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 в 3-х частях
(по состоянию на 21 апреля 2020 г.)

Часть 2

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 21 апреля 2020 г.) в 3-х частях [Электронный ресурс]. – М.: НМИЦ ФПИ, 2020. – Ч.2. – 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 21 апреля 2020 года. Сборник состоит из 3-х частей. Первая часть включает федеральные законы, постановления и распоряжения Правительства РФ, санитарно-эпидемиологические правила. Во вторую часть входят приказы Минздрава РФ, постановления Главного государственного санитарного врача РФ, письма Роспотребнадзора, методические указания и рекомендации. Третья часть включает указы Мэра г. Москвы и приказы Департамента здравоохранения г. Москвы.

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 в 3-х частях
(по состоянию на 21 апреля 2020 г.)

Часть 2

Объем ЭИ: 6,5 Мб
Формат ЭИ: Portable Document Format (PDF)

Подписано в печать 21.04.2020

ФГБУ «НМИЦ ФПИ» Минздрава России

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

СОДЕРЖАНИЕ

- 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»
- Приказ Роспотребнадзора от 15.04.2020 N 239 «Об утверждении формы сведений об используемых организациями, осуществляющими работу с возбудителями инфекционных заболеваний человека III - IV групп патогенности, тест-системах для диагностики новой коронавирусной инфекции, о полученных результатах исследований с использованием указанных тест-систем, о выявленных положительных результатах исследований на коронавирусную инфекцию, а также об остатках неиспользованных тест-систем для диагностики новой коронавирусной инфекции»
- 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»
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30.03.2020 № 9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019»
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 13.04.2020 № 11 «О внесении изменения в постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 30.03.2020 №9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019»
- 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»
- Письмо Минздрава России от 08.04.2020 «О кодировании коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19»
- 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 14.02.2020 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 15.03.2020 «О дополнительных мерах по организации СКК и медицинского наблюдения»
- Письмо Роспотребнадзора 02/4385-2020-27 от 17.03.2020 «О направлении памяток для волонтеров и лиц пожилого возраста»
- Письмо Роспотребнадзора 02/4457-2020-27 от 18.03.2020 «Об организации работы по диагностике COVID-19»
- Письмо Роспотребнадзора 02/4716-2020-27 от 22.03.2020 «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»
- Письмо Роспотребнадзора от 09.04.2020 № 02/6475-2020-32 «Об использовании средств индивидуальной защиты»
- Письмо Роспотребнадзора от 09.04.2020 № 02/6509-2020-32 «О рекомендациях по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции в медицинских организациях»
- Методические рекомендации МР 3.1.0169-20 «Лабораторная диагностика COVID-19» от 30.03.2020
- Методические рекомендации МР 3.1.0170-20 «Эпидемиология и профилактика COVID-19» от 30.03.2020
- Временные методические рекомендации «Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Версия 5 (08.04.2020)»
- 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.)

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 °С - 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).

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПРИКАЗ
от 15 апреля 2020 г. N 239

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ФОРМЫ СВЕДЕНИЙ ОБ ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ОРГАНИЗАЦИЯМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИМИ РАБОТУ С ВОЗБУДИТЕЛЯМИ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЧЕЛОВЕКА III - IV ГРУПП ПАТОГЕННОСТИ, ТЕСТ-СИСТЕМАХ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ, О ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ УКАЗАННЫХ ТЕСТ-СИСТЕМ, О ВЫЯВЛЕННЫХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ РЕЗУЛЬТАТАХ ИССЛЕДОВАНИЙ НА КОРОНАВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ, А ТАКЖЕ ОБ ОСТАТКАХ НЕИСПОЛЬЗОВАННЫХ ТЕСТ-СИСТЕМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

В соответствии с пунктом 11 Временного порядка распределения в Российской Федерации тест-систем для диагностики новой коронавирусной инфекции, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 15 апреля 2020 г. N 507 (Официальный интернет-портал правовой информации http://www.pravo.gov.ru, 15.04.2020, N 0001202004150027), приказываю:

1. Утвердить прилагаемую форму сведений об используемых организациями, осуществляющими работу с возбудителями инфекционных заболеваний человека III - IV групп патогенности, тест-системах для диагностики новой коронавирусной инфекции, о полученных результатах исследований с использованием указанных тест-систем, о выявленных положительных результатах исследований на коронавирусную инфекцию, а также об остатках неиспользованных тест-систем для диагностики новой коронавирусной инфекции.

2. Настоящий приказ вступает в силу со дня его официального опубликования и действует до 1 января 2021 г.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к приказу Роспотребнадзора
от 15.04.2020 N 239

ФОРМА

В _____

(наименование федерального
бюджетного учреждения

здравоохранения (центра гигиены и эпидемиологии

в субъекте Российской Федерации)

(почтовый адрес (адрес электронной почты)

СВЕДЕНИЯ
об используемых организациями, осуществляющими работу с возбудителями инфекционных заболеваний человека III - IV групп патогенности, тест-системах для диагностики новой коронавирусной инфекции, о полученных результатах исследований с использованием указанных тест-систем, о выявленных положительных результатах исследований на коронавирусную инфекцию, а также об остатках неиспользованных тест-систем для диагностики новой коронавирусной инфекции

1. _____

(наименование субъекта Российской Федерации)

2. _____

(наименование организации, осуществляющей работу с возбудителями инфекционных заболеваний человека III - IV групп патогенности, ее почтовый адрес (адрес электронной почты)

3. Сведения об используемых тест-системах для диагностики новой коронавирусной инфекции (далее - тест-системы):

1	2	3	4
N	Наименования поступивших тест-систем	Количество поступивших тест-систем (определения)	Серия (партия) поступивших тест-систем

4. Сведения о полученных результатах исследований с использованием тест-систем, о выявленных положительных результатах исследований на коронавирусную инфекцию:

1	2	3	4	5
N	Наименование тест-систем	Серия (партия) тест-систем	Количество проведенных исследований	Количество выявленных положительных результатов

5. Сведения об остатках неиспользованных тест-систем:

1	2	3	4
N	Наименование тест-систем	Серия (партия) тест-систем	Количество неиспользованных тест-систем (определения)

Руководитель организации,
осуществляющей работу с
возбудителями инфекционных
заболеваний человека III - IV групп
патогенности (уполномоченное лицо)

_____ _____

(подпись) (фамилия, имя, отчество (при наличии)

"__" _____ 20__ г.

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.

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

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

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 30 марта 2020 г. N 9

О ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕРАХ ПО НЕДОПУЩЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ COVID-2019

Список изменяющих документов
(в ред. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 03.04.2020 N 10)

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; 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 и медицинское наблюдение всех лиц, вернувшихся в Российскую Федерацию, на срок 14 календарных дней со дня их прибытия:

прибывших в аэропорты лиц, проживающих на территории субъекта Российской Федерации по месту прибытия, - в домашних условиях;

прибывших в аэропорты лиц, проживающих на территории другого субъекта Российской Федерации, - в условиях обсерватора.
(пп. 1.1 в ред. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 03.04.2020 N 10)

1.2. При транспортировании лиц, указанных в подпункте 1.1 настоящего пункта, до места изоляции принять меры по минимизации риска инфицирования COVID-2019.
(пп. 1.2 в ред. Постановления Главного государственного санитарного врача РФ от 03.04.2020 N 10)

1.3. Обеспечить:

готовность обсерваторов;

контроль соблюдения режима изоляции в домашних условиях в течение 14 календарных дней лиц, прибывших на территорию Российской Федерации до вступления в силу настоящего Постановления;

контроль за обязательным использованием средств индивидуальной защиты (далее - СИЗ)

органов дыхания (маски, респираторы) персоналом транспортно-пересадочных узлов, транспортных средств (метрополитен, поезда, автобусы и другие виды общественного транспорта) и других мест с массовым пребыванием людей;

введение ограничительных мероприятий, включая режим самоизоляции.

1.4. Организовать лабораторную диагностику COVID-2019 в субъектах Российской Федерации с привлечением всех лабораторий организаций вне зависимости от их организационно-правовой формы, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителями III - IV группы патогенности с использованием методов, не предполагающих выделение возбудителя, соответствующие условия работы и обученный персонал, владеющий методом полимеразно-цепной реакции (ПЦР).

1.5. Обеспечить обязательное проведение лабораторного обследования на COVID-2019 следующих категорий лиц:

вернувшихся на территорию Российской Федерацию с признаками респираторных заболеваний;

контактировавших с больным COVID-2019;

с диагнозом "внебольничная пневмония";

старше 65 лет, обратившихся за медицинской помощью с симптомами респираторного заболевания;

медицинских работников, имеющих риски инфицирования COVID-2019 на рабочих местах, - 1 раз в неделю, а при появлении симптомов, не исключающих COVID-2019, - немедленно;

находящихся в учреждениях постоянного пребывания независимо от организационно-правовой формы (специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа, кадетские корпуса, дома-интернаты, учреждения ФСИН России) и персонал таких организаций - при появлении симптомов респираторного заболевания.

2. Федеральным органам исполнительной власти рекомендовать обеспечить осуществление мероприятий, предусмотренных пунктом 1 настоящего Постановления.

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

3.1. Соблюдение противоэпидемического режима, исключающего риски инфицирования COVID-19, в обсерваторах, медицинских организациях для госпитализации больных COVID-2019, обучение персонала работе в СИЗ и контроль за их использованием;

3.2. Сбор в ежедневном режиме информации о наличии тест-систем, объемах и результатах лабораторных исследований на COVID-2019, проведенных лабораториями организаций вне зависимости от их организационно-правовой формы, и представления ее в федеральные бюджетные учреждения здравоохранения - центры гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации;

3.3. При получении положительного результата на COVID-19 незамедлительно информировать территориальные органы Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации и

направлять биологический материал в федеральные бюджетные учреждения здравоохранения - центры гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации.

4. Руководителям территориальных органов Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации обеспечить контроль за реализацией пунктов 1 - 3 настоящего Постановления.

5. Главным врачам федеральных бюджетных учреждений здравоохранения - центров гигиены и эпидемиологии в субъектах Российской Федерации, директорам научных организаций Роспотребнадзора, осуществляющих проведение лабораторной диагностики COVID-2019, обеспечить готовность к проведению подтверждающих тестов на COVID-2019, поступающих из лабораторий организаций, указанных в подпункте 1.4 пункта 1 настоящего Постановления, а также учета объема лабораторных исследований на COVID-2019, проводимых в указанных организациях.

6. Гражданам соблюдать дистанцию до других граждан не менее 1 метра, в том числе в общественных местах и общественном транспорте, за исключением случаев оказания услуг по перевозке пассажиров и багажа легковым такси.

7. Пункт 1 постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 N 7 "Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019" (зарегистрировано Минюстом России 18.03.2020, регистрационный N 57771) распространяется на лиц, прибывших на территорию Российской Федерации до вступления в силу настоящего Постановления.

8. Настоящее Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

9. Контроль за выполнением настоящего Постановления оставляю за собой.

А.Ю.ПОПОВА

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е

13.04.2020 Москва № 11

О внесении изменения в постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.03.2020 № 9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019»

В соответствии с пунктом 6 части 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650; 2019, № 30, ст. 4134) п о с т а н о в л я ю:

1. Внести изменение в постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.03.2020 № 9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019» (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 31 марта 2020 г., регистрационный № 57920), с изменениями, внесенными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 3 апреля 2020 г. № 10 (зарегистрировано Министерством юстиции Российской Федерации 3 апреля 2020 г. регистрационный № 57955), согласно приложению.

2. Настоящее Постановление вступает в силу со дня его официального опубликования.

А.Ю. Попова

Приложение к постановлению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 13 апреля 2020 г. № 11

Изменение в постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 30.03.2020 № 9 «О дополнительных мерах по недопущению распространения COVID-2019»

Подпункт 1.1 пункта 1 изложить в следующей редакции:

«1.1. Обеспечить изоляцию и медицинское наблюдение всех лиц, вернувшихся в Российскую Федерацию, в домашних условиях или в условиях обсерватора на срок 14 календарных дней со дня их прибытия. Способ изоляции и медицинского наблюдения определять исходя из санитарно-эпидемиологической обстановки и особенностей распространения новой коронавирусной инфекции COVID-2019 в субъекте Российской Федерации.».

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

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

ЗАМЕСТИТЕЛЬ МИНИСТРА

Рахмановский пер., д. 3/25, стр. 1, 2, 3, 4,
Москва, ГСП-4, 127994,
тел.: (495) 628-44-53, факс: (495) 628-50-58

08.04.2020 № 13-2/И/2-4335

На № _____ от _____

О кодировании коронавирусной инфекции, вызванной COVID-19

Минздрав России

Вр-1467062

Руководителям органов
государственной власти субъектов
Российской Федерации
в сфере охраны здоровья

Руководителям федеральных
государственных учреждений
Минздрава России

Федеральное медико-биологическое
агентство

Федеральная служба государственной
статистики

Федеральная налоговая служба

Министерство здравоохранения Российской Федерации разъясняет порядок кодирования статистической информации при наличии подозрения или установленного диагноза коронавирусной инфекции, вызванной вирусом COVID-19:

Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов)	U07.1
Коронавирусная инфекция, вызванная вирусом COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны)	U07.2
Наблюдение при подозрении на коронавирусную инфекцию	Z03.8
Носительство возбудителя коронавирусной инфекции	Z22.8
Контакт с больным коронавирусной инфекцией	Z20.8
Скрининговое обследование с целью выявления коронавирусной инфекции	Z11.5
Коронавирусная инфекция неуточненная (кроме вызванной COVID-19)	B34.2
Коронавирусная инфекция уточненная (кроме вызванной COVID-19)	B33.8

При наличии пневмонии, вызванной COVID-19, рубрики J12-J18 используются в качестве дополнительных кодов. При летальных исходах рубрики XXI класса МКБ-10 не используются.

10 АПР 2020

Первичная медицинская документация (Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях – форма № 025-1/у; Статистическая карта выбывшего из стационара – форма № 066/у) заполняется в установленном порядке. Дополнительные коды проставляются ручным способом в правом верхнем углу.

Е.Г. Камкин

Подлинник электронного документа, подписанного ЭП,
хранится в системе электронного документооборота
Министерства Здравоохранения
Российской Федерации.

СВЕДЕНИЯ О СЕРТИФИКАТЕ ЭП

Сертификат: 01D5566205000000D0DCA91E122E0001
Кому выдан: Камкин Евгений Геннадьевич
Действителен: с 19.08.2019 до 19.08.2020

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 °С 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 °С 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 °С 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

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО
от 9 апреля 2020 г. N 02/6475-2020-32

ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в связи с необходимостью сохранения здоровья и обеспечения безопасности сотрудников при организации и проведении противоэпидемических мероприятий, в том числе при оказании медицинской помощи и выполнении лабораторных исследований, в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) обращает внимание на необходимость обеспечения персонала защитной одеждой и средствами индивидуальной защиты, а также необходимость их правильного использования в соответствии с изложенными в приложении рекомендациями, подготовленными при участии ФКУЗ "Российский научно-исследовательский противочумный институт "Микроб" Роспотребнадзора и ФБУН "Научно-исследовательский институт дезинфектологии" Роспотребнадзора.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 09.04.2020 N 02/6475-2020-32

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ИСПОЛЬЗОВАНИЮ И ОБРАБОТКЕ ЗАЩИТНОЙ ОДЕЖДЫ И СРЕДСТВ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ ПРИ РАБОТЕ В КОНТАКТЕ С БОЛЬНЫМИ COVID-19 (ПОДОЗРИТЕЛЬНЫМИ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ) ЛИБО ПРИ РАБОТЕ С БИОЛОГИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ ОТ ТАКИХ ПАЦИЕНТОВ

В настоящее время возбудитель COVID-19 отнесен ко II группе патогенности, в связи с чем персонал, работающий в контакте с больными COVID-19 (подозрительными на заболевание) либо при работе с биологическим материалом от таких пациентов должен быть обеспечен рабочей одеждой (не менее 3-х комплектов), а также защитной одеждой и средствами индивидуальной защиты (СИЗ) одноразового или многоразового применения: противочумный костюм I типа (аналог), включающий комбинезон с капюшоном или противочумный халат (по типу хирургического) с шлемом (обеспечивает защиту головы и шеи); полнолицевую маску с противоаэрозольным (или комбинированным) фильтром со степенью защиты по аэрозолю P3 (либо полумаску с противоаэрозольным (или комбинированным) фильтром со степенью защиты по аэрозолю P3 или респиратор класса FFP3 в сочетании с защитными очками, допускается также использование респиратора класса защиты FFP2 в сочетании с лицевым щитком); 2 пары медицинских перчаток (верхняя с удлиненной манжетой), высокие бахилы, при необходимости - фартук, нарукавники.

Снятие и замена защитной одежды и СИЗ при оказании медицинской помощи, в том числе при проведении лабораторных исследований, должны производиться не реже 1 раза в смену, либо при каждом выходе из "заразной" зоны и последующем входе в нее, а при наличии видимых загрязнений биологическими жидкостями или выделениями пациентов - незамедлительно.

Защитная одежда изготавливается из специальных легко моющихся устойчивых к износу тканей, обладающих водоотталкивающими свойствами и максимальной защитной эффективностью по микробному аэрозолю. Ткани для изготовления СИЗ многократного применения должны быть также устойчивы к воздействию химических веществ, высокой температуры, выдерживать заявленное производителем число циклов обработки (стирки и обеззараживания) без утраты своих свойств. Материалы и узлы СИЗ должны сохранять свойства, обеспечивающие заданный коэффициент защиты, после проведения соответствующих видов деконтаминации в течение всего срока эксплуатации, установленного для конкретного вида и типа СИЗ.

ГОСТ 12.4.175-88 "Система стандартов безопасности труда (ССБТ). Одежда специальная защитная. Нормы проницаемости микроорганизмами" не распространяется на специальную защитную одежду, применяемую для защиты от возбудителей особо опасных инфекций (сибирская язва, бруцеллез и др.). Ряд директив и стандартов, направленных на обеспечение высокого качества спецодежды для защиты персонала при работе с патогенными биологическими агентами, принят в странах Европейского союза:

- CEN EN 14126:2003/AC-2004 Protective clothing - Performance requirements and tests methods for protective clothing against infective agents (Защитная одежда - эксплуатационные требования и методы испытаний для защитной одежды от инфекционных агентов);

- ISO 16603:2004 Clothing for protection against contact with blood and body fluids - Determination of the resistance of protective clothing materials to penetration by blood and body fluids - Test method using synthetic blood (Защитная одежда против контакта с кровью и биологическими жидкостями организма человека - определение устойчивости материалов к проникновению крови и биологических жидкостей - метод тестирования с использованием синтетической крови);

- ISO 16604:2004 Clothing for protection against contact with blood and body fluids - Determination of resistance of protective clothing materials to penetration by blood-borne pathogens - Test method using Phi-X 174 bacteriophage (Защитная одежда против контакта с кровью и биологическими жидкостями организма человека - определение устойчивости материалов к проникновению передающихся через кровь патогенов - метод тестирования с использованием бактериофага Phi-X 174);

- ISO 22610:2018 Surgical drapes, gowns and clean air suits, used as medical devices, for patients, clinical staff and equipment - Test method to determine the resistance to wet bacterial penetration (Хирургические покровные ткани, халаты и костюмы для "чистых" помещений, используемые как изделия медицинского назначения для пациентов, персонала и оборудования - метод тестирования бактериальной проницаемости во влажном состоянии);

- NFPA 1999 Standard on Protective Clothing and Ensembles for Emergency Medical Operations (Стандарт на защитную одежду и комплекты для неотложной медицинской помощи).

Для изготовления защитной одежды применяются ткани, на основе полиэфирных (ПЭТ), полиамидных (ПА), полипропиленовых (ПП) волокон, полиэтилена высокого давления (ПЭВД), полипропилентерефталата (ПТТ) и других термопластичных полимеров, в частности следующие:

- Спанбонд - нетканный полипропиленовый микропористый паропроницаемый изоляционный материал, изготавливаемый из тонких полипропиленовых волокон, путем термоскрепления по технологии "Райфенхойзер"; материал устойчив к кислотам и щелочам, в зависимости от целей и области применения материалу могут придаваться дополнительные качества и свойства - гидрофильность, гидрофобность, устойчивость к воздействию света, антистатические свойства, огнезатухание, материал может быть ламинирован. Плотность: 15 - 17; 20 - 25; 35 - 42; 50 - 60 г/м^2. Предназначен для медицинской или другой специальной защитной одежды и соответствует требованиям нормативных документов: ГОСТ 26996-68; ТУ РБ 00204056.095-96; СанПиН 42-123-4240-86 (сертификат соответствия N РОСС BY.РБ 01.В07265. N 4584715). Рекомендуемая плотность для защитной одежды при работе с ПБА не ниже 42 г/м^2.

- СМС - многослойный нетканный материал, на основе полипропилена, состоит из 3-х слоев: слой спанбонда - барьерный слой мельтблауна - слой спанбонда. Плотность материала: 15 - 17; 20 - 25; 35 - 42; 50 - 60 г/м^2. Рекомендуемая плотность для защитной одежды при работе с ПБА не ниже 40 - 42 г/м^2.

- "Тайвек" - нетканый материал, гидрофобный, воздухопроницаемый, безворсовый, плотность 35 г/м^2.

- Сонтара-Ф808 - нетканый, гидрофобный, воздухопроницаемый материал (поры ткани менее 15 микрон). Рекомендуемая плотность для защитной одежды при работе с ПБА не ниже 60 г/м^2.

- Барьер 2Х (Ламсистем-ЛТО) - специализированная антистатическая ткань из микрополиэфира с добавлением антистатической нити и антимикробной крове- и водоотталкивающей отделкой. Возможность химического и термического обеззараживания (автоклавирования).

Для изготовления защитного костюма "Кварц-1М" (комбинезон и капюшон с пелериной) используется полимер-вискозная пыленепроницаемая, водоотталкивающая ткань саржевого переплетения из хлопчатобумажной пряжи (не менее 50% и не более 55%) и полиэфирных нитей (менее 50%) с поверхностной плотностью не более 200 г/кв. м; паропроницаемость - не менее 3,5 мг/см кв. час, водоупорность - не менее 5 тыс. мм вод. ст, препятствует накоплению статического электричества, удельное поверхностное электрическое сопротивление - не более 107 Ом; наличие прочности и износоустойчивости, сохраняет свои свойства после многократной дезобработки.

