воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, пневмонии
25.	Propionibacterium avidum	- сепсиса, абсцессов
26.	Proteus spp.	- пищевой токсикоинфекции, сепсиса, местных воспалительных процессов
27.	Pseudomonas aeruginosa	- местных воспалительных процессов, сепсиса
28.	Salmonella spp.	- сальмонеллезов
29.	Serratia marcescens	- местных воспалительных процессов, сепсиса
30.	Staphylococcus spp.	- пищевой токсикоинфекции, септицемии, пневмонии
31.	Streptococcus spp.	- сепсиса, тонзиллита, пневмонии, менингита, гломерулонефрита, эндокардита, ревматизма, гнойных инфекций челюстно-лицевой области, некротизирующих фасцитов, миозитов, синдрома токсического шока, скарлатины, зубного кариеса, импетиго, рожистых воспалений
32.	Vibrio spp. Vibrio parahaemolyticus Vibrio mimicus Vibrio fluvialis Vibrio vulnificus	- диарей, пищевых токсикоинфекций, раневых инфекций, септицемий и т.д.

	Vibrio alginolyticus	
33.	Yersinia enterocolitica	- энтерита, колита
34.	Actinomyces albus	- актиномикоза

Вирусы

1.	Adenoviridae:	- ОРВИ, пневмоний, конъюнктивитов
	аденовирусы всех типов	
2.	Reoviridae,	
	Род Reovirus:	
	реовирусы человека	- ринитов, гастроэнтеритов
	Род Rotavirus:	
	ротавирусы человека, вирус диареи телят Небраски (NCDV)	- гастроэнтеритов и энтеритов
3.	Coronaviridae:	
	коронавирусы человека	- ОРВИ (профузного насморка без температуры), энтеритов
4.	Caliciviridae:	
	вирус Норфолк	- острых гастроэнтеритов
5.	Picornaviridae,	
	Род Enterovirus	
	вирусы Коксаки группы А и В	- серозных менингитов, энцефаломиокардитов, ОРВИ, болезни

		Борнхольма, герпангин, полиневритов
	вирусы ECHO	- серозных менингитов, диареи, ОРВИ, полиневритов, увеитов
	энтеровирусы - типы 68 - 71	- серозных менингитов, конъюнктивитов, ОРВИ
	Род Rinovirus:	
	риновирусы человека 130 типов	- ОРВИ, полиневритов, герпангин, конъюнктивитов
	Род Cardiovirus:	
	вирус энцефаломиокардита и вирус Менго	- ОРВИ, полиневритов, энцефало-миокардитов, миокардитов, перикардитов
6.	Paramyxoviridae:	
	вирусы парагриппа человека 1 - 4 типа	- ОРВИ, бронхопневмоний
	респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус)	- пневмоний, бронхитов, бронхиолитов
	вирус эпидемического паротита	- эпидемического паротита
	вирус кори	- кори
	вирус Ньюкаслской болезни	- конъюнктивитов
7.	Togaviridae,	
	Род Rubivirus:	
	вирус краснухи	- краснухи
8.	Rhabdoviridae	

	Род Vesiculovirus:	
	вирус везикулярного стоматита	- везикулярного стоматита
9.	Poxviridae:	
	вирус оспы коров	- оспы коров
	вирус эктромелии	- эктромелии мышей
	вирус узелков доильщиц	- хронической болезни рук доильщиц
	орфвирус	- контагиозного пустулярного дерматита
	вирус контагиозного моллюска	- контагиозного моллюска кожи и слизистых
	вирусы Тана и Яба	- болезни Яба

Грибы

1.	Absidia spp.	- зигомикоза
2.	Acremonium spp.	- гиалогифомикоза
3.	Alternaria spp.	- феогифомикоза
4.	Aphanoascus fulvescens (анаморфа - Chrysosporium)	- гиалогифомикоза
5.	Apophysomyces elegans	- зигомикоза
6.	Aspergillus spp. <*>	- аспергиллеза
7.	Aureobasidium pullulans	- феогифомикоза

8.	Basidiobolus spp.	- зигомикоза
9.	Beavueria bassiana	- феогифомикоза
10.	Botryomyces caespitosus	- ботриомикоза
11.	Candida spp. <*>	- кандидоза
12.	Chaetomium spp.	- феогифомикоза
13.	Cladophialophora spp. <*>	- феогифомикоза
14.	Cokeromyces recurvatus	- зигомикоза
15.	Conidiobolus spp.	- зигомикоза
16.	Cryptococcus spp. <*>	- криптококкоза
17.	Cunnunghmella bertholletiae	- зигомикоза
18.	Curvularia spp.	- феогифомикоза
19.	Emmonsia spp.	- адиаспиромикоза
20.	Epidermophyton floccosum	- дерматофитии
21.	Exophiala spp.	- феогифомикоза
22.	Fonsecaea spp.	- феогифомикоза, хромомикоза
23.	Fusarium spp.	- гиалогифомикоза
24.	Geotrichum spp.	- гиалогифомикоза
25.	Graphium eumorphum	- феогифомикоза
26.	Gymnoascus dankalensis	- онихомикоза

27.	Histoplasma falciminosum	- эпизоотического лимфангоита
28.	Hoptaea werneckii	- черной пьедры
29.	Lacazia loboi	- болезни Лобо
30.	Leptosphaeria spp.	- эумицетомы
31.	Madurella spp.	- эумицетомы
32.	Malassezia spp.	- малассезиоза
33.	Microascus spp.	- гиалогифомикоза
34.	Microsporum spp.	- дерматофитии
35.	Mortierella wolfii	- зигомикоза
36.	Mucor spp.	- зигомикоза
37.	Nattrassia mangiferae (Scytalidium spp.)	- онихомикоза
38.	Neotestudina rosatii	- эумицетомы
39.	Ochroconis spp.	- феогифомикоза
40.	Onychocola spp.	- онихомикоза
41.	Paecilomyces spp.	- гиалогифомикоза
42.	Penicillium spp.	- гиалогифомикоза
43.	Phaeoacremonium spp.	- феогифомикоза
44.	Phialemonium spp.	- феогифомикоза

45.	Phialophora spp.	- феогифомикоза
46.	Phoma spp.	- феогифомикоза
47.	Piedraia hortae	- черной пьедры
48.	Pneumocystis carinii	- пневмоцистоза
49.	Pseudoallecheria boydii (Scedosporium apiospermum)	- хромомикоза, эумицетомы
50.	Pseudochaetosphaeronema larense	- эумицетомы
51.	Pyrenochaeta spp.	- онихомикоза
52.	Pythium insidiosum	- питиоза
53.	Ramichloridium spp. <*>	- феогифомикоза
54.	Rhinocladiella aquaspersa	- хромомикоза
55.	Rhinosporidium seeberi	- риноспоридиоза
56.	Rhizomucor spp.	- зигомикоза
57.	Rhizopus spp.	- зигомикоза
58.	Saksenaea vasiformis	- зигомикоза
59.	Scedosporium profilicans	- гиалогифомикоза
60.	Scopulariopsis spp.	- гиалогифомикоза
61.	Sporothrix schenkii	- споротрихоза
62.	Syncephalastpum racemosum	- зигомикоза

63.	Trichoderma spp.	- гиалогифомикоза
64.	Trichophyton spp.	- гиалогифомикоза
65.	Trichosporon	- дерматомикоза
66.	Trichosporon	- трихоспороноза
67.	Ulocladium spp.	- феогифомикоза
68.	Wangiella dermatitidis	- феогифомикоза

Примечание. <*> Кроме видов, вошедших в III группу.

Простейшие

1.	Acanthamoeba spp.	- менингоэнцефалита
2.	Babesia caucasica	- бабезиоза (пироплазмоза)
3.	Balantidium coli	- балантидиоза
4.	Blastocystis hominis	- колита
5.	Cryptosporidium parvum	- криптоспоридиоза
6.	Cyclospora cayetanensis	- циклоспороза
7.	Entamoeba hystolytica	- амебиаза
8.	Isospora belli	- изоспороза
9.	Lamblia intestinalis(Giardia lamblia)	- лямблиоза
10.	Leishmania major	- кожного лейшманиоза

	Leishmania tropica	
11.	Naegleria spp.	- менингоэнцефалита
12.	Sarcocystis suihominis	- саркоцистоза
	Sarcocystis hominis (bovihominis)	
13.	Toxoplasma gondii	- токсоплазмоза

Гельминты

1.	Ancylostoma duodenale	- анкилостомоза
2.	Anisakis spp.	- анизакиаза
3.	Askaris lumbricoides	- аскаридоза человека
	Askaris suum	
4.	Clonorchis sinensis	- клонорхоза
5.	Dicrocoelium lanceatum	- дикроцелиоза
6.	Dioctophyme renale	- диоктофимоза
7.	Diphyllobotrium latum	- дифиллоботриоза
	Diphyllobotrium luxi	
	Diphyllobotrium dendriticum	
8.	Dipylidium caninum	- дипилидиоза
9.	Dirofilaria repens	- дирофиляриоза
	Dirofilaria immitis	
10.	Dracunculus medinensis	- дракункулеза (ришты)

11.	Enterobius vermicularis	- энтеробиоза
12.	Fasciola hepatica Fasciola gigantica	- фасциолеза
13.	Fasciolopsis buski	- фасциолопсидоза
14.	Hymenolepis nana Hymenolepis diminuta	- гименолепидоза
15.	Loa loa	- лоаоза
16.	Methagonimus jokogowai	- метагонимоза
17.	Multiceps multiceps	- ценуроза
18.	Nanophyetes schikhobalowi	- нанофиетоза
19.	Necator americanus	- некатороза
20.	Opisthorchis felineus Opisthorchis viverini	- описторхоза
21.	Paragonimus westermani	- парагонимоза
22.	Pseudamphistomum truncatum	- псевдофистомоза
23.	Sparganum	- спарганоза
24.	Schistosoma haematobium	- шистосомоза мочеполового
25.	Schistosoma mansoni Schistosoma japonicum Schistosoma intercalatum	- шистосомоза кишечного

26.	Strongyloides stercoralis	- стронгилоидоза
27.	Taenia solium	- тениоза
28.	Taeniarinchus saginatus	- тениаринхоза
29.	Toxocara canis Toxocara mystax Toxocara leonina	- токсокароза
30.	Trichocephalus trichiurus	- трихоцефалеза

Членистоногие

1.	Demodex folliculorum	- демодекоза
2.	Pediculus capitis Pediculus vestimenti	- педикулеза
3.	Phthirus pubis	- фтириаза
4.	Клещи домашней пыли	- аллергии (астматический бронхит, бронхиальная астма)
5.	Ornithonyssus bacoty	- крысиного клещевого дерматита

Примечание. Паспортизированные аттенуированные штаммы возбудителей I - II групп относят к микроорганизмам III группы патогенности. Аттенуированные штаммы III - IV групп относят к IV группе патогенности.

Приложение 4

ТИПЫ

ИСПОЛЬЗУЕМЫХ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ РАБОТЕ С ПБА

В МИКРОБИОЛОГИЧЕСКИХ ЛАБОРАТОРИЯХ

Вид (характер) выполняемой лабораторной работы	Вирусы I группы	Вирусы II группы		Чума, сап, мелиоидоз	Глубокие микозы	Бруцеллез, туляремия, сибирская язва	Р
		КГЛ, ГЛПС, ОГЛ	другие				
1	2	3	4	5	6	7	
I.A. Блок для работы с инфицированными животными							
Исследование материала от больных людей с подозрением на особо опасное инфекционное заболевание	ИСИЗ <1> или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	ут
Исследование материала от больных с неясной этиологией (не исключая наличия вирусов I группы)	В условиях максимально изолированных лабораторий ИСИЗ или боксы микробиологической безопасности III класса + защитная одежда IV типа (или утвер						
При заражении биопроб материалом из объектов окружающей среды, диких грызунов и членистоногих	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	ут
При заражении биопроб вирулентными культурами и введении	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный	I тип (или утвержденный	II тип (или утвержденный	I тип (или утвержденный	I тип (или утвержденный	I тип (или утвержденный	ут

ядов биологического происхождения	аналог)	аналог)	аналог)	аналог)	аналог)	аналог)	
Разбор полевого материала, очес диких грызунов, разбор гнезд и т.д.	ИСИЗ	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I ут
Диагностические исследования дикоживущих грызунов (трупов) и манипуляции с инфицированными биопробными животными (вскрытие, забор крови, кормление эктопаразитов на грызунах, взвешивание, измерение температуры и т.п.)	ИСИЗ	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I ут
Работа в карантинном виварии	ИСИЗ	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I ут
Заражение членистоногих (на биомембране)	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)					
Работа с высокими концентрациями (более 10^{10} КОЕ/мл), большими объемами (более 500 мл в емкости)	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)					

Заражение и вскрытие куриных эмбрионов	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	не проводится	не проводится	не проводится	ут
Заражение культур ткани	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	не проводится	не проводится	не проводится	ут
Снятие шкурок с мелких млекопитающих	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	ут
Набитие тушек (из числа выдержанных в 5% лизоле в течение 3 ч)	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	ут
Уборка помещений заразного блока после проведения текущей дезинфекции (в начале дня)	ИСИЗ	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	ут
I.Б. Помещения для работы с неинфицированными животными							
При иммунизации лабораторных животных убитыми культурами ПБА	IV тип (или утвержденный аналог) + респиратор + РП						

I - II групп		
I.В. Вспомогательные помещения заразного блока (комнаты для загрузки материала в автоклав, разгрузки его из автоклава, для обеззараживания		
Обеззараживание инвентаря для содержания биопроб, транспортирование ПБА в централизованную автоклавную, загрузка (разгрузка) материала в автоклав	ИСИЗ	III тип (или утвержденный аналог) + фартук из водонепроницае
		II. В микробиологических комнатах
Работа, связанная с возможностью образования аэрозоля вирулентных микроорганизмов (центрифугирование, шуттелирование, гомогенизирование, разрушение возбудителей, перенос репликами и т.д.) <2>	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог) + РП	Боксы микробиологической безопасности III класса + IV тип (или ут
Перенос культур внутри микробиологической комнаты в контейнерах в термостаты, холодильники и т.п.	ИСИЗ	IV тип (или утвержденный аналог) + РП
Проведение микробиологической	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или	IV тип (или утвержденный аналог) + респиратор + РП

работы с диагностическим материалом (посев, отбор колоний, просмотр культур тканей и т.п.), серологические исследования с необеззараженным ПБА	утвержденный аналог)	
Серологические исследования с обеззараженным ПБА	НЕ ПРОВОДЯТСЯ	IV тип (или утвержденн
Уборка микробиологических комнат	ИСИЗ	IV тип (или утвержденный аналог) + галоши + Р
III. При ликвидации аварий		
Полная обработка (дезинфекция) помещений	ИСИЗ	I тип (или утвержденный аналог) <3>
IV. Работа с ПБА в боксах микробиологической безопасности II - III класса		
БМБ II класса (B2)	IV тип (или утвержденный аналог) + РП ПРАВИЛА 2-х ПАР ПЕРЧАТ	
БМБ III класса	IV тип (или утвержденный аналог)	

Примечание:

<1> Изолирующие средства индивидуальной защиты (пневмокостюмы или их аналоги).

<2> Допускается проведение работ, связанных с образованием аэрозоля в помещении блока для работы с инфицированными животными.

<3> При применении газового метода дезинфекции использовать защитный костюм I типа (или утвержденный аналог) с фильтрующим противогазом или КЗМ-1.

При заражении биопроб материалом из объектов окружающей среды, собранных на территории из природных очагов сочетанного типа, диких грызунов и членистоногих, подозрительных на зараженность возбудителями туляремии, КГЛ, чумы и др., использовать СИЗ I типа.

Приложение 5

ТИПЫ

СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ

ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГАХ ООИ,

ПРИ ЛЕЧЕНИИ, ТРАНСПОРТИРОВАНИИ БОЛЬНЫХ И ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ

НА ООИ, А ТАКЖЕ ПРИ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ

ТРУПОВ ЛЮДЕЙ И ЖИВОТНЫХ

Наименование мероприятий Очаги ООИ		Эвакуация больных ООИ	Инфекционный провизорный госпиталь	Изолятор для контактировавших	Медицинское наблюдение за населением в очагах заболеваний	Вскрытие трупов людей и подготовка их к захоронению	Вскрытие трупов домашних животных	за
1		2	3	4	5	6	7	
Вирусы I группы		I тип	I тип	I тип	I тип	Не подлежит вскрытию <1>	Не проводится	
Вирусы II группы	КГЛ	II тип	II тип	IV тип	IV тип	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	Не проводится	
	ГЛПС, ОГЛ и др.	IV тип	IV тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара РП + ФК + НК	Не проводится	
Чума	Легочная	I тип	I тип	I тип	I тип	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	
	Бубонная	I тип	I или III тип <2>	IV тип	IV тип	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	
	Кожная	I тип	I или III тип <2>	IV тип	IV тип	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	

	Септическая	I тип	I тип	II тип	IV тип + респиратор	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	
Сап	острая и легочная формы	III тип + респиратор	I тип	Не предусмотрен	IV тип	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	I тип + 2-я пара РП + ФК + НК	
	другие формы	III тип	III тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара РП + ФК + НК	II тип + 2-я пара РП + ФК + НК	
Сибирская язва		III тип	III тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара РП + ФК + НК	Не проводится	
Туляремия, бруцеллез, мелиоидоз и др. инфекции II группы		IV тип	IV тип Мелиоидоз: легочная ф. - III тип + респиратор, др. ф. - III тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара РП + ФК + НК	Не проводится	
Холера		IV тип + РП	IV тип + РП + респиратор	IV тип	IV тип	II тип + 2-я пара РП + ФК + НК	Не проводится	
Лихорадка Ку	легочная форма	IV тип	IV тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара РП + ФК + НК	II тип + 2-я пара РП + ФК + НК	

Примечание:
<1> Вскрытие проводят по специальному разрешению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации в СИЗ I типа;

<2> В госпитале для больных бубонной или кожной формами чумы при назначении специфического лечения применяют СИЗ III типа; РП - рези
ФК - фартук; НК - нарукавники.