Защитный костюм должен обеспечивать повышенную защиту передней поверхности, сведение к минимуму "мехового эффекта" (засасывание загрязненного воздуха в подкостюмное пространство), возникающего при движениях персонала, удобство для самостоятельного безопасного использования, предотвращающего риск контактного заражения. Количество таких элементов, как складки, швы, строчки, хлястики, наружные карманы, должно быть минимальным. Рекомендуется использовать застежки типа "молния", "вилькро". Комбинезоны, халаты для повышения защитных свойств должны иметь сварные или проклеенные дополнительной лентой швы. Присоединительные узлы, детали и другие конструктивные элементы СИЗ всех классов должны максимально унифицироваться. Применяемые для изготовления СИЗ материалы и места соединений деталей и узлов СИЗ должны обладать устойчивостью к агрессивным средам.

Наименование и показатели свойств средств индивидуальной защиты кожных покровов

Наименование	Показатели свойств	Значения показателей

свойств		
Защитная эффективность	Коэффициент проникания $К_{пр}$, Seratia marcescens, %	10^{-2}
Эргономические	Масса СИЗ, кг	не более 5
	Воздухопроницаемость, сопротивление водяному пару.	да
Эксплуатационные	Возможность использования дополнительных элементов (средства коррекции зрения, защиты глаз и т.п.)	да
	Способность тканей сопротивляться механическим воздействиям (растяжению, изгибам, трению)	Прочность на разрыв $\geq$ 133,5 N; Разрывная сила $\geq$ 345 KPa; Разрывная прочность в швах $\geq$ 66,7 N.
	Кратность использования, возможность дезинфекции.	одноразовые/многоразовые да

В ходе эксплуатации защитная одежда и СИЗ могут быть подвергнуты текущей дезинфекции для снижения микробной контаминации с использованием дезинфицирующих средств, содержащих спирт этиловый не менее 70% по массе или изопропиловый - не менее 60% по массе, либо других дезинфицирующих средств (кислородактивных или хлорактивных), обладающих, согласно инструкциям по их применению, вирулицидным действием при применении способом протирания.

Одноразовые медицинские маски должны меняться каждые 2 - 3 часа, длительность использования респиратора в течение рабочего дня определяется рекомендациями производителя. При увлажнении или загрязнении респиратор/маска подлежат замене незамедлительно. Респиратор (маску) необходимо снимать в перчатках, за резинки (завязки), не касаясь наружной и внутренней поверхности респиратора (маски).

После использования защитная одежда и СИЗ должны быть обеззаражены в соответствии с требованиями санитарно-эпидемиологических правил СП 1.3.3118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)" (приложение 1) по вирулицидным режимам, указанным в инструкциях по применению дезинфицирующих средств для белья, загрязненного выделениями или биологическими жидкостями.

Защитная одежда и СИЗ однократного применения (медицинские маски, респираторы, одноразовые комбинезоны, халаты, бахилы, перчатки) повторному применению не подлежат, подвергается обеззараживанию и удалению в соответствии с требованиями к медицинским отходам класса В.

Изделия многократного применения (защитные очки, защитный экран, маска полнолицевая) обеззараживаются путем протирания каждые 2 часа (при загрязнении - немедленно) с использованием спиртсодержащих дезинфекционных средств с концентрацией спирта этилового

не менее 70%, изопропилового - не менее 60%. После использования защитные очки (экран) обеззараживают способом двукратного протирания с интервалом 15 минут 6% раствором перекиси водорода с 0,5% моющего средства или погружением в 70% этиловый спирт на 30 минут. После обеззараживания защитные очки, защитный экран промываются теплой водой с любым моющим средством и высушиваются в положении, обеспечивающем свободный сток воды.

При обеззараживании многоразовой защитной одежды следует учитывать рекомендации производителя с тем, чтобы изделия в процессе обеззараживания не потеряли свои потребительские, в первую очередь защитные, свойства. Защитную одежду, находящуюся на складах длительного хранения, перед эксплуатацией, при необходимости, стирают с использованием обычных моющих средств.

При этом многоразовая защитная одежда (маска, халат, шапочка, косынка), изготовленная из термоустойчивых (хлопчатобумажных) тканей, подлежит обеззараживаю способом погружения в раствор дезинфицирующего средства или автоклавированием. После обеззараживания одежду стирают с использованием обычных моющих средств при температуре не ниже 60 °С.

Режимами обеззараживания для многоразовой защитной одежды, изготовленной из хлопчатобумажных тканей, являются в основном следующие:

- замачивание в растворе кислородактивных хлорактивных дезинфицирующих средств, например, 3% перекись водорода с 0,5% моющего средства при начальной температуре раствора не ниже 50 °С (60 минут), 0,5% р-р гипохлорит натрия при начальной температуре раствора не ниже 50 °С (30 минут);

- кипячение в 2% растворе кальцинированной соды - 30 минут;

- автоклавирование в паровом стерилизаторе водяным насыщенным паром под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С, экспозиция 45 минут.

Многоразовая защитная одежда из нетканых материалов (комбинезоны, костюмы) подлежит обеззараживанию с учетом рекомендаций производителя, изложенных в инструкции по их применению, как правило, следующими способами:

- погружением в растворы кислородактивных, хлорактивных дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению (например, 3% перекись водорода с 0,5% моющего средства);

- автоклавированием в паровом стерилизаторе водяным насыщенным паром под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120 + 2) °С, экспозиция 45 минут.

После каждого цикла обработки многоразовой защитной одежды и СИЗ проводится визуальный контроль их целостности, включая швы и соединения.

Не подлежащая дальнейшему использованию многоразовая защитная одежда обеззараживается в соответствии с требованиями к медицинским отходам класса В.

Все виды работ с дезинфицирующими средствами следует выполнять в влагонепроницаемых перчатках одноразовых (при медицинских манипуляциях) или многократного применения. Дезинфицирующие средства хранят 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 инструкции по его применению.

Литература:

1. Создание системы СИЗ для персонала микробиологических и вирусологических лабораторий/Буянов, Колесников, Супрун - Черноголовка, Москва, 2000, 190 с.;

2. NFPA 1999 Standard on Protective Clothing and Ensembles for Emergency Medical Operations (Стандарт на защитную одежду и комплекты для неотложной медицинской помощи).

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА

ПИСЬМО
от 9 апреля 2020 г. N 02/6509-2020-32

О РЕКОМЕНДАЦИЯХ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека в дополнение к письму Роспотребнадзора от 25.01.2020 N 02/847-2020-27 направляет для использования в работе рекомендации по предупреждению распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях.

Руководитель
А.Ю.ПОПОВА

Приложение
к письму Роспотребнадзора
от 09.04.2020 N 02/6509-2020-32

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19) В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

Госпитализация пациентов с установленным диагнозом COVID-19 или с подозрением на это заболевание, а также лиц, контактировавших с ними, осуществляется по клиническим (с учетом критериев, установленных Минздравом России) и эпидемиологическим показаниям (проживание в общежитии, многонаселенной квартире, отсутствие возможности самоизоляции при наличии в окружении лиц контингентов риска - старше 65 лет, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, эндокринной системы, беременных). Госпитализация пациентов с установленным диагнозом COVID-19 или с подозрением на это заболевание осуществляется в инфекционный стационар или в медицинское учреждение, перепрофилированное для оказания медицинской помощи данному контингенту и функционирующее в режиме инфекционного стационара. Медицинское наблюдение за контактными организуется в обсервационном госпитале или на дому. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья определяют схему маршрутизации пациентов.

Доставка больных (лиц с подозрением на заболевание) в стационар осуществляется на специально выделенном санитарном транспорте. При необходимости вывоза из одного очага нескольких пациентов с подтвержденным диагнозом COVID-19 такие пациенты (при отсутствии противопоказаний по клиническому статусу) могут транспортироваться совместно. Пациентов при

перевозке обеспечивают респиратором класса защиты FFP2/3 или медицинской маской, предлагают обработать руки спиртсодержащим кожным антисептиком. Персонал, сопровождающий пациента, включая водителей, должен использовать средства индивидуальной защиты. После завершения транспортировки пациента на специально оборудованной площадке стационара проводится дезинфекция транспорта способом протирания или орошения с использованием разрешенных для этих целей дезинфицирующих средств в режимах, эффективных при вирусных инфекциях, с последующей дезинфекцией стоков. Персонал бригады с соблюдением установленного порядка <1> снимает защитную одежду, упаковывает ее в пластиковые пакеты или в емкости с крышками и закрывает их для последующей дезинфекции и удаления в качестве медицинских отходов класса В или стирки, проводит гигиеническую обработку рук и, при наличии условий, санитарную обработку.

<1> СП 1.3.3118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)".

В медицинских организациях должны быть предусмотрены меры по изоляции и круглосуточной охране территории. На территорию не допускается пропуск лиц, не задействованных в обеспечении его работы, а также родственников пациентов.

Руководство медицинских организаций должно обеспечить проведение обучения, в том числе с использованием образовательных модулей, размещенных на Портале непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России, вводных и текущих инструктажей для сотрудников по вопросам предупреждения распространения COVID-19, проведения противоэпидемических мероприятий, использования средств индивидуальной защиты (далее - СИЗ) и мерах личной профилактики с принятием зачетов, а также систематический контроль соблюдения санитарно-противоэпидемического режима и использования СИЗ.

Медицинский и обслуживающий персонал должен быть обеспечен рабочей одеждой (не менее 3-х комплектов) и использовать при перевозке пациентов и оказании медицинской помощи средства индивидуальной защиты: противочумный костюм I типа (аналог), включающий комбинезон с капюшоном или противочумный халат (по типу хирургического) с шлемом (обеспечивает защиту головы и шеи); полнолицевую маску с противоаэрозольным (или комбинированным) фильтром со степенью защиты по аэрозолю Р3 (либо полумаску с противоаэрозольным (или комбинированным) фильтром со степенью защиты по аэрозолю Р3 или респиратор класса FFP3 в сочетании с защитными очками, допускается также использование респиратора класса защиты FFP2 в сочетании с лицевым щитком); 2 пары медицинских перчаток (верхняя с удлиненной манжетой), высокие бахилы, при необходимости - фартук, нарукавники.

При ограниченных ресурсах такие средства индивидуальной защиты, как респираторы, защитные очки (щитки), маски полнолицевые с фильтром, противочумный костюм/комбинезон/халат, бахилы при обслуживании однородного контингента больных (например, несколько больных с лабораторно подтвержденным диагнозом) без выхода за пределы "заразной" зоны могут использоваться в течение рабочей смены с продолжительностью их использования, не более 4 часов, наружные перчатки меняются для каждого больного с соблюдением правил гигиены рук. Персонал обеспечивается средствами гигиены рук, в том числе спиртосодержащими кожными антисептиками в мелкой расфасовке. Перед входом в палаты (боксы), в помещения "чистой" зоны, в бытовые помещения персонала предусматриваются бесконтактные дозаторы кожных антисептиков. Для гигиенической обработки рук используются кожные антисептики с содержанием спирта этилового (не менее 70% по массе), спирта

изопропилового (не менее 60% по массе) или смеси спиртов (не менее 60% по массе). В помещениях "чистой" зоны персонал должен находиться в медицинских масках.

Медицинский персонал, оказывающий помощь пациентам с установленным диагнозом COVID-19 или при подозрении на новую коронавирусную инфекцию, не должен прикасаться к глазам, носу, рту, руками, в том числе в перчатках. Не допускается выход персонала в защитной одежде за пределы "заразной" зоны. При попадании биологического материала пациентов на незащищенные кожные покровы и слизистые персонала: открытые части тела обрабатываются спиртсодержащим кожным антисептиком, слизистые рта и горла прополаскивают 70% этиловым спиртом, в нос и в глаза закапывают 2% раствор борной кислоты <2>. Для использования в "заразной" зоне выделяются средства мобильной связи, которые подвергаются текущей дезинфекции спиртосодержащими дезинфицирующими средствами, вынос их за пределы "заразной" зоны не допускается.

<2> Приложение N 7 к приказу 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".

Важнейшей мерой профилактики COVID-19 в стационаре является сортировка пациентов на этапе направления и приема в стационар с выделением раздельных потоков больных с подтвержденным диагнозом, с подозрением на заболевание, контактных, а также по степени тяжести пациентов с клинической симптоматикой заболевания и нуждаемости их в интенсивной терапии и реанимации. Прием пациентов следует организовать в приемно-смотровых боксах, либо выделить отдельные помещения с самостоятельными ожидальными для приема пациентов с подтвержденным диагнозом, с подозрением на заболевание, контактных. Санитарную обработку поступающих пациентов проводят в санитарном пропускнике приемного отделения или в палатах. Верхнюю одежду больного, при наличии согласия, обрабатывают в дезинфекционной камере, хранят в кладовой в индивидуальных мешках, сложенных в баки или полиэтиленовые мешки. В приемном отделении проводят текущую (после приема каждого пациента) и заключительную дезинфекцию (в конце рабочей смены). Персонал приемного отделения использует СИЗ в соответствии с вышеизложенными принципами и проводит гигиеническую обработку рук.

За медицинским персоналом, осуществляющим оказание медицинской помощи и уход за больными, устанавливается медицинское наблюдение на весь период работы и до истечения 14 дней с момента последнего контакта с заболевшими. В учреждении организуется ежедневная термометрия и опрос сотрудников перед началом рабочей смены, персонал с проявлениями острых респираторных инфекций (повышенная температура, кашель, насморк) к работе не допускается, направляется для лечения с учетом схемы маршрутизации пациентов. Персонал из числа лиц, находившихся в тесном контакте с больными COVID-19 по месту жительства, направляется под медицинское наблюдение в режиме самоизоляции. Лабораторное обследование персонала в целях выявления вируса 2019-nCoV проводят при наличии медицинских показаний в установленном порядке, а также в плановом порядке при поступлении на работу, далее - однократно каждые 7 дней и по завершении медицинского наблюдения (при отсутствии признаков заболевания - на 10 и 12 день с момента последнего контакта). В соответствии с действующими рекомендациями персоналу назначаются препараты для экстренной профилактики COVID-19. Рекомендуется, с учетом эпидемиологических рисков и при наличии возможности, организация общежития для персонала.

В медицинских организациях (отделениях) выделяют "чистую" и "заразную" зоны с

самостоятельными входами для пациентов и персонала и организацией на границе зон санитарного пропускника или, при отсутствии такой возможности, помещений, оснащенных раковинами и бактерицидными облучателями открытого типа для надевания, а также для снятия и дезинфекции защитной одежды. К помещениям "заразной" зоны относят помещения приема больных, палаты/боксы/полубоксы для больных с санузлами и душевыми, реанимационные палаты (залы), посты медсестер, кабинеты для подготовки инфузионных систем (процедурные), помещения дезинфекции и предварительной очистки медицинских инструментов и оборудования, обработки аппаратов ИВЛ, помещения для временного хранения проб биоматериала, тел умерших, грязного белья, медицинских отходов, "грязная" зона санитарного пропускника, помещения для работы с биоматериалом в лабораториях, зоны загрузки прачечных и дезкамер. К "чистой" зоне относят гардеробные и другие бытовые помещения персонала, ординаторские, помещения для персонала лабораторий, стерильную зону ЦСО, "чистые" зоны санитарных пропускников, помещения хранения чистого белья и медикаментов, помещения хранения расходных материалов, инструментов, продезинфицированного оборудования, буфетные и др.

Госпитализацию больных (лиц с подозрением на заболевание) осуществляют в боксы, боксированные палаты или, при их отсутствии, в палаты со шлюзом и санузлом с соблюдением принципа одномоментности (цикличности) заполнения палат и с учетом тяжести состояния больных. Лиц с подозрением на заболевание рекомендуется размещать в одноместных палатах. Больные с подтвержденным диагнозом могут быть размещены в палатах на 2 - 4 места при соблюдении гигиенических требований к площади палат на 1 койку в стационарах инфекционного профиля (не менее 8 кв. м) и размещении коек на расстоянии не менее 1,5 - 2 метра друг от друга. Пациенты в присутствии персонала или других пациентов должны находиться в медицинских масках и соблюдать гигиену рук. Выход пациентов за пределы палат (боксов) не допускается. Разрешается использование средств мобильной связи (в отделениях реанимации с учетом клинического состояния) с проведением их дезинфекции спиртосодержащими средствами.

При отсутствии в медицинской организации систем механической вентиляции, оборудованных в соответствии с требованиями к организации воздухообмена в инфекционных стационарах, приточные системы вентиляции отключают, заклеивают диффузоры и вентиляционные решетки. Рекомендуется естественное проветривание. Использование в помещениях "заразной" зоны сплит-систем, систем вакуумного пылемусороудаления, пневматической почты не допускается. В палатах и помещениях с постоянным пребыванием персонала устанавливают устройства обеззараживания воздуха, разрешенные к применению в присутствии людей, и обеспечивают их работу в непрерывном режиме (ультрафиолетовые бактерицидные облучатели закрытого типа (рециркуляторы), установки на основе различных видов электрофильтров, постоянных магнитных полей и др.). Необходимое количество устройств обеззараживания воздуха рассчитывается в соответствии с инструкцией по их применению с учетом объема помещения, в котором они будут установлены. При проведении заключительной дезинфекции в палатах, а также для обеззараживания воздуха в помещениях с непостоянным пребыванием людей используются монохромные ультрафиолетовые бактерицидные облучатели открытого типа, импульсные ксеноновые бактерицидные облучатели сплошного спектра, установки аэрозольной дезинфекции.

Оказание медицинской помощи организуется с выполнением максимально возможного числа процедур и использованием переносного оборудования (УЗИ, рентген, ЭКГ и др.) в палатах. Диагностические кабинеты с крупногабаритным оборудованием (КТ и др.), при невозможности выделения отдельных кабинетов для обследования пациентов с COVID-19 или подозрением на заболевание, используют по графику с разделением потоков больных с подтвержденным диагнозом и подозрением на COVID-19 и проведением текущей дезинфекции. В случае

проведения экстренных исследований пациентам с COVID-19 (подозрением) вне графика в кабинете проводится текущая дезинфекция. После завершения приема пациентов с COVID-19 (подозрением) в кабинете (отделении) проводится заключительная дезинфекция. Персонал диагностических подразделений, участвующий в оказании медицинской помощи пациентам с COVID-19 (подозрением), должен использовать защитную одежду и СИЗ, обеспечивающие биологическую безопасность.

В случае необходимости проведения пациентам с COVID-19 (подозрением) эндоскопических исследований, персонал должен использовать полный комплект СИЗ как при проведении процедур, так и при обработке эндоскопов. Кроме того, в целях обеспечения эпидемиологической безопасности вмешательств рекомендуется: для проведения предварительной очистки эндоскопа использовать только одноразовые емкости (стаканчики), растворы моющих и моюще-дезинфицирующих средств для окончательной очистки использовать однократно, использовать для ручной и автоматизированной обработки средства дезинфекции высокого уровня, обеспеченные тест-полосками, проводить контроль концентрации действующего вещества в растворе средства в начале каждого рабочего дня и перед обработкой эндоскопа, использованного для обследования пациента с острым респираторным синдромом. В целях предотвращения образования и разбрызгивания микробных аэрозолей в ходе предварительной очистки эндоскопа промывку каналов биопсия/аспирация проводить при закрытом биопсийном клапане (если колпачок клапана имеет отверстие от прохода инструмента, его необходимо заменить), замену клапана воздух/вода (где это предусмотрено производителем) на адаптер проводить после выключения регулятора воздушного потока на источнике света; при промывке каналов воздух/вода и дополнительного канала подачи воды под давлением дистальный конец эндоскопа следует опустить в емкость с небольшим количеством воды; при окончательной очистке проводить все манипуляции по механической очистке различных участков эндоскопа щетками в толще моющего раствора, при проведении сушки воздухом каналов очищенных эндоскопов закрывать места выходов каналов салфетками.

В инфекционном стационаре, где находятся пациенты с COVID-19, устанавливается противоэпидемический режим, предусмотренный для инфекций с аэрозольным механизмом передачи, обеспечивается проведение текущей и заключительной дезинфекции с использованием дезинфекционных средств зарегистрированных и разрешенных к применению в установленном порядке в режимах, обеспечивающих эффективное обеззараживание в отношение вирусных инфекций. В помещениях инфекционного стационара ежедневно проводится текущая дезинфекция, после освобождения помещений - заключительная дезинфекция. При текущей дезинфекции особое внимание следует уделить всем поверхностям, с которыми контактировал инфицированный пациент, дверные ручки, стул, стол и др. Для обеззараживания нового объекта следует взять чистую одноразовую салфетку. В боксе, палате после выписки, смерти или перемещения пациента проводится заключительная дезинфекция поверхностей, мебели, оборудования, предметов ухода, постельные принадлежности сдаются в дезинфекционную камеру.

Пища для больных доставляется в посуде пищеблока к входу "чистой" зоны, в буфетной раскладывается в посуду отделений и направляется в раздаточную отделения, где распределяется по порциям и разносится по палатам. Посуду, в которой пища поступила в отделение, и столовую посуду обеззараживают кипячением или погружением в растворы дезинфицирующих средств и моют в установленном порядке. Обеззараженная транспортная тара возвращается в закрытой емкости на пищеблок, где повторно дезинфицируется и моется. Индивидуальная посуда обеззараживается после каждого приема пищи. Рекомендуется использование одноразовой посуды, которая после использования подвергается дезинфекции как отходы класса В.

При выявлении заболевших COVID-19 (лиц с подозрением на заболевание) в непрофильных стационарах предпринимаются меры по изоляции пациента и переводу его в инфекционный стационар, отделение (стационар) переводится в режим работы обсерватора, организуется проведение противоэпидемических мероприятий, включая использование СИЗ, разобщение и организацию медицинского наблюдения за контактными из числа пациентов и персонала на 14 дней с момента контакта, их лабораторное обследование, проведение текущей и заключительной дезинфекции. В соответствии с действующими рекомендациями персоналу назначаются препараты для экстренной профилактики COVID-19.

Медицинские отходы, в том числе биологические выделения пациентов (мокрота, моча, кал и др.), обеззараживаются и удаляются из стационара в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями к обращению с медицинскими отходами, относящимися к отходам класса В <3>.

<3> СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами".

ГОСУДАРСТВЕННОЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ НОРМИРОВАНИЕ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждаю
Руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере защиты
прав потребителей
и благополучия человека,
Главный государственный
санитарный врач
Российской Федерации
А.Ю.ПОПОВА
30 марта 2020 г.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА COVID-19

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
МР 3.1.0169-20

1. Разработаны Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федеральным бюджетным учреждением науки "Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии "Вектор" Роспотребнадзора.

2. Утверждены Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации А.Ю. Поповой 30 марта 2020 г.

3. МР 3.1.0169-20 введены взамен МР 3.1.0165-20 "Лабораторная диагностика COVID-2019", утвержденных Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 02.03.2020, с изменениями, внесенными МР 3.1.0166-20 "Изменения N 1 в МР 3.1.0165-20 "Лабораторная диагностика COVID-2019", утвержденными Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 06.03.2020.

1. Рекомендации предназначены для специалистов диагностических лабораторий независимо от организационно-правовой формы собственности и заинтересованных сторон, участвующих в лабораторном обследовании лиц на новую коронавирусную инфекцию (COVID-19).