Приложение 6

РАБОЧАЯ И ЗАЩИТНАЯ ОДЕЖДА

Каждый сотрудник лаборатории должен быть обеспечен рабочей одеждой для проведения работ на территории "заразной" зоны, не связанных с ПБА: пижамами или комбинезонами - три комплекта, обувью без каблуков (кожаные тапочки), закрывающей носки и пятки, - две пары, носками - три пары, халатами медицинскими - два.

Конструкция одежды должна обеспечивать прилегание к телу в критических местах, особенно по овалу лица, на запястьях и щиколотках, с сохранением при этом свободы движений человека.

При работе в стационарных, временных (полевых или передвижных) лабораториях, медицинских организациях лечебно-профилактического профиля персонал использует противочумные костюмы I - IV типов, изолирующие костюмы и другие средства, разрешенные к применению в установленном порядке.

В зависимости от характера выполняемой работы, степени ее опасности для персонала, используют определенные типы защитной одежды.

Существуют 4 основных типа классических противочумных костюмов, различающихся по целевому назначению.

I тип - большая противочумная косынка (120 х 120 х 150 см) или капюшон, противочумный халат (по типу хирургического, длиной до нижней трети голени, полы должны заходить друг за друга не менее чем на 15 см, у ворота длинные завязки, противопылевой респиратор с фильтрующими элементами (класс защиты не ниже FFP3 в соответствии с ГОСТ Р 12.4.191-2011, плотно прилегающие очки либо полнолицевая маска или фильтрующий противогаз с противоаэрозольной или комбинированной коробкой, резиновые перчатки (для защиты рук экспериментатора при проведении работ с высоким риском прокола, повреждения перчаток (использование игл, шприцев и других острых предметов, взятие биологического материала у крупных инфицированных животных, патологоанатомического вскрытия трупа человека), рекомендуется использование резиновых перчаток с защитой от проколов и порезов), сапоги резиновые (или водонепроницаемые бахилы), полотенце. При необходимости (вскрытие трупов людей или крупных животных) дополнительно надеваются прорезиненные (водонепроницаемые) фартук, нарукавники и вторая пара перчаток или перчатки с защитой от проколов и порезов.

II тип - большая косынка (капюшон), противочумный халат, респиратор, резиновые перчатки, при необходимости перчатки с защитой от проколов и порезов, сапоги (или водонепроницаемые бахилы), полотенце. Отличается от костюма I типа отсутствием очков.

III тип - большая косынка (капюшон), противочумный халат, резиновые перчатки (при необходимости перчатки с защитой от проколов и порезов), защитная обувь (глубокие галоши, сапоги или водонепроницаемые бахилы), полотенце. Отличается от костюма I типа отсутствием очков и респиратора.

IV тип - шапочка (малая косынка), противочумный (хирургический) халат.

Порядок надевания противочумного костюма I типа

Противочумный костюм надевают поверх рабочей одежды на входе в боксированное помещение в предбокснике или в комнате для надевания защитной одежды блока для работы с инфицированными животными, в определенной последовательности.

Порядок надевания следующий: большую косынку (капюшон) надевают так, чтобы закрыть лоб до бровей, шею до подбородка, большую часть щек; концы косынки завязывают на шее сзади. Противочумный халат надевают так, чтобы косынка или капюшон были заправлены под него. Тесемки у ворота халата и пояс завязывают спереди на левой стороне петлей, после этого закрепляют тесемки на рукавах.

Респиратор надевают на лицо так, чтобы верхний край его доходил до нижней части орбит глаз, а нижний должен находиться под подбородком.

Очки должны быть пригнаны, стекла натирают специальным карандашом (для предупреждения их запотевания) или используют очки с маркировкой "защита от запотевания". Затем надевают перчатки (при необходимости с защитой от проколов и порезов), предварительно проверив их на целость.

С левой стороны за пояс халата закладывают полотенце.

Перед входом в "заразную" зону обувают резиновые сапоги (водонепроницаемые бахилы).

При необходимости использования фонендоскопа его надевают раньше капюшона или большой косынки.

При проведении патологоанатомического вскрытия трупа человека, крупных животных дополнительно надевают клеенчатый (полиэтиленовый) фартук, такие же нарукавники и вторую пару перчаток или перчатки с защитой от проколов и порезов, полотенце закладывают за пояс фартука с правой стороны.

Порядок снятия противочумного костюма I типа

Защитный костюм снимают в комнате для снятия защитной одежды (после работы в блоке для работы с инфицированными животными), предбокснике боксированного помещения (после работы в боксированном помещении), медленно в строго определенном порядке, описанном далее. После снятия каждой части костюма руки в перчатках погружают в дезинфицирующий раствор.

При выходе из "заразного" блока в помещение для снятия СИЗ ноги в резиновых сапогах (галошах, водонепроницаемых бахилах) поочередно ставят в таз с дезинфицирующим раствором и протирают сверху вниз салфеткой (тампоном), смоченной в дезинфицирующем растворе. Затем в течение 1 - 2 мин. моют руки в перчатках дезинфицирующим раствором, после этого приступают к снятию костюма. Первым вынимают полотенце и погружают его в бак с дезинфицирующим раствором или бикс для последующего автоклавирования. Фартук протирают смоченным в дезинфицирующем растворе тампоном, снимают и складывают наружной стороной внутрь, снимают нарукавники и вторую пару перчаток, если была необходимость в их применении.

Очки или полнолицевую маску снимают, оттягивая от лица двумя руками вперед, вверх и назад за голову и опускают в 70%-й этиловый спирт или двукратно протирают (см. прилож. 1).

Респиратор снимают, оттягивая от лица, не касаясь при этом лица наружной стороной респиратора, и помещают в емкость для дальнейшего автоклавирования (обеззараживания).

Развязывают тесемки ворота халата, пояс и, опустив верхний край перчаток, развязывают тесемки рукавов, снимают халат, сворачивая наружную его часть внутрь, погружают в емкость для обеззараживания.

Снимают косынку (капюшон), собирая все концы на затылке в одну руку, погружают в емкость для обеззараживания.

Снимают сапоги (водонепроницаемые бахилы или галоши). Снимают перчатки, при подозрении на нарушение целостности проверяют в дезинфицирующем растворе, но не воздухом. Руки тщательно обрабатывают 70%-м этиловым спиртом и моют с мылом.

Защитную одежду, предназначенную для работы в очагах инфекционных заболеваний, госпиталях, изоляторах, блоках для работы с инфицированными животными, обеззараживают сразу после использования полным погружением в дезинфицирующий раствор или другим способом в соответствии с прилож. 1. В случаях, когда обеззараживание проводят автоклавированием, кипячением или в дезинфекционной камере, костюм складывают соответственно в биксы, баки или мешки для камерного обеззараживания.

Допускается использование аналогов классического противочумного костюма. Разрабатываемые аналоги должны соответствовать типам противочумного костюма:

- I тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела, лица, органов дыхания, органов зрения;

- II тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела, лица, органов дыхания;

- III тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела;

- IV тип - обеспечивает защиту поверхности тела.

Для изготовления СИЗ по типу противочумных костюмов наряду с использованием хлопчатобумажных тканей могут использоваться ткани из непрерывных синтетических микрофиломентных нитей с заданными барьерными свойствами и отсутствием пылеворсоотделения либо нетканые материалы (на основе термоскрепленного полипропилена) с мембранным покрытием.

Завязки на вороте и рукавах могут быть заменены на манжеты из трикотажного материала (с возможностью регулировки), обеспечивающие плотное прилегание к телу. Материал должен быть без пылеворсоотделения, с высокими барьерными свойствами, не пилингуемый, сохранять технологические свойства после 50 циклов обработки.

В зависимости от характера выполняемой работы, степени ее опасности для персонала используют определенные типы защитной одежды.

При использовании аналогов противочумных костюмов, в том числе и одноразовых, порядок надевания и их снятия определяется нормативными актами, утверждаемыми руководителем

организации.

Разрешение на использование аналогов противочумных костюмов выдается в установленном порядке.

После работы в микробиологических комнатах защитную одежду по мере загрязнения, но не реже одного раза в неделю меняют, обеззараживают (режим обеззараживания в соответствии с нормативами) и передают в стирку.

В стационарных максимально изолированных лабораториях персонал при работе с микроорганизмами I - II групп патогенности использует пневмокостюмы, пневмокуртки, пневмошлемы или их аналоги, разрешенные к применению в установленном порядке.

Порядок и правила работы в пневмокостюмах

К работе в костюме допускаются лица, не имеющие медицинских противопоказаний к ношению защитной одежды, прошедшие практическое обучение, инструктаж по правилам работы и сдавшие зачет.

Подбор пневмокостюма осуществляется в соответствии с их размерами:

N 1 - для лиц ростом до 169 см,

N 2 - для лиц ростом от 170 до 176 см,

N 3 - для лиц ростом выше 176 см.

Воздух, подаваемый в подкостюмное пространство, должен соответствовать следующим параметрам: температура (25 $\pm$ 3) °C, расход (20 $\pm$ 3) $м^3 \cdot ч^{-1}$, избыточное давление по отношению к помещению (100 - 200) Па.

Перед каждым использованием проверке на централизованном специальном участке подлежат пневмокостюмы на целостность и комплектные к ним фильтры тонкой очистки воздуха на оценку коэффициента проскока. Результаты проверки фиксируются в специальных журналах. Выдача проверенных костюмов и фильтров производится под личные росписи лиц, получающих их для работы. Непосредственно перед заходом в зону каждый исполнитель визуально проверяет полученный пневмокостюм на целость и делает об этом запись в соответствующем журнале.

Правила работы, порядок надевания-снятия пневмокостюмов регламентируются в соответствующих рабочих инструкциях. По окончании работы пневмокостюмы подвергаются обработке в дезинфицирующем душе и далее обработке в парогазовых передаточных камерах с последующей их проверкой на целость.

Защитная одежда для проведения зоолого-паразитологических работ в полевых условиях

Для проведения полевых работ с дикими позвоночными и беспозвоночными животными сотрудники должны быть обеспечены соответствующей сезону защитной одеждой.

В теплое время года - легким рабочим костюмом (брюками и курткой или комбинезоном), противоэнцефалитным костюмом, берцами летними, резиновыми болотными сапогами при работе в пойменных биотопах и летним головным убором. На одного работника должно быть по два комплекта костюма и три пары хлопчатобумажных перчаток.

В холодное время года - теплым костюмом, утепленной курткой с непромокаемым верхом, утепленными брюками, берцами зимними или валенками с калошами, теплыми рукавицами, зимним головным убором.

Для работ по истреблению грызунов все рабочие должны быть обеспечены защитной одеждой: комбинезоном, носками, обувью (берцы или сапоги) и хлопчатобумажными перчатками.

Приложение 7

БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКИЙ МЕТОД

КОНТРОЛЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ ПАРОВОГО СТЕРИЛИЗАТОРА

1. Бактериологический контроль работы стерилизаторов проводят после монтажа и ремонта аппаратуры, а также в процессе его эксплуатации (плановый - 2 раза в год и при получении неудовлетворительных результатов контроля).

Контроль эффективности работы стерилизаторов осуществляют бактериологическим методом, используя биотесты на основании гибели спор тест-культуры.

Биотесты представляют собой флаконы из трубки стеклянной для лекарственных средств ФИ/1-5 НС 1 ТУ 64-0709-10-88 (инсулиновые флаконы) или чашечки из алюминиевой фольги (диск размером 14 мм с луночкой-вдавлением от неоточенного края карандаша), содержащие высушенные споры тест-культуры Bac. stearothermophilus ВКМ В-718, помещенные в пакеты из упаковочной бумаги (ОСТ 42-21-2-85). Упакованные тесты нумеруют и размещают в контрольные точки паровых стерилизаторов (5 - 10 тестов). По окончании стерилизации биотесты подвергают бактериологическому исследованию.

2. Штамм Bac. stearothermophilus ВКМ В-718 - подвижная термофильная палочка, по Граму окрашивается положительно, культивируется при температуре (55 $\pm$ 1) °С, исключающей развитие других широко распространенных микроорганизмов. Споры овальные, расположенные центрально. На мясопептонном бульоне (рН 7,3 $\pm$ 0,1) через 24 часа образует помутнение среды, на мясопептонном агаре (рН 7,3 $\pm$ 0,1) - слабо выпуклые колонии диаметром 2 - 4 мм с ровным краем. Штамм не патогенен для человека и животных. Штамм получен из Всесоюзной коллекции микроорганизмов Института биохимии и физиологии микроорганизмов, хранится в музее культур НИИ дезинфектологии (117246, г. Москва, Научный проезд, 18).

Приготовление биотеста

В ампулу с лиофилизированной культурой вносят 0,2 мл стерильной водопроводной воды и

оставляют на 30 мин. при комнатной температуре.

Одну-две капли культуры засевают в 2 пробирки с бульоном (МПБ, Хоттингера, бульон питательный сухой) с 0,5% глюкозы. Суточную бульонную культуру засевают в пробирки на скошенный агар (Хоттингера, мясопептонный, сухой питательный). Для получения спор культуру, выращенную на твердой питательной среде, смывают 5 мл стерильной водопроводной воды и переносят во флаконы со скошенным картофельно-пептонным агаром. Взвесь покачиванием флакона равномерно распределяют по поверхности среды, инкубируют при 55 °С в течение 10 - 12 суток в наклонном положении агаром вверх. Для создания достаточной влажности в термостат помещают открытые емкости с водой. На 7, 10 и 12 сутки культуру проверяют на интенсивность спорообразования. Достаточным количеством считают 80 - 90% спор в поле зрения. Культуру смывают стерильной дистиллированной водой. В целях освобождения от вегетативных клеток суспензию прогревают на водяной бане при температуре 65 - 70 °С в течение 30 мин., центрифугируют трехкратно с частотой вращения 2 000 об./мин. по 15 мин., промывая осадок стерильной дистиллированной водой после каждого центрифугирования. Отмытые споры суспендируют в стерильной дистиллированной воде в соотношении 1:1 по объему. Суспензию спор хранят в холодильнике при температуре 4 °С в стерильных пробирках, закрытых ватно-марлевыми пробками с резиновыми колпачками (срок хранения 2 года).

Чистоту культуры на всех этапах культивирования контролируют высевом на агаровые пластинки.

Для определения титра жизнеспособных спор 0,1 мл исходной суспензии десятикратно разводят до 10^{-7} стерильной дистиллированной водой, высевая на 3 агаровые пластинки по 0,1 мл ориентировочно из разведения $10^{-5} - 10^{-7}$ (предел разведения зависит от титра полученных спор). Посевы инкубируют в течение 48 ч, проводят подсчет выросших колоний. Титр жизнеспособных спор в исходной суспензии определяют как среднее арифметическое число колоний с учетом разведения исходной суспензии и объема пробы для посева.

Например, при посеве на три чашки Петри с агаром суспензии в разведении 1:100 000 (10^5) подсчитано 140, 110 и 134 колонии. Аналогичные высевы из разведения 10^6 привели к образованию 12, 14 и 16 колоний; из 10^7 - 5, 3 и 7 колоний. Вычисляем общее число колоний, а затем среднее количество колоний для каждого разведения 128, 14 и 5.

Из расчета посевной дозы (0,1 мл на каждую чашку) вычисляем титр жизнеспособных спор в 1 мл исходной суспензии с учетом разведения, далее находим среднее арифметическое число колоний:

$128 \cdot 10 \cdot 10^5 = 12{,}8 \cdot 10^7$;

$14 \cdot 10 \cdot 10^6 = 14{,}0 \cdot 10^7$;

$5 \cdot 10 \cdot 10^7 = 50{,}0 \cdot 10^7$.

Таким образом, титр исходной суспензии составит:

$(12{,}8 + 14{,}0 + 50{,}0) \cdot 10^7 : 3 = 2{,}5 \cdot 10^8$ спор в 1 мл.

Исходная суспензия должна содержать не менее $2{,}5 \cdot 10^7$ - $2{,}5 \cdot 10^8$ спор в 1 мл. Споры в

количестве $5 \cdot 10^5$ - $5 \cdot 10^6$ вносят из исходной суспензии с помощью дозатора пипеточного (ТУ 64-1-3329-81) в 0,02 мл в носители (стерильные инсулиновые флакончики с ватно-марлевой пробкой или чашечки из алюминиевой фольги, разложенные в чашки Петри), подсушивают в термостате при 37 °С или в эксикаторе над осушителем (силикагель, хлористый кальций) при комнатной температуре в течение 24 ч.

Для определения фактической обсемененности исследуют не менее трех биотестов от каждой группы. Во флаконы (чашечки) вносят по 1,0 мл стерильной дистиллированной воды (чашечки из алюминиевой фольги отмывают в широкогорлых пробирках с бусами в 10 мл дистиллированной воды) и встряхивают в течение 10 мин. на аппарате для встряхивания жидкостей с последующим высевом на 3 агаровые пластинки по 0,1 мл суспензии из трех последовательных десятикратных разведений.

3. Определение устойчивости спор тест-культур к действию водяного насыщенного пара под избыточным давлением проводят при температуре (120 $\pm$ 2) °С.

Биотесты в упаковочной бумаге помещают в стерилизационной коробке в камеру парового стерилизатора. После набора давления в водопаровой камере (0,11 $\pm$ 0,01) МПа (1,1 $\pm$ 0,1) кгс/см^2 проводят продувку парового стерилизатора (вытеснение воздуха паром из камеры парового стерилизатора) в течение 10 мин. при открытом спускном кране и давлении в стерилизационной камере от 0,01 до 0,02 МПа (от 0,1 до 0,2 кгс/см^2). После продувки доводят давление пара в стерилизационной камере до (0,11 $\pm$ 0,01) МПа (1,1 $\pm$ 0,1) кгс/см^2, температура (120 $\pm$ 2) °С и через 5 мин. (времени выживания спор тест-культуры) с момента установления давления спускают пар. Для уменьшения времени воздействия пара до и после экспозиции подъем давления проводят максимум в течение 8 мин., спуск - в течение 3 мин.