2. Организация лабораторной диагностики COVID-19 осуществляется в соответствии с требованиями санитарного законодательства по работе с микроорганизмами II групп патогенности.

3. Лаборатории организаций, независимо от организационно-правовой формы собственности, имеющие санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с возбудителями инфекционных заболеваний человека III - IV патогенности (далее - лаборатории организаций) и условия для работы (методом полимеразной цепной реакции (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.

4. К работе с тест-системами для диагностики COVID-19 в лаборатории организаций 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.

5. Данные о количестве и результатах всех проведенных исследований на COVID-19 (включая исследования, проведенные любыми методами, в том числе приобретенными тест-системами) ежедневно предоставляются лабораториями организаций в центры гигиены и эпидемиологии (и/или филиалы) в субъектах Российской Федерации.

6. В случае получения положительного или сомнительного результата на COVID-19 руководитель лаборатории 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.

7. Территориальные органы Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации при получении информации из лаборатории организации о выявлении материала, подозрительного на наличие возбудителя COVID-19, немедленно организуют комплекс противоэпидемических мер по недопущению рисков распространения инфекции, включающих изоляцию и госпитализацию лица, в материале которого определено наличие возбудителя COVID-19, и работу с контактными.

8. Обязательному обследованию на COVID-19 подлежат:

- лица, прибывшие из-за рубежа с наличием симптомов инфекционного заболевания (или при появлении симптомов в течение периода медицинского наблюдения);

- контактные лица с больным COVID-19;

- лица с "внебольничной пневмонией";

- медицинские работники, имеющие риск инфицирования (скорая (неотложная) медицинская помощь, инфекционные отделения, отделения для больных внебольничной пневмонией) 1 раз в неделю (до появления IgG);

- лица старше 65-ти лет при появлении респираторных симптомов;

- лица при появлении респираторных симптомов, находящиеся в закрытых коллективах (интернаты, пансионаты для пожилых и другие учреждения).

9. Диагноз COVID-19 устанавливается после лабораторного подтверждения на базе учреждений Роспотребнадзора.

Выписка больных COVID-19 проводится при получении 2-х отрицательных результатов лабораторных исследований с промежутком не менее 1 суток.

Контактные с больным COVID-19 лица обследуются дважды: в день начала медицинского наблюдения (в кратчайшие сроки с момента установления медицинского наблюдения) и при отсутствии клинических проявлений за период медицинского наблюдения - на 10 - 12-е сутки

наблюдения. При появлении (выявлении) клинических симптомов обследуются немедленно.

10. Научно-исследовательские работы с возбудителем COVID-19 могут проводиться только в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителями инфекционных болезней человека II группы патогенности.

11. Материал для лабораторных исследований:

- респираторный материал для ПЦР исследования (мазок из носоглотки и ротоглотки и мокрота (при наличии) и/или эндотрахеальный аспират или бронхоальвеолярный лаваж);

- сыворотка крови для серологического исследования (на 1-й и 14-й день);

- для посмертной диагностики используют аутоптаты легких, трахеи и селезенки.

12. 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.

Каждый образец материала помещают в отдельную транспортную емкость, обеспечивая требования в соответствии с таблицей настоящих методических рекомендаций.

Таблица

Образцы материала от людей, подлежащие сбору для лабораторной диагностики COVID-19

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	44
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 транспортной средой <**>	4 °C	< 24 часа: 4 °C > 24 часа <*>: -70 °C	Для обнаружения вируса <**>
Сыворотка (две пробы: острая фаза и через 2 недели после острой фазы)	Пробирки для разделения сыворотки	4 °C		Острая фаза - первая неделя болезни

<*> При невозможности обеспечить хранение при минус 70 °C, образцы хранить при минус 20 °C.

<**> Для транспортировки образцов используют транспортную среду для хранения и транспортировки респираторных мазков или физиологический раствор (при условии транспортировки до лаборатории не более 24 часов после взятия образца) или сухой зонд-тампон (при условии транспортировки до лаборатории не более 4 часов после взятия образца).

13. Все образцы, собранные для лабораторных исследований, должны рассматриваться как потенциально инфекционные, и медицинский персонал, который собирает или перевозит клинические образцы, должен строго соблюдать требования биологической безопасности как при работе с микроорганизмами II группы патогенности.

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 FFP3 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 на основе хлора.

14. При выявлении положительных результатов первичного исследования, материал от больного направляют на подтверждающее тестирование в определенные Роспотребнадзором лаборатории на базе центров гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации или на базах научно-исследовательских организаций Роспотребнадзора.

Единичный отрицательный результат теста, особенно если это образец из верхних дыхательных путей, не исключает инфекции.

Обнаружение любого другого патогена в образцах от больного не исключает заболевания COVID-19.

При повторном положительном результате исследования материала, отобранного у одного и того же лица, при наличии подтверждения предыдущего положительного результата, подтверждения в Референс-центре не требуется.

15. Перевозка образцов должна осуществляться в соответствии с требованиями санитарного законодательства по отношению к микроорганизмам II группы патогенности.

15.1. Все клинические образцы (сыворотка крови, смывы и мазки, и др.) направляются в Референс-центр в пробирках объемом 1,5 - 2,0 мл.

15.2. Пробирки должны иметь завинчивающиеся крышки с внешней резьбой и уплотнительным кольцом, исключающим протекание биологической жидкости.

15.3. На пробирке указывается фамилия, имя, отчество пациента, вид образца, дата сбора образца (например, Иванов И.И., сыв. крови, 19.02.2020 г.).

15.4. Пробирки с образцами от одного пациента помещаются в зип-пакет размером 5 х 7 см или 6 х 8 см с ватой (или другим гигроскопичным материалом) в количестве, достаточном для адсорбции всего образца в случае его утечки. На пакете указывается фамилия, имя, отчество пациента, дата сбора образцов (например, Иванов И.И., 19.02.2020 г.). Не допускается упаковывание образцов материалов от разных людей в один и тот же зип-пакет.

15.5. Зип-пакеты помещаются в герметичный металлический контейнер. На контейнере указывается наименование организации (НИО или ЦГиЭ в субъекте федерации) и фамилии пациентов.

15.6. Металлические контейнеры помещают в термоизолирующие пенопластовые коробки (термоконтейнеры, сумки-термосы). В термоконтейнеры и сумки-термосы помещают охлаждающие элементы. К наружной стенке термоконтейнера или термоса прикрепляют этикетку с указанием вида материала, условий транспортирования, названия пункта назначения и отправителя.

15.7. Условия транспортирования проб:

- при температуре от 2 до 8 °С - в случае, если контейнер будет доставлен в референс-центр в течение 3 суток;

- при температуре минус 70 °С - в случае, если контейнер будет доставлен в референс-центр в срок, превышающий 3 суток.

Не допускается замораживание-оттаивание материала.

В отдельный полиэтиленовый пакет вкладывают сопровождающие документы, включая информацию о пациенте, пакет укладывается внутрь термоконтейнера или сумки-термоса.

Пример:

Дата поступления	Кто направил	ФИО	Возраст	Регион, откуда прибыл	Предварительный диагноз или симптомы	Вид материала
19.02.2020	ЦГиЭ в N-ской области	Иванов И.И.	50 лет	КНР, Пекин	ОРВИ	Мазок с носоглотки и зева
						Сыворотка крови

16. Результаты лабораторных исследований оформляются соответствующими документами в установленном порядке и направляются в адрес организации, направившей материал.

17. При получении положительных результатов на вирус SARS-CoV-2 на любом из этапов диагностики информация немедленно направляется в территориальные органы Роспотребнадзора.

Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование
Российской Федерации

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА COVID-19

Методические рекомендации
МР 3.1. 0170 -20

Москва 2020

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА COVID-19. МР 3.1. 0170-20

1. Разработаны Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Е.Б. Ежлова, Ю.В. Демина, Е.П. Игонина), Федеральным казенным учреждением здравоохранения «Российский научно-исследовательский противочумный институт «Микроб» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (В.В. Кутырев, С.А. Щербакова, Е.С. Казакова, О.В. Кедрова), Федеральным бюджетным учреждением науки «Научно-исследовательский институт дезинфектологии» Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Н.В. Шестопалов, Л.С. Федорова, С.Ю. Скопин, Т.Н. Шестопалова), Управлением Роспотребнадзора по Ставропольскому краю (И.В. Ковальчук).

2. Утверждены Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации А.Ю. Поповой «30» марта 2020 г.

3. Введены впервые.

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главный государственный санитарный врач Российской Федерации

А.Ю.Попова

«30» марта 2020 г.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА COVID-19

Методические рекомендации
МР 3.1.0170-20

I. Область применения

1.1. Настоящие методические рекомендации предназначены для специалистов органов и организаций Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Министерства здравоохранения Российской Федерации и других заинтересованных лиц и организаций независимо от их организационно-правовой формы.

1.2. В целях оперативного реагирования с учетом складывающейся эпидемиологической обстановки особенности применения отдельных положений настоящих методических рекомендаций могут уточняться Роспотребнадзором информационными письмами.

II. Общие положения

2.1. Коронавирусная инфекция COVID-19 (CoronaVirusDisease 2019, ВОЗ, 11.02.2020) – острое респираторное заболевание, вызванное новым коронавирусом (SARS-CoV-2), ассоциированное с повышенной смертностью среди лиц в возрасте старше 60-ти лет, а также лиц с сопутствующими патологическими состояниями, такими как сердечно-сосудистые заболевания, хронические респираторные заболевания, диабет и рак.

COVID-19 может протекать как в бессимптомной и легкой клинических формах, так и в тяжелой клинической форме с развитием внебольничной пневмонии, респираторного дистресс-синдрома и дыхательной недостаточности, в первую очередь среди групп риска.

COVID-19 вызывается коронавирусом SARS-CoV2 (коронавирус острого тяжелого строго респираторного синдрома 2), открытым в январе 2020 года и получившим свое официальное название 11.02.2020 по решению Международного комитета по таксономии вирусов (ICTV).

Коронавирусы *(Coronaviridae)* – это большое семейство РНК содержащих вирусов, способных инфицировать человека и некоторых животных, разделяются на три рода: *Alphacoronavirus, Betacoronavirus* и *Gammacoronavirus.*

У людей коронавирусы могут вызывать целый ряд заболеваний – от легких форм острой респираторной инфекции до тяжелого острого респираторного синдрома (SARS (2002 год), MERS (2012 год). В настоящее время известно о циркуляции среди населения четырех коронавирусов (HCoV-229E, -OC43, -NL63 и HKU1), которые круглогодично присутствуют в структуре острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) (доля от 4% до 20%), и, как правило, вызывают поражение верхних дыхательных путей легкой и средней тяжести.

Как малоизученный, вирус SARS-CoV-2 в соответствии с действующим санитарным законодательством Российской Федерации предварительно отнесен ко II группе патогенности.

В настоящее время доказана передача вируса SARS-CoV-2 от человека к человеку, преимущественно воздушно-капельным и контактным путями при близком общении инфицированного с окружающими. Возможный природный резервуар вируса не определен.

По имеющимся данным, вирус может находится на различных предметах от нескольких часов до нескольких суток. Чувствителен к дезинфицирующим средствам в обычных концентрациях.

Инкубационный период COVID-19 составляет от 2 до 14 дней, наиболее часто – 5-7 дней.

Данные о длительности и напряженности иммунитета в отношении SARS-CoV-2 в настоящее время отсутствуют.

Средства специфической профилактики COVID-19 не разработаны.

III. Лабораторная диагностика и регистрация случаевCOVID-19

3.1. Обязательному обследованию на COVID-19 подлежат:

- лица, прибывшие из-за рубежа с наличием симптомов инфекционного заболевания (или при появлении симптомов в течении периода медицинского наблюдения);
- контактные лица с больным COVID-19;
- лица с «внебольничной пневмонией»;
- медицинские работники, имеющие риск инфицирования (скорая (неотложная) медицинская помощь, инфекционные отделения, отделения для больных внебольничной пневмонией) 1 раз в неделю (до появления IgG);
- лица старше 65-ти лет при появлении респираторных симптомов;
- лица при появлении респираторных симптомов, находящиеся в закрытых коллективах (интернаты, пансионаты для пожилых и другие учреждения).

3.2. Диагноз COVID-19 устанавливается после лабораторного подтверждения на базе учреждений Роспотребнадзора.

Выписка больных COVID-19 проводится при получении 2-х отрицательных результатов лабораторных исследований с промежутком не менее 1 суток.

Контактные с больным COVID-19 лица обследуются дважды: в день начала медицинского наблюдения (в кратчайшие сроки с момента установления медицинского наблюдения) и при отсутствии клинических проявлений за период

медицинского наблюдения – на 10-12-е сутки наблюдения При появлении (выявлении) клинических симптомов обследуются немедленно.

3.3. Научно-исследовательские работы с возбудителем COVID-19 могут проводиться только в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителями инфекционных болезней человека II группы патогенности.

3.4. Первичные скрининговые исследования без выделения возбудителя могут проводиться на базе лабораторий, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителями инфекционных болезней человека III-IV группы патогенности, при этом к работе допускаются специалисты, давшие письменное согласие и прошедшие подготовку/инструктаж по вопросам обеспечения требований биологической безопасности, проведенный сотрудниками организаций и учреждений Роспотребнадзора, осуществляющих деятельность с возбудителями инфекционных болезней человека II группы патогенности (работа по проведению таких инструктажей организуется на территориальном уровне путем сбора обращений, формирования учебных групп при согласовании территориальных органов Роспотребнадзора).

Отбор и транспортировка материала проводятся в соответствии с установленными требованиями.

3.5. Подозрительным на COVID-19 являются случаи заболеваний с наличием симптоматики инфекционного заболевания, чаще респираторного характера, и эпидемиологическим анамнезом (прибытие из неблагополучного региона или контакт с человеком с лабораторно подтвержденным случаем COVID-19).

3.6. Подтвержденным случаем COVID-19 считается случай с лабораторным подтверждением любым из методов с использованием диагностических препаратов тест-системам, зарегистрированных в установленном порядке.

3.7. Информация о случаях подозрения на COVID-19 и случаях с подтвержденным диагнозом передается в территориальные органы Роспотребнадзора из медицинских организаций независимо от организационно-правовой формы в установленном порядке.

3.8. Информация о положительных результатах лабораторных исследований передается из организаций, на базе которых проводились первичные исследования, в территориальные органы Роспотребнадзора с указанием данных о обследуемом лице. Биологический материал с положительными результатами на COVID-19 передается для подтверждения в течение 2-х часов после проведения исследования в центры гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации Роспотребнадзора в соответствии с установленным Роспотребнадзором порядком.

IV. Противоэпидемические мероприятия в отношении COVID-19

4.1. Противоэпидемические мероприятия представляют собой комплекс мер, направленных на предотвращение завоза и распространения инфекции.

4.2. Эпидемиологическая тактика при COVID-19 включает:

- принятие мер по всем звеньям эпидемического процесса: на источник, на пути передачи и на восприимчивый организм (изоляция больных, прерывание путей передачи возбудителя, защита лиц, находящихся в контакте с больным и лиц из групп риска);

- выявление больных, их своевременную изоляцию и госпитализацию;

- установление границ очага (организации, транспортные средства, место жительство и др.) и контактных лиц;

- разобщение лиц, подвергшихся риску заражения (при распространении инфекции максимальное ограничение контактов);

- проведение мероприятий в эпидемических очагах (выявление контактных лиц «близких» и «дальних», их изоляцию (на дому или в обсерваторах в зависимости от эпидемиологических рисков) с лабораторным обследованием на COVID-19, медицинское наблюдение в течение 14 дней с момента контакта с больным, назначение экстренной профилактики (профилактического лечения) в соответствии с рекомендациями по лечению COVID-19, утвержденными Минздравом России);

- дезинфекцию;

- экстренную профилактику (профилактическое лечение) для контактных лиц и лиц из групп риска;

- профилактику внутрибольничного инфицирования и недопущение формирования очагов в медицинских организациях.

4.3. Мероприятия в отношения источника инфекции:

4.3.1. Усиление санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации:

- уточнение перечня рейсов, прибывающих из неблагополучных регионов;

- уточнение схем оперативного реагирования;

- готовность медицинского пункта к отбору материала;

- тепловизионный контроль пассажиров и экипажа;

- опрос пассажиров путем анкетирования;

- при выявлении больных их госпитализация в медицинскую организацию инфекционного профиля;

- обсервация контактных по эпидемическим показаниям (при выявлении больного с подозрением на COVID-19, отсутствии условий для изоляции в домашних условиях).

4.3.2. Изоляция всех прибывших из неблагополучных по COVID-19 регионов лиц в домашних условиях (при наличии условий) в течение 14 дней со дня прибытия. Прибывшие лица могут быть изолированы на дому или помещены в изолятор (обсерватор) при особой ситуации (по эпидемическим показаниям, по решениям главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации).

За всеми прибывшими устанавливается динамическое медицинское наблюдение с ежедневным направлением сведений о состоянии здоровья наблюдаемых лиц в территориальные органы Роспотребнадзора.

При появлении любых симптомов инфекционного заболевания (респираторный, кишечный, подъем температуры и другое) у лиц, находящихся в изоляции, их госпитализируют в инфекционный стационар и осуществляют забор и исследование материала. При легких формах заболевания допускается нахождения в домашней изоляции при наличии условий (решение принимается эпидемиологом территориального органа Роспотребнадзора совместно с лечащим врачом).

4.3.3. Все контактировавшие с больным COVID-19 лица должны быть изолированы на срок 14 дней с проведением 2-х кратного лабораторного исследования материала. Допускается изоляция в домашних условиях (при отсутствии эпидемиологических рисков для окружающих) с организацией динамического медицинского наблюдения.

4.4. Мероприятия, направленные на «разрыв» механизма передачи инфекции:

- соблюдение всеми гражданами правил личной гигиены (мытье рук, использование антисептиков, медицинских масок, перчаток), соблюдение социальной дистанции;

- выполнение требований биологической безопасности в медицинских организациях и лабораториях, проводящих исследования с потенциально инфицированным биологическим материалом;

- усиление дезинфекционного режима в предприятиях общественного питания, объектах торговли, на транспорте, в том числе дезинфекция оборудования и инвентаря, обеззараживание воздуха;

- обеспечение всеми учреждениями, юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями проведения дезинфекции во всех рабочих помещениях организаций, использования оборудования по обеззараживанию воздуха, создания запаса дезинфицирующих средств, ограничения или отмены зарубежных командировок;

- организация активного выявления лиц с признаками инфекционных заболеваний при входе на рабочие места;

- соблюдение противоэпидемического режима в медицинских организациях, в организациях социальной сферы, пенитенциарной системы, в образовательных организациях, переход на дистанционное обучение;

- использование мер социального разобщения (временное прекращение работы предприятий общественного питания, розничной торговли (за исключением товаров первой необходимости), переход на удаленный режим работы, перевод на дистанционное обучение образовательных учреждений;

- ограничение или отмена проведения массовых мероприятий (развлекательных, культурных, спортивных).

4.5. Мероприятия, направленные на восприимчивый контингент.

4.5.1. К группам риска заболевания COVID-19 относятся:

- люди в возрасте 65 лет и старше;

- больные хроническими заболеваниями (хронические заболевания органов дыхания, в том числе бронхиальная астма, хронические заболевания сердца, почек, печени, сахарный диабет,иммуносупрессии и другие);

- медицинский персонал инфекционных стационаров.

4.5.2. Среди контингентов риска проводится:

- систематическое информирование о возможных рисках заражения COVID-19;

- информационно-разъяснительная работа по вопросам эпидемиологии и профилактики COVID-19;

- проведение обучения медицинских работников по вопросам соблюдения требований биологической безопасности при оказании медицинской помощи больным COVID-19, внебольничными пневмониями, ОРВИ, при проведении медицинского наблюдения за лицами в режиме домашней изоляции и в обсерваторах.

4.5.3. Лицам, имеющим контакт с подтвержденным случаем COVID-19, а также лицам из групп риска может назначаться экстренная профилактика (профилактическое лечение) с применением рекомендованных для лечения и профилактики COVID-19 препаратов (в соответствии с рекомендациями Минздрава России по лечению COVID-19).

V. Рекомендации к госпитализации больных COVID-19 и профилактика внутрибольничного инфицирования

5.1. Госпитализация пациентов с установленным диагнозом COVID-19 или с подозрением на данное заболевание, а также лиц, контактировавших с ними, осуществляется по клиническим (с учетом критериев, установленных Минздравом России) и эпидемиологическим показаниям (проживание в общежитии, многонаселенной квартире, отсутствие возможности самоизоляции при наличии в

окружении лиц контингентов риска – старше 65 лет, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, эндокринной системы, других).

5.2. Госпитализация пациентов с установленным диагнозом COVID-19 или с подозрением на данное заболевание осуществляется в медицинскую организацию инфекционного профиля или перепрофилированную организацию для оказания медицинской помощи данному контингенту, функционирующую в режиме инфекционного стационара с обеспечением соответствующих охранных мероприятий, включая запрет допуска лиц, не задействованных в обеспечении его работы, а также родственников пациентов.

5.3. Важным этапом является сортировка лиц, направляемых на госпитализацию. Целесообразно выделять следующие группы для направления в разные медицинские (перепрофилированные) организации: больные COVID-19 с подтвержденным диагнозом, лица, подозрительные на заболевание COVID-19 (с наличием симптомов ОРВИ и эпидемиологического анамнеза), лица с предварительным диагнозом «внебольничная пневмония» (ВП), лица старше 65-ти лет (с наличием симптомов ОРВИ или ВП).

Больные с ВП должны направляться в определенную медицинскую организацию, переведенную в режим функционирования инфекционного стационара (персонал работает в СИЗ постоянно в режиме соответствующей текущей дезинфекции) и имеющую необходимое материально-техническое оснащение для оказания специализированной и реанимационной помощи.

Лиц старше 65-ти лет также целесообразно госпитализировать отдельно от остальных категорий пациентов с учетом отнесения к высокой группе риска и потребностью в специализированной медицинской помощи.

При отсутствии возможностей направления этих групп в отдельные медицинские организации (для чего предварительно прорабатывается маршрутизация, утверждаемая на уровне органов исполнительной власти муниципалитетов или субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья), возможно проведение «зонирования» (разделения зон) для вышеуказанных категорий пациентов внутри стационара, разделенных этажностью или коридорами.

Обязательно в такой медицинской организации выделяется «чистая» зона для персонала, вход в которую должен осуществляться через санитарный пропускник или быть огражденным перекрытием, устойчивым к дезинфекционным средствам. Перед входом в «грязную» зону рекомендуется повесить большое зеркало для контроля персоналом применения средств индивидуальной защиты (СИЗ).