Аналогичное исследование проводят в течение 15 мин. времени выдержки (время гибели спор тест-культуры). Контроль температуры осуществляют максимальными термометрами. По окончании времени выдержки биотесты вынимают из стерилизатора и проводят бактериологическое исследование.

Партию биотестов считают годными для использования, если показатели устойчивости спор тест-культуры соответствуют вышеописанным требованиям.

4. Для определения эффективности работы стерилизатора в обеззараженные биотесты и контрольный тест (без стерилизации) стерильно вносят по 5 мл питательной среды, инкубируют при 55 °С в течение 7 суток при ежедневном просмотре посевов, делая высевы на агаровые пластинки из проросших емкостей.

При использовании полусинтетической среды с индикатором феноловым красным рост тест-культуры определяют по изменению красного цвета среды (pH 7,7 $\pm$ 0,1) на желто-оранжевый (pH 6,7 $\pm$ 0,1) за счет разложения глюкозы с образованием кислоты.

В целях исключения ложного отрицательного результата (при наличии роста тест-культуры отсутствует изменение цвета питательной среды) флаконы (пробирки) должны быть плотно закрыты стерильными резиновыми пробками (N 7,5; 12,5).

Отсутствие роста тест-культуры указывает на эффективность работы стерилизатора. Рост других культур микроорганизмов относят за счет вторичного обсеменения.

При наличии роста тест-штаммов проводится повторный контроль на удвоенном количестве биотестов. Если и при повторной проверке тест-культуры не инактивируются, осуществляют тщательный контроль технического состояния аппарата и контрольно-измерительных приборов. При отсутствии роста тест-культур в контрольном биотесте (не подвергшемся стерилизации) устанавливается причина (нежизнеспособность тест-культуры, несоблюдение методики приготовления биотестов, питательных сред, условий культивирования).

5. Для спорообразования используют:

- картофельно-пептонный агар (пептон - 5,0, мел - 1,0, агар - 25,0, картофельная вода - 1 000 мл), pH 7,1 ± 0,1. Сырой картофель (200 г очищенного картофеля на 1 л водопроводной воды) тщательно моют, очищают от кожуры и глазков, нарезают мелкими ломтиками, заливают водопроводной водой и кипятят 30 мин. после закипания (молодой картофель употреблять нельзя). Отвар отстаивают и фильтруют в холодном состоянии через ватно-марлевый фильтр. Доводят объем фильтрата до первоначального. Устанавливают pH 7,1 ± 0,1. Добавляют пептон и агар. Нагревают, помешивая до полного расплавления агара, фильтруют через ватно-марлевый фильтр, после чего добавляют мел. Разливают по флаконам, стерилизуют при 120 °C в течение 30 мин. После стерилизации среду во флаконах скашивают;

- пшеничный агар (пшеничная крупа - 500,0, агар - 25,0, дистиллированная вода - 1 000 мл), pH - 7,3 ± 0,1.

Пшеничную крупу заливают дистиллированной водой. Через 12 ч настой аккуратно сливают, не выжимая, доводят до первоначального объема, добавляют агар и растапливают на водяной бане или в автоклаве (текучим паром 1 ч). Остывший агар выкладывают на противень и срезают осадок. Агар растапливают на водяной бане, постоянно помешивая. Устанавливают pH 7,3 ± 0,1. Разливают во флаконы. Стерилизуют текучим паром по 1 ч в течение 3 суток. После стерилизации среду скашивают.

6. Для контроля используют бульон Хоттингера pH 7,3 ± 0,1, агар Хоттингера pH 7,3 ± 0,1, питательный бульон сухой pH 7,1 ± 0,1, питательный агар сухой pH 7,3 ± 0,1, среду питательную для контроля стерильности pH 7,1 ± 0,1, бульон из перевара кровяных сгустков, полусинтетическую среду с индикатором феноловым красным pH 7,7 ± 0,1 (аммоний фосфорно-кислый однозамещенный - $NH_4H_2PO_4$ - 1,0 г; магний серно-кислый - $MgSO_4$ - 0,2 г, калий хлористый - KCl - 0,2 г, глюкоза - 5,0 г, феноловый красный - 0,02 г, бульон Хоттингера с содержанием аминного азота - 140 - 160 мг - 200 мл, дистиллированная вода - 800 мл), pH 7,7 ± 0,1. Компоненты смешивают и растворяют при нагревании на водяной бане, доводят pH до 7,7 ± 0,1, разливают во флаконы, стерилизуют при 110 °C в течение 30 мин.

Приложение 8

ХИМИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

ДЛЯ КОНТРОЛЯ ТЕМПЕРАТУРНЫХ ПАРАМЕТРОВ РЕЖИМОВ РАБОТЫ

ВОЗДУШНЫХ СТЕРИЛИЗАТОРОВ <1>

N п/п	Наименование химического соединения	Цвет, форма кристаллов, запах	Нормативно-техническая документация	Количество компонента, г	Температурный параметр, подлежащий контролю, °C	
					160 - 10 160 + 2	180 - 10 180 + 2
1	Левомицетин <2>	Белый или белый со слабым желтовато-зеленоватым оттенком кристаллический порошок без запаха	ГФ X <3> ст. 371	100,0	+ <4>	
2	Кислота винная	Порошок белого цвета или прозрачные бесцветные кристаллы	ГОСТ 5817-77 ГОСТ 21205-83	100,0	-	+
3	Гидрохинон	Бесцветные или светло-серые серебристые кристаллы	ГОСТ 19627-74	100,0	-	+
4	Тиомочевина	Блестящие бесцветные	ГОСТ 6344-73	100,0	-	+

		кристаллы				

Примечание:

<1> В состав химических тестов, используемых для контроля работы воздушных стерилизаторов, краситель не добавляют, так как указанные химические соединения изменяют свой цвет при достижении температуры плавления.

<2> Относится к сильнодействующим лекарственным средствам, применение и хранение которых должно проводиться с предосторожностью, хранение в закрытых шкафах в сухом помещении.

<3> ГФ X - Государственная Фармакопея СССР, X издание.

<4> "+" - температурный параметр, для контроля используют химическое соединение.

Химические индикаторы в паровом стерилизаторе размещают в каждой обеззараживаемой емкости и два - в самой камере, в воздушных стерилизаторах - от 5 до 15 в зависимости от емкости камеры.

Приложение 9

ПОРЯДОК

ЗАМЕНЫ ФИЛЬТРОВ ОЧИСТКИ ВОЗДУХА ВЫТЯЖНОЙ И ПРИТОЧНОЙ СИСТЕМ ВЕНТИЛЯЦИИ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ИХ ЗАЩИТНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ

1. Замену фильтров очистки воздуха (ФОВ) приточных и вытяжных систем проводят в процессе планово-предупредительных ремонтов при достижении предельно допустимого перепада давлений, установленного проектом или службой главного инженера организации, исходя из требований непревышения (исключения возможности превышения).

Предельно допустимое сопротивление фильтрующих элементов, по условиям прочности фильтрующего материала для предотвращения его повреждения, не должно превышать:

- 1 500 Па (150 мм в. ст.) для фильтров из ткани ФПП (фильтрующее полотно Петрянова);

- 450 Па для HEPA фильтров, 600 Па для ULPA фильтров (в соответствии с требованиями ГОСТ 51251-99 п. 5.3.2).

Замена фильтров очистки воздуха других типов осуществляется при увеличении исходного сопротивления фильтра при номинальной производительности в 2 раза.

Внеплановые замены фильтров очистки воздуха осуществляются в случаях превышения нормативного значения коэффициентов проницаемости.

Критическим сопротивлением для ФОВ является увеличение сопротивления в 2 раза по отношению к начальному при условии, что оно не более предельно допустимого сопротивления ФОВ:

- по условиям прочности фильтрующего материала для предотвращения его повреждения, которое принимается в соответствии с рекомендациями санитарных правил, но не более сопротивления, указанного в паспортных данных конкретного фильтра;

- по условиям поддержания проектных параметров, указанного в проекте и/или паспорте вентиляционной установки;

- указанного в паспортных данных конкретного фильтра.

2. Перед демонтажем проводят предварительную дезинфекцию фильтра и магистрального воздуховода парами формалина либо аэрозольным способом (прилож. 1).

3. Распыление дезинфектанта осуществляется при работающей вентиляции. По окончании распыления вентиляция выключается и по истечении времени экспозиции фильтр может быть снят.

4. Работу по демонтажу фильтра проводят в костюме IV типа с использованием резиновых перчаток (под рабочими рукавицами) и респиратора.

5. Снятый фильтр помещают в крафт-мешок или другую упаковку и переносят для автоклавирования или сжигания в установленном порядке.

6. Работы по замене фильтра осуществляются техническим персоналом под наблюдением сотрудника подразделения, отвечающего за соблюдение требований биологической безопасности.

7. Инструментальный контроль защитной эффективности работы фильтров очистки воздуха, установленных в приточных и вытяжных фильтровентиляционных системах, должен производиться по двум параметрам: аэродинамическому сопротивлению и барьерной (защитной) эффективности. Последний тест, в случае ступенчатой фильтрации, проводится для каждой ступени отдельно.

Перед запуском в эксплуатацию фильтр должен быть проверен на проскок (по масляному туману либо с использованием биологического аэрозоля или другим способом) и аэродинамическое сопротивление. В процессе эксплуатации фильтр периодически проверяется на проскок и аэродинамическое сопротивление.

8. Контроль эффективности фильтров очистки воздуха проводится регулярно в соответствии с графиком организации. Рекомендуемая периодичность проверки ФОВ:

- фильтров технологических систем и первых каскадов (при наличии двух и более каскадов) вытяжных систем - через каждые 6 месяцев непрерывной работы;

- фильтров на системах, обслуживающих помещения "заразной" зоны максимально изолированных лабораторий - через каждые 6 месяцев непрерывной работы;

- фильтров приточных систем и фильтров всех каскадов вытяжных систем - не реже одного раза в год;

- при циклической работе - не реже одного раза в год.

9. При проведении измерений соблюдают следующие условия:

- в помещении, в котором проводятся измерения, необходимо поддерживать перепад давления, кратность воздухообмена и параметры микроклимата, соответствующие условиям эксплуатации данного помещения;

- система приточно-вытяжной вентиляции помещения должна функционировать в номинальном режиме;

- перед выполнением измерений должны быть временно удалены решетки для доступа к фильтрам очистки воздуха.

Для проведения испытаний по определению защитной эффективности (коэффициента проскока и аэродинамического сопротивления) в фильтровентиляционной системе монтируют штуцера для

форсунки распылителя на расстоянии, равном шестикратному диаметру воздуховода; а также штуцера на воздуховоде до испытуемого фильтра очистки воздуха (5) и после фильтра (6) (см. рис.), расположенных на расстоянии, равном трехкратному диаметру воздуховода. При отсутствии прямолинейных участков необходимой длины допускается располагать мерное сечение в месте, делящем выбранный для измерения участок в отношении 3:1 в направлении движения воздуха.

Направление штуцера по отношению к воздушному потоку определяется его назначением (с "заразной" стороны в направлении воздушного потока, с "чистой" стороны навстречу воздушному потоку). Срезы на трубках для отбора проб после проверяемой венткамеры также должны быть направлены навстречу потоку воздуха.

При наличии двух каскадов венткамер патрубками с завинчивающейся заглушкой должны оборудоваться оба каскада, причем средний патрубок будет служить как для ввода пробоотборной трубки (всегда в первую очередь), так и для ввода трубки с аэрозолем (когда проверяется вторая ступень).

Для герметизации воздуховода после проверки эффективности венткамер пробоотборные патрубки с завинчивающейся заглушкой оборудуются резиновыми прокладками, а также приспособлениями для опломбирования.

10. Для создания аэрозоля в качестве модели используют культуры B. prodigiosum (апатогенные штаммы S. marcescens, Chromobacterum prodigiosum, колонии которых на свету образуют пигмент от красного до розового цветов) или E. coli, а также специальные устройства-распылители, обеспечивающие заданные характеристики аэрозоля. В целях минимального рассеивания бактериального аэрозоля в окружающую среду и направления факела аэрозоля в отверстие воздуховода перед фильтром применяют специальную насадку. Для определения счетной концентрации и фракционно-дисперсного состава биологического аэрозоля используют импактор микробиологический БП-50, микроциклоны или другие приборы аналогичного типа.

Для оценки защитной эффективности ФОВ проводится следующее:

10.1. Отбор проб аэрозоля осуществляют двумя импакторами одновременно до прохождения фильтра (контроль) и после прохождения его (опыт). По результатам роста тест-штамма на агаровых пластинках или чашках Петри до и после прохождения фильтра судят о его защитной эффективности. Используют односуточную культуру тест-штамма в концентрации $5 \cdot 10^8 - 1 \cdot 10^9$ м. к. в мл. Для проведения опыта приборы монтируют в следующей последовательности: насадку устанавливают на отверстии воздуховода перед фильтром с помощью болтов, шланги компрессора надевают на конец форсунки распылителя. К входному и выходному отверстиям воздуховода после фильтра присоединяют через шланги два микробиологических импактора БП-50, подключают к сети компрессор и оба аспиратора. Перед началом опыта проверяют работу компрессора и скорость движения воздуха через импактор. Опыт проводят при работающей вентиляции.

10.2. В колбу распылителя заливают приготовленную взвесь тест-штамма, после чего вставляют форсунку. Устанавливают распылитель на уровне отверстия воздуховода, включают компрессор и оба импактора. Соблюдаются следующие условия: скорость распыления по жидкости $Q_{ж} = 1$ мл/мин, скорость распыления по воздуху V = 50 л/мин, время распыления - 10 мин, средний диаметр аэрозольных частиц $d_{ср} = 2,4$ мкм (lg d = 0,389), максимальный диаметр частиц $d_{\max} = 7$ мкм при логарифмически нормальном распределении (среднее квадратичное

отклонение lg d = 0,229); скорость отбора проб аэрозоля импактором БП-50 V = 50 л/мин, продолжительность отбора проб аэрозоля - 10 мин, объем отбираемой пробы до фильтра 20 - 50 л, после фильтра 200 - 500 л. По истечении срока отключают сначала компрессор, а затем импакторы. Чашки Петри вынимают из импакторов и инкубируют при 37 °С в течение 2 суток. После проведения опыта установку дезинфицируют.

10.3. Учет результатов проводят через 24 и 48 часов. В популяции B. prodigiosum наряду с типично окрашенными колониями могут появляться различные по цвету варианты: розовые, слабо розовые, с розовым центром. Об эффективности задержания исследуемым фильтром аэрозольных частиц судят по отношению числа аэрозольных частиц, осевших до фильтра и после него. Эффективность фильтра выражают в процентах. При исправных фильтрах не должно быть роста колоний тест-культуры на чашках после фильтра, в то время как до фильтра (для обеспечения достоверности испытаний) их должно быть не менее 200 колоний на чашках (положительный контроль). Коэффициент проскока фильтров очистки воздуха не должен превышать $1 \cdot 10^{-4}$ % по отношению к исходной концентрации тест-штамма.

11. Допускается использование других методик и процедур проведения проверки ФОВ (тестирование с использованием аэрозолей турбинных масел, диоктилфталата - DOP, диэтилгексилсебацината - DEHS, тестирование с использованием латексных микрочастиц) при условии соблюдения основных технических параметров опыта.

12. Инструментальный контроль защитной эффективности фильтров с тестированием аэрозолем стандартного масляного тумана с размером частиц 0,1 - 0,3 мкм и концентрацией частиц $10^7 - 10^9$ ч/м^3 проводится с помощью фотометра (нефелометра) или измерителя массовой (счетной) концентрации аэрозольных частиц. Сущность нефелометрического метода определения коэффициента проницаемости заключается в определении отношения концентрации стандартного масляного тумана, прошедшего через фильтровентиляционную систему, к концентрации стандартного масляного тумана, подаваемого на вход фильтровентиляционной системы, которым соответственно пропорциональны величины световых потоков, измеряемых фотометром.

Коэффициент проскока фильтров очистки воздуха из ткани ФПП (фильтрволокно Петрянова) не должен превышать $1 \cdot 10^{-3}$ % по отношению к исходной концентрации аэрозоля стандартного масляного тумана. В случае если среднее значение коэффициента проскока превышает допустимое, следует заменить фильтр или устранить в данной точке дефект фильтра и/или его установки.

Для фильтров HEPA и ULPA значения коэффициента проскока регламентированы ГОСТ в зависимости от их класса.

Локальное значение проскока аэрозоля не должно превышать значение, соответствующее классу ФОВ (согласно классификации HEPA и ULPA фильтров по ГОСТ Р ЕН 1822-1-2010) в любой точке фильтра.

Фильтрующие элементы очистки воздуха считаются выдержавшими испытание, если коэффициенты проницаемости (проскока) не превышают указанных значений.

Инструментальный контроль аэродинамического сопротивления - перепада давления между входом и выходом из корпуса (камеры), т.е. перепад давления "до" и "после" фильтра, должен производиться любым аттестованным измерителем перепада давлений или манометром

дифференциальным цифровым. Сопротивление ФОВ складывается из сопротивления корпуса камеры и сопротивления самого фильтрующего (фильтрующих) элемента(ов).

13. Результаты определения защитной эффективности фильтров очистки воздуха оформляют протоколом, форма приведена ниже.

14. Проверку защитной эффективности ФОВ могут осуществлять юридические лица, организации, индивидуальные предприниматели независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, имеющие соответствующие аттестаты аккредитации или область деятельности в соответствии с Уставом.

Форма протокола

проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха

Полное наименование организации, проводящей проверку защитной эффективности ФОВ

(Аттестат аккредитации N _____
Область деятельности _____)

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель учреждения
(подпись, дата утверждения)

ПРОТОКОЛ N _____
проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха,
установленных в вытяжной и приточной вентиляционных системах,
обслуживающих помещения "заразной" зоны

_____
(наименование структурного подразделения)

_____
(наименование проверяемой организации, учреждения)

г. _____ "__" _____ 20__ г.

_____
(полное название организации, осуществляющей проверку
эффективности фильтров)

проведена проверка защитной эффективности фильтров очистки воздуха (ФОВ), установленных в вытяжных (указываются номера вентсистем, например, В4, В8, В10, В11) и приточной (П1) вентиляционных системах, обслуживающих помещения "заразной" зоны _____
(название структурного подразделения,
лаборатории, отдела организации)

Проверка выполнена с использованием метода _____
_____
(указывается способ проверки, например: с использованием стандартного
масляного тумана, биологического аэрозоля или другим способом
с указанием нормативно-методического документа и параметров
проведения оценки эффективности)

Результаты проверки представлены в табл. 1.

Рекомендуемая периодичность проверки фильтров тонкой очистки при

циклической работе - _____
(указывается периодичность проверки, например, не реже одного раза в год (СП 1.3.1285-03, приложение 9).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Фильтры очистки воздуха, установленные в вытяжных (В4, В8, В10, В11) и приточной (П1) вентиляционных системах, обслуживающих помещения "заразной" зоны _____ (наименование структурного подразделения) _____ (наименование проверяемой организации, учреждения), обеспечивают (не обеспечивают) требуемую защитную эффективность очистки вентиляционного воздуха.

Подписи сотрудников, проводящих исследования:

_____ _____
_____ _____
Подпись Расшифровка подписи

Образец заполнения таблицы

Таблица 1

Результаты проверки защитной эффективности фильтров очистки воздуха (ФОВ)

N системы вентиляции	N помещений установки ФОВ	Наименование и N обслуживаемых помещений	Марка и класс ФОВ	Количество ФОВ	Концентрация частиц аэрозоля стандартного масляного тумана, мг/ м3			Коэффициент проскока, %	Сопротивление ФОВ, Па
					фон	до фильтра	после фильтра		
Вытяжная вентиляционная система В1	417	Наименование помещений лаборатории (отдела)	HEPA H14	2	0,02	0,17	0		175
	417а		HEPA H14	2	0,01	0,27	0		150
	420		HEPA F13	2	0,01	0,24	0		140
	421		HEPA F13	2	0,04	0,24	0		130
Приточная вентиляционная система П2	423	Наименование помещений лаборатории (отдела)	HEPA F9	1	0,02	0,25	0		125
	424		HEPA F9	2	0,04	0,21	0		140

	427		HEPA F11	2	0,03	0,24	0		130
	428		HEPA F11	2	0,02	0,25	0		125

Дата "__" _____ 20__ г.

Ответственный исполнитель _____
(подпись, Ф.И.О.)

Схема контроля фильтра при работающей

вентиляционной системе

Рис. Принципиальная схема установки для испытания фильтров

вентиляционных систем по коэффициенту проскока

Приложение 10

БОКСЫ МИКРОБИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

10.1. Классификация боксов микробиологической безопасности

Бокс микробиологической безопасности (БМБ) - вентилируемое ограниченное пространство, предназначенное для обеспечения защиты оператора и окружающей среды от аэрозолей, возникающих вследствие работ с потенциально опасными и опасными микроорганизмами, с помощью удаления воздуха в атмосферу путем фильтрации.

Каждый бокс должен быть сконструирован таким образом, чтобы воздух, удаляемый из бокса, был очищен высокоэффективными воздушными фильтрами типа HEPA/ULPA класса не ниже H14 по ГОСТ Р ЕН 1822-1-2010. Бокс должен соответствовать требованиям стандарта ГОСТ Р ЕН 12469-2010 "Биотехнология. Технические требования к боксам микробиологической безопасности".

БМБ класса I: БМБ с рабочим проемом, через который оператор может проводить манипуляции внутри бокса. Бокс должен быть сконструирован таким образом, чтобы обеспечить защиту оператора от выброса диспергированных контаминированных частиц, образовавшихся внутри бокса. Это достигается с помощью направленного внутрь бокса через рабочий проем воздушного потока с последующей его фильтрацией и удалением из бокса. Перечень эксплуатационных характеристик БМБ I класса приведен в табл. 10.1.

Таблица 10.1

Эксплуатационные характеристики БМБ I класса

Характеристика	Критерий соответствия

Средняя скорость входящего потока ($v_{вход}$)	От 0,70 до 1,00 м/с
Защитная эффективность фильтра	Соответствие методике контроля
Направление потоков	Входящий вдоль всего сечения рабочего проема

БМБ класса II: БМБ с рабочим проемом, через который оператор может проводить манипуляции внутри бокса. Бокс должен быть сконструирован таким образом, чтобы оператор был защищен, риск загрязнения продукта и перекрестного загрязнения низок, а удаление возникающих загрязнений обеспечивалось с помощью профильтрованного воздушного потока, циркулирующего внутри бокса, а также с помощью фильтрации удаляемого из бокса воздуха. Перечень эксплуатационных характеристик БМБ II класса приведен в табл. 10.2.

БМБ II класса с рециркуляцией (тип А2) - боксы, в которых нисходящий поток, прошедший через фильтр, является частью (обычно 70%) общего потока воздуха, проходящего через воздуховоды бокса. Выходящий воздух, прошедший через выпускной фильтр, может выбрасываться обратно в помещение установки или в вытяжной воздуховод. В боксах данного типа внутренние воздуховоды, по которым проходит загрязненный воздух с повышенным давлением, должны быть окружены воздуховодами с пониженным давлением воздуха.

БМБ II класса без рециркуляции (тип В2) - боксы, в которых нисходящий поток, прошедший через фильтр, полностью состоит из воздуха, забираемого из помещения. Весь поток воздуха, прошедший через камеру бокса, выбрасывается в атмосферу через фильтры без рециркуляции в боксе и помещении установки. В боксах данного типа внутренние воздуховоды, по которым проходит загрязненный воздух с повышенным давлением, должны быть окружены воздуховодами с пониженным давлением воздуха.

Таблица 10.2

Эксплуатационные характеристики БМБ II класса

Характеристика	Критерий соответствия
Средняя скорость нисходящего потока ($v_{нисх}$)	От 0,25 до 0,50 м/с
Однородность нисходящего потока (v_{max} , v_{min})	$\pm$ 20% от среднего значения
Средняя скорость входящего потока ($v_{вход}$)	Не менее 0,40 м/с
Защитная эффективность фильтра	Соответствие методике контроля

Направление потоков	Входящий вдоль всего сечения рабочего проема Нисходящий по всему сечению камеры бокса

БМБ класса III: бокс микробиологической безопасности, в котором рабочая зона полностью изолирована, а оператор отделен от рабочего места физическим барьером (перчатки механически соединены с боксом). Профильтрованный воздух постоянно поступает в бокс, а удаляемый из БМБ воздух фильтруется для предотвращения попадания микроорганизмов в окружающую среду. Перечень эксплуатационных характеристик БМБ III класса приведен в табл. 10.3.

Таблица 10.3

Эксплуатационные характеристики БМБ III класса

Характеристика	Критерий соответствия
Удельный расход входящего потока воздуха (Q)	Не менее 0,05 $м^3$/с на 1 $м^3$ объема бокса
Средняя скорость входящего потока через перчаточный порт при одной снятой перчатке ($v_{вход}$)	Не менее 0,70 м/с
Защитная эффективность фильтра	Соответствие методике контроля
Разряжение в рабочей камере бокса (Δp)	Не менее 200 Па по отношению к помещению лаборатории

Примечание. Допускается применение боксов микробиологической безопасности, не соответствующих требованиям настоящего приложения, в случае документально подтвержденного введения их в эксплуатацию до вступления в силу настоящих СП.

10.2. Методики проверки эксплуатационных и защитных характеристик БМБ

10.2.1. Методика проверки скорости входящего воздушного потока в БМБ I класса

Оборудование: термоанемометр, штатив, линейка измерительная.

Методика проверки: Включить бокс. С помощью термоанемометра в плоскости рабочего проема измерить скорость входящего воздушного потока за период минимум 1 мин. при каждом измерении минимум в пяти точках, в том числе в геометрическом центре рабочего проема и в каждом из его четырех углов. При измерении в углах анемометр следует располагать на

расстоянии 50 - 55 мм от правого, левого, нижнего и верхнего края рабочего проема. Вычислить среднее значение скорости входящего воздушного потока $v_{\text{вход}}$. При этом среднее значение скорости входящего воздушного потока $v_{\text{вход}}$ должно соответствовать требованиям табл. 10.1.

10.2.2. Методика проверки скорости и однородности нисходящего потока в БМБ II класса

Оборудование: термоанемометр, штатив, линейка измерительная.

Методика проверки: Включить бокс. С помощью термоанемометра внутри бокса сделать замеры скорости на расстоянии 100 мм над верхним краем рабочего проема. Сделать измерения за период минимум 20 с при каждом измерении как минимум в восьми точках, в том числе в четырех точках, расположенных на линии, удаленной на расстояние 1/4 глубины рабочего пространства от задней стенки, и четыре на линии, удаленной на то же расстояние от рабочего проема. Убедиться, что измерения сделаны вдоль этих линий на расстоянии 1/8 и 3/8 от ширины рабочего пространства бокса с правой и левой его стороны. Вычислить среднее значение скорости нисходящего воздушного потока $v_{\text{нисх}}$. При этом среднее значение скорости нисходящего потока воздуха $v_{\text{нисх}}$ должно соответствовать требованиям табл. 10.2. Максимальное и минимальное значение измерений скорости нисходящего потока воздуха $v_{\max}$ и $v_{\min}$ не должны отличаться от среднего значения $v_{\text{нисх}}$ более чем на 20%.

10.2.3. Методика проверки скорости входящего потока в БМБ II класса

Оборудование: термоанемометр; линейка.

Методика проверки: Любым доступным способом ограничить высоту рабочего проема до величины (78 $\pm$ 2) мм таким образом, чтобы плоскости рабочего и уменьшенного проема совпадали. Произвести серию измерений скорости входящего потока воздуха в уменьшенном проеме в 10 точках, равномерно удаленных друг от друга и расположенных в плоскости уменьшенного проема. При этом расстояние между точками измерения не должно превышать 300 мм. Если расстояние между точками превышает 300 мм, то количество точек необходимо увеличить. Чувствительный элемент термоанемометра следует располагать строго на средине высоты уменьшенного рабочего проема. Время измерения должно быть не менее 20 с. Вычислить среднюю арифметическую скорость потока воздуха $\bar{v}$, м/с в уменьшенном рабочем проеме. Вычислить среднюю скорость входящего потока в рабочем проеме $v_{\text{вход}}$ по формуле:

$$v_{\text{вход}} = K_{\text{вход}} \cdot \bar{v}, \text{ м/с, где}$$

$\bar{v}$ - средняя скорость входящего потока в уменьшенном проеме, м/с;

$K_{вход}$ - коэффициент перевода, равный отношению высоты уменьшенного проема к высоте рабочего проема:

$$K_{вход} = \frac{h}{H}, \text{ где}$$

H - высота рабочего проема бокса, мм;

h - высота уменьшенного проема, мм.

Значение средней скорости входящего потока в рабочем проеме $v_{вход}$ должно соответствовать требованиям табл. 10.2.

10.2.4. Методика проверки скорости и расхода воздуха через БМБ III класса

Оборудование: термоанемометр, линейка измерительная.

Методика проверки: Включить бокс. С помощью измерительного прибора измерить скорость воздушного потока (м/с) на выходе вытяжного воздуховода бокса как минимум в трех точках, равномерно удаленных от стенки воздуховода на расстояние, равное 0,24 его радиуса. Время измерения должно быть не менее 20 с. Вычислить значение средней скорости на выходе вытяжного воздуховода. Умножить среднюю скорость на площадь поперечного сечения (кв. м) вытяжного воздуховода, чтобы получить величину расхода выходящего из бокса воздуха, равного расходу входящего потока воздуха через впускной фильтр. Разделить полученное значение объема входящего потока воздуха на объем бокса (значение берется из паспорта на бокс) для определения удельного расхода входящего потока воздуха на 1 $м^3$ (Q). Значение удельного расхода входящего потока воздуха Q должно быть не ниже указанного в табл. 10.3 настоящего приложения.

Скорость входящего потока воздуха с одной снятой перчаткой измеряется термоанемометром в центре пустого перчаточного порта. Время измерения должно быть не менее 1 мин. Минимальное значение средней скорости воздушного потока, проходящего через перчаточный порт бокса $v_{вход}$, должно быть не ниже указанного в табл. 10.3 настоящего приложения.

10.2.5. Методики проверки защитной эффективности фильтров, установленных в БМБ

Проверка защитной эффективности фильтров проводится по одной из трех методик в зависимости от типа применяемых измерительных приборов и возможности прямого доступа к проверяемому фильтру.

10.2.5.1. Методика проверки защитной эффективности фильтров путем определения их целостности сканированием с использованием дискретного счетчика частиц

Оборудование: дискретный счетчик частиц, генератор аэрозоля, дилютор.

Требования к условиям проверки:

В воздух, идущий к фильтрам, следует добавить искусственно полученные контрольные аэрозоли, чтобы достичь требуемой концентрации частиц на входе фильтров. При подготовке проверки учитываются следующие условия:

1) средний эквивалентный диаметр частиц контрольных аэрозолей должен быть в пределах от 0,1 до 0,5 мкм;

2) пороговый размер частиц канала, по которому снимаются показания, должен быть не более среднего эквивалентного диаметра частиц аэрозоля;

3) если счетчик частиц имеет более одного канала между пороговым размером и 0,5 мкм, то следует выбрать канал, соответствующий большим значениям концентрации частиц после фильтра. В случае, если выполнение этого условия невозможно, результаты измерения снимаются по частицам от 0,3 до 0,5 мкм;

4) концентрация контрольного аэрозоля до фильтра должна быть не менее $10^3 / \text{см}^3$, чтобы обеспечить приемлемый критерий утечки;

5) скорость пробоотбора счетчика частиц должна быть 28,3 л/мин (472 см^3/с);

6) габариты пробоотборника:

$$\begin{cases} 0,5 \le D_p \le 2,8 \\ \dfrac{7,9}{D_p} \le W_p \le \dfrac{15,7}{D_p} \end{cases} \quad (1)$$

$D_\text{р}$ и $W_\text{р}$ - размеры короткой и длинной сторон пробоотборника, соответственно, см.

При проведении проверки следует принять меры к недопущению попадания в пробоотборник счетчика частиц наружного воздуха из помещения установки.

Методика проверки:

1) Включить вентилятор бокса.

2) Снять элементы, ограничивающие прямой доступ к поверхности фильтра (ламинаризаторы, диффузоры, защитные сетки).

3) С помощью генератора аэрозоля организовать подачу тестового аэрозоля в надфильтровое пространство бокса с учетом требований условий проверки.

4) Определить концентрацию тестового аэрозоля перед фильтром. Концентрация аэрозоля перед фильтром n_0 может быть определена путем отбора пробы воздуха из пространства до фильтра счетчиком частиц, подключенным через дилютор.

$$n_0 = \frac{N}{472 \cdot t} \cdot D \text{, 1/см}^3\text{, где (2)}$$

N - количество частиц, отобранных в пробе;

t - время отбора пробы, с;

D - коэффициент разбавления дилютора (согласно паспорту на дилютор, обычно 100). Также определение концентрации возможно производить путем соответствующей настройки счетчика частиц в случае, если прибор предполагает подобную настройку.

Отбор пробы проводится только после заключительной дезинфекции скрытых полостей бокса. При невозможности отбора пробы воздуха из пространства до фильтра концентрация аэрозоля рассчитывается согласно рекомендациям производителя генератора аэрозоля.

5) Рассчитать число частиц C_a, характеризующих утечку при сканировании

$$C_a = 0,94 \cdot n_0 \cdot P_s \cdot K_y \cdot D_p \text{, где (3)}$$

n_0 - концентрация аэрозоля перед фильтром, 1/см^3;

P_s - стандартный коэффициент проскока фильтра, % (определяется из нижеуказанной таблицы на основании класса фильтра, указанного в РЭ на бокс);

K_y - коэффициент утечки, зависит от класса фильтра (согласно таблице В.1 ГОСТ 14644-3-2007), определяется из табл. 10.4:

Таблица 10.4

Коэффициенты утечки фильтров

Класс фильтра	H14	U15
Интегральный коэффициент проскока, P_s, процент	$\leq 5 \cdot 10^{-3}$	$\leq 5 \cdot 10^{-4}$
Коэффициент утечки, K_y	10	30

D_p - размер короткой стороны пробоотборника, см.

6) Рассчитать число частиц C_{pa}, характеризующих утечку при стационарном измерении:

$$C_{pa} = \frac{50 \cdot C_a}{D_p} \quad (4)$$

Пример расчета C_a и $C_{\text{ра}}$:

Для фильтра класса H14, $P_s = 5 \cdot 10^{-3}$ %, $K_y = 10$.

Размеры пробоотборника: $D_{\text{р}} = 1,3$ см, $W_{\text{р}} = 7,7$ см.