На границе «зон» выделяется помещение для снятия использованных СИЗ (для дезинфекции и обработки или последующей утилизации при использовании одноразовых комплектов).

Загрузку палат (с наличием санитарного узла) для больных целесообразно предусматривать на 2-4 человека.

Прием пациентов осуществляется непосредственно в палату.

5.4. Доставка больных (лиц с подозрением на заболевание) в стационар осуществляется на специально выделенном транспорте. Пациенты при перевозке обеспечиваются медицинской маской. Персонал, сопровождающий пациента, включая водителей, должен использовать СИЗ, исключающие риски инфицирования. После доставки больных автотранспорт подвергается дезинфекции в специально оборудованном месте на территории медицинской организации, принимающей больных (подозрительных) COVID-19.

5.5. Медицинский персонал, оказывающий помощь пациентам COVID-19, в «заразной» зоне использует средства индивидуальной защиты – противочумный костюм 1-го типа или его аналоги (комбинезон, респиратор класса защиты FFP2 в сочетании с лицевым щитком или FFP3, защитные очки, бахилы, перчатки), в «чистой» зоне медицинский и обслуживающий персонал работает в медицинских халатах и медицинских масках.

5.6. Персонал медицинской организации, перепрофилированной для лечения больных COVID-19, должен пройти обучение (инструктаж) по обеспечению противоэпидемического режима и использованию СИЗ, проведенный с участием специалистов учреждений Роспотребнадзора, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителями инфекционных заболеваний человека II групп патогенности (организуется в рабочем порядке на

территориальном уровне при согласовании территориальными органами Роспотребнадзора и составлении списков лиц, прошедших инструктаж).

5.7. Оказание медицинской помощи организуется с выполнением максимально возможного числа процедур и использованием переносного оборудования (УЗИ, рентген, ЭКГ и другие) в палатах. Диагностические кабинеты с крупногабаритным оборудованием (КТ и другие), при невозможности выделения отдельных кабинетов, используют по графику с выделением отдельных часов для обследования лиц с подтвержденным диагнозом и подозрительных, высокого риска (пневмонии и др.) с проведением дезинфекции по типу заключительной после приема больных с подтвержденным диагнозом; в случае проведения экстренных исследований пациентам высокого риска вне графика в кабинете проводится дезинфекция.

В случае необходимости проведения больным (подозрительным) COVID-19 эндоскопических исследований к оборудованию применяются режимы высокой очистки и обеззараживания.

5.8. При выявлении заболевших COVID-19 (лиц с подозрением на заболевание) в непрофильных медицинских организациях проводится:

- перевод больного COVID-19 в специализированную медицинскую организацию;

- выявление контактных лиц среди медицинского персонала и пациентов, их изоляция (на дому) или госпитализация по клиническим или эпидемиологическим показаниям, лабораторное обследование на COVID-19 и установление медицинского наблюдения на срок 14 дней с момента последнего контакта с больным, назначение средств экстренной профилактики (профилактического лечения) с учетом рекомендованных Минздравом России препаратов;

- закрытие отделения на «прием», максимальная выписка пациентов из отделения, заключительная дезинфекции;

- в зависимости от эпидемиологических рисков закрытие стационара на «прием» с обсервацией пациентов и сотрудников.

5.9. Медицинские работники, имеющие риски инфицирования (персонал скорой (неотложной) медицинской помощи, инфекционных отделений, обсерваторов и специализированных отделений) обследуются 1 раз в неделю на

COVID-19 (ПЦР и ИФА), при появлении симптомов респираторного заболевания – обследуются в срочном порядке и изолируются на дому с приемом средств экстренной профилактики (профилактическое лечение) или госпитализируются в медицинскую организацию инфекционного профиля (по состоянию здоровья), при наличии антител IgG обследование на COVID-19 не проводится.

5.10. При патологоанатомических исследованиях трупов людей с подтвержденным или вероятным диагнозом COVID-19 присутствие специалистов по особо опасным инфекциям не требуется. Патологоанатом должен соблюдать требования как при работе с возбудителями инфекционных болезней человека II группы патогенности. Специальные требования к захоронению на настоящем этапе не предусматриваются. Вместе с тем, с учетом не изученности возбудителя, можно рекомендовать кремацию умерших или соблюдение мер предосторожности при захоронении с применением дезинфицирующих средств.

VI. Дезинфекция

6.1. Одним из важнейших мероприятий по снижению рисков распространения COVID-19 является дезинфекция.

С целью профилактики и борьбы с COVID-19 проводят профилактическую и очаговую (текущую, заключительную) дезинфекцию. Для проведения дезинфекции применяют дезинфицирующие средства из различных химических групп, зарегистрированные в установленном порядке, в инструкциях по применению которых есть режимы для обеззараживания объектов при вирусных инфекциях.

Дезинфекция проводится в жилых и офисных помещениях, на транспорте, на предприятиях общественного питания и торговли, других объектах.

6.2. Профилактическая дезинфекция начинается при возникновении угрозы заболевания с целью предупреждения проникновения и распространения возбудителя заболевания в коллективы людей на объектах, в учреждениях, на территориях и так далее, где это заболевание отсутствует, но имеется угроза его заноса извне.

COVID-19 (ПЦР и ИФА), при появлении симптомов респираторного заболевания – обследуются в срочном порядке и изолируются на дому с приемом средств экстренной профилактики (профилактическое лечение) или госпитализируются в медицинскую организацию инфекционного профиля (по состоянию здоровья), при наличии антител IgG обследование на COVID-19 не проводится.

5.10. При патологоанатомических исследованиях трупов людей с подтвержденным или вероятным диагнозом COVID-19 присутствие специалистов по особо опасным инфекциям не требуется. Патологоанатом должен соблюдать требования как при работе с возбудителями инфекционных болезней человека II группы патогенности. Специальные требования к захоронению на настоящем этапе не предусматриваются. Вместе с тем, с учетом не изученности возбудителя, можно рекомендовать кремацию умерших или соблюдение мер предосторожности при захоронении с применением дезинфицирующих средств.

VI. Дезинфекция

6.1. Одним из важнейших мероприятий по снижению рисков распространения COVID-19 является дезинфекция.

С целью профилактики и борьбы с COVID-19 проводят профилактическую и очаговую (текущую, заключительную) дезинфекцию. Для проведения дезинфекции применяют дезинфицирующие средства из различных химических групп, зарегистрированные в установленном порядке, в инструкциях по применению которых есть режимы для обеззараживания объектов при вирусных инфекциях.

Дезинфекция проводится в жилых и офисных помещениях, на транспорте, на предприятиях общественного питания и торговли, других объектах.

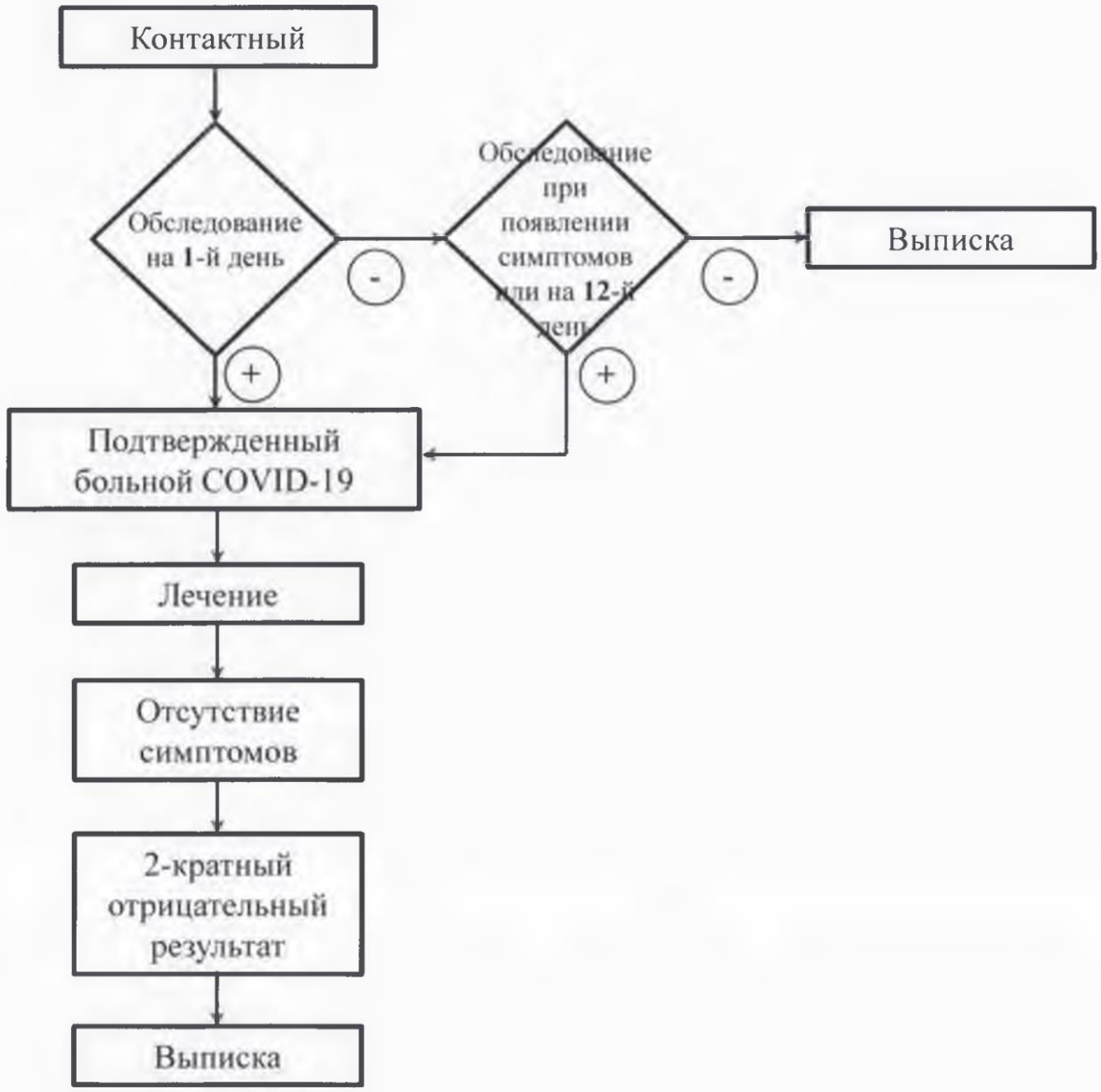
6.2. Профилактическая дезинфекция начинается при возникновении угрозы заболевания с целью предупреждения проникновения и распространения возбудителя заболевания в коллективы людей на объектах, в учреждениях, на территориях и так далее, где это заболевание отсутствует, но имеется угроза его заноса извне.

VII. Разъяснительная работа с населением

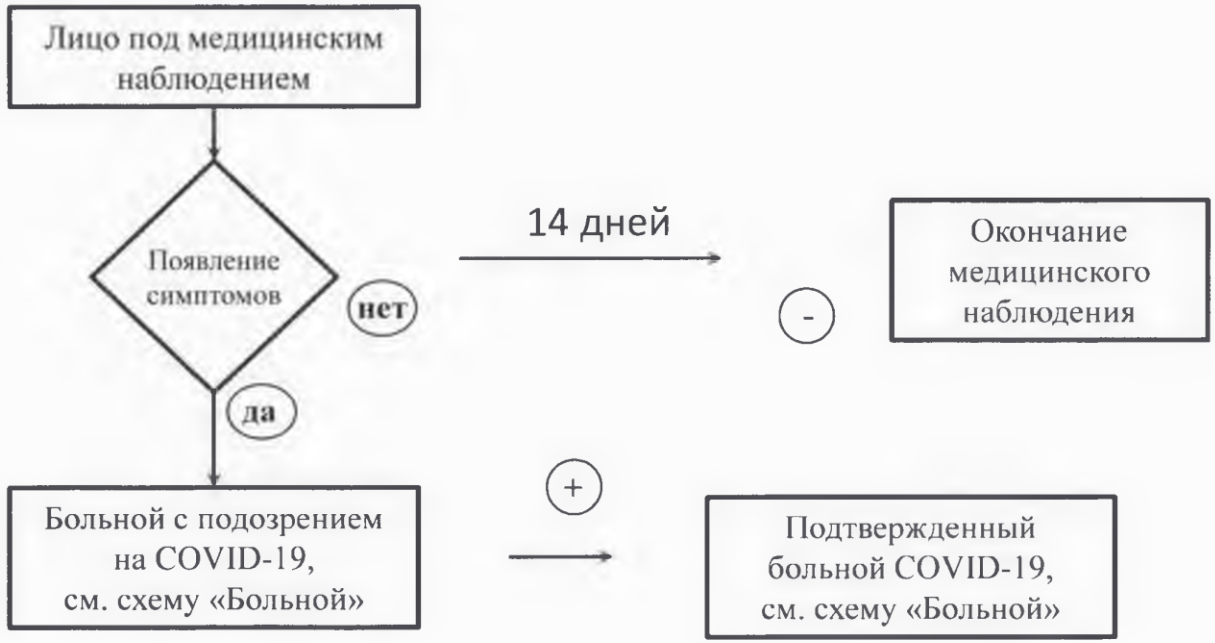
7.1. Разъяснительная работа с населением является важной составной частью по повышению гигиенической грамотности людей и их социальной ответственности.

7.2. Разъяснительная работа проводится органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации при методической поддержке Роспотребнадзора.

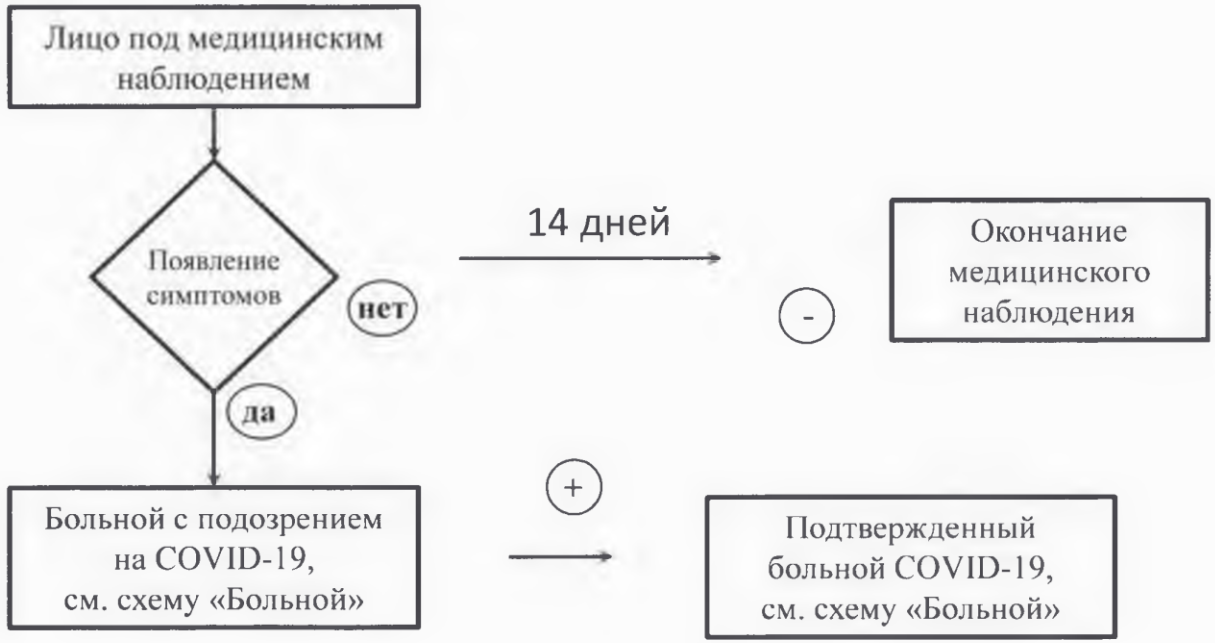
Приложение 2
к МР 3.1.0170 -20



Приложение 3
к МР 3.1.0170 -20



Приложение 3
к МР 3.1.0170 -20



Приложение 5
к МР 3.1.0170 -20

Организация противоэпидемических мероприятий в зависимости от фазы эпидемического процесса (согласно критериям ВОЗ)

I **Отсутствие случаев COVID-19**	II **Единичные завозные случаи COVID-19 без распространения**	III **Ограниченное местное распространение COVID-19 (контролируемое)**	IV **Масштабное распространение без прослеживания эпидемиологической связи случаев**
Мероприятия в рамках санитарной охраны территории (помещение всех въезжающих из неблагополучных стран/регионов в обсерватор/изолятор). **Температурный мониторинг при въезде на территорию регионов (внутреннее транспортное сообщение) в аэропортах, на ж/д вокзалах, автовокзалах.** **Обеспечение готовности к увеличению мощности лабораторной базы и коечного фонда медицинских организаций, в том числе для оказания специализированной помощи (ИВЛ, ЭКМО):** - **разворачивание обсерваторов;** - **подготовка планов перепрофилирования медицинских организаций;** - **подготовка медперсонала и специалистов лабораторной службы;** - **мониторинг внебольничных пневмоний (лабораторное исследование на COVID-19), ОРВИ.**	Мероприятия в рамках санитарной охраны территории (помещение всех въезжающих из неблагополучных стран/регионов в обсерватор/изолятор). **Отслеживание и изоляция 100% контактных лиц (в условиях обсерватора/изолятора).** Температурный мониторинг при въезде на территорию регионов (внутреннее транспортное сообщение) в аэропортах, на ж/д вокзалах, автовокзалах. Увеличение объемов лабораторных исследований за счет обследования контактных лиц. Увеличение мощности лабораторной базы. Перепрофилирование медицинских организаций, в том числе для оказания специализированной помощи (ИВЛ, ЭКМО): - разворачивание обсерваторов; - подготовка медперсонала и специалистов лабораторной службы; - мониторинг внебольничных	Мероприятия в рамках санитарной охраны территории (помещение всех въезжающих из неблагополучных стран/регионов в обсерватор/изолятор). **Отслеживание и изоляция 100% контактных лиц (в т.ч. в домашних условиях).** Температурный мониторинг при въезде на территорию регионов (внутреннее транспортное сообщение) в аэропортах, на ж/д вокзалах, автовокзалах. Увеличение мощности лабораторной базы. **Наращивание мощности медицинских организаций (увеличение коечного фонда) с учетом численности населения, организация дополнительной госпитальной базы.** Оказание помощи больным COVID-19 в перепрофилированных медицинских организациях: - работа обсерваторов; - подготовка медперсонала и специалистов лабораторной службы; - мониторинг внебольничных пневмоний (лабораторное исследование на COVID-19).	Мероприятия в рамках санитарной охраны территории (помещение всех въезжающих из неблагополучных стран/регионов в обсерватор/изолятор). **Отслеживание и изоляция контактных лиц (в т.ч. в домашних условиях).** Наращивание мощности медицинских организаций (увеличение коечного фонда) с учетом численности населения. **Привлечение дополнительных медицинских кадров, *в том числе из других регионов.*** Оказание помощи больным COVID-19 в перепрофилированных медицинских организациях: - работа обсерваторов. Оказание медицинской помощи больным COVID-19 (легкие формы) в домашних условиях. Ограничительные мероприятия: - отмена всех массовых мероприятий; - закрытие всех мест массового скопления людей; - введение масочного режима на общественном транспорте и усиление режима дезинфекции.

Ограничительные мероприятия: - **отмена массовых мероприятий;** - **рекомендации по социальному разобщению (лица в возрасте 65 лет и старше; лица, страдающие хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем);** - **отмена посещений социальных, медицинских учреждений, учреждений пенитенциарной системы.**	пневмоний (лабораторное исследование на COVID-19), ОРВИ. Ограничительные мероприятия: - отмена массовых мероприятий; - перевод на дистанционное обучение (школы, ВУЗы и др.); - **отмена посещений детских дошкольных учреждений;** - **работа в удаленном доступе;** - рекомендации по социальному разобщению (лица в возрасте 65 лет и старше; лица, страдающие хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем); - отмена посещений социальных, медицинских учреждений, учреждений пенитенциарной системы.	**Оказание медицинской помощи больным COVID-19 (легкие формы) в домашних условиях** Ограничительные мероприятия: - режим самоизоляции лиц, прибывающих из неблагополучных стран; - режим самоизоляции контактировавших с больным COVID-19; - отмена массовых мероприятий; - перевод на дистанционное обучение (школы, ВУЗы и др.); - отмена посещений детских дошкольных учреждений; - работа в удаленном доступе; - **режим самоизоляции для лиц в возрасте 65 лет и старше; лиц, страдающих хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем и др. контингентов рисков;** - отмена посещений социальных, медицинских учреждений, учреждений пенитенциарной системы.	- перевод на дистанционное обучение (школы, ВУЗы и др.); - отмена посещений детских дошкольных учреждений; - работа в удаленном доступе; - режим самоизоляции для лиц в возрасте 65 лет и старше; лиц, страдающих хроническими заболеваниями бронхолегочной, сердечно-сосудистой и эндокринной систем и др. контингентов рисков; - отмена посещений социальных, медицинских учреждений, учреждений пенитенциарной системы. **Введение карантина на пораженные административные территории с эпидемическими очагами (ограничение выезда).**

Приложение 6
к МР 3.1.0170 -20

Рекомендации по профилактике новой коронавирусной инфекции на воздушном судне, выполняющем международные авиарейсы

В связи с возросшими рисками по новой коронавирусной инфекции во многих странах мира, в целях недопущения распространения коронавирусной инфекции на территории Российской Федерации органами Роспотребнадзора направляются рекомендации руководителям (представителям) авиакомпаний и руководителям аэропортов, организациям дезинфекционного профиля, выполняющих дезинфекционный работы на самолетах.

Все воздушные суда должны быть обеспечены достаточным запасом одноразовых масок (исходя из количества пассажиров и членов экипажа на борту, с учетом длительности полета и смены масок каждые 3 часа), дезинфицирующими салфетками, гелями для обработки рук.

После приземления воздушного судна проводится санитарно-карантинный контроль в отношении пассажиров и членов экипажа с использованием бесконтактной термометрии в отношении каждого пассажира и сбор анкет (анкетирование пассажиров рекомендуется проводить во время полета).

Производится высадка пассажиров.

Самолет отводится на санитарную стоянку.

Во время полета рекомендуется использовать только одноразовую посуду для напитков и питания. В течении полета производится сбор использованной одноразовой посуды, а также средств индивидуальной защиты, масок, дезинфицирующих салфеток в одноразовые плотно закрываемые пластиковые пакеты, которые размещаются в хвостовой части воздушного судна. По прибытию в аэропорт назначения собранная посуда непосредственно в пакетах подвергается дезинфекции средствами и в режимах активных в отношении вирусов. После проведения дезинфекции посуда утилизируется в обычном порядке.

По прибытию проводится дезинфекция воздушного судна (салон, оборудование, телеги) силами специализированных организаций, в режимах и средствами, активными в отношении вирусных инфекций.