Концентрация аэрозоля до фильтра: $n_0 = 1,2 \cdot 10^3$ см$^{-3}$.

$$C_a = 0,94 \cdot n_0 \cdot P_s \cdot K \cdot D_p = 0,94 \cdot 1,2 \cdot 10^3 \cdot 5 \cdot 10^{-3} \cdot 10 \cdot 1,3 = 73$$

$$C_{pa} = \frac{50 \cdot C_a}{D_p} = 2808$$

7) Настроить счетчик частиц таким образом, чтобы при регистрации каждых C_a частиц по каналу 0,3 мкм однократно срабатывала звуковая сигнализация. Цикл отбора пробы должен быть не менее 10 с.

8) Расположить пробоотборник счетчика частиц на расстоянии ~ 3 см от поверхности фильтра короткой стороной параллельно направлению сканирования.

9) Продолжая подачу аэрозоля, просканировать поверхность фильтра и уплотнений путем перемещения пробоотборника параллельно поверхности фильтра со скоростью 5 см/с, причем зоны, захватываемые при сканировании, должны перекрываться. Сканирование выполняется по всей поверхности каждого фильтра, по его периметру, элементам крепления и герметизации, рамы, на которой крепятся фильтры, включая места соединений.

10) При срабатывании звукового сигнала повторить проход сомнительного места.

11) В случае если звуковой сигнал срабатывает при трех последовательных проходах под местом предполагаемой утечки, в данном месте проводится стационарное измерение в течение 10 с.

В случае если за указанное время измерения количество зарегистрированных счетчиком частиц превысит значение $C_{\text{ра}}$, фильтр считается не прошедшим проверку на защитную эффективность.

10.2.5.2. Методика проверки защитной эффективности фильтров путем определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц (в случае отсутствия прямого доступа к фильтру).

Оборудование: дискретный счетчик частиц, генератор аэрозоля, дилютор.

В случае если прямой доступ к фильтру невозможен, для определения защитной эффективности установленных фильтров используется метод определения интегрального коэффициента проскока.

Требования к условиям проверки:

Отсутствие прямого доступа к фильтру. Выполнение пп. 1 - 6 требований к условиям проверки п. 10.2.5.1.

Методика проверки:

1) Включить вентилятор бокса.

2) С помощью генератора аэрозоля организовать подачу тестового аэрозоля в надфильтровое пространство бокса с учетом требований условий проверки.

3) Определить концентрацию аэрозоля перед фильтром. Концентрация аэрозоля перед фильтром n_0 может быть определена путем отбора пробы воздуха из пространства до фильтра счетчиком частиц, подключенным через дилютор.

$$n_0 = \frac{N_0}{472 \cdot t_0} \cdot D \text{, 1/см}^3\text{, где (1)}$$

N_0 - количество частиц, отобранных в пробе до фильтра;

t_0 - время отбора пробы до фильтра, с;

D - коэффициент разбавления дилютора (согласно паспорту на дилютор, обычно 100).

Отбор пробы проводится только после заключительной дезинфекции скрытых полостей бокса. При невозможности отбора пробы воздуха из пространства до фильтра концентрация аэрозоля рассчитывается согласно рекомендациям производителя генератора аэрозоля.

4) Поместить в выпускной воздуховод (либо технологическую насадку) пробоотборник счетчика частиц в плоскости, расположенной на расстоянии от 30 до 100 см от поверхности фильтра, внутри воздуховода на расстоянии ~ 3 см от стенки воздуховода, приняв меры к недопущению попадания внешнего аэрозоля в пробоотборник.

5) Продолжая подачу аэрозоля, произвести отбор пробы в течение 60 с. На основании результата измерения определить концентрацию аэрозоля n в потоке после фильтра.

$$n = \frac{N}{472 \cdot t} \text{, 1/см}^3\text{, где (2)}$$

N - количество частиц, отобранных в пробе после фильтра;

t - время отбора пробы после фильтра, с.

Так же определение концентрации возможно производить путем соответствующей настройки

счетчика частиц в случае, если прибор предполагает подобную настройку.

6) Повторить процедуру в нескольких равномерно распределенных точках плоскости. При невозможности измерения внутри воздуховода либо технологической насадки произвести измерения в нескольких точках поперечного сечения выходящего потока, приняв меры к недопущению попадания в пробоотборник окружающего воздуха из помещения установки. Вычислить среднее значение концентрации аэрозоля в потоке воздуха после фильтра $\overline{n}$.

7) Определить коэффициент проскока P:

$$P = \frac{\overline{n}}{n_0} \cdot 100\% \text{, где}$$

$\overline{n}$ - средняя концентрация аэрозоля в потоке после фильтра;

n_0 - концентрация аэрозоля в пространстве перед фильтром.

В случае если коэффициент проскока P проверяемого фильтра превышает стандартный для данного класса фильтров коэффициент интегрального проскока P_s (выбираемого согласно табл. 1 ГОСТ 1822-1-2010) более чем в 5 раз, фильтр считается не прошедшим проверку на защитную эффективность.

Пример:

Для фильтра HEPA класса H14 интегральный коэффициент проскока $P_s \le 0,005\%$, следовательно, критерий соответствия: P $\le$ 0,025%;

Для фильтра HEPA класса U15 интегральный коэффициент проскока $P_s \le 0,0005\%$, следовательно, критерий соответствия: P $\le$ 0,0025%.

10.2.5.3 Методика проверки защитной эффективности установленных фильтров путем определения их коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей для проверки фильтров.

Оборудование: измерительные приборы для определения массовой концентрации тест-аэрозоля в потоке (фотометр аэрозолей, импактор типа БП-50 или микроциклон), генератор тест-аэрозоля.

Методика состоит в подаче контрольных аэрозолей на вход фильтров и в поиске утечек путем сканирования поверхности фильтра со стороны выходящего потока воздуха, а также элементов крепления.

Требования к условиям проверки:

1) В воздух, идущий к фильтру и содержащий естественные аэрозоли, следует добавить полидисперсные аэрозоли для достижения требуемой концентрации частиц на входе фильтров. Средний эквивалентный диаметр частиц при этом должен быть в пределах от 0,5 до 0,7 мкм

(стандартное отклонение - 1,7).

2) Концентрация контрольных аэрозолей до фильтров должна быть в пределах от 10 до 100 мг/м^3.

3) Настройкой скорости пробоотбора фотометра аэрозолей или путем соответствующей регулировки бокса уравнять значение скорости воздушного потока на входе в пробоотборник измерительного прибора со скоростью выходящего из фильтра воздушного потока с точностью $\pm$ 20% (условие изокинетичности).

4) Скорость сканирования должна быть не более 15 см/с.

5) Настроить порог срабатывания сигнала фотометра аэрозолей на величину 0,01%.

Методика проверки:

1) Включить вентилятор бокса.

2) С помощью генератора аэрозоля организовать подачу тестового аэрозоля в надфильтровое пространство бокса с учетом требований условий проверки. Концентрация аэрозоля перед фильтром n_0 определяется отбором пробы воздуха из пространства до фильтра с помощью фотометра аэрозолей. Отбор пробы в таком случае проводится только после заключительной дезинфекции скрытых полостей бокса. При невозможности отбора пробы воздуха из пространства до фильтра концентрация аэрозоля рассчитывается согласно рекомендациям производителя генератора аэрозоля.

3) Продолжая подачу аэрозоля, просканировать поверхности фильтров и элементов крепления путем перемещения пробоотборника параллельно поверхности фильтра со скоростью, не превышающей 15 см/с, причем зоны, захватываемые при сканировании, должны перекрываться на 3 - 5 мм. Пробоотборник следует располагать на расстоянии примерно 3 см от поверхности фильтра. Сканирование выполняется по всей поверхности каждого фильтра, по его периметру, элементам крепления и герметизации, рамы, на которой крепятся фильтры, включая места соединений.

Между циклами сканирования и после них измерение концентрации аэрозоля до фильтров следует повторять, чтобы подтвердить ее стабильность.

При хотя бы однократном фиксировании фотометром аэрозолей коэффициента проскока через фильтр P более чем 0,01% (согласно п. В.6.2.7 ГОСТ 14644-3-2007), фильтр считается не прошедшим проверку на защитную эффективность.

Форма протокола

проверки защитной эффективности бокса

микробиологической безопасности

_____

(Полное наименование организации, проводящей проверку защитной эффективности БМБ)

(Аттестат аккредитации N _____
Область деятельности _____)

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель учреждения
(подпись, дата утверждения)

ПРОТОКОЛ N _____

проверки защитной эффективности боксов микробиологической безопасности, установленных в _____
(наименование структурного подразделения (лаборатории) установки БМБ)

_____
(наименование проверяемой организации, учреждения)

г. _____ "__" _____ 20__ г.

Проверка выполнена в соответствии с приложением 10 СП 1.3.1285-12.
1. Результаты проверки боксов МБ I класса представлены в таблицах N _____.
2. Результаты проверки боксов МБ II класса представлены в таблицах N _____.
3. Результаты проверки боксов МБ III класса представлены в таблицах N ____.

1. Боксы микробиологической безопасности I класса

1.1. Результаты проверки эксплуатационных характеристик бокса МБ I класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер), установленного в (номер помещения и лаборатории установки БМБ).

N п/п	Наименование проверки	Результаты измерений	Результаты вычислений	Требование нормативной документации	Вывод о соответствии
1	Проверка скорости входящего потока воздуха	v_1 = _____ м/с v_2 = _____ м/с v_3 = _____ м/с v_4 = _____ м/с v_5 = _____ м/с	$v_{вход}$ = ___ м/с	0,70 < $v_{вход}$ < 1,0 м/с	
2	Проверка защитной эффективности выпускного фильтра:	Класс установленного выпускного фильтра HEPA _____			
2.1	путем определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц	n_0 = ___ 1/см^3 n_1 = ___ 1/см^3 n_2 = ___ 1/см^3 n_3 = ___ 1/см^3	P = _____% $5 \cdot P_s$ = ___%	$P \leq 5 \cdot Ps$	
3	Направленность входящего потока воздуха визуальным путем с помощью холодного дымового теста	-	-	Входящий вдоль всего сечения рабочего проема	

1.2. Заключение по результатам проверок:

Защитная эффективность бокса МБ I класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер) соответствует требованиям нормативной документации и бокс МБ допускается для дальнейшей эксплуатации.

Рекомендуемая периодичность проверки эксплуатационных характеристик БМБ _____ (указывается периодичность проверки, но не реже одного раза в год согласно п. 2.3.18 СП 1.3.1285-12).

Ответственный исполнитель _____
(Подпись, ФИО)

2. Боксы микробиологической безопасности II класса

2.1. Результаты проверки эксплуатационных характеристик бокса МБ II класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер), установленного в (номер помещения и лаборатории установки БМБ)

N п/п	Наименование проверки	Результаты измерений	Результаты вычислений	Требование нормативной документации	Вывод о соответствии
1	2	3	4	5	6
1	Проверка скорости нисходящего потока воздуха с применением методики	$v_{нисх1}$ = ___ м/с $v_{нисх2}$ = ___ м/с $v_{нисх3}$ = ___ м/с $v_{нисх4}$ = ___ м/с $v_{нисх5}$ = ___ м/с $v_{нисх6}$ = ___ м/с $v_{нисх7}$ = ___ м/с $v_{нисх8}$ = ___ м/с	$v_{нисх}$ = _____ м/с $v_{нисх}$ + 20% = ___ м/с $v_{нисх}$ - 20% = ___ м/с v_{max} = ___ м/с v_{min} = ___ м/с	$0,25 < v_{нисх} < 0,5$ м/с $v_{max} \le v_{нисх} + 20\%$ $v_{min} \ge v_{нисх} - 20\%$	
2	Проверка скорости входящего потока воздуха	v_1 = _____ м/с v_2 = _____	$\bar{v}$ = _____ м/с $K_{вход}$ = _____	$v_{вход} \ge 0,40$ м/с	

		м/с v_3 = _____ м/с v_4 = _____ м/с v_5 = _____ м/с v_6 = _____ м/с v_7 = _____ м/с v_8 = _____ м/с v_9 = _____ м/с v_{10} = _____ м/с	$v_{вход}$ = _____ м/с		
3	Проверка защитной эффективности приточного фильтра:	Класс установленного приточного фильтра HEPA ____			
3.1	путем определения целостности сканированием с использованием дискретного счетчика частиц	C = ____ ед.	$C_{ра}$ = _____ ед.	C < $C_{ра}$	
3.2	путем определения коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей	P = ___%		$P \leq 0,01\%$	
4	Проверка защитной эффективности	Класс установленного выпускного фильтра HEPA ____			

	выпускного фильтра:				
4.1	путем определения целостности сканированием с использованием дискретного счетчика частиц	С = ___ ед.	$C_{ра}$ = ____ ед.	С < $C_{ра}$	
4.2	путем определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц	n_0 = ____ 1/см^3 n_1 = ____ 1/см^3 n_2 = ____ 1/см^3 n_3 = ____ 1/см^3	Р = ___% $5 \cdot P_s$ = ___%	$P \leq 5 \cdot P_s$	
4.3	путем определения коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей	Р = ___%	-	Р $\leq$ 0,01%	
5	Направленность входящего потока воздуха визуальным путем с помощью холодного дымового теста	-	-	Входящий вдоль всего сечения рабочего проема	
6	Направленность нисходящего потока воздуха визуальным путем с помощью холодного	-	-	Нисходящий по всему сечению рабочей камеры	

	дымового теста				

2.2. Заключение по результатам проверок:

Защитная эффективность бокса МБ II класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер) соответствует требованиям нормативной документации, и бокс МБ допускается для дальнейшей эксплуатации.

Рекомендуемая периодичность проверки эксплуатационных характеристик БМБ _____ (указывается периодичность проверки, но не реже одного раза в год согласно п. 2.3.18 СП 1.3.1285-12).

Ответственный исполнитель _____
(Подпись, Ф.И.О.)

3. Боксы микробиологической безопасности III класса

3.1. Результаты проверки эксплуатационных характеристик бокса МБ III класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер), установленного в (номер помещения и лаборатории установки БМБ).

N п/п	Наименование проверки	Результаты измерений	Результаты вычислений	Требование нормативной документации	Вывод о соответствии
1	2	3	4	5	6
1	Проверка скорости входящего потока воздуха	$v_{вход}$ = _____ м/с	-	$v_{вход} \geq 0,70$ м/с	
2	Проверка расхода входящего потока воздуха	$v_{вход1}$ = _____ м/с $v_{вход2}$ = _____ м/с $v_{вход3}$ = _____ м/с	$\bar{v}$ = _____ м/с Q = _____ $м^3$/с на 1 $м^3$ объема бокса	Q $\geq$ 0,05 $м^3$/с на 1 $м^3$ объема бокса	
3	Проверка защитной эффективности приточного фильтра:	Класс установленного приточного фильтра HEPA ____			
3.1	путем определения целостности сканированием с использованием дискретного	C = _____ ед.	$C_{ра}$ = _____ ед.	$C < C_{ра}$	

	счетчика частиц				
3.2	путем определения их коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей	P = ___%	-	P $\leq$ 0,01%	
4	Проверка защитной эффективности выпускного фильтра 1:	Класс установленного выпускного фильтра 1 HEPA ____			
4.1	путем определения целостности сканированием с использованием дискретного счетчика частиц	C = ____ ед.	$C_{ра}$ = ____ ед.	$C < C_{ра}$	
4.2	путем определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц	n_0 = ____ 1/см^3 n_1 = ____ 1/см^3 n_2 = ____ 1/см^3 n_3 = ____ 1/см^3	P = ____% $5 \cdot P_s$ = ____%	$P \leq 5 \cdot P_s$	
4.3	путем определения коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей	P = ___%	-	P $\leq$ 0,01%	
5	Проверка защитной эффективности выпускного	Класс установленного выпускного фильтра 2 HEPA ____			

	фильтра 2:				
5.1	путем определения целостности сканированием с использованием дискретного счетчика частиц	С = ____ ед.	$C_{ра}$ = ____ ед.	$C < C_{ра}$	
5.2	путем определения интегрального коэффициента проскока с использованием дискретного счетчика частиц	n_0 = ____ 1/см^3 n_1 = ____ 1/см^3 n_2 = ____ 1/см^3 n_3 = ____ 1/см^3	P = ____% $5 \cdot P_s$ = ____%	$P \leq 5 \cdot P_s$	
5.3	путем определения коэффициента проскока сканированием с использованием фотометра аэрозолей	P = ___%	-	P $\leq$ 0,01%	

3.2. Заключение по результатам проверок:

Защитная эффективность бокса МБ III класса (наименование и марка бокса, серийный и/или инвентарный номер) соответствует требованиям нормативной документации, и бокс МБ допускается для дальнейшей эксплуатации.

Рекомендуемая периодичность проверки эксплуатационных характеристик БМБ _____ (указывается периодичность проверки, но не реже одного раза в год согласно п. 2.3.18 СП 1.3.1285-12).

Ответственный исполнитель _____
(Подпись, Ф.И.О.)

Приложение 11

ИНЖЕНЕРНО-ТЕХНИЧЕСКИЕ СИСТЕМЫ

1. Инженерно-технические системы биологической безопасности

Инженерно-технические системы биологической безопасности предназначены для обеспечения защиты персонала, воздуха рабочей зоны и окружающей среды при работах с использованием ПБА, а также для предотвращения распространения ПБА между помещениями, блоками помещений или зонами различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

Устройство, режим работы, правила эксплуатации инженерно-технических систем должны соответствовать требованиям к организационным, санитарно-гигиеническим (профилактическим) мероприятиям, направленным на обеспечение личной и общественной безопасности, защиту окружающей среды при работе с ПБА.

Оборудование и оснащение инженерно-технических систем биологической безопасности должно соответствовать требованиям федеральной нормативно-технической документации, а также нормам и правилам пожарной безопасности.

Комплекс инженерных систем обеспечения биологической безопасности включает:

- ограждающие строительные конструкции;

- системы вентиляции и кондиционирования воздуха;

- системы спецканализации, сбора и обработки сточных вод;

- систему передаточных устройств;

- систему воздухоснабжения изолирующих средств индивидуальной защиты;

- системы приготовления и раздачи дезинфицирующих растворов;

- санитарные пропускники;

- вспомогательные технологические и санитарно-технические системы;

- боксы микробиологической безопасности.

1.1. Требования к ограждающим строительным конструкциям помещений "заразной" зоны

1.1.1. Ограждающие строительные конструкции (ОСК) - инженерно-строительные конструкции, составляющие внутренние и внешние ограждения группы помещений "заразной" зоны сооружения от помещений "чистой" зоны и окружающей внешней среды. Контур ОСК - пол, потолок, стены, окна и двери. Для предотвращения выхода ПБА из рабочих помещений "заразной" зоны в смежные помещения "чистой" зоны и во внешнюю окружающую среду ОСК должны удовлетворять требованиям герметичности.

Ограждающие строительные конструкции группы помещений "заразной" зоны составляют наружный контур герметизации, внутренний контур герметизации составляют строительные ограждения отдельных помещений внутри "заразной" зоны.

Основные требования к ограждающим строительным конструкциям помещений "заразной" зоны,

в которых проводятся работы с ПБА I (кроме вирусов) - II групп патогенности в зависимости от характера проводимых работ определяются разделами 2.3, 2.4 настоящих санитарных правил.

Для выполнения указанных требований планировочные решения, ограждающие строительные конструкции должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- максимальную группировку помещений с одинаковой степенью производственной вредности;

- исключение пересечения людских и биологически опасных материальных потоков;

- наличие санитарных пропускников и полное соблюдение условий санитарно-противоэпидемического режима при входе и выходе персонала;

- требуемую герметичность окон и дверей;

- требуемую герметичность узлов установки передаточного оборудования и проходов коммуникаций через ограждающие конструкции на границе "заразной" и "чистой" зон;

- возможность сбора и обработки использованной рабочей одежды в соответствии с режимом работы и хранение чистой рабочей одежды;

- возможность создания и поддержания требуемой величины разрежения в рабочих помещениях;

- размещение помещений с более высоким уровнем биологической опасности преимущественно внутри помещений более низкого уровня;

- размещение помещений для содержания животных и работы с ними изолированно от других лабораторных и рабочих помещений;

- устройство тамбур-шлюзов для передачи оборудования (при необходимости) и материалов на границах "заразной" и "чистой" зон;

- отсутствие выступающих элементов на внутренней поверхности ограждающих строительных конструкций, закругленные стыки вертикальных и горизонтальных поверхностей ограждающих конструкций;

- применение в отделке производственных и санитарно-бытовых помещений неадсорбирующих, непылящих материалов, легко моющихся, негорючих и устойчивых к воздействию растворов дезинфицирующих средств, герметизирующих мастик с последующим окрашиванием химически стойкими эмалями;

- использование полнотелых, невлагоемких конструкционных материалов;

- применение герметизирующих материалов при стыковке и сопряжении конструктивных элементов. Для обеспечения надежной герметизации стыков всех конструктивных элементов должны применяться упругие прокладки и строительные герметики, соответствующие условиям эксплуатации стыкуемых элементов конструкции и отвечающие требованиям пожарной безопасности;

- гидроизоляцию пола с заведением на вертикальную поверхность на высоту не менее 150 мм;

- исключение возможности проникновения в здание грызунов. В помещениях блока для работы с инфицированными животными предусматривают высокие (30 см) пороги, недоступные для проникновения грызунов.

1.1.2. Дополнительно для лабораторий максимальной защиты и лабораторий, проводящих экспериментальные работы с ПБА I (кроме вирусов) и II групп, ограждающие строительные конструкции должны обеспечивать:

- устройство на границе зон санитарных пропускников, состоящих из воздушных тамбур-шлюзов с герметичными дверями (отдельных для входа и выхода сотрудников) и санитарно-бытовых помещений, в которых производится полное переодевание персонала, смена рабочей и специальной одежды, средств индивидуальной защиты, их обеззараживание, приведение в исходное состояние и хранение, душа для персонала, помещения для сушки волос. Границей зон является душевая;

- возможность устройства предупредительной сигнализации, запрещающей одновременное открывание дверей тамбуров.

Визуальный, приборный и инструментальный контроль за возможным появлением локальных утечек воздуха через ОСК в процессе эксплуатации необходимо проводить не реже 1 раза в 6 месяцев. При обнаружении локальных утечек воздуха через ОСК необходимо принять меры по их ликвидации.

1.1.3. Гидроизоляция междуэтажных перекрытий помещений "заразной" зоны (для лабораторий максимальной защиты и лабораторий, проводящих экспериментальные работы с ПБА I (кроме вирусов) и II групп) проверяется путем заполнения поверхности пола водой. Гидроизоляция должна выдерживать заполнение поверхности пола водой слоем 10 см в течение 24 ч. Данные испытания проводятся при сдаче объекта в эксплуатацию, если возможность их проведения предусмотрена проектной документацией и реализована строительством.

1.2. Требования к системам вентиляции и кондиционирования воздуха

1.2.1. Система вентиляции помещений "заразной" зоны является одной из основных систем биологической безопасности по предотвращению выноса ПБА во внешнюю среду и распространения ПБА между помещениями, блоками помещений и зонами различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

Система приточно-вытяжной вентиляции зоны или блока помещений микробиологических лабораторий одного назначения - группа взаимосвязанных приточных и вытяжных вентиляционных установок, обеспечивающих непрерывный процесс принудительной вентиляции, а также создание и поддержание требуемой величины разрежения и параметров воздуха рабочей зоны в обслуживаемой зоне или блоке помещений.

Система приточной или вытяжной вентиляции - совокупность вентиляционных устройств и оборудования, включающая вентиляторы, фильтры, сертифицированные специализированные установки, обеспечивающие фильтрацию и инактивацию микроорганизмов, очистку от вредных

веществ (при необходимости), воздуховоды, решетки, клапаны и прочие элементы.

Фильтры очистки воздуха (фильтрующие элементы) могут быть установлены в системе вентиляции, в корпусе на один фильтр, в камере или в секции на несколько фильтров.

1.2.2. Основные требования к системам вентиляции помещений "заразной" зоны, в которых проводятся работы с ПБА I (кроме вирусов) - II групп патогенности в зависимости от характера проводимых работ определяются разделами 2.3, 2.4 настоящих санитарных правил.

Для выполнения указанных требований системы вентиляции помещений "заразной" зоны должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, норм и правил пожарной безопасности;

- необходимые санитарно-гигиенические и микроклиматические условия;

- локализацию вредных веществ в здании и внутри технологических блоков;

- обеззараживание удаляемого из рабочих помещений и от боксирующих устройств воздуха путем оснащения систем вытяжной вентиляции фильтрами очистки воздуха в соответствии с разделом 2.3 настоящих правил;

- кратность воздухообмена в рабочих помещениях не менее установленной нормативной документацией;

- направление воздушных потоков в сторону более "грязных" помещений;

- бесперебойную работу систем приточно-вытяжной вентиляции;

- очистку подаваемого в рабочие помещения воздуха в соответствии с разделом 2.3 настоящих правил;

- создание и автоматическое поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях в соответствии с разделом 2.3 настоящих правил.

1.2.3. Основные контролируемые параметры работы систем вентиляции: величина разрежения в помещениях "заразной" зоны, перепад давлений между помещениями лабораторий различного уровня, средняя скорость воздушного потока в открытых дверных проемах, средняя скорость движения воздуха в рабочих проемах боксов микробиологической безопасности должны соответствовать требованиям раздела 2.3 настоящих санитарных правил.

1.2.4. Системы вентиляции помещений "заразной" зоны должны непрерывно обеспечивать создание и поддержание требуемой величины разрежения, а в рабочее время и необходимые санитарно-гигиенические и микроклиматические условия. Допускается переход на режим "нерабочего" времени с поддержанием минимальной величины разрежения и сохранением направленности воздушных потоков в нерабочее время.

1.2.5. Режим работы систем вентиляции блоков помещений "заразной" зоны для работы с инфицированными животными должен быть непрерывным, без перехода на режим "нерабочего" времени.

1.2.6. Автономные системы вентиляции следует предусматривать для помещений блока по работе с инфицированными животными, боксированных помещений, помещений содержания инфицированных животных, боксирующих устройств.

1.2.7. Кондиционирование воздуха помещений "заразной" зоны допускается секциями кондиционирования (охлаждения, осушения), предусмотренными в составе приточных вентиляционных систем до фильтров очистки воздуха не менее класса H11 - H13 (в случае их наличия).

Установка оконных кондиционеров и сплит-систем на границе "заразной" и "чистой" зоны не допускается.

1.2.8. Инструментальный контроль эффективности работы фильтров очистки воздуха должен производиться в соответствии с методикой прилож. 8.

1.2.9. Эксплуатацию систем приточно-вытяжной вентиляции лабораторий (лабораторных зданий) осуществляют в соответствии с инструкцией (руководством) организации, составленной на основании требований соответствующих нормативных документов.

1.2.10. Фильтркамеры с фильтрами (ФЭТО-750, HEPA и другие) рекомендуется выполнять из стали с покрытием, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами. В обвязке фильтркамер рекомендуется применять герметические клапаны с электроприводами, устанавливаемые на воздуховодах непосредственно перед и после фильтркамер, для замены и обработки фильтркамер.

1.2.11. Воздуховоды вентиляционных систем должны быть герметичны, выполняться из листовой стали с антикоррозийным покрытием, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами на сварке с минимальным количеством фланцевых соединений. Фланцы к воздуховодам должны привариваться сплошным швом. Устройство фланцевых соединений на участках герметичных воздуховодов, проходящих через помещения других групп и классов, не допускается.

1.2.12. Во всех учреждениях, проводящих работы с ПБА, должны быть организованы службы эксплуатации вентиляционных систем (состав и структура службы определяются в зависимости от количества и сложности имеющихся вентиляционных систем).

1.2.13. Дополнительные требования для лабораторий максимальной защиты и лабораторий, проводящих экспериментальные работы с ПБА I (кроме вирусов) и II групп:

- создание и автоматическое поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях в соответствии с разделом 2.4 настоящих правил;

- блокировка взаимосвязанных приточных и вытяжных установок;

- приточные и вытяжные системы вентиляции должны быть укомплектованы наряду с основными рабочими агрегатами дополнительными (резервными);

- автоматическое (или ручное) включение резервных вентиляторов при выходе из строя рабочих;

- блокировка двигателей вентиляторов с электроприводами запорных устройств в составе каждой вентиляционной установки, оснащенной ФОВ;

- контроль и управление работой всех приточных и вытяжных систем следует предусматривать дистанционным и автоматическим или ручным с центрального поста управления, размещаемого в "чистой" зоне. Информация о работе вентиляционных установок, величине перепада давления между помещениями разных групп, положения гермоклапанов и др. должна отображаться на мнемосхемах.

Фильткамеры с фильтрами (ФЭТО-750, HEPA и другие) рекомендуется выполнять из коррозионно-устойчивой стали или стали с покрытием, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами. В обвязке фильткамер рекомендуется применять герметические клапаны с электроприводами, устанавливаемые на воздуховодах непосредственно перед и после фильткамер, для замены и обработки фильткамер.

Герметичные воздуховоды должны выполняться из нержавеющей стали на сварке с минимальным количеством фланцевых соединений. Фланцы к воздуховодам должны привариваться сплошным швом. Устройство фланцевых соединений на участках герметичных воздуховодов, проходящих через помещения других групп и классов, не допускается.

1.3. Требования к санитарным пропускникам

1.3.1. Санитарные пропускники являются одной из основных систем биологической безопасности по предотвращению выноса ПБА во внешнюю среду и распространения ПБА между помещениями зон различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

Санитарные пропускники - комплекс инженерно-строительных решений и организационных мероприятий, обеспечивающих биологическую безопасность при входе в группы помещений "заразной" зоны и выходе из них.

1.3.2. Основные требования к санитарным пропускникам помещений "заразной" зоны в зависимости от уровня опасности ПБА и характера проводимых работ определяются разделами 2.3, 2.4 настоящих санитарных правил.

Для выполнения указанных в нормативной документации требований устройство санитарных пропускников должно обеспечивать:

- исключение пересечения людских и материальных потоков на пути в "заразную" зону и обратно;

- замену личной одежды на комплект рабочей одежды при входе в "заразную" зону;

- гигиеническую помывку и смену рабочей одежды на личную при выходе;

- возможность сбора и обеззараживания использованной рабочей одежды в соответствии с режимом работы и хранение чистой рабочей одежды;

- предупредительную сигнализацию, запрещающую одновременное открывание дверей тамбуров или тамбур-шлюзов (при необходимости);

- направление воздушных потоков в сторону более "грязных" помещений;

- скорость воздушного потока в дверном проеме на границе "чистой" и "заразной" зон.

1.3.3. Санитарные пропускники должны быть автономными для групп помещений различной

степени опасности. При численности персонала, работающего в "заразной" зоне, до 6 человек допускается устройство однополых пропускников, во всех остальных случаях - разнополые.

1.3.4. Устройство туалетов в санитарных пропускниках допускается только со стороны "чистой" зоны.

1.3.5. Основные контролируемые параметры в санитарных пропускниках:

средняя скорость воздушного потока в открытых дверных проемах на границах зон в санитарных пропускниках лабораторий максимальной защиты и лабораторий, проводящих экспериментальные работы с ПБА I (кроме вирусов) и II групп, должна соответствовать требованиям санитарных правил - должна быть в пределах от 0,4 до 0,7 м/с. Периодичность проверки 1 раз в 6 месяцев совместно с системой вентиляции.

1.3.6. Сотрудники, проходя из "чистой" зоны в "заразную" через санитарный пропускник, оставляют личную одежду в индивидуальных шкафах, предназначенных для ее хранения, меняют свою обувь на тапочки для душа, проходят в помещение для надевания рабочей одежды и обуви. Порядок принятия душа при выходе из "заразной" зоны определяется в зависимости от вида возбудителя и характера работ и регламентируется правилами внутреннего распорядка или иным документом, утверждаемым руководителем организации.

1.3.7. В санитарном пропускнике выделяют раздельные комнаты для личной и рабочей одежды с индивидуальными шкафами, а также душевые, расположенные между этими двумя помещениями. Граница зон проходит по помещению душевой.

1.3.8. Через санитарный пропускник из "чистой" зоны в "заразную" зону допускается вносить предметы, не загрязняющие помещения и не создающие нарушения депрессионного режима санпропускника. Из "заразной" в "чистую" зону разрешается проносить только ключи, печати и планшеты с первичной информацией, подвергнутые дезинфекционной обработке.

1.4. Требования к системе спецканализации, сбора и обработки стоков

1.4.1. Система спецканализации - автономная система канализации помещений "заразной" зоны, транспортирующая загрязненные стоки к оборудованию станции обработки сточных вод.

Станция обработки сточных вод - это комплекс оборудования, обеспечивающий сбор, обезвреживание, охлаждение и сброс сточных вод в наружные сети канализации. По принципу работы станции обработки сточных вод подразделяются на станции циклической и непрерывной обработки.

1.4.2. Основные требования по необходимости устройства системы спецканализации, сбора и обработки стоков помещений "заразной" зоны нормируются разделами 2.3, 2.4 настоящих правил.

Для выполнения указанных в нормативной документации требований системы спецканализации и обработки сточных вод должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- термическую (непрерывную или цикличную) обработку сточных вод из помещений "заразной" зоны;

- безнапорный сброс обработанных сточных вод в канализацию с температурой не выше 40 °C;

- биологическую безопасность при транспортировании перемещаемых сред из помещений "заразной" зоны в помещения "чистой" зоны.

1.4.3. Помещения лабораторных и камерных блоков оборудуются специальной канализацией, которая должна обеспечивать прием и транспортирование сточных вод, поступающих из этих помещений, санитарных пропускников, оборудования "заразных" зон, в сборные емкостные аппараты на тепловую обработку перед сбросом их в наружные сети канализации.

1.4.4. У каждого приемника сточных вод, присоединяемого к сети канализации, предусматривается гидрозатвор. Конструкция гидрозатвора не должна допускать его опорожнения при появлении давления или разрежения в канализационной сети.

1.4.5. Сточные воды из технологического оборудования и помещений "заразных" зон сбрасываются по самостоятельным сетям трубопроводов в зависимости от их давления (самотечные и напорные) и уровня контаминации. Сброс напорных стоков из технологического оборудования и коммуникаций производится в отдельные сборные емкостные аппараты, сброс их в аппараты для самотечных стоков не допускается.

1.4.6. Высокотемпературные технологические стоки перед поступлением в сборные емкостные аппараты должны охлаждаться до температуры не выше 80 °C и вводиться в аппараты под зеркало жидкости.

1.4.7. Устройство сети спецканализации должно исключать засорение системы и обеспечивать возможность очистки приемных люков. Прочистку сети самотечной канализации осуществляют через ревизии или гидрозатворы приемников стоков (с удалением стаканов, создающих сифон). При выполнении этих и других ремонтных работ персонал должен находиться в защитной одежде, вид которой определяется в соответствии с требованиями биологической безопасности. Внутренняя канализационная сеть в случае ремонта подвергается соответствующей дезинфицирующей обработке.

1.4.8. Заключительная дезинфекция сети самотечной канализации производится путем заполнения ее дезинфицирующим раствором. Сети заполняются поэтажно, начиная с первого этажа, с удалением воздуха и установкой заглушек у каждого приемника стоков.

1.4.9. Сети спецканализации должны быть герметичными, замкнутыми, сообщаемыми с воздухом помещений "заразной" зоны линией, снабженной одной ступенью фильтров очистки воздуха. Периодичность проверки этих фильтров - перед каждым циклом работы и не реже 1 раза в 6 месяцев. Обезвреживание фильтров очистки воздуха, установленных на воздушных линиях аппаратов и на воздушной линии сети спецканализации, производится химическим или термическим методами.