Контроль качества дезинфекции проводится силами территориальных центров гигиены и эпидемиологии при участии специалистов санитарно-карантинного пункта.

Руководство для персонала, занимающегося уборкой и дезинфекцией воздушного судна

Уборка и дезинфекция на самолете требует особого внимания, поскольку необходимо использовать средства, обладающие вирулицидным действием и разрешенные к применению в установленном порядке, которые не вызывают коррозию и не оказывают вредного воздействия на части самолета.

При проведении дезинфекции необходимо обращаться с любыми биологическими жидкостями так, как если бы они были инфицированными. Обработка рук является наиболее важным элементом профилактики.

При уборке самолета 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;
- мешки для биологических отходов.

Дезинфекцию следует начинать с кресел подозреваемых больных (при их наличии). При наличии видимых загрязнений их следует обработать дезинфекантом, очистить, потом дезинфицировать поверхности кресла.

В зоне кресел дезинфекции подлежат:

- подлокотники;
- спинки сидений (пластмассовые и/или металлические части);
- откидные столки;
- пряжки ремней безопасности;
- управление светом и вентиляцией, кнопка вызова бортпроводника и ручки верхнего отсека;
- стены и окна рядом;
- индивидуальный видеомонитор.

В туалетных комнатах дезинфекции подлежат оборудование, использованное пассажирами:

- двери и ручка двери;
- замок двери;
- сиденье туалета;
- кран;
- раковина;
- стены туалетной комнаты;
- стойка.

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 в соответствии с инструкцией оборудования и инструкциями по применению препарата.

Необходимо соблюдать время экспозиции для уничтожения микроорганизмов в соответствии с инструкцией к препарату.

В салоне самолета необходимо снять все затронутые части коврового покрытия.

Промыть поверхность водой и высушить с помощью бумажных полотенец.

Сложить бумажные полотенца в мешок.

Если перчатки испачкались, сменить их, соблюдая меры предосторожности. Испачканные перчатки положить в мешок.

После снятия перчаток или при их замене необходимо мыть руки водой с мылом или использовать безводное средство для дезинфекции рук на спиртовой основе, содержащее не менее 60% спирта. Использовать мыло и воду, если на руках имеются видимые загрязнения.

Запаковать использованные мешки и обеспечить транспортировку и утилизацию в установленном порядке.

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 воздушного судна защитную одежду, обувь, средства индивидуальной защиты, уборочный инвентарь следует сложить в промаркированные баки или мешки для проведения их дезинфекции.

Дезинфицирующие средства, рекомендуемые к применению

С целью профилактики и борьбы с инфекциями, вызванными коронавирусами для дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, в инструкции к которым указаны режимы для обеззараживания объектов при вирусных инфекциях.

Рекомендуются средства из следующих химических групп:

1. 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%).

2. Кислородактивные (перекись водорода – в концентрации не менее 3%).

3. Катионные поверхностные активные вещества (КПАВ) – четвертичные аммониевые соединения в концентрации в рабочем растворе не менее 0,5%.

4. Третичные амины (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,05%).

5. Полимерные производные гуанидина (в концентрации в рабочем растворе не менее 0,2%).

6. 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).

Приложение 7
к МР 3.1.0170 -20

Рекомендации по проведению дезинфекционных мероприятий на открытых пространствах населенных пунктов в целях недопущения распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19)

В случае ухудшения эпидемиологической обстановки в населенных пунктах с целью предотвращения распространения, профилактики и борьбы с инфекциями, вызванными коронавирусами, наряду с обязательным проведением профилактической и очаговой (текущей, заключительной) дезинфекции в помещениях целесообразно проведение профилактической дезинфекции объектов на открытых пространствах населенных пунктов.

В этих случаях обеззараживанию подлежат: территории, наружные поверхности зданий и объекты - тротуары, скамейки, площадки у входа, наружные двери, поручни, малые архитектурные формы, урны вблизи и в местах массового скопления людей (аэропортов, вокзалов, торговых центров, рынков, объектов проведения культурно-массовых и спортивных мероприятий, городских парков и т.п.); остановочные площадки и павильоны для общественного транспорта, подземные и надземные переходы; наружные поверхности торговых палаток и киосков, общественных туалетов; терминалы билетные, банковские, парковочные и другие объекты.

Для проведения дезинфекции применяют дезинфицирующие средства, зарегистрированные в установленном порядке и допущенные к применению в Российской Федерации.

В местах массового скопления людей, на территориях, непосредственно прилегающих к аэропортам, вокзалам, торговым центрам, рынкам, для обеззараживания тротуаров, площадок используют наиболее надежные дезинфицирующие средства из группы хлорактивных соединений. К ним относятся хлорная известь – 1,0% осветленный раствор, гипохлорит кальция (натрия)– в концентрации не менее 0,5% по активному хлору, средства на основе дихлорантина – 0,05% по активному хлору, натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты – 0,06% по активному хлору. Дезинфекция этих объектов осуществляется способом орошения с применением специального оборудования (автомакс, гидропульт и др.), при норме расхода средства от 600 мл/м^2 для твердого покрытия.

В остальных случаях, а также для обеззараживания тротуаров, наружных поверхностей зданий, остановок (павильонов) для общественного транспорта, торговых палаток и киосков, общественных туалетов, терминалов билетных, банковских, парковочных, пешеходных переходов, детских площадок, и других объектов уличной инфраструктуры используют средства: хлорактивные - гипохлорит кальция (натрия) – в концентрации не менее 0,5% по активному хлору, кислородактивные (перекись водорода – в концентрации не менее 3,0%), катионные поверхностно-активные вещества – четвертичные аммониевые соединения (в концентрации не менее 0,5%), третичные амины (в концентрации не менее 0,05%), полимерные производные гуанидина (в концентрации не менее 0,2%).

Способом орошения с применением специального оборудования (автомакс, гидропульт и др.) обрабатывают тротуары, переходы, площадки, скамейки, наружные двери, урны при норме расхода средства не менее 300 мл/м^2.

Способом протирания обрабатывают поручни, перила, игровые элементы детских площадок, столики, прилавки и другие аналогичные объекты. Норма расхода средства при протирании - не менее 200 мл/м^2.

Для обработки объектов на открытых территориях не следует использовать генераторы аэрозолей т.к. невозможно обеспечить нанесение необходимого количества средства, при этом аэрозоль может быть опасен для людей, находящихся в зоне обработки.

Рекомендуется производить обработку 2 раза в сутки в утренние и вечерние часы.

Все виды работ с дезинфицирующими средствами следует выполнять во влагонепроницаемых перчатках одноразовых или многократного применения. При проведении дезинфекции используют спецодежду, защиту органов дыхания (респиратор), глаз (герметичные очки). После завершения уборки и дезинфекции защитную одежду, обувь, средства индивидуальной защиты, уборочный инвентарь собирают в промаркированные баки или мешки для проведения их дезинфекции и последующей стирки или удаления в качестве отходов.

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.

Приложение 8
к МР 3.1.0170 -20

Рекомендации по проведению дезинфекционных мероприятия 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 этикетки 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 перчатках, 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, а затем смывая теплой водой.

После завершения периода домашней изоляции режим уборки и дезинфекции можно продолжить, 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.

Утверждаю
Заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации
Е.Г.КАМКИН

ВРЕМЕННЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ (COVID-19)

ВЕРСИЯ 5 (08.04.2020)

ВВЕДЕНИЕ

В конце 2019 года в Китайской Народной Республике (КНР) произошла вспышка новой коронавирусной инфекции с эпицентром в городе Ухань (провинция Хубэй), возбудителю которой было дано временное название 2019-nCoV.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) 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 двусторонняя пневмония, у 3 - 4% пациентов зарегистрировано развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).

Рекомендации, представленные в документе, в значительной степени базируются на материалах по диагностике, профилактике и лечению COVID-19, опубликованных специалистами ВОЗ, китайского, американского и европейского центров по контролю за заболеваемостью, анализе отечественных и зарубежных научных публикаций, нормативно-правовых документах Минздрава России и Роспотребнадзора.

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, ПАТОГЕНЕЗ И ПАТОМОРФОЛОГИЯ

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 г. коронавирусы рассматривались в качестве агентов, вызывающих нетяжелые заболевания верхних дыхательных путей (с крайне редкими летальными исходами). В конце 2002 г. 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 было зарегистрировано более 8000 случаев, из них 774 со смертельным исходом. С 2004 г. новых случаев атипичной пневмонии, вызванной SARSCoV, не зарегистрировано.

В 2012 г. 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 SARSCoV-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, так и об отеке слизистой оболочки носоглотки.

Многие аспекты патогенеза коронавирусной инфекции нуждаются в дальнейшем комплексном изучении.

2. ЭПИДЕМОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

С декабря 2019 г. по март 2020 г. наиболее широкое распространение SARS-CoV-2 получил на территории КНР, в которой 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 фекалий больных. Нуклеокапсидный белок COVID-19 был обнаружен в цитоплазме эпителиальных клеток слюнных желез, желудка, двенадцатиперстной кишки и прямой кишки, мочевыводящих путей. Установлена роль COVID-19 как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи.

SARS-CoV-2 включен в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (постановление Правительства Российской Федерации от 31 января 2020 г. N 66).

Стандартное определение случая заболевания COVID-19

Подозрительный на COVID-19 случай

Клинические проявления острой респираторной инфекции (температура тела выше 37,5 °C и один или более из следующих признаков: кашель - сухой или со скудной мокротой, одышка, ощущение заложенности в грудной клетке, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) $\leq$ 95%, боль в горле, насморк и другие катаральные симптомы, слабость, головная боль, аносмия, диарея) при отсутствии других известных причин, которые объясняют клиническую картину вне зависимости от эпидемиологического анамнеза.

Вероятный случай COVID-19

1. Клинические проявления острой респираторной инфекции (температура тела выше 37,5 °C и один или более признаков: кашель, сухой или со скудной мокротой, одышка, ощущение

заложенности в грудной клетке, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) ≤ 95%, боль в горле, насморк и другие катаральные симптомы, слабость, головная боль, аносмия, диарея) при наличии хотя бы одного из эпидемиологических признаков:

- возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов;

- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, находящимся под наблюдением по COVID-19, который в последующем заболел;

- наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицом, у которого лабораторно подтвержден диагноз COVID-19;

- работа с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19.

2. Наличие клинических проявлений тяжелой пневмонии, с характерными изменениями в легких по данным компьютерной томографии или обзорной рентгенографии органов грудной клетки (см. пункт 3.1 и приложение 1 настоящих рекомендаций) вне зависимости от результатов однократного лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 и эпидемиологического анамнеза.

3. Подозрительный на COVID-19 случай при невозможности проведения лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2.

Подтвержденный случай COVID-19

Положительный результат лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот вне зависимости от клинических проявлений.

Другие случаи, требующие обследования на COVID-19.

При обращении в медицинские учреждения пациентов без признаков поражения дыхательной системы при наличии следующих данных эпидемиологического анамнеза:

- возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до обращения;

- 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;

- работа с больными с подтвержденными и подозрительными случаями COVID-19.

Примеры формулировки диагнозов и кодирование COVID-19 по МКБ-10

Пример 1. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), среднетяжелая форма, внебольничная двусторонняя пневмония. ДН 0.

Пример 2. Новая коронавирусная инфекция COVID-19 (подтвержденная), тяжелая форма, внебольничная двусторонняя пневмония. ОДН.

Пример 3. Подозрение на новую коронавирусную инфекцию COVID-19, тяжелая форма, внебольничная двусторонняя пневмония. Острый респираторный дистресс-синдром. ОДН.

Кодирования статистической информации при наличии подозрения или установленного диагноза коронавирусной инфекции COVID-19 осуществляется в соответствии с нижеследующим порядком:

- Коронавирусная инфекция, вызванной вирусом COVID-19, вирус идентифицирован (подтвержден лабораторным тестированием независимо от тяжести клинических признаков или симптомов) - U07.1

- Коронавирусная инфекция, вызванной вирусом COVID-19, вирус не идентифицирован (COVID-19 диагностируется клинически или эпидемиологически, но лабораторные исследования неубедительны или недоступны) - U07.2

- Наблюдение при подозрении на коронавирусную инфекцию - Z03.8

- Носительство возбудителя коронавирусной инфекции - Z22.8

- Контакт с больным коронавирусной инфекцией - Z20.8

- Скрининговое обследование с целью выявления коронавирусной инфекции - Z11.5

- Коронавирусная инфекция неуточненная (кроме вызванной COVID-19) - B34.2

- Коронавирусная инфекция уточненная (кроме вызванной COVID-19) - B33.8

- При наличии пневмонии, вызванной COVID-19, рубрики J12 - J18 используются в качестве дополнительных кодов. При летальных исходах рубрики XXI класса МКБ-10 не используются.

Первичная медицинская документация (Талон пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях - форма N 025-1/у; Статистическая карта выбывшего из стационара - форма N 066/у) заполняется в установленном порядке. Дополнительные коды проставляются ручным способом в правом верхнем углу.

3. 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%).

Также могут отмечаться боль в горле, насморк, снижение обоняния и вкуса, признаки конъюнктивита.

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 SpO2 менее 88%) развивается более чем у 30% пациентов.

Классификация COVID-19 по степени тяжести

Легкое течение

- Температура тела ниже 38,5 °С, кашель, слабость, боли в горле

- Отсутствие критериев среднетяжелого и тяжелого течения

Среднетяжелое течение

- Лихорадка выше 38,5 °С

- ЧДД более 22/мин

- Одышка при физических нагрузках

- Пневмония (подверженная с помощью КТ легких)

- SpO2 < 95%

- СРБ сыворотки крови более 10 мг/л

Тяжелое течение

- ЧДД более 30/мин

- SpO2 $\leq$ 93%

- PaO2/FiO2 ≤ 300 мм рт.ст.

- Прогрессирование изменений в легких по данным рентгенографии, КТ, УЗИ (увеличение в объеме изменений в легких более чем на 50% через 24 - 48 ч)

- Снижение уровня сознания, ажитация

- Нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., диурез менее 20 мл/час)

- Лактат артериальной крови > 2 ммоль/л

- qSOFA > 2 балла

Крайне тяжелое течение

- ОДН с необходимостью респираторной поддержки (инвазивная вентиляция легких)

- Септический шок

- Полиорганная недостаточность

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.

4. ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

4.1. Алгоритм обследования пациента с подозрением на COVID-19

При наличии факторов, свидетельствующих о случае, подозрительном на коронавирусную инфекцию, вызванную SARS-CoV-2, пациентам вне зависимости от вида оказания медицинской помощи проводится комплекс клинического обследования для определения степени тяжести состояния, включающий сбор анамнеза, физикальное обследование, исследование диагностического материала с применением методов амплификации нуклеиновых кислот, пульсоксиметрию.

По результатам проведенного комплекса клинического обследования решается вопрос о виде оказания медицинской помощи и объеме дополнительного обследования. Алгоритм действий врача по обследованию пациентов, подозрительных на COVID-19, приведен на рисунке N 1 (Приложение 2).

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,

- пульсоксиметрия с измерением SpO_2 для выявления дыхательной недостаточности и оценки выраженности гипоксемии.

3. Лабораторная диагностика этиологическая:

- выявление РНК SARS-CoV-2 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот (информация представлена в разделе 3.3).

Инструкция по проведению этиологической лабораторной диагностики коронавирусной инфекции представлена в Приложении 3.

4. Лабораторная и инструментальная 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, лактат, лактатдегидрогеназа тропонин, ферритин). 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 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%) рекомендуется исследование газов артериальной крови с определением PaO_2, $PaCO_2$, pH, бикарбонатов, лактата.

Пациентам с признаками ОДН рекомендуется определение тромбокрита, выполнение коагулограммы с определением протромбинового времени, международного нормализованного отношения, D-димера и активированного частичного тромбопластинового времени.

Лучевые методы исследований применяются для первичной диагностики, оценки динамики, определения показаний к переводу в отделение реанимации и интенсивной терапии, выписке.

Типичные изменения в легких при пневмонии COVID-19, вызванной SARS-CoV-2, представлены в Приложении 1.

Принципы выбора лучевых методов исследований:

1. Симптомы и клинические признаки ОРВИ отсутствуют (даже на фоне релевантных анамнестических данных) - применение лучевых исследований не показано.

2. Симптомы и клинические признаки ОРВИ есть - рекомендуется выполнение рентгенографии ОГК.

3. Симптомы и клинические признаки ОРВИ есть, имеется подозрение на COVID-19 (в том числе на основе анамнестических данных):

- рекомендуется выполнение компьютерной томографии ОГК;

- рекомендуется выполнение рентгенографии ОГК или УЗИ ОГК при отсутствии возможности проведения компьютерной томографии ОГК (особенности УЗИ ОГК описаны в приложении 1).

3. Оценка динамики верифицированной пневмонии COVID-19, вызванной SARS-CoV-2 (COVID-19):

- компьютерная томография ОГК;

- рентгенография ОГК (портативный рентген-аппарат) и ультразвуковое исследование ОГК (дополнительный метод) у пациентов в критическом состоянии, находящихся в отделениях интенсивной терапии и реанимации, при невозможности их транспортировки или при отсутствии возможности выполнения компьютерной томографии. Сортировка направлений на КТ при массовом поступлении - рекомендуется выполнение ультразвукового исследования. Лучевые методы диагностики не рекомендованы для скрининга (в амбулаторных условиях).

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 (респираторные фторхинолоны, макролиды), противомалярийных препаратов, применяемых в настоящее время в качестве этиотропных препаратов для лечения COVID-19).

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".

4.2. Лабораторная диагностика COVID-19

Лабораторное обследование на COVID-19 в обязательном порядке проводится следующим категориям лиц:

1) Вернувшиеся на территорию Российской Федерацию с признаками респираторных заболеваний;

2) Контактировавшие с больным COVID-2019;

3) С диагнозом "внебольничная пневмония";

4) Старше 65 лет, обратившиеся за медицинской помощью с симптомами респираторного заболевания;

5) Медицинские работники, имеющие риски инфицирования COVID-2019 на рабочих местах, - 1 раз в неделю, а при появлении симптомов, не исключающих COVID-2019, - немедленно;

6) Находящиеся в учреждениях постоянного пребывания независимо от организационно-правовой формы (специальные учебно-воспитательные учреждения закрытого типа, кадетские корпуса, дома-интернаты, учреждения ФСИН России) и персонал таких организаций - при появлении симптомов респираторного заболевания.

Лабораторное обследование на COVID-19 рекомендуется проводить всем лицам с признаками острой респираторной инфекции по назначению медицинского работника.

Для лабораторной диагностики COVID-19 применяется с применением методов амплификации нуклеиновых кислот. Перечень зарегистрированных в Российской Федерации диагностических наборов реагентов для выявления РНК SARS-CoV-2 представлен в Приложении 4.

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 мокрота (при наличии), промывные воды бронхов, полученные при фибробронхоскопии (бронхоальвеолярный лаваж), (эндо)трахеальный, назофарингеальный аспират, биопсийный или аутопсийный материал легких, цельная кровь, сыворотка, 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.

Лабораторная диагностика COVID-2019 в субъектах Российской Федерации может проводиться в лабораториях организаций, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение на работу с возбудителями III - IV группы патогенности с использованием методов диагностики, не предполагающих накопление возбудителя, соответствующие условия работы и обученный персонал.

В случае получения положительного результата на COVID-19 руководитель лаборатории медицинской организации обязан немедленно проинформировать ближайший территориальный орган Роспотребнадзора и передать 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 с применением методов амплификации нуклеиновых кислот 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.

4.3. Дифференциальная диагностика COVID-19

Необходимо дифференцировать новую коронавирусную инфекцию с гриппом, острыми вирусными инфекциями, вызываемыми вирусами из группы ОРВИ (риновирус, аденовирус, РС-вирус, человеческие метапневмовирусы, MERS-CoV, парагрипп), вирусными гастроэнтеритами, бактериальными возбудителями респираторных инфекций.

Длительность инкубационного периода COVID-19 может колебаться от 1 до 14 дней, однако в среднем составляет 5 дней, тогда как длительность инкубационного периода гриппа и ОРВИ, как правило, не превышает 3 дней. При гриппе заболевание начинается резко, при COVID-19 и ОРВИ, как правило, постепенно. Как при COVID-19, так и при гриппе может отмечаться высокая лихорадка, кашель, слабость. При течении ОРВИ высокая лихорадка, слабость встречаются редко. При этом при гриппе и ОРВИ одышка и затрудненное дыхание отмечаются значительно реже, чем при COVID-19.

При вирусных гастроэнтеритах ведущим будет поражение желудочно-кишечного тракта,

симптомы поражения дыхательных путей, как правило, выражены минимально.

В целом при проведении дифференциальной диагностики необходимо учитывать данные эпидемиологического анамнеза, клинические симптомы и их динамику. Во всех подозрительных случаях показано обследование на SARS-COV-2 и возбудителей других респираторных инфекций.

5. ЛЕЧЕНИЕ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Основным подходом к терапии COVID-19 должно быть упреждающее назначение лечения до развития полного симпмтомокомплекса жизнеугрожающих состояний, а именно пневмония, ОРДС, сепсис.

Лечение COVID-19 в соответствии с протоколами настоящих рекомендаций проводится в подтвержденных и вероятных случаях заболевания.

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 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 медицинских помощи данной группе пациентов при коморбидных заболеваниях, состояниях и осложнениях на основании результатов анализа лечения пациентов с иными коронавирусными инфекциями.

5.1. Этиотропное лечение

Анализ литературных данных по клиническому опыту ведения пациентов с атипичной пневмонией, связанной с коронавирусами SARS-CoV и MERSCoV, позволяет выделить несколько этиотропных препаратов, которые рекомендовано использовать в комбинации. К ним относятся хлорохин, гидроксихлорохин, лопинавир+ритонавир, азитромицин (в комбинации с гидроксилорохином), 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 терапии данными препаратами не позволяют сделать однозначный вывод об их эффективности или 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.

Среди препаратов, представляющихся перспективными для лечения COVID-19, следует отметить группу противомалярийных средств: хлорохин, гидроксихлорохин, мефлохин. Эти препараты используются для терапии малярии и некоторых других протозойных инфекций. Кроме того, в связи с противовоспалительным и иммуносупрессивным эффектом, хлорохин и гидроксихлорохин нашли свое применение в лечении пациентов с системными заболеваниями соединительной ткани, такими как ревматоидный артрит и красная волчанка. Механизм действия противомалярийных препаратов против некоторых вирусных инфекций изучен не до конца, в

опубликованных данных отмечаются несколько вариантов их воздействия на COVID-19, которые препятствуют проникновению вируса в клетку и его репликации. В небольших клинических исследования было показано, что комбинация азитромицина с гидроксихлорохином усиливает противовирусный эффект последнего.

Перед назначением противомалярийных препаратов и во время приема этих препаратов следует уделить особое внимание результату ЭКГ, в частности, величине QT. Противомалярийные препараты 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 противомалярийных препаратов 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 мс. 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.

Комбинированный препарат лопинавир+ритонавир является ингибитором протеазы ВИЧ. В ранее проведенных исследованиях было показано, что он также способен подавлять активность протеазы коронавируса. Предполагаемый на основе компьютерных моделирований противовирусный механизм действия в отношении нового коронавируса связан с воздействием на основную протеазу SARS-CoV-2 (эндопептидаза C30, неструктурный протеин Nsp5). Данный препарат нашел свое применение в лечении инфекции MERS-CoV, и сегодня может быть использован для терапии инфекции, вызываемой новым коронавирусом SARS-CoV-2. Проведенное рандомизированное контролируемое исследование продемонстрировало, что монотерапия лопинавиром+ритонавиром заболевания, вызванных SARS-CoV-2, не сокращала сроки госпитализации и не демонстрировала большую эффективность, чем стандартная симптоматическая терапия. В связи с этим применение препарата в монотерапии может быть рекомендовано только при наличии противопоказаний к назначению хлорохина, гидроксихлорохина, мефлохина.

Интерферон бета-1b (ИФН-β ib) обладает антипролиферативной, противовирусной и иммуномодулирующей активностью. В текущих клинических исследованиях инфекции MERS-

CoV ИФН-β ib используется в комбинации с лопинавир+ритонавир. Проведенные ранее in vitro исследования показали, что он проявляет максимальную активность в сравнении с другими вариантами интерферонов (ИФН-α 1a, ИФН-α lb и ИФНβ 1a). За счет способности стимулировать синтез противовоспалительных цитокинов препараты ИФН-β ib могут оказывать положительный патогенетический эффект.

Рекомбинантный интерферон альфа 2b (ИФН-α 2b) 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.

Этиотропное лечение COVID-19, особенно у больных с сопутствующей патологией, требует внимания к возможным лекарственным взаимодействиям. Лекарственные препараты, которые запрещено или не желательно принимать с этиотропной терапией COVID-19, указаны в Приложении 5.

Принимая во внимание сходство клинической картины легких форм COVID-19 с клинической картиной сезонных ОРВИ, до подтверждения этиологического диагноза в схемы терапии следует включать препараты, рекомендуемые для лечения сезонных ОРВИ, такие как интраназальные формы интерферона альфа, препараты индукторов интерферона, а также противовирусные препараты с широким спектром активности, такие как умифеновир.

Перечень возможных к назначению лекарственных препаратов для этиотропной терапии COVID-19 приведен в приложении 7. Рекомендованные схемы лечения в зависимости от тяжести заболевания приведены в приложении 8. Учитывая отсутствием 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 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 беременных, рожениц и родильниц

Этиотропное лечение COVID-19 женщин в период беременности и кормления грудью в настоящее время не разработано. Рекомбинантный интерферон бета-lb, противомалярийные препараты противопоказаны к применению во время беременности. Однако в качестве этиотропной терапии возможно назначение противовирусных препаратов с учетом их эффективности против COVID-19 по жизненным показаниям. В остальных случаях следует учитывать их безопасность при беременности и в период грудного вскармливания.

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.

5.2. Патогенетическое лечение

Регидратация. При лечении COVID-19 необходимо обеспечивать достаточное поступление жидкости в организм. Восполнение суточной потребности в жидкости должно обеспечиваться преимущественно за счет пероральной регидратации. Суточная потребность в жидкости должна рассчитываться с учетом лихорадки, одышки, потерь жидкости при диарее, рвоте (в случае наличия у пациента таких симптомов). В среднем достаточное количество жидкости (1,5 - 2 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. 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. Объем инфузионной терапии должен составлять 10 - 15 мл/кг/сут.

При проведении инфузионной терапии важное значение имеет скорость введения жидкости. Чем меньше скорость введения жидкости, тем безопаснее для пациента.

В условиях проведения инфузионной терапии врач оценивает суточный диурез, динамику артериального давления, изменения аускультативной картины в легких, гематокрита (не ниже 0.35/л). При снижении объема диуреза, повышении артериального давления, увеличения количества хрипов в легких, снижении гематокрита объем парентерально вводимой жидкости должен быть уменьшен.

Для снижения объема инфузионной терапии поддержание нутритивного статуса пациента при необходимости нужно проводить методом зондового питания с использованием стандартных и полуэлементарных смесей для энтерального питания. Питание должно быть частым и дробным для исключения переполнения желудка и уменьшения экскурсии легких.

В патогенезе ОРДС вследствие COVID-19 основную роль играет избыточный ответ иммунной системы со стремительно развивающимся тяжелым жизнеугрожающим синдромом

высвобождения цитокинов. Проведенные исследования показали, что смертность при COVID-19 ассоциирована, в том числе с повышением уровня интерлейкина-6 (ИЛ-6). Потенциальная польза ингибиторов рецепторов интерлейкина 6 для пациентов с COVID-19 состоит в подавлении цитокинового шторма, который может быть более важным и длительно действующим фактором развития поражения легких, чем собственно вирусная инфекция. В настоящее время ингибиторы рецепторов ИЛ-6 тоцилизумаб и сарилумаб широко используются для лечения ревматоидного артрита. В КНР у пациентов с COVID-19 наиболее изучен препарат тоцилизумаб, который применялся при тяжелом респираторном дистресс-синдроме с признаками тяжелого жизнеугрожающего синдрома, высвобождения цитокинов 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). При применении препаратов блокирующих, провоспалительные цитокины, следует учитывать соотношение пользы и риска для больного. Анализ результатов ведения пациентов с тяжелым течением COVID-19 показал, что наиболее эффективно назначение препаратов из этой группы в максимально короткие сроки с 8-го по 14-й день от момента начала заболевания. Значимыми клинико-лабораторными признаками такого состояния могут быть: внезапное нарастание клинических проявлений через 1 - 2 недели от момента начала заболевания, сохраняющаяся или вновь появившаяся фебрильная лихорадка, выраженная лимфопения в общем анализе крови, снижение количества Т- и В-лимфоцитов, значительное повышение уровня Д-димера (>1500) или его быстрое нарастание и/или высокие уровни интерлейкина-6 (>40 пг/мл) и/или повышение уровня С-реактивного белка более 75 мг/л, интерстициальное поражение легких. Противопоказаниями для назначения ингибиторов рецепторов ИЛ-6 является: сепсис подтвержденный патогенами, отличными от COVID-19; наличие сопутствующих заболеваний, связанных, согласно клиническому решению, с неблагоприятным прогнозом; иммуносупрессивная терапия при трансплантации органов; нейтропения (АКН) составляет менее 0,5 х 109; повышение уровня АСТ или АЛТ более чем в 5 раз превышает верхнюю границу нормы; тромбоцитопения <50 000/мм3.

Для лечения пациентов с COVID-19 со среднетяжелым и тяжелым течением рекомендовано включить препарат тоцилизумаб в дозе 4 - 8 мг/кг (средняя доза 400 мг); при частичном или неполном ответе эту дозу вводят повторно через 12 часов. Максимум 4 дозы с интервалом 12 часов.

Пациенты с тяжелым течением COVID-19 имеют высокий риск развития ДВС и венозной тромбоэмболии. Рекомендовано включать в схемы терапии таких пациентов препараты низкомолекулярного гепарина. Критерием назначения препаратов могут быть совокупные изменения в общем анализе крови (тромбоцитопения) и коагулограмме (повышение уровня Д-димера, протромбинового времени) или риск развития коагулопатии, который был стратифицирован по шкале сепсис-индуцированной коагулопатии (СИК). Диагностические критерии сепсис-индуцированной коагулопатии приведены в таблице N 1.

В исследованиях показано, что применение низкомолекулярного гепарина приводило в снижению числа летальных случаев: 28-дневная летальность пациентов, получавших гепарин, была ниже, чем у не получавших, в группе пациентов, имеющих риск по шкале СИК $\geq$ 4 (40,0% против 64,2%, P = 0,029) или уровень Д-димера в 6 раз выше верхней границы нормы (32,8% против 52,4%, P = 0,017). Алгоритм мониторинга осложнений у пациентов с тяжелым течением COVID-19 и показания к назначению тоцилизумаба представлены в Приложении 6). 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).

Таблица N 1 Диагностические критерии сепсис-индуцированной коагулопатии

Параметр	Баллы	Диапазон значений
Тромбоциты (х 10^9/л)	2	< 100
	1	≥ 100 < 150
МНО	2	> 1,4
	1	≥ 1,2 ≤ 1,4
Шкала SOFA	2	≥ 2
	1	1
Общее количество баллов для СИК		≥ 4

Бронхолитическая ингаляционная терапия (с использованием небулайзера) с использованием сальбутамола, фенотерола, 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).

5.3. 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 °С. 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 с помощью mesh-небулайзера (амброксол 2 - 3- мл с изотоническим раствором 2 мл 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 с помощью mesh-небулайзера (2,5 - 5 мг 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).

5.4. Антибактериальная терапия при осложненных формах инфекции

Выбор антибиотиков и способ их введения осуществляется на основании тяжести состояния пациента, анализа факторов риска встречи с резистентными микроорганизмами (наличие сопутствующих заболеваний, предшествующий прием антибиотиков и др.), результатов микробиологической диагностики.

У пациентов в тяжелом состоянии (ОРИТ) рекомендована комбинированная терапия: защищенные аминопенициллины (амоксициллин/клавуланат, амоксициллин/сульбактам), цефалоспорины III поколения (цефтриаксон, цефотаксим цефтаролина фосамил), в/в в комбинации с азитромицином или кларитромицином. Альтернативой является применение цефалоспоринов III поколения (цефтриаксон, цефтотаксим) в/в в комбинации с респираторным фторхинолоном (левофлоксацин, моксифлоксацин) в/в.

По данным предыдущих эпидемий гриппа (2009 - 2010 гг.) и вспышек коронавирусной инфекции (2004 г., 2012 г.) было показано увеличение частоты обнаружения инфицирования золотистым стафилококком, в том числе MRSA. Учитывая этот факт, у отдельных категорий пациентов (недавно перенесенные оперативные вмешательства, госпитализации или пребывание в доме престарелых, наличие постоянного внутривенного катетера, диализ) целесообразно эмпирическое назначение препаратов, обладающих антистафилококковой активностью (цефтаролина фосамил, линезолид, ванкомицин) в комбинации с азитромицином в/в или респираторным фторхинолоном в/в.

У пациентов с факторами риска инфицирования P. aeruginosa (длительная терапия системными ГК, сопутствующие хронические заболевания, муковисцидоз, вторичные бронхоэктазы, недавний прием системных антибиотиков) рекомендованы комбинация β-лактамного антибиотика с антисинегнойной активностью (пиперациллин/тазобактам, меропенем, имипенем/циластатин, дорипенем) с ципрофлоксацином или левофлоксацином. Альтернативным вариантом может быть комбинация β-лактамного препарата с антисинегнойной активностью с аминогликозидами II - III поколения и макролидами, либо респираторным фторхинолоном.

В соответствии с алгоритмом назначения антибактериальной терапии при COVID-19, предложенным итальянскими специалистами в начале 2020 года, при наличии перечисленных

выше факторов риска инфицирования P. aeruginosa, без риска множественной резистентности (MDR) или экстремальной резистентности (XDR), рекомендованы цефалоспорины с антисинегнойной активностью (цефтазидим, цефипим), фторхинолоны (например, ципрофлоксацин, левофлоксацин), а при наличии риска MDR/XDR рекомендована карбапенем-сберегающая терапия (цефтолозан/тазобактам).

В случае клинической неэффективности, развитии нозокомиальных осложнений выбор режима антимикробной терапии осуществлять на основании выявления факторов риска резистентных возбудителей, анализе предшествующей терапии, результатов микробиологической диагностики (цефтолозан/тазобактам, пиперациллин/тазобактам, цефепим/сульбактам, меропенем, дорипенем, имипенем/циластатин, цефтазидим/авибактам, тигециклин, азтреонам, амикацин и др.).

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 $\pm$ 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.

Контроль кардиотоксичности при применении препаратов, применяемых в лечении COVID-19 (хлорохина, гидроксихлорохина, макролидов, фторхинолонов), представлены в Приложении 9.

5.5. 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-й недели 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-й 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 сердечнососудистой 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 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.

Тактика ведения новорожденных в условиях пандемии коронавируса COVID-19

Маршрутизация новорожденных высокого риска по развитию COVID-19 основывается на выделении групп риска в зависимости от инфицирования матери.

Потенциально инфицированным COVID-19 считается ребенок, рожденный от матери:

- с наличием подтвержденной инфекции COVID-19 в период от 14 дней до рождения и от рождения до 28 дня постнатального периода;

- находившейся на самоизоляции (из группы подлежащих карантину по контакту с инфицированным SARS-CoV-2);

Инфицированным новорожденный считается при положительном результате исследования методом ПЦР на наличие SARS-CoV-2 в биоматериале, вне зависимости от наличия или отсутствия клинической картины.

Ведение потенциально инфицированных COVID-19 новорожденных

В родильном зале

- Для присутствия на родах и перемещения ребенка должна быть заранее выделенная врачебно-сестринская бригада для новорожденного. Использование средств индивидуальной защиты обязательно.

- Число людей, оказывающих помощь в помещении должно быть минимизировано, чтобы уменьшить контакт с больным.

- Не рекомендовано отсроченное пережатие пуповины; не рекомендован контакт мать-ребенок; к груди не прикладывается, максимально быстро выносится из родильного зала.

- В зависимости от клинического состояния женщины возможно поддержание лактации для последующего грудного вскармливания ребенка после выздоровления матери

- При необходимости реанимационная помощь оказывается в свободном родильном зале или в специально выделенном помещении.

- У ребенка берутся мазки из носа и ротоглотки на COVID-19 сразу после перемещения из

родильного зала, затем не реже, чем на третий и седьмой-десятый день жизни

- Предметы диагностики и лечения (стетоскоп, термометр и др.) и средства ухода должны быть индивидуального использования для каждого ребенка, после его перевода должны быть обработаны в соответствии с правилами.

- Врачи, медсестры и другой персонал, контактирующий с ребенком, должны находиться в средствах индивидуальной защиты.

- После рождения ребенок должен быть выведен из помещений, предназначенных для беременных, рожениц и родильниц с COVID-19(+) и изолирован в специально выделенном отделении (обычно отделение детской больницы). Транспортировка производится в транспортном кувезе, персонал использует средства защиты. Специально выделенный медицинский автотранспорт подлежит дезинфекции по правилам работы с особо опасными инфекциями.

- Вакцинация и неонатальный скрининг откладываются до установления COVID-отрицательного статуса.

- При необходимости медицинская помощь новорожденному оказывается в соответствии с клиническими рекомендациями.

5.6. Основные принципы терапии неотложных состояний

5.6.1 Показания для перевода в ОРИТ (достаточно одного из критериев):

- ЧДД более 30/мин

- $SpO2 \leq 93\%$

- $PaO_2/FiO_2 \leq 300$ мм рт.ст.

- прогрессирование пневмонии (нарастание площади инфильтративных изменений более чем на 50% через 24 - 48 часов)

- снижение уровня сознания

- необходимость респираторной поддержки (неинвазивной и инвазивной вентиляции легких)

- нестабильная гемодинамика (систолическое АД менее 90 мм рт.ст. или диастолическое АД менее 60 мм рт.ст., потребность в вазопрессорных препаратах, диурез менее 0,5 мл/кг/час)

- синдром полиорганной недостаточности

- qSOFA > 2 балла

- лактат артериальной крови > 2 ммоль

5.6.2. Интенсивная терапия острой дыхательной недостаточности

Развитие острой дыхательной недостаточности является одним из наиболее частых осложнений COVID-19. У пациентов с тяжелым и крайне тяжелым течением (10 - 15%) примерно после 5-го дня болезни сохраняется лихорадка, появляются симптомы дыхательной

недостаточности, прогрессируют инфильтративные изменения в легких (вирусная пневмония), ОРДС.

Даже при легком течении COVID-19 при проведении КТ легких у большинства пациентов отмечены инфильтративные изменения - так, SARS-CoV-2 обнаруживался в носоглоточных смывах у 59% пациентов, а наличие инфильтративных изменений на КТ легких - у 88% пациентов с вероятным COVID-19.

Особенности вирусной пневмонии и ОРДС при COVID-19

ОРДС при COVID-19 диагностирован в среднем на 8-е сутки от начала заболевания, частота развития ОРДС при поступлении в ОРИТ около 60%, индекс PaO_2/FiO_2 при поступлении в ОРИТ 136 (103 - 234) мм рт.ст.

У пациентов с ОРДС вследствие COVID-19 описаны 2 различных варианта поражений легких:

1. Малорекрутабельные легкие (собственно, вирусная пневмония, более ранняя стадия): нормальная податливость легочной ткани, участки только матового стекла на КТ легких, локализованные субплеврально и вдоль междолевых щелей, низкая рекрутабельность легких - показана ИВЛ в положении лежа на животе (прон-позиции), PEEP 10 - 12 см вод.ст.

2. Рекрутабельные легкие (собственно, ОРДС), 20 - 30% от всех ОРДС: низкая податливость респираторной системы, коллапс и ателектазирование альвеол, увеличение массы легочной ткани ("влажные легкие"), высокая рекрутабельность легких - показана ИВЛ в прон-позиции, PEEP 15 - 20 см вод.ст.

Алгоритм оказания помощи при ОДН может быть следующим:

Пациентам с острой дыхательной недостаточностью вследствие COVID-19 рекомендовано использовать пошаговый подход в выборе методов респираторной терапии для улучшения результатов лечения: при ОРДС легкой степени (PaO_2/FiO_2 200 - 300 мм рт.ст. или SpO_2 80 - 90% при дыхании воздухом) рекомендовано использование стандартной оксигенотерапии (через лицевую маску или назальные канюли), высокопоточной оксигенации (ВПО) или неинвазивной ИВЛ (НИВЛ) в сочетании с прон-позицией, при ОРДС средней и тяжелой степени (PaO_2/FiO_2 обычно менее 150 мм рт.ст. или SpO_2 менее 75% при дыхании воздухом) показана интубация трахеи и инвазивная ИВЛ в сочетании с прон-позицией (схема 1).

Схема 1. Пошаговый подход в выборе респираторной терапии COVID-19 (не приводится)

Окигенотерапия и НИВЛ

У пациентов с COVID-19 и насыщением гемоглобина кислородом менее 92% рекомендовано начало оксигенотерапии до достижения 96 - 98%.

Пациентам с гипоксемической ОДН вследствие COVID-19 на первом этапе рекомендовано использовать высокопоточную оксигенацию с потоком 30 - 60 л/мин вместо стандартной оксигенотерапии или НИВЛ, так как она имеет преимущества в обеспечении адекватной оксигенации и не увеличивает риск передачи инфекции; при использовании высокопоточной оксигенотерапии рекомендовано надеть на пациента защитную маску.

Пациентам с COVID-19 рекомендовано сочетание оксигенотерапии (стандартной или высокопоточной) с положением пациента лежа на животе не менее 12 - 16 часов сутки, что приводит к улучшению оксигенации и возможному снижению летальности.

У пациентов с гипоксемической (паренхиматозной) ОДН при COVID-19 НИВЛ и высокопоточная оксигенация рекомендована при сочетании низкой рекрутабельности альвеол (собственно, вирусная (поли)очаговая пневмония) с незначительно сниженной или нормальной податливостью легких и грудной стенки, продемонстрировано преимущество высокопоточной оксигенации пред НИВЛ у этих пациентов.

При отсутствии технической возможности проведения высокопоточной оксигенотерапии или ее неэффективности рекомендовано использование неинвазивной вентиляции аппаратами НИВЛ для стационарного или домашнего использования в режиме CPAP до 15 - 18 см вод.ст. (см. клинические рекомендации ФАР "Применение неинвазивной вентиляции легких").

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 и переход к традиционной ИВЛ.

При наличии показаний у пациентов с ОРДС не следует задерживать интубацию трахеи и начало ИВЛ, так как отсрочка интубации трахеи при ОРДС ухудшает прогноз. При этом следует иметь в виду, что прогрессирование дыхательной недостаточности может происходить чрезвычайно быстро.

НИВЛ предпочтительнее использовать (по сравнению с высокопоточной оксигенацией) только у пациентов с сопутствующими заболеваниями - ХОБЛ, хронической сердечной недостаточностью.

Применение НИВЛ рекомендовано только при следующих условиях: сохранность сознания, стабильная гемодинамика, возможности сотрудничать с персоналом, отсутствие клаустрофобии (при применении шлемов) и сохранение механизма откашливания мокроты.

Неинвазивная респираторная поддержка не рекомендуется в следующих случаях (уровень достоверности доказательств 3, уровень убедительности рекомендаций B):

1) отсутствие самостоятельного дыхания (апноэ);

2) нестабильная гемодинамика (гипотензия, ишемия или инфаркт миокарда, жизнеугрожающая аритмия, неконтролируемая артериальная гипертензия);

3) невозможность обеспечить защиту дыхательных путей (нарушение кашля и глотания) и высокий риск аспирации;

4) избыточная бронхиальная секреция;

5) признаки нарушения сознания (возбуждение или угнетение сознания), неспособность пациента к сотрудничеству с медицинским персоналом;

6) лицевая травма, ожоги, анатомические нарушения, препятствующие установке маски;

7) выраженное ожирение;

8) неспособность пациента убрать маску с лица в случае рвоты;

9) активное кровотечение из желудочно-кишечного тракта;

10) обструкция верхних дыхательных путей;

11) дискомфорт от маски;

12) операции на верхних дыхательных путях.

Показаниями для интубации трахеи являются (достаточно одного критерия):

- гипоксемия (SpO_2 < 92%) несмотря на высокопоточную оксигенотерапию или НИВЛ в положении лежа на животе,

- ЧДД более 35 в мин,

- нарастание видимой экскурсии грудной клетки,

- нарушение/изменение сознания,

- ухудшение визуализационной картины легких,

- остановка дыхания,

- стабильная гемодинамика.

Инвазивная ИВЛ

Проведение ИВЛ направлены на обеспечение адекватного газообмена и минимизации потенциального ятрогенного повреждения легких. Основная стратегия применения ИВЛ при COVID-19 основана на временных клинических рекомендациях ФАР "Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома", 2020.

Целевые значения газообмена при ИВЛ, ассоциированные с улучшением исхода при ОРДС:

- PaO_2 90 - 105 мм рт.ст или SpO_2 95 - 98%,

- $PaCO_2$ 30 - 50 мм рт.ст. или $EtCO_2$ капнограммы 27 - 45 мм рт.ст.

При искусственной вентиляции легких у пациентов с ОРДС рекомендовано использовать дыхательный объем 6 - 8 мл/кг идеальной массы тела, так как применение ДО 9 мл/кг ИМТ и более приводит к увеличению осложнений и летальности.

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.

У пациентов с ОРДС легкой и средней степени тяжести при появлении инспираторных попыток пациента после интубации трахеи и реверсии миоплегии рекомендовано, при отсутствии патологических ритмов дыхания и технической возможности, переключить аппарат ИВЛ на полностью вспомогательный режим вентиляции (в большинстве аппаратов ИВЛ - режим PSV) для улучшения распределения газа в легких, профилактики ателектазирования легких и профилактики атрофии диафрагмы.

У пациентов с ОРДС вследствие COVID-19 рекомендовано использовать PEEP 10 - 20 см вод.ст. (в зависимости от типа ОРДС и рекрутабельности альвеол):

- при малорекрутабельных легких: очаговые повреждения альвеол на КТ, давление плато менее 30 см вод.ст., статическая податливость респираторной системы 40 мл/см вод.ст. и выше - PEEP 10 - 12 см вод.ст;

- при рекрутабельных легких: сливные повреждения альвеол на КТ, картина "мокрой губки" на КТ, давление плато выше 30 см вод.ст., статическая податливость респираторной системы менее 40 мл/см вод.ст. и выше - PEEP 15 - 20 см вод.ст.

- даже при отнесении легких к нерекрутабельному типу рекомендовано повышение PEEP до 15 см вод.ст. для оценки эффективности.

Полная методология применения PEEP подробно описана в Клинических рекомендациях ФАР "Диагностика и интенсивная терапия острого респираторного дистресс-синдрома".

У пациентов с ОРДС вследствие COVID-19 рутинное применение маневров рекрутирования альвеол не рекомендовано вследствие невысокой рекрутабельности и высокого риска острого легочного сердца.

У пациентов с ОРДС вследствие COVID-19 при проведении ИВЛ рекомендовано использовать неинвертированное соотношение вдоха к выдоху для более равномерного распределения газа в легких и снижения отрицательного влияния ИВЛ на постнагрузку правого желудочка; рутинное применение инверсного соотношения вдоха к выдоху (более 1 к 1,2) не рекомендовано.

Вентиляция в положении лежа на животе (прон-позиции).

При проведении ИВЛ у пациентов с ОРДС вследствие COVID-19 рекомендовано использование положения лежа на животе в течение не менее 16 часов в сутки для улучшения оксигенации и возможного снижения летальности (уровень достоверности доказательств 1, уровень убедительности рекомендаций А). Методология прон-позиции: пациента следует положить на живот, предварительно положив валики под грудную клетку и таз с таким расчетом, чтобы живот не оказывал избыточного давления на диафрагму, а также не создавалось условий для развития пролежней лица.

Осложнения при вентиляции в положении лежа на животе:

- Перегибы и дислокации интубационных трубок и венозных катетеров;

- Трудность выполнения сердечно-легочной реанимации в случае остановки кровообращения;

- Развитие невритов периферических нервов верхних конечностей;

Повреждение носа и глаз - лицевой и периорбитальный отек развивается почти в 100% случаев; кератоконьюктивит, требующий лечения, развивается у 20% пациентов;

При применении прон-позиции затруднен уход за пациентом: санация полости рта, трахеи, обработка глаз, лица.

Критерии прекращения применения прон-позиции: увеличение PaO2/FiO2 более 200 мм рт.ст. при PEEP менее 10 мбар, сохраняющиеся в течение не менее 4 часов после последнего сеанса прон-позиции.

Медикаментозная седация и миоплегия при ИВЛ

При проведении ИВЛ пациентам с ОРДС легкой и средней степени следует использовать "легкий" уровень седации (оценке по Ричмондской шкале ажитации-седации (RASS) от -1 до -3 баллов), так как такая стратегия уменьшает длительность респираторной поддержки и улучшает исход, желательно избегать примени для седации бензодиазепинов.

У пациентов с тяжелым ОРДС (PaO_2/FiO_2 менее 120 мм рт.ст. при PEEP более 5 мбар) рекомендовано использовать нейро-мышечную блокаду, но только в течение первых 48 часов после интубации трахеи, что может приводить к уменьшению вентилятор-ассоциированного повреждения легких и снижению летальности; рутинное применение миорелаксантов для синхронизации с респиратором противопоказано.

Показания для ЭКМО

У пациентов с COVID-19 при сочетании ОРДС тяжелой степени, малорекрутабельных легких и острого легочного сердца (или высокого риска острого легочного сердца) следует как можно раньше начинать применение экстракорпоральной мембранной оксигенации, так как это приводит к снижению летальности.

Критериями начала ЭКМО являются:

- $PaO_2/FiO_2 < 80$ мм рт.ст. (при PEEP выше 15 см вод.ст и ИВЛ в положении лежа на животе;

- pH < 7,2;

- Оценка по шкале повреждения легких (LIS) более 3 баллов.

У пациентов с ОРДС вследствие COVID-19 рекомендована оценка по Шкале острого легочного сердца для решения вопроса о необходимости применения ЭКМО - 3 - 4 балла соответствуют высокому риску ОЛС:

- Пневмония как причина ОРДС (1 балл)

- $PaO_2/FiO_2 < 150$ мм рт.ст. (1 балл)

- $PaCO_2 > 48$ мм рт.ст. (1 балл)

- Движущее давление > 18 мбар (1 балл)

Прекращение респираторной поддержки

У пациента с ОРДС вследствие COVID-19 рекомендовано продлевать респираторную поддержку (до 14 суток и более) даже при положительной динамике оксигенирующей функции легких, так как при COVID-19 возможно повторное ухудшение течения ОРДС, средняя продолжительность ИВЛ у выживших составляет 14 - 21 день.

Рекомендовано использовать общие и респираторные критерии готовности к прекращению респираторной поддержки для улучшения исходов и уменьшения продолжительности респираторной поддержки.

Основные респираторные критерии готовности к прекращению респираторной поддержки:

- PaO2/FiO2 более 300 мм рт.ст, то есть SpO2 при вдыхании воздуха 90% и более,

- Восстановление кашлевого рефлекса и кашлевого толчка,

- Отсутствие бронхореи,

- Индекс Тобина (f/Vt) менее 105.

Дополнительные респираторные критерии:

- Статическая податливость респираторной системы > 35 мл/мбар,

- Сопротивление дыхательных путей < 10 мбар/л/с,

- Отрицательное давление на вдохе (NIP - Negative Inspiratory Pressure или NIF - Negative Inspiratory Force) менее - 20 мбар,

- Давление во время окклюзии дыхательного контура на вдохе за первые 100 мс (P0,1) 1 - 3 мбар,

- Уменьшение инфильтрации на рентгенограмме (и/или КТ) грудной клетки.

- Общие критерии готовности к прекращению респираторной поддержки:

- Отсутствие угнетения сознания и патологических ритмов дыхания,

- Полное прекращение действия миорелаксантов и других препаратов, угнетающих дыхание,

- Отсутствие признаков шока (мраморность кожных покровов, сосудистое пятно более 3 с, холодные конечности), жизнеопасных нарушений ритма, стабильность гемодинамики.

Для начала прекращения респираторной поддержки обязательно наличие всех основных респираторных и общих критериев готовности к прекращению респираторной поддержки.

5.6.3 Проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО)

При тяжелой рефракторной гипоксемии показано проведение экстракорпоральной мембранной оксигенации (ЭКМО). Основным показанием является ОРДС тяжелой степени 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.

Противопоказания к ЭКМО:

1. Наличие геморрагических осложнений и снижение уровня тромбоцитов ниже критических значений (менее 50 000), наличие клиники внутричерепных кровоизлияний;

2. Вес пациента (ребенка) менее 2 кг.

Показания и противопоказания к ЭКМО представлены в таблице 2.

Таблица 2. Показания и противопоказания к ЭКМО

Потенциальные показания к ЭКМО	- Основные инструментальные критерии - оценка по шкале Мюррея более 3 и (или) $PaO_2/FiO_2 < 150$ 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.

5.6.4. Лечение пациентов с септическим шоком

При септическом шоке следует незамедлительно осуществить внутривенную инфузионную терапию кристаллоидными растворами (30 мл/кг/сутки, с высокой начальной скоростью инфузии - 1 л жидкости в течение 30 минут или менее). Особенно важно, оценивая волемический статус, предотвратить возможное развитие гиперволемии.

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, декстраны или растворы гидроксиэтилкрахмала.

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.). 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, дофамина и добутамина целесообразно при снижении сократимости миокарда и развитии сердечной недостаточности.

Эксперты ВОЗ рекомендуют при коронавирусной инфекции применять, по возможности, невысокие дозы гидрокортизона (до 200 мг/сутки) или преднизолона (до 75 мг/сутки) и непродолжительные курсы.

При гипоксемии с SpO_2 < 93% показана кислородная терапия до достижения целевого уровня SpO_2 > 94% у небеременных взрослых и детей, у беременных пациенток - до SpO_2 > 94%.

5.6.5 Инфузионная терапия

Необходимо обеспечить достаточное количество жидкости при отсутствии противопоказаний и снижении диуреза, общее количество которой может быть увеличено при повышении потерь из ЖКТ (рвота, жидкий стул).

У пациентов с COVID-19 при отсутствии шока и патологических потерь жидкости рекомендована ограничительная стратегия инфузионной терапии - применение инфузионной терапии не показано, только энтеральное питание. Необходимо вести пациентов в нулевом или небольшом отрицательном балансе жидкости.

При наличии показаний инфузионная терапия требуется не выше 2 - 3 мл/кг/ч с обязательным контролем диуреза и оценкой распределения жидкости.

Растворы для инфузионной терапии:

- сбалансированные кристаллоидные растворы (предпочтительнее),

- несбалансированные растворы (изотонический раствор натрия хлорида, раствор Рингера),

- альбумин (при снижении уровня альбумина ниже 20 г/л).

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 не должны рассматриваться как основа терапии, а коллоидные растворы не рекомендованы к применению.

Для поддержания отрицательного гидробаланса рекомендовано использованием диуретиков. Необходим контроль и коррекция Na+ (135 - 145 ммоль/л), осмолярности (280 мОсм/кг) и диуреза ($\geq$ 60 мл/час).

5.7. Порядок выписки пациентов из медицинской организации

Выписка пациентов с лабораторно подтвержденным диагнозом COVID19 разрешается при

отсутствии клинических проявлений болезни и получении двукратного отрицательного результата лабораторного исследования на наличие РНК SARS-CoV-2 с интервалом не менее 1 дня.

5.8. Особенности ведения детей с COVID-19

По имеющимся данным можно отметить, что дети менее восприимчивы к вирусу SARS-CoV-2, заболевание у них протекает легче, что, однако, не исключает случаев тяжелого течения.

В настоящее время дети с инфекцией, вызванной SARS-CoV-2, составляют от 1% до 5% в структуре пациентов с диагностированными случаями заболевания. В разных странах доля детей от 0 до 19 лет несколько различается: в КНР - до 2%, в Италии - 1,2%, в США - 5%.

У детей отмечается более гладкое течение болезни, чем у взрослых, развитие вирусной пневмонии не характерно, симптомы менее выражены, летальные исходы чрезвычайно редки. У детей так же, как у взрослых, доминируют лихорадка и респираторный синдром, однако менее выражены лимфопения и воспалительные маркеры. Заболевание регистрируется также у новорожденных, но внутриутробная передача инфекции не доказана.

Инкубационный период у детей колеблется от 2 до 10 дней, чаще составляет 2 дня.

Клинические симптомы COVID-19 у детей соответствуют клинической картине острой респираторной вирусной инфекции, обусловленной другими вирусами: лихорадка, кашель, боли в горле, чихание, слабость, миалгии. Выраженность лихорадочной реакции может быть различна: лихорадка до 38 °С отмечается у половины больных детей, у трети детей регистрируется повышение температуры тела от 38,1 до 39,0 °С. Другими симптомами, относительно редкими и не превышающими 10%, у госпитализированных в КНР детей были диарея, слабость, ринорея, рвота. Тахикардия отмечается у половины госпитализированных детей, тахипноэ - у трети. У детей редко наблюдается снижение сатурации менее 92%.

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.

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;

- Полиорганная недостаточность (нарушение функций многих органов и систем).

Анализ случаев инфекции COVID-19 у детей в разных странах с начала пандемии показывает, что в 90% случаев у детей отмечаются бессимптомные, легкие или среднетяжелые случаи заболевания. Частота тяжелых и крайне тяжелых случаев заболевания не превышает одного процента.

Тяжелая степень тяжести COVID-19 характеризуется диспноэ, акроцианозом, снижением сатурации кислорода ниже 92%.

Крайне тяжелую степень тяжести регистрируют при развитии дыхательной недостаточности, респираторного дистресс-синдрома, шока, признаков полиорганной недостаточности (энцефалопатии, почечной, сердечно-сосудистой недостаточности, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания).

Факторы риска тяжелого заболевания у детей:

- Неблагоприятный преморбидный фон (дети, имеющие заболевания легких, врожденные пороки сердца, бронхолегочную дисплазию, болезнь Кавасаки);

- Иммунодефицитные состояния разного генеза (чаще заболевают дети старше 5 лет, в 1,5 раза чаще регистрируют пневмонии);

- Коинфекция с респираторно-синцитиальной инфекцией.

COVID-19 как правило протекает у детей в легкой форме. Доля случаев с тяжелым нечение невелика. Однако не у всех детей с подозрением на COVID-19, переносивших тяжелые формы заболевания, был лабораторно выделен вирус SARS-Cov2, что не позволяет исключить сочетанные инфекции или наличие других респираторных заболеваний у детей с подозрительными случаями заболеваний на основании клинико-эпидемиологических данных. Известно, что у детей с сезонными коронавирусными инфекциями, коинфекция с другими респираторными вирусами (респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, бокавирус, аденовирус) утяжеляет течение заболевания и приводит к поражению нижних отделов респираторного тракта (пневмония, бронхиолит).

Единичные случаи крайне тяжелого COVID-19 у детей в КНР регистрировали при наличии тяжелых преморбидных заболеваний (гидронефроз, лейкемия, кишечная непроходимость). У зарегистрированных в США детей с COVID-19 госпитализация потребовалась только 1,6 - 2,5%, причем необходимости в оказании реанимационной помощи не отмечали.

Заболевание у новорожденных детей наблюдается крайне редко, при этом внутриутробной передачи инфекции не доказано. У заболевших в единичных случаях новорожденных отмечается

дистресс-синдром, не всегда сопровождавшийся повышением температуры.

В качестве противовирусной терапии детей с COVID-19 в случаях заболеваний среднетяжелой и легкой степени тяжести рекомендуются препараты интерферона-альфа, при тяжелой степени тяжести используется внутривенные иммуноглобулины, ингибиторы протеаз (лопинавир + ритонавир).

Интерферон-альфа может снизить вирусную нагрузку на начальных стадиях болезни, облегчить симптомы и уменьшить длительность болезни.

Умифеновир применяется у пациентов с COVID-19, однако отсутствуют доказательства его эффективности и безопасности. У детей возможно применение препарата в возрасте старше 6 лет.

Осельтамивир и другие противогриппозные средства могут применяться только у пациентов, инфицированных вирусом гриппа.

В настоящее время проводятся исследования в отношении эффективности хлорохина фосфата и гидроксихлорохина сульфата, в том числе и в комбинации с азитромицином при коронавирусной инфекции. По данным исследований использование хлорохина фосфата и гидроксихлорохина сульфата возможно у пациентов, масса тела которых более 50 кг.

Антибактериальная терапия показана при наличии признаков присоединения к инфекции COVID-19 бактериальной инфекции.

Выздоровление у детей преимущественно происходит в течение 1 - 2 недель.

7. ПРОФИЛАКТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

7.1. Специфическая профилактика COVID-19

В настоящее время во многих странах ведется разработка нескольких типов вакцин против COVID-19, однако разрешенные к применению препараты отсутствуют.

7.2. Неспецифическая профилактика COVID-19

Мероприятия по предупреждению завоза и распространения COVID-19 на территории Российской Федерации 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, от 16 марта 2020 г. N 730-р, от 27 марта 2020 г. N 763-р и постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации 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, от 30.03.2020 N 9.

Мероприятия по недопущению распространения COVID-19 в медицинских организациях проводятся в соответствии с 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)" (с дополнениями).

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 отношении источника инфекции:

- изоляция больных и лиц с подозрением на заболевание;

- 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.

7.3. МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ПРОФИЛАКТИКА COVID-19 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.

В качестве препарата для химиопрофилактики рассматривается гидроксихлорохин, в случае его недоступности возможно использовать мефлохин.

В ряде стран в условиях напряженной эпидемической ситуации проводят медикаментозную профилактику хлорохином, гидроксихлорохином и мефлохином. Учитывая рост заболеваемости и

высокие риски распространения инфекции на территории нашей страны, целесообразно назначение медикаментозной профилактики определенным группам населения (Приложение 10).

7.4. 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 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 перевода в мельцеровский бокс медицинской организации, где был выявлен больной, или госпитализации в специализированный инфекционный стационар при невозможности организовать изоляцию пациента в медицинской организации, где он был выявлен. В случае изоляции пациента по месту выявления, перевод в специализированный инфекционный стационар осуществляется после подтверждения диагноза COVID-19.

Медицинский работник должен использовать СИЗ (шапочка, противочумный (хирургический) халат, респиратор класса защиты FFP2 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.

7.5. 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:

- С помощью технических и административных мер ограничить число лиц, нуждающихся в использовании СИЗ (ограничить число медицинских работников, контактирующих с пациентами; минимизировать количество входов в палату).

- Использовать дистанционное консультирование для пациентов и лиц с подозрением на COVID-19.

- Внедрить в практику расширенное использование респираторов (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 не ниже защиты FFP2) 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 крайне 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 не ниже FFP2;

- 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 (сначала снимая нижнюю резинку, затем верхнюю), 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 важно применять организационные меры, позволяющие не только снизить риск внутрибольничного распространения инфекции, 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.

При дефиците респираторов в медицинской организации возможно введение режима их ограниченного повторного использования (использование одного и того же респиратора с надетой поверх него хирургической маской при многократных контактах с пациентами, при этом после каждого контакта необходима смена верхней хирургической маски).

Повторное использование респиратора тем же медицинским работником в условиях оказания помощи больным с COVID-19 возможно при выполнении следующих условий:

- Респиратор физически не поврежден;

- Респиратор обеспечивает плотное прилегание к лицу, исключающее утечку воздуха под полумаску;

- Респиратор не создает избыточного сопротивления дыханию из-за повышенной влажности;

- Респиратор не имеет видимых следов контаминации биологическими жидкостями.

Если по крайней мере одно из вышеперечисленных условий не выполняется, безопасное повторное использование такого респиратора невозможно и он подлежит утилизации.

Если предполагается повторное использование респиратора, его маркируют инициалами пользователя, дезинфицируют ультрафиолетовым бактерицидным облучением, дают полностью высохнуть, если респиратор влажный, и до использования хранят в бумажном пакете или салфетке.

Допустимо применение УФБИ для обеззараживания наружной поверхности использованных респираторов и их повторного использования. УФБИ, не проникая глубоко внутрь фильтрующего материала, эффективно обеззараживает его облучаемую поверхность, резко снижая риск контактного инфицирования. Для обеззараживания поверхности респиратора его оставляют в тщательно расправленном виде наружной поверхностью вверх по направлению к УФБИ облучателю открытого типа на расстоянии не более 2 м от него на не менее чем 30 минут. Суммарной дозы УФБИ достаточно для надежного обеззараживания незатененной поверхности фильтрующей полумаски для безопасного повторного ее использования при соблюдении вышеперечисленных стандартных мер предупреждения контактного инфицирования.

Использованные респираторы нельзя мыть, механически чистить, обрабатывать дезинфектантами, обеззараживать высокими температурами, паром и т.д. Между периодами повторного использования респиратор должен храниться в расправленном виде в сухом чистом месте (в салфетке или бумажном пакете с инициалами пользователя). Передача респиратора для использования другим человеком не допускается.

Использование поверх правильно одетого респиратора медицинской (хирургической) маски позволяет резко снизить вероятность контаминации наружной поверхности респиратора биологическими жидкостями. При этом после каждого снятия респиратора маска подлежит утилизации, а респиратор может использоваться повторно.

8. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ ПАТОЛОГОАНАТОМИЧЕСКИХ ВСКРЫТИЙ

В случае смерти в стационаре больного с установленным при жизни диагнозом COVID-19 или отнесенного к категории "подозрительный и вероятный случай COVID-19" патологоанатомическое вскрытие в соответствии с Федеральным законом N 323-ФЗ от 21.11.2011 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" и приказом Минздрава России N 354н от 06.06.2013 "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий" проводится в патологоанатомических отделениях, обслуживающих данное учреждение здравоохранения. Отмена вскрытия не допускается. Категория сложности 5 (приложение 1 Приказа N 354н).

Администрация патологоанатомических бюро, патолого-анатомических отделений больниц и бюро судебно-медицинской экспертизы обеспечивает соблюдение требований СП 1.3.3118-13 "Безопасность работы с микроорганизмами I - II групп патогенности (опасности)" и другими нормативными и методическими документами в отдельной секционной.

В патологоанатомическом 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 патологоанатомического вскрытия таких трупов, утилизируются в соответствии с правилами и нормативами СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами".

Патологоанатомическое вскрытие осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава России N 354н в присутствии специалиста организации, уполномоченной осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Вскрытие проводит или его контролирует заведующий/наиболее опытный патологоанатом. Вскрытие должно быть проведено в максимально возможные ранние сроки. 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. Объем и вид биологического материала согласовывается с территориальным органом Роспотребнадзора.

В патологоанатомическом отделении проводится гистологическое исследование с изучением всех основных органов, подробным описанием морфологических изменений, особое внимание уделяя изменениям в органах дыхательной системы. В необходимых случаях следует использовать дополнительные окраски и методы исследования. Все диагностически значимые морфологические изменения необходимо по возможности фиксировать с помощью фото- (или видео-) съемки.

Для гистологического исследования забирают образцы каждого органа. Их фиксация по продолжительности должна соответствовать размерам кусочка. После фиксации кусочки ткани эпидемиологической опасности не представляют и дальнейшая пробоподготовка проводится обычным образом. Микроскопическое исследование включает в обязательном порядке: трахею (проксимальный и дистальный отделы); центральную часть легкого с сегментарными бронхами, правые и левые бронхи первого порядка; репрезентативные участки легочной паренхимы из правого и левого легкого. Кроме того, забирают фрагменты печени, селезенки, почки, сердца, надпочечника, поджелудочной железы, головного мозга с мягкой мозговой оболочкой, желудка, тонкой кишки, толстой кишки, внутригрудной лимфатический узел (например, бифуркационный), а при необходимости и других органов. При выявлении в ходе секционного исследования патологических изменений, необходимо взять фрагменты измененных органов и тканей. При необходимости, проводится маркировка образцов.