1.4.10. Термическая обработка сточных вод осуществляется в системах, работающих по циклическому или непрерывному принципу (соответственно в емкостях - СТОС или в установках непрерывной обработки стоков - УНОС).

Режимы обработки регламентируются прилож. 1 настоящих санитарных правил.

1.4.11. Сбор сточных вод при циклической обработке производится в отдельные, специально предназначенные для этих целей емкостные аппараты. Совмещение в одной емкости приема сточных вод и процесса термической обработки одновременно не допускается.

1.4.12. Сборные емкости для приема стоков, нагреватели и выдерживатели для термической обработки, а также насосы для перекачки стоков должны располагаться в "заразной" зоне.

1.4.13. Сети канализации (трубопроводы и фасонные части) должны проектироваться открытыми, на сварке из нержавеющей стали с учетом требований прочности и коррозионной стойкости к дезинфицирующим растворам.

Сбор сточных вод при непрерывном способе осуществляется в емкости с их последующей термической обработкой на установках непрерывной стерилизации.

1.4.14. Система контроля параметров и управления технологическим процессом обработки сточных вод должна обеспечивать:

- дистанционное автоматическое управление работой оборудования;

- световую и звуковую сигнализации, регистрацию и автоматическое поддержание на заданном уровне основных технологических параметров процесса (давление пара, подаваемого в установки обработки стоков, расхода стоков перед нагревателем, температуру стерилизации и давление после выдерживателя при непрерывном способе обработки, температуру и экспозицию обработки - при циклическом способе, уровень сточных вод в емкостях для сбора стоков).

Схема контроля и управления должна предусматривать наличие защитной автоматической блокировки, исключающей выход необработанных сточных вод при нарушении режима стерилизации и возвращение их на повторную обработку.

Информация об изменении технологических параметров, работе оборудования и нарушении технологических режимов обработки сточных вод должна отображаться на мнемосхемах.

2. Вспомогательные технологические

и санитарно-технические системы

Вспомогательные технологические и санитарно-технические системы, обслуживающие помещения "заразных" зон, называются внутрикорпусными. Устройство внутрикорпусных систем должно обеспечивать биологическую защиту аналогичных наружных систем и систем "чистой" зоны и обеспечивать требуемые технические параметры соответственно назначению и конкретным условиям работы.

В число вспомогательных технологических и санитарно-технических систем входят системы:

- холодного и горячего водоснабжения, отопления, холодоснабжения, теплоснабжения и оборотного водоснабжения;

- сжатого воздуха, технологического вакуума;

- сбора и утилизации твердых отходов;

- электроснабжения.

Работа инженерных систем биологической безопасности, санитарно-технических, вспомогательных технических систем, установок и устройств должна регистрироваться в соответствующих журналах с указанием времени начала и конца работы, характера работы, замены оборудования, арматуры и пр. Ленты и диаграммы самописцев всех инженерных систем биологической безопасности должны храниться не менее 1 года.

Обслуживание, регулировка и ремонт контрольно-измерительных приборов и других механизмов в зональных помещениях должны проводиться только специальным персоналом службы КИПиА, прошедшим специальный инструктаж.

2.1. Требования к системам холодного и горячего водоснабжения, отопления, холодоснабжения, теплоснабжения и оборотного водоснабжения

2.1.1. Основные требования к системам холодного и горячего водоснабжения, отопления, холодоснабжения, теплоснабжения и оборотного водоснабжения помещений "заразной" зоны в зависимости от уровня опасности ПБА и характера проводимых работ определяются разделом 2.3 настоящих санитарных правил.

Для выполнения указанных в нормативной документации требований системы холодного и горячего водоснабжения должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- биологическую безопасность при транспортировании и раздаче перемещаемой среды из "чистой" зоны в помещения "заразной" зоны;

- качество холодной и горячей воды в соответствии с действующими санитарными правилами и нормами;

- возможность присоединения системы водоснабжения к сети не менее чем двумя вводами;

- требуемые технологические и санитарно-бытовые расходы воды.

2.1.2. Во время работы с ПБА снабжение помещений "заразной" зоны холодной и горячей водой должно осуществляться по снабжающим системам, оснащенным устройствами, препятствующими обратному току жидкости (например, через баки для разрыва струи, клапаны обратного тока и т.п.).

Полное опорожнение баков для разрыва струи с холодной и горячей водой в процессе эксплуатации не допускается. Баки могут опорожняться полностью только после прекращения работы с ПБА и проведения полной заключительной дезинфекции в обслуживаемых ими помещениях "заразных" зон. В случае аварийного опорожнения баков и (или) гидрозатворов работа в обслуживаемых ими помещениях "заразной" зоны должна быть прекращена, трубопроводы соответствующего холодного и горячего водопровода обеззаражены и в помещениях проведена заключительная дезинфекция.

2.1.3. Во время работы с ПБА запрещается опорожнение от воды системы отопления в помещениях "заразных" зон. Опорожнение системы разрешается только после прекращения работы с ПБА и проведения заключительной дезинфекции во всех помещениях "заразных" зон, обслуживаемых системой.

Опорожнение внутри корпусных систем должно производиться в сеть производственной канализации.

2.1.4. Внутрикорпусные системы охлажденной воды, захоложенной воды и теплоснабжения подсоединяются к наружным системам через теплообменники, устанавливаемые в помещениях "заразных" зон. Среда внутренних корпусных систем подается в трубопроводы теплообменника, наружный тепло-(холодо)носители в межтрубное пространство. Давление среды в межтрубном пространстве теплообменников должно быть выше, чем в трубках.

2.2. Требования к системам сжатого воздуха и технологического вакуума

2.2.1. Основные требования к системам сжатого воздуха и технологического вакуума помещений "заразной" зоны в зависимости от уровня опасности ПБА и характера проводимых работ определяются разделом 2.3 настоящих санитарных правил.

Для выполнения указанных в нормативной документации требований системы сжатого воздуха и технологического вакуума должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- требуемую величину давления в системе сжатого воздуха;

- требуемую величину вакуума в системе технологического вакуума;

- биологическую безопасность при транспортировании и раздаче перемещаемой среды из "чистой" зоны в помещения "заразной" зоны.

2.2.2. Побудитель воздушного потока (компрессор, вакуум-насос) должен быть установлен в помещении "чистой" зоны.

2.2.3. Трубопроводы и арматура систем сжатого воздуха и технологического вакуума должны быть герметичны, и покрытие их поверхности со стороны "заразной" зоны должно выдерживать обработку дезинфицирующими растворами.

2.2.4. Фильтры очистки воздуха, установленные на сети сжатого воздуха на границах помещений "заразных" зон (со стороны последних), подлежат проверке на эффективность фильтрации, целостность и аэродинамическое сопротивление не реже 1 раза в 6 месяцев для лабораторий, работающих с ПБА I - II групп, для остальных лабораторий - не реже 1 раза в год.

2.2.5. Контроль работы фильтров тонкой очистки на выбросах из технологических систем во внешнюю окружающую среду должен производиться по аэродинамическому сопротивлению и на эффективность фильтрации для каждой ступени раздельно. Контроль аэродинамического сопротивления фильтров должен проводиться и регистрироваться автоматически. Контроль

эффективности фильтрации проводится в сроки, установленные инструкцией по эксплуатации, но не реже 1 раза в 6 месяцев для максимально изолированных лабораторий и лабораторий, работающих с ПБА I - II групп, для остальных лабораторий - не реже 1 раза в год.

2.2.6. Дезинфекция фильтров тонкой очистки на выбросах из технологических систем производится химическим или термическим методом перед каждой проверкой или заменой фильтра в соответствии с прилож. 1 настоящих санитарных правил.

Методика проверки фильтров очистки воздуха на эффективность приведена в прилож. 9.

2.3. Требования к системам сбора и утилизации твердых отходов

2.3.1. Основные требования к системам сбора и утилизации твердых отходов в помещениях "заразной" зоны в зависимости от уровня опасности ПБА и характера проводимых работ определяются требованиями разделов 2.6, 2.8, 2.9 настоящих санитарных правил.

Для выполнения указанных в нормативной документации требований системы сбора и утилизации твердых отходов должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- своевременный сбор всех твердых отходов, образующихся в результате работ с микроорганизмами, лабораторными животными с последующим автоклавированием и утилизацией в мусоросжигательной печи;

- выдерживание требуемых режимов автоклавирования с фиксацией на диаграмме и в рабочем журнале;

- использование целых, без деформаций контейнеров для сбора и автоклавирования твердых отходов.

2.4. Требования к системе электроснабжения

2.4.1. Основные требования к системе электроснабжения в зависимости от уровня опасности ПБА и характера проводимых работ определяются требованиями раздела 2.3 настоящих санитарных правил.

Для выполнения указанных в нормативной документации требований системы электроснабжения должны обеспечивать:

- соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

- соблюдение требований "Правил устройства электроустановок";

- повышенную надежность функционирования всех систем сооружения путем электрообеспечения от раздельных источников, включая источники бесперебойного питания;

- запитку технических средств системы от однофазной промышленной сети первой категории;

- применение электроустановочных изделий во влагопылеустойчивом исполнении в помещениях "заразной" зоны.

2.4.2. Проверка работоспособности элементов системы электроснабжения осуществляется в соответствии с действующей нормативной документацией и графиком учреждения.

Приложение 12

ТРЕБОВАНИЯ

К ИССЛЕДОВАНИЮ СТОЧНЫХ ВОД НА ПАТОГЕННУЮ МИКРОФЛОРУ

1. Юридические лица, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, проводящие работу с микроорганизмами I - II групп патогенности, должны проводить исследование сточных вод на наличие в них микроорганизмов, используемых в работе.

2. Отбор сточных вод необходимо проводить из всех колодцев канализационной системы организации перед ее выходом в общий коллектор.

3. Отбор сточных вод для исследования проводят одним из двух способов:

- тампонами, приготовленными из марлевых салфеток, размером 10 х 15 см в 10 - 15 слоев, которые закрепляют у места взятия воды, и через сутки, поместив в стерильную емкость, доставляют в лабораторию;

- емкостями объемом не менее 1 л.

При необходимости проводят дехлорирование сточных вод добавлением 2,0 мл 1,5%-го раствора серноватисто-кислого натрия (гипосульфита), простерилизованного в автоклаве, на 500 мл сточных вод.

4. Кратность отбора проб определяется руководителем организации в зависимости от вида возбудителя, характера и объемов проводимых работ по согласованию с территориальными учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы.

5. При наличии в организации локальных очистных сооружений необходимо проводить определение остаточной концентрации активного вещества применяемого дезинфекционного средства в сточных водах перед их выходом в общий коллектор.

6. Отбор сточных вод и их лабораторное исследование проводят в соответствии с нормативно-методическими документами при соблюдении требований биологической безопасности.

В каждой организации должны быть разработаны рабочие инструкции по исследованию сточных вод с учетом местных условий и особенностей.

7. Результаты исследований фиксируют в специальном журнале за подписью лиц, проводивших исследование.

Приложение 13

ПОЛОЖЕНИЕ

О КОМИССИИ ПО КОНТРОЛЮ СОБЛЮДЕНИЯ ТРЕБОВАНИЙ БИОЛОГИЧЕСКОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ

1. Комиссия по контролю соблюдения требований биологической безопасности в организации (далее - комиссия) является исполнительно-консультативным органом, контролирующим порядок проведения работы с биологическим материалом в диагностических, научно-исследовательских и производственных лабораториях.

2. Комиссия создается в организациях, на базе которых проводятся любые виды работы (диагностические, экспериментальные, производственные) с ПБА.

3. Комиссия в составе не менее 3 - 5 человек, компетентных в вопросах безопасности работы с ПБА, назначается приказом по организации сроком на 5 лет.

Председателем комиссии назначается заместитель руководителя организации по эпидемиологическим вопросам (науке) или специалист, имеющий соответствующие знания и опыт работы.

4. В своей деятельности комиссия руководствуется настоящими санитарными правилами, другими нормативными документами по обеспечению биологической безопасности и указаниями руководителя организации.

5. Комиссия по административной линии подчиняется руководителю организации, ответственному за состояние безопасности работы с биологическим материалом, и работает в соответствии с планом, утвержденным руководителем организации.

6. В целях обеспечения безопасности работы с биологическим материалом при проведении диагностических, исследовательских и производственных работ комиссия решает следующие задачи:

- организация и проведение постоянного контроля соблюдения регламентированного порядка обеспечения биологической безопасности в организации;

- организация и проведение комплекса мероприятий, направленных на предупреждение аварийных ситуаций и ликвидацию их последствий;

- контроль подготовленности персонала к работе с ПБА и организация наблюдения за состоянием здоровья;

- осуществление контроля выполнения требований соответствующих нормативных документов, а также распоряжений руководителя организации и предложений комиссии организации;

- проведение анализа состояния биологической безопасности и разработка комплекса мер по ее совершенствованию;

- подготовка отчетных и других документов по вопросам биологической безопасности.

7. В соответствии с возложенными на нее задачами комиссия проводит следующий комплекс мероприятий:

- осуществляет плановый и периодически внеплановый контроль выполнения регламентированного порядка обеспечения биологической безопасности;

- осуществляет контроль своевременной диспансеризации персонала, контролирует регламентированный порядок иммунопрофилактики, ведет учет лиц с повышенной чувствительностью к антибиотикам и имеющих противопоказания к вакцинации;

- в случае аварии при работе с биологическим материалом разрабатывает и представляет руководителю организации план мероприятий по ликвидации ее последствий;

- проводит анализ установленных нарушений правил безопасности, предпосылок к этому, причин аварий и представляет руководителю организации план мероприятий по повышению эффективности системы биологической безопасности;

- оформляет необходимые документы для получения (продления) разрешения на проведение работы с ПБА;

- проводит проверку знаний по вопросам обеспечения биологической безопасности персонала, работающего с ПБА;

- контролирует установленный порядок выезда сотрудников, выдает и принимает обсервационные удостоверения (при отсутствии врача изолятора);

- готовит отчет о работе комиссии за год и представляет его в установленном порядке к 01.02 следующего за отчетным года.

8. В целях эффективной реализации своих задач комиссия имеет следующие права:

- требовать от руководителей подразделений и отдельных лиц безусловного выполнения правил биологической безопасности, а также ходатайствовать перед руководителем организации об устранении имеющихся нарушений;

- проводить самостоятельно или с привлечением других квалифицированных специалистов плановые и внеплановые проверки соблюдения правил биологической безопасности в организации;

- ходатайствовать перед руководителем организации о приостановлении работы с ПБА в случае невозможности выполнения правил биологической безопасности или их систематического нарушения, а также о приостановлении или лишении допуска к работе с биологическим материалом отдельных лиц;

- возбуждать мотивированное ходатайство перед организацией, выдавшей разрешение, о приостановлении использования или запрещении внедрения в практику новых лабораторных методик, видов оборудования, дезинфектантов, не обеспечивающих необходимого уровня биологической безопасности;

- рассматривать документы и давать заключения;

- заслушивать на заседании комиссии руководителей подразделений, сотрудников организации.

Приложение 14

УДОСТОВЕРЕНИЕ

(Ф. И. О.) _____, занимающему должность _____, в соответствии с п. _____ санитарных правил "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)", утвержденных _____, разрешен выезд в _____:_____ с _____ 20__ г.

Подпись руководителя организации Печать

Приложение 15

МЕТОДИКИ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА МЕРТИОЛЯТА НАТРИЯ И ФОРМАЛИНА

Контроль качества мертиолята натрия

Мертиолят (тиомерсаль) - белый или кремоватый порошок, хорошо растворим в воде. При 20 °С 1 часть порошка должна без остатка раствориться в 1 части дистиллированной воды, а также в 30 частях 95°-го этилового спирта. Раствор бесцветный или светло-желтый. Мертиолят почти не растворим в бензоле и эфире. Свежеприготовленный 1%-й раствор мертиолята должен иметь pH 6,0 - 8,0.

Для проверки препарата к 0,05 г порошка добавляют 5 мл дистиллированной воды. После добавления к раствору 1 мл 10%-го раствора азотно-кислого серебра должен выпасть белый осадок. Если к аналогичному раствору мертиолата добавить 1 мл 10%-го раствора сульфита меди, то должен появиться осадок зеленого цвета.

Для контроля на ртутные соли готовят раствор из 0,1 г порошка в 5 мл дистиллированной воды. После добавления к раствору мертиолята 1,0 мл свежеприготовленного раствора сульфида натрия выпадает белый осадок. Последний не должен менять цвета в течение 30 мин. в темном месте.

Для количественного контроля 0,3 г препарата растворяют в 10 мл воды, добавляют 1,5 г растертого перманганата калия и хорошо перемешивают. Через 5 мин. в колбу осторожно добавляют при постоянном перемешивании по каплям 5 мл концентрированной серной кислоты. Через 5 - 10 мин. выделяющийся осадок растворяют при постепенном добавлении 4 - 8 мл 3%-го раствора перекиси водорода. К обесцвеченному раствору прибавляют по каплям 5%-й раствор перманганата калия до не исчезающего розового окрашивания (разложение перекиси водорода). Раствор вновь обесцвечивают добавлением по каплям 4%-го раствора щавелевой кислоты. Полученный раствор после добавления 5 мл 10%-го раствора железоаммиачных квасцов медленно титруют 0,1 н раствором роданида аммония до изменения окраски; 1 мл 0,1 н раствора роданида аммония соответствует 0,01003 г ртути или 0,02024 г мертиолята.