Окончательный патологоанатомический диагноз формулируется в соответствии с клиническими рекомендациями Российского общества патологоанатомов "Формулировка патологоанатомического 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 Российской Федерации, определенным его исполнительным органом в области здравоохранения, а, при необходимости, и ведущими специалистами страны из числа членов рабочей группы главного патологоанатома Минздрава России.

При формулировке патологоанатомического диагноза следует дифференцировать:

1) Наступление летального исхода от COVID-19, когда COVID-19 является основным заболеванием (первоначальной причиной смерти);

2) Наступление летального исхода от других заболеваний, при наличии COVID-19 (диагностированной с применением методов амплификации нуклеиновых кислот), но без ее клинико-морфологических проявлений, которые могли бы стать причиной смерти. При этом возможно обострение и неблагоприятное течение болезней органов кровообращения, онкологических и других заболеваний, которые и становятся причиной смерти. В таких ситуациях COVID-19 не должен расцениваться как основное заболевание (первоначальная причина смерти) и указывается в диагнозе как коморбидное заболевание. Следует также анализировать возможность развития ятрогенных осложнений и причин смерти, связанных, прежде всего, с терапией, проведением ИВЛ.

Наиболее частым осложнением COVID-19 является острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС).

Кроме того, зарегистрированы такие осложнения, которые также могут рассматриваться как непосредственная причина смерти:

- Острая сердечная недостаточность;

- Острая почечная недостаточность;

- Септический шок;

- ДВС;

- Полиорганная недостаточность (нарушение функций многих органов и систем);

- Вторичные бактериальные и грибковые инфекции.

9. МАРШРУТИЗАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ И ОСОБЕННОСТИ ЭВАКУАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ БОЛЬНЫХ ИЛИ ЛИЦ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА COVID-19

9.1. 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 соответствии с приказом Министерства здравоохранения 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" (в ред. от 27.03.2020 и от 02.04.2020) в виде скорой, первичной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях, а также в амбулаторных условиях (на дому).

В зависимости от степени тяжести состояния при подтверждении диагноза коронавирусной инфекции лечение осуществляют:

- Медицинские работники амбулаторных медицинских организаций на дому (в случае отсутствия у пациента клинических проявлений заболеваний или легком течении заболевания);

- В отделении для лечения инфекционных больных медицинской организации;

- В ОРИТ медицинской организации (при наличии показаний).

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.

9.2 Порядок организации 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.

9.2.1. Порядок организации скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи.

Руководителям медицинских организаций, оказывающих скорую медицинскую помощь, необходимо обеспечить:

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

- Информирование медицинских работников по вопросам профилактики, диагностики и лечения COVID-19.

- 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 11 к настоящим методическим рекомендациям.

- Выполнение Инструкции по соблюдению мер инфекционной безопасности для специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи согласно Приложению N 12 к настоящим методическим рекомендациям.

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

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

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

9.2.2. Порядок организации медицинской помощи в стационарных условиях.

Руководителям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях, необходимо обеспечить:

- 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.

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

- Госпитализацию пациентов с нетипичным течением ОРВИ, внебольничной пневмонией.

- Проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрения на инфекционное заболевание, вызванное штаммом SARS-CoV-2, в соответствии с требованиями Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

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

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

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

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

- Контроль концентрации дезинфицирующих средств в рабочих растворах.

- Увеличение кратности дезинфекционных обработок помещений медицинских организаций.

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

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

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

- Рассмотрение возможности переноса сроков оказания медицинской помощи в плановой форме.

9.2.3. Порядок организации медицинской помощи в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара.

Руководителям медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара, необходимо обеспечить:

- 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.

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

- Госпитализацию пациентов с нетипичным течением ОРВИ и внебольничной пневмонией.

- Проведение противоэпидемических мероприятий при выявлении подозрения на COVID-19.

- 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.

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

- Проведение обеззараживания воздуха и поверхностей в помещениях с использованием

бактерицидных облучателей и (или) других устройств для обеззараживания воздуха и (или) поверхностей.

- Контроль концентрации дезинфицирующих средств в рабочих растворах.

- Увеличение кратности дезинфекционных обработок помещений медицинских организаций.

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

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

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

- Указание медицинской помощи пациентам с ОРВИ в амбулаторных условиях, преимущественно на дому.

- 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.

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

- 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 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.

- 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 COVID-19.

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

9.3 Особенности эвакуационных мероприятий и общие принципы госпитализации больных или лиц с подозрением на COVID-19

Госпитализация пациента 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 действующими порядками, клиническими рекомендациями и стандартами.

При наличии жизнеугрожающих синдромокомплексов проводятся реанимационные мероприятия и интенсивная терапия по схемам, утвержденным в установленном порядке.

Транспортировка пациентов с инфекционным заболеванием осуществляется без транспортировочного изолирующего бокса (ТИБ) или в нем.

9.3.1 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.

9.3.2. 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.

9.3.3. 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 СП 3.4.2318-08 "Санитарная охрана территории Российской Федерации".

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.

9.4. Основные принципы оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях (на дому) пациентам с установленным диагнозом COVID-19

При получении положительного результата лабораторных исследований биологического материала пациента на наличие 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 COVID-19 плановые даты для повторного забора биологического материала (мазки из носо- и ротоглотки) - 3-й, 11-й дни;

- Организует осмотр работников медицинской организации, контактировавших с заболевшим пациентом, и, в случае выявления симптомов острой респираторной вирусной инфекции, забор у них биоматериала (мазки из носо- и ротоглотки) для лабораторного исследования на наличие 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.

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-го 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.

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 38,0 °C, ЧДД менее или равна 22 в мин., насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) более или равна 93%, для детей - 95% и более).

- Пациенту с положительным результатом теста на COVID-19 при легком течении заболевания рекомендуется назначать лечение в соответствии с данными методическими рекомендациями.

- 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 38,0 °C, появление затрудненного дыхания, одышки, появление или усиление кашля, снижение насыщения крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) менее 93%), а также о возможных способах обращения за медицинской помощью.

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

- 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, N 25, ст. 2954; 2011, N 50, ст. 7362).

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

- 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 COVID-19 по (рекомендуемый образец приведен в приложении к настоящим Основным принципам).

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

- Один или оба признака вне зависимости от высоты температуры: ЧДД 22 и более движений в минуту, насыщение крови кислородом по данным пульсоксиметрии (SpO2) 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, относящимися 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.

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.

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.

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 COVID-19 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.

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-coronavirusinfection/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/fbcliMwAR2hDHzpZEh5Nj360i2O%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-andresponse/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://solidaritessante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/coronavirus/coronavirus-questionsreponses

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):e7928

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-31january-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-novelcoronavirus-initial-investigation-of-possible-cases/investigation-and-initial-clinical-management-ofpossible-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 protocol for 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

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-ofNovel_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".

65. Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J Thromb Haemost. 2020 Mar 27. doi: 10.1111/jth.14817.

66. Zhang W, Zhao Y, Zhang F, Wang Q, Li T, Liu Z, Wang J, Qin Y, Zhang X, Yan X, Zeng X, Zhang S. The use of anti-inflammatory drugs in the treatment of people with severe coronavirus disease 2019 (COVID-19): The experience of clinical immunologists from China.

67. Gautret F., Lagier J-C., Parola P. et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID19: results of an openlabel non-randomized clinical trial. International Journal of Antimicrobial Agents

68. In Press 17 March 2020 - DOI: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105949

69. Кузьменков А.Ю., Трушин И.В., Авраменко А.А., Эйдельштейн М.В., Дехнич А.В., Козлов Р.С. AMRmap: Интернет-платформа мониторинга антибиотикорезистентности. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. 2017;19(2):84-90.

70. Carmeli Y. et al. Health and economic outcomes of antibiotic resistance in Pseudomonas aeruginosa. Arch Intern Med. 1999 May 24;159(10):1127-32.

71. https://grls.rosminzdrav.ru/Grls_View_v2.aspx?routingGuid=4a3c02bc-a256-48f2-90a8-14b48b7d197c&t=

72. Распоряжение Правительства РФ от 12 октября 2019 г. N 2406-р "Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов для медицинского применения на 2020 год..."

73. Pogue J., Kaye K., Veve M., et al. "Real World" treatment of multi-drug resistant (MDR) or extensively-drug resistant (XDR) P. aeruginosa infections with ceftolozane/tazobactam (C/T) versus a polymyxin or aminoglycoside (Poly/AG) based regimen: a multicenter comparative effectiveness study. Proceedings of the IDweek 2018, October 3 - 7, San Francisco, USA. Poster/Abstract 2406.

74. Xiao A., et al J Clin Pharm. 2016; 56(1): 56 - 66; Luzelena Caro, David P. Nicolau, Jan J. De Waele et al. Lung penetration, bronchopulmonary pharmacokinetic/pharmacodynamic profile and safety of 3 g of ceftolozane/tazobactam administered to ventilated, critically ill patients with pneumonia. Journal of Antimicrobial Chemotherapy, dkaa049, https://doi.org/10.1093/jac/dkaa049 Published: 24 March 2020

75. Tommaso Lupia*, Silvia Scabini, Simone Mornese Pinna, Giovanni Di Perri, Francesco Giuseppe De Rosa, Silvia Corcione "2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: A new challenge", Journal of Global Antimicrobial Resistance 21 (2020) 22 - 27

76. https://www.vmeda.org/wp-content/uploads/2020/03/koronavirus-metod-rekomendaczii.pdf

77. Lupia T. et al. 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak: A new challenge Journal of Global Antimicrobial Resistance Volume 21, June 2020, Pages 22 - 27

78. Fan HH, Wang LQ, Liu WL, An XP, Liu ZD, He XQ, Song LH, Tong YG. Repurposing of clinically approved drugs for treatment of coronavirus disease 2019 in a 2019-novel coronavirus (2019-nCoV) related coronavirus model. Chin Med J (Engl). 2020 Mar 6. doi: 10.1097/CM9.0000000000000797

79. Devaux CA, Rolain JM, Colson P, Raoult D. New insights on the antiviral effects of chloroquine against coronavirus: what to expect for COVID-19? Int J Antimicrob Agents. 2020 Mar 12:105938. doi: 10.1016/j.ijantimicag.2020.105938.

80. Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children show milder cases and a better prognosis than adults https://doi.org/10.1111/apa.15270

Приложение 1

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ ПРИ COVID-19

При оценке компьютерных томограмм выделяют следующие степени вероятности наличия КТ признаков вирусной пневмонии, которые могут соответствовать в том числе COVID-19:

Типичные проявления:

- снижение пневматизации легочной ткани по типу "матового стекла" с консолидацией или без нее, с утолщением внутридольковых септ ("булыжная мостовая") или без них;

- множественные участки снижения пневматизации легочной ткани по типу "матового стекла" округлой формы с консолидацией или без, с утолщением септ ("булыжная мостовая") или без них;

- "обратное гало" или другие признаки организующей пневмонии (в более поздних фазах заболевания);

- расположение преимущественно периферическое, двусторонний характер поражения.

Сомнительные проявления (отсутствие типичных проявлений):

- множественные диффузные участки снижения пневматизации легочной ткани по типу "матового стекла", расположенные в прикорневых отделах или имеющие одностороннюю локализацию с консолидацией или без, с недостатком специфического распределения, а также не округлые и расположенные не по периферии;

- очень мелкие участки "матового стекла", не округлые и расположенные не по периферии.

Атипичные признаки (отсутствие типичных и сомнительных проявлений):

- изолированная долевая или сегментарная консолидация без "матового стекла";

- узелки (солидные, по типу "дерева в почках");

- кавитация;

- утолщение междолькового интерстиция с плевральным выпотом;

- преимущественно односторонняя локализация;

- лимфаденопатия.

Сопоставление КТ-признаков с тяжестью заболевания при COVID-19 нецелесообразно.

Для оценки прогноза рекомендовано указание в протоколе шкалы вовлечения паренхимы в патологический процесс (таблица 3):

Таблица 3. Шкала вовлечения паренхимы легких в патологический процесс

Вовлечение паренхимы в патологический процесс:	
Последовательно оценить степень вовлечения каждой доли по 5-балльной шкале: 1 балл - < 5% 2 балла - 5 - 25% 3 балла - 25 - 49% 4 балла - 50 - 75% 5 баллов - > 75% Суммировать полученные баллы (максимально 25 баллов) Формула для подсчета процента поражения легких (максимально 100%): % поражения = общий балл x 4	Левой верхней доли вовлечено ...% легочной паренхимы. Левой нижней доли вовлечено ...% легочной паренхимы. Правой верхней доли вовлечено ...% легочной паренхимы. Правой средней доли вовлечено ...% легочной паренхимы. Правой нижней доли вовлечено ...% легочной паренхимы. Общий балл _____ Процент поражения _____%

В таблице 4 приведена оценка динамики течения заболевания по результатам КТ ОГК.

Таблица 4. Динамика развития рентгенологических признаков COVID-19

Стадии процесса	Примерная длительность, сутки	Доминирующие КТ-признаки	Локализация, распространенность	Особенности
Ранняя	0 - 4	Симптом "матового стекла", локальные ретикулярные изменения на фоне "матового стекла"	Субплеврально, преимущественно нижние доли, ограниченное число пораженных сегментов; одно- или двустороннее (50 - 75% случаев)	До 20 - 50% пациентов могут не иметь рентгенологических проявлений на этой стадии

			распространение	
Прогрессирования	5 - 8	Симптом "булыжной мостовой", диффузные симптомы "матового стекла", появление зон консолидации	Субтотальное, двустороннее распространение	-
Пиковая	9 - 13	Симптом консолидации, ретикулярность легочной паренхимы	Пик объема поражения примерно на 10 сутки, затем постепенное уменьшение объема поражения	Сохраняются симптомы "матового стекла", "булыжной мостовой". Редко - плевральный выпот
Разрешения	> 14	Частичное или полное разрешение (рассасывание). Симптом "матового стекла" может сохраняться как признак рассасывания (остаточные изменения - не более 3-х зон по типу "матового стекла", < 3 см по максимальному диаметру)	Уменьшение объема поражения, зон консолидации	Обязательно отсутствуют симптом "булыжной мостовой", плевральный выпот. Стадия может наблюдаться более 1 месяца

На результатах компьютерной томографии рентгенологические признаки воспалительных поражений могут отсутствовать у 18% пациентов с легким течением болезни и у 3% со средним/тяжелым, а также - на ранних сроках заболевания.

Компьютерная томография органов грудной клетки используется в стационарных условиях для диагностики, дифференциальной диагностики и оценки динамических изменений. Следует использовать протокол стандартной компьютерной томографии органов грудной клетки, установленные производителем оборудования. Сканирование проводится в высоком разрешении.

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).

Ультразвуковое исследование органов грудной клетки при COVID-19

В таблице 3 приведены типичные проявления COVID-19 по данным ультразвукового исследования.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) легких может быть использовано:

1. При массовом поступлении пациентов и недостаточной доступности компьютерной томографии (КТ) для сортировки пациентов - при выявлении УЗ-признаков интерстициальных изменений требуется КТ в срочном порядке, при отсутствии признаков интерстициальных изменений - КТ в плановом порядке.

По данным УЗИ можно выявить следующие признаки, указывающие на наличие интерстициальных изменений, которые в условиях пандемии COVID-19 могут быть расценены в пользу коронавирусной пневмонии: появление В-линий (артефактов) более трех в одном межреберном промежутке, их расширение более 1,0 см и слияние в сочетании с утолщением плевральной линии.

Выявленные данные изменения специфичны не только для вирусной пневмонии при COVID-19 и могут быть проявлением других заболеваний, что может повлечь большое количество ложноположительных результатов, если ориентироваться только на данные УЗИ.

2. Динамическое наблюдение за пациентами в стационаре и реанимации при недостаточной доступности КТ, оценка степени тяжести изменений.

Степень тяжести изменений оценивается на основании сочетания следующих УЗ-критериев:

- состояние плевральной линии;

- количество В-линий;

- наличие и объем консолидаций легочной ткани;

- наличие свободной жидкости.

Ультразвуковая картина может показывать положительную или отрицательную динамику, однако, принимать решение о переводе пациентов в ОРИТ или выписки из стационара на амбулаторное лечение необходимо принимать только с учетом клинико-лабораторных данных, пример использования данных УЗИ для маршрутизации представлен в Приложении.

УЗИ легких при пневмониях в повседневной практике не используется, поэтому врачи ультразвуковой диагностики РФ не обладают достаточными знаниями как об УЗ-изображении нормальной ткани, так и о патологических изменениях легочной ткани при интерстициальных изменениях. Массовое применение методики в качестве первичного метода диагностики коронавирусных пневмоний может привести к большому количеству как ложноположительных, так и ложноотрицательных результатов. Таким образом, методика оптимальна для сортировки и оценки динамики состояния - в таблице 6 приведена схема принятия решений.

Таблица 5. Типичные проявления COVID-19 по данным ультразвукового исследования

Степень тяжести	Ультразвуковые признаки
Легкая	Образование В-линий. Они представляют собой вертикальные гиперэхогенные линии (артефакты), прослеживаются от плевры вниз. Линии движутся вместе с дыханием, не сливаются между собой. УЗИ здорового человека может показывать до трех В-линий в одном межреберном промежутке. Тонкая плевральная линия утолщается и придает В-линиям округлую структуру. Зоны, где наблюдается повышенное число данных линий (более трех), граничат с зонами их отсутствия, что служит индикатором сегментарного поражения. Также плевральная линия утолщается, образуя очаговые субплевральные консолидации (безвоздушные гиперэхогенные зоны). При COVID-19 эти признаки проявляются в переднем сегменте легких
Средняя	Паттерн N 1. Возрастает число В-линий, прежде всего в базальных отделах, затем в других областях легких. Из-за увеличения числа линии сливаются. Положительная динамика будет проявляться уменьшением числа линий
Тяжелая	Паттерн N 2. Видна консолидация легких, т.е. снижение воздушности легочной ткани, когда изображение паренхимы легкого сопоставимо с изображением паренхимы печени - "гепатизация" ("опеченение"). Главные изменения видны, в основном, в заднебазальных отделах. Также возможно выявление плеврального выпота

Таблица 6. Оценки степени тяжести в зависимости от ультразвуковой картины и дальнейшая сортировка пациентов с COVID-19

N	Ультразвуковая картина	Течение	Маршрутизация, если соответствует клинико-лабораторным данным
1	Визуализация А-линий	нет интерстициальных изменений	амбулаторно
2	Наличие единичных В-линий в межреберном промежутке - незначительные интерстициальные изменения	легкое течение	амбулаторное наблюдение
3	Множественные В-линии, утолщение плевральной линии - умеренные интерстициальные изменения	средняя степень тяжести	стационарное, срочное КТ
4	Консолидации в базальных отделах	тяжелое течение	стационарное, ОРИТ, срочное КТ

При сканировании датчик располагают на верхушечном сегменте легкого (2-3-4 межреберье по парастернальной и среднеключичной линии), переднем базальном (по среднеключичной и передней подмышечной 4-5-6 межреберье) и наружно-базальном сегментах (по задне-подмышечной линии). Такое исследование позволяет выявить большую часть патологических изменений легочной ткани, даже без распространения процесса на плевру. Можно использовать любой тип датчика, однако конвексный низкочастотный датчик (3,5 - 5,0 МГц) предпочтительнее для пациентов с высоким индексом массы тела и отеками подкожно-жировой клетчатки. Высокочастотный линейный датчик (более 7,5 МГц) подходит для получения изображения между только двумя ребрами, однако обладает более четким разрешением на небольшой глубине.

Приложение 2

АЛГОРИТМ ДЕЙСТВИЙ ВРАЧА ПО ОБСЛЕДОВАНИЮ ПАЦИЕНТОВ, ПОДОЗРИТЕЛЬНЫХ НА COVID-19

Рисунок (не приводится)

Приложение 3

ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРОВЕДЕНИЮ ЭТИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Общие положения

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 198н от 19.03.2020 (в ред. от 27.03.2020 и от 02.04.2020) и Временными методическими рекомендациями по лабораторной диагностике нового коронавируса 2019 (2019-COVIDn), утвержденным Главным санитарным врачом Российской Федерации 30.03.2020, этиологическая лабораторная диагностика коронавирусной инфекции проводится во всех лабораториях Российской Федерации вне зависимости от их организационно-правовой формы (далее - Лаборатория), имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с возбудителями инфекционных заболеваний человека III - IV патогенности и условия для исследований с применением методов амплификации нуклеиновых кислот.

Для выявления возбудителя SARS-CoV-2 используются методы амплификации нуклеиновых кислот (без накопления возбудителя), с применением зарегистрированных в установленном порядке на территории Российской Федерации тест-систем, в соответствии с инструкцией по применению.

Этиологическая лабораторная диагностика COVID-19

В амбулаторных условиях для обследования пациентов применяются следующие алгоритмы. Взятие мазка из носа и ротоглотки в 1-й, 3-й и 11-й дни после обращения

Для пациентов взятие и исследование мазков из носа и ротоглотки в день обращения проводится по решению врача.

При помещении пациента в стационар обязательно исследование трех образцов биологических материалов, собранных в течение первых трех дней после появления симптомов заболевания.

Для выявления COVID-19 исследуются респираторные диагностические материалы, взятые у пациента: мазки из носоглотки и ротоглотки, мокрота, эндотрахеальный аспират, бронхоальвеолярный лаваж). Могут быть исследованы и другие виды диагностического материала: кровь (сыворотка, цельная кровь), моча.

Сбор, хранение и транспортировка диагностического материала

Взятие диагностического материала, его упаковка, маркировка и транспортировка осуществляется в соответствии с требованиями и правилами к работе с материалами, потенциально инфицированными возбудителями II группы патогенности, их хранении и транспортировки согласно МУ 1.3.2569-09 "Организация работы лабораторий, использующих методы амплификации нуклеиновых кислот при работе с материалом, содержащим микроорганизмы I - IV групп патогенности" и "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.

Взятие диагностического материала, его маркировка и упаковка выполняется медицинским работником, прошедший инструктаж по санитарно-эпидемиологическим требованиям и правилам биологической безопасности при работе с пациентами, потенциально инфицированными микроорганизмами II группы патогенности. Биологический материал (мазки из носоглотки, ротоглотки, моча, фекалии) может быть отобран самостоятельно пациентом согласно инструкции. Сотрудники, осуществляющие взятие диагностического материала, должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты: респираторы типа FFP2 или их эквивалент, или пневмошлем, обеспечивающий более высокий уровень защиты; очки для защиты глаз или защитный экран; противочумный костюм, одноразовые латексные (резиновые) перчатки; водонепроницаемый фартук.

Мазок из носоглотки или ротоглотки (зева) берется стерильным тампоном, который, после