Контроль качества формалина

Полноценный формалин должен содержать 37 - 40% формальдегида. Такой раствор формальдегида учитывают как цельный формалин. Обычно коммерческий препарат содержит значительно меньше формальдегида. Поэтому необходимо произвести соответствующий перерасчет при изготовлении его рабочих растворов. Определение концентрации формалина проводят ареометрически при 15 °С. В цилиндр наливают формалин, доведенный до 15 °С, и опускают ареометр, который определяет плотность формалина. Исходя из плотности, учитывают содержание формальдегида по следующей шкале:

1,002 = 1%; 1,004 = 5%; 1,028 = 10%; 1,043 = 15%;

1,056 = 20%;

1,071 = 25%; 1,085 = 30%; 1,090 = 32%; 1,096 = 34%;

1,102 = 36%;

1,106 = 38%; 1,111 = 40%

В последующем при изготовлении растворов формалина учитывают содержание формальдегида следующим образом. Например, необходимо приготовить 1%-й раствор формалина, а имеющийся у нас формалин содержит только 25% формальдегида. В этом случае на 100 мл 0,85%-го раствора хлористого натрия берут не 1 мл формалина, а 1,6 мл и т.д.

Наиболее целесообразно антибактериальную активность формалина определить следующим образом. В приготовленную взвесь органов нормального животного, например, белой мыши, внести взвесь, содержащую в 1 мл 1 млрд живых бактерий ЕВ, добавить формалин из расчета содержания 1% полноценного формалина, перемешать и оставить при комнатной температуре. Через 2 - 4 ч провести контрольный высев на пластинку с агаром и поставить при 28 °С. При отсутствии роста на пластинке через двое суток инкубации формалин можно признать пригодным к применению.

Метод определения неспецифического действия формалина на антиген может быть осуществлен путем постановки РНАт с материалом, прогретым при 56 °С в течение 30 мин.

Для установления неспецифического действия формалина необходимо добавить его в концентрации 1 - 2% к культуре ЕВ, выращенной при 37 °С, с концентрацией 1 млрд м. к. в 1 мл, выдержать взвесь не менее 4 ч, затем развести до концентрации 1 млн м. к. в 1 мл и с этой взвесью поставить РПГА с чумным антительным диагностикумом.

Приложение 16

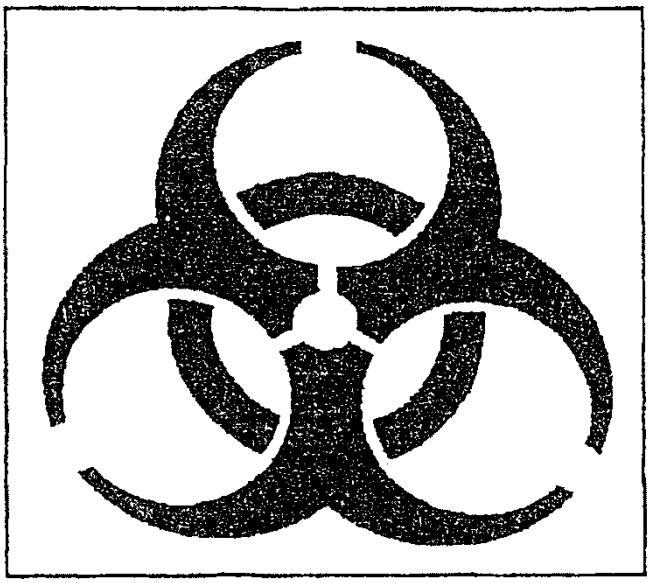
СХЕМЫ

ПРИНЦИПИАЛЬНЫХ ПЛАНИРОВОК КОМНАТ БЛОКА ДЛЯ РАБОТЫ

С ИНФИЦИРОВАННЫМИ ЖИВОТНЫМИ

Приложение 17

ЗНАК "БИОЛОГИЧЕСКАЯ ОПАСНОСТЬ"



Приложение 18

Наименование организации

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ
учета инструктажей по биологической безопасности

1. Отдел (лаборатория, подразделение) _____
2. Фамилия, имя, отчество _____
3. Дата поступления в отдел (лабораторию) _____
4. Инструктаж по ББ (инструкция N _____) на рабочем месте провел руководитель группы _____
(должность, подпись, дата, фамилия)
5. Инструктаж усвоил _____
(должность, подпись, дата)
6. Инструктаж по ББ принят, разрешаю допустить к самостоятельным работам в качестве _____

Начальник подразделения _____
(подпись, дата, фамилия)

7. Инструктаж на рабочем месте проведен:

Дата	Должность инструктируемого	По какой инструкции проведен инструктаж (инв. N)	Роспись лица, проводившего инструктаж	Роспись лица, получившего инструктаж	Роспись заведующего отделом (лабораторией)
1	2	3	4	5	6

Приложение 19

ОБРАБОТКА И ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ МАТЕРИАЛА ПРИ ПРОВЕДЕНИИ СЕРОЛОГИЧЕСКИХ И ГЕННОДИАГНОСТИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Обработка исследуемого материала, инфицированного (подозрительного на инфицирование) микроорганизмами I - II групп патогенности (бактериями, не образующими споры, хламидиями, риккетсиями и возбудителями глубоких микозов), проводится следующим способом:

- к исследуемому образцу добавляют мертиолят натрия до конечной концентрации 1:10 000 (0,01%) и прогревают его при 56 °С в течение 30 мин. Затем 100 мкл образца переносят в микроцентрифужные пробирки объемом 1,5 мл, добавляют лизирующий раствор, приготовленный на основе 6 М гуанидинизотиоцианата, в объеме, указанном в инструкции по применению к набору реагентов, и инкубируют 15 мин. при 65 °С. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, инфицированного (подозрительного на инфицирование) бактериями, образующими споры (возбудитель сибирской язвы), проводится следующим способом:

- исследуемый материал в количестве 0,1 мл засевают в пробирки с 0,9 мл бульона Хоттингера, pH 7,2 и инкубируют с аэрацией при 37 °С в течение 2,5 ч. Добавляют пенициллин до конечной концентрации 1 000 ед./мл и инкубируют при 37 °С в течение 15 мин. После инкубации с пенициллином исследуемый материал прогревают на водяной бане в течение 10 мин. при температуре 100 °С. Затем 100 мкл обработанного образца переносят в пробирки объемом 1,5 мл и добавляют лизирующий раствор, приготовленный на основе 6 М гуанидинтиоизоцианата в объеме, указанном в инструкции по применению к набору реагентов, и инкубируют 15 мин. при 65 °С. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, инфицированного вирусом натуральной оспы, проводится следующим способом:

- материал (100 мкл) помещают в пробирку объемом 1,5 мл, добавляют 400 мкл лизирующего буферного раствора, содержащего 100 мМ Трис-HCl (pH = 8,0), 100 мМ ЭДТА, 100 мМ NaCl, 1% SDS, и инкубируют 10 мин. при температуре 65 °С. Добавляют 50 мкл раствора протеиназы К (10 мг/мл), перемешивают и инкубируют в течение 1 ч при 56 °С. Центрифугируют в течение 5 мин. при 14 000 об./мин для осаждения нерастворенных частиц. Супернатант переносят в стерильные пробирки объемом 1,5 мл, добавляют равный объем смеси фенол/хлороформ (pH 8,0) и тщательно перемешивают. Затем центрифугируют в течение 5 мин. при 10 000 g. Переносят верхнюю водную фазу, содержащую раствор фенола и ДНК, в новую пробирку, добавляют 1/10 по объему 3 М ацетата натрия (pH 5,5), 30 - 40 мкг РНК-носителя (1 мкл раствора РНК-носителя с концентрацией 30 - 40 мкг/мкл) и равный объем изопропанола. Затем центрифугируют в течение 15 мин. при 10

000 g при 4 °С. Полученный осадок промывают добавлением 1 мл 70% этанола и центрифугированием в течение 5 мин. при 14 000 об./мин при 40 °С. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, инфицированного вирусами I - II групп патогенности (кроме вируса оспы), содержащего инфекционную (позитивную) РНК, проводится следующим способом:

- материал (100 мкл) помещают в пробирку объемом 1,5 мл, добавляют 500 мкл лизирующего буфера на основе 6 М гуанидинизотиоцианата и фенола (1:1) и инкубируют 20 мин. при температуре 65 °С. Затем выделяют РНК, используя метод нуклеосорбции на силикагеле, начиная с этапа добавления сорбента, либо метод осаждения РНК этанолом в присутствии 0,3 М ацетата натрия. Обратную транскрипцию выполняют в соответствии с инструкцией по применению к набору реагентов. Затем в образцы с кДНК добавляют РНКазу А до конечной концентрации 25 мкг/мл. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, инфицированного (подозрительного на инфицирование) вирусами I - II групп патогенности, содержащего неинфекционную (негативную) РНК или ДНК, проводится следующим образом:

- материал (100 мкл) помещают в пробирку объемом 1,5 мл, добавляют 500 мкл лизирующего буфера на основе 6 М гуанидинизотиоцианата и фенола (1:1) и инкубируют 20 мин. при температуре 65 °С. После выполнения данных процедур материал считается обеззараженным.

Обработка исследуемого материала, подозрительного на инфицирование высокопатогенным неизвестным возбудителем, проводится в соответствии с обработкой материала, инфицированного бактериями, образующими споры, и (или) обработкой материала, инфицированного вирусом натуральной оспы.

Режим обеззараживания суспензий внутренних органов или костного мозга животных, материала от больных людей, субстратов гнезд птиц и млекопитающих, погадок хищных птиц, а также бактериальных взвесей определяется видом возбудителя. Обеззараживают возбудителей:

- чумы добавлением проверенного на бактерицидное действие формалина до 1 - 2%-й конечной концентрации с последующей экспозицией не менее 12 ч или до 4%-й концентрации с экспозицией при комнатной температуре в течение 1 ч;

- бруцеллеза и туляремии кипячением в течение 20 мин. с последующим добавлением проверенного на бактерицидное действие формалина до 1 - 2%-й концентрации с последующим выдерживанием не менее 12 ч или до концентрации 4% с экспозицией при комнатной температуре в течение 1 ч;

- сапа и мелиоидоза добавлением формалина до 4%-й концентрации с последующей экспозицией в течение 12 ч;

- холеры кипячением в течение 30 мин.;

- сибирской язвы кипячением в течение 60 мин. с последующим добавлением формалина до 4%-й концентрации и экспозицией до 1 ч;

- глубоких микозов добавлением 10%-го раствора формалина с последующей экспозицией в течение 24 ч при комнатной температуре или в течение 2 ч при температуре (37 $\pm$ 1) °С.

Приложение 20

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ООИ - особо опасные инфекции.

ПБА - патогенные биологические агенты (патогенные для человека микроорганизмы (бактерии, вирусы, хламидии, риккетсии, грибы), включая генно-инженерно-модифицированные, яды биологического происхождения (токсины), а также любые объекты и материалы, включая полевой, клинический, секционный, подозрительные на содержание перечисленных агентов).

ППР - планово-предупредительный ремонт.

СИЗ - средства индивидуальной защиты.

ИСИЗ - изолирующие средства индивидуальной защиты.

ФОВ - фильтры очистки воздуха.

Зарегистрировано в Минюсте России 16 апреля 2014 г. N 32001

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 16 декабря 2013 г. N 65

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СП 3.1/3.2.3146-13

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 2; 2003, N 2, ст. 167; N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10; N 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, N 1 (ч. I), ст. 21; N 1 (ч. I), ст. 29; N 27, ст. 3213; N 46, ст. 5554; N 49, ст. 6070; 2008, N 24, ст. 2801; N 29 (ч. I), ст. 3418; N 30 (ч. II), ст. 3616; N 44, ст. 4984; N 52 (ч. I), ст. 6223; 2009, N 1, ст. 17; 2010, N 40, ст. 4969; 2011, N 1, ст. 6; N 30 (ч. I), ст. 4563; N 30 (ч. I), ст. 4590; N 30 (ч. I), ст. 4591; N 30 (ч. I), ст. 4596; N 50, ст. 7359; 2012, N 24, ст. 3069; N 26, ст. 3446; 2013, N 27, ст. 3477; N 30 (ч. I), ст. 4079) и постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295; 2004, N 8, ст. 663; N 47, ст. 4666; 2005, N 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1/3.2.3146-13 "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней" (приложение).

2. Признать утратившими силу санитарно-эпидемиологические правила "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней. СП 3.1/3.2.1379-03" <*>.

<*> Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации 18 июня 2003 года, регистрационный N 4716.

Врио Главного государственного
санитарного врача
Российской Федерации
А.Ю.ПОПОВА

Утверждены
постановлением Врио Главного
государственного санитарного врача

Российской Федерации
от 16.12.2013 N 65

ОБЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ БОЛЕЗНЕЙ

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1/3.2.3146-13

I. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее - санитарные правила) разработаны в соответствии с законодательством Российской Федерации.

1.2. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила устанавливают требования к комплексу организационных, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных болезней (далее - инфекционных болезней) среди населения Российской Федерации.

1.3. Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц <*>.

<*> П. 3 ст. 39 Федерального закона от 30 марта 1999 года N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

1.4. Контроль за выполнением настоящих санитарно-эпидемиологических правил обеспечивают органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

II. Общие положения

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

2.2. Организацию санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в условиях чрезвычайных ситуаций с ухудшением санитарно-эпидемиологической обстановки или при угрозе ее возникновения обеспечивают органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. При необходимости в проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по решению руководителя Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в установленном порядке могут быть задействованы специализированные противоэпидемические

бригады (СПЭБ), функционирующие на базе противочумных учреждений.

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

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

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

2.6. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводятся в обязательном порядке гражданами, в том числе индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в соответствии с осуществляемой ими деятельностью.

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

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

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

3.1. Питьевая вода должна быть безопасной в эпидемиологическом отношении.

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

3.3. Индивидуальные предприниматели и юридические лица, владельцы и лица, осуществляющие эксплуатацию централизованных, нецентрализованных, домовых распределительных, автономных систем питьевого водоснабжения населения, в том числе

используемых в лечебных целях, и систем питьевого водоснабжения на транспортных средствах обязаны обеспечить соответствие качества питьевой воды установленным требованиям.

3.4. Индивидуальные предприниматели и юридические лица, осуществляющие деятельность по обеспечению водой населения, обязаны организовывать и проводить производственный контроль за ее качеством и биологической безопасностью в соответствии с установленными требованиями.

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

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

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

IV. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению благоприятных условий жизнедеятельности населения

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

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

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

V. Санитарно-эпидемиологические требования к обеспечению безопасного питания населения

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

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

5.3. При организации питания населения в специально оборудованных местах (столовых, ресторанах, кафе, барах и других), в том числе при приготовлении пищи и напитков, их хранении и реализации населению, для предотвращения возникновения и распространения инфекционных и

паразитарных болезней должны выполняться действующие санитарно-эпидемиологические требования.

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

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

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

VII. Медицинские осмотры

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

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

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

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

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

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

7.6. Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету в медицинских организациях, осуществляющих медицинское обслуживание работников, а также в органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в установленном порядке.

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

VIII. Гигиеническое воспитание и обучение

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

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

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

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

IX. Выявление больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней

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

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

X. Меры в отношении больных инфекционными болезнями

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

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

XI. Диагностика инфекционных и паразитарных болезней, носительства возбудителей инфекционных болезней

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

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

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

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

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

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

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

XII. Регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев

инфекционных и паразитарных болезней, носительства

возбудителей инфекционных болезней

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

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

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

Суммарному учету в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, подлежат грипп (за исключением случаев, подозрительных на высокопатогенный или вызванных новыми вариантами вируса гриппа с тяжелым клиническим течением), острые респираторные вирусные инфекции, заболевания, передаваемые преимущественно половым путем, грибковые кожные заболевания, чесотка, ветряная оспа, энтеробиоз и лямблиоз, случаи обращения за медицинской помощью по поводу укуса клещей.

12.4. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на больного 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.

12.5. Территориальный орган, уполномоченного 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.

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

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

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

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

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

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

13.4. Санитарный транспорт после эвакуации инфекционных больных подлежит обязательной дезинфекции с использованием разрешенных средств и методов.

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

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

В отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, допускаются медицинское вмешательство и изоляционные меры (п. 1 ст. 33 Федерального закона от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения").

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

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

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

15.1. Лица, общавшиеся с больным по месту жительства, учебы, воспитания, работы, в оздоровительной организации, по эпидемическим показаниям подлежат медицинскому

наблюдению, лабораторному обследованию и экстренной профилактике. Результаты медицинского наблюдения, лабораторного обследования вносятся в первичную медицинскую документацию.

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

XVI. Разобщение лиц, общавшихся с больными инфекционными и паразитарными болезнями

16.1. При некоторых инфекционных болезнях в отношении лиц, общавшихся с больным, применяется разобщение.

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

XVII. Дезинфекционные мероприятия в очагах инфекционных и паразитарных болезней

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

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

17.3. Текущая дезинфекция проводится в присутствии больного с момента выявления заболевшего и до его выздоровления или госпитализации лицами, осуществляющими уход за ним, членами семьи после соответствующего их инструктажа медицинскими работниками.

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

17.4. Заключительная дезинфекция проводится после изоляции (госпитализации) больного.

17.5. Перечень инфекционных болезней, эпидемические показания, при которых обязательна дезинфекция, дезинсекция и дератизация, а также их порядок, виды, методы и объемы определяются законодательством Российской Федерации.

17.6. Для проведения дезинфекции (дезинсекции, дератизации) применяют дезинфекционные средства, а также средства для дезинвазии, прошедшие государственную регистрацию.

XVIII. Иммунопрофилактика инфекционных болезней

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

18.2. Профилактические прививки населению проводятся медицинскими организациями, аккредитованными для соответствующих видов деятельности.

18.3. Перечень инфекционных болезней, иммунопрофилактика которых предусмотрена национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, утверждается в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

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

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

18.4. Для иммунопрофилактики используются иммунобиологические лекарственные средства, разрешенные к применению в Российской Федерации.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XX. Подготовка медицинских работников и повышение

квалификации по вопросам клиники, диагностики,

эпидемиологии и профилактики инфекционных

и паразитарных болезней

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

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

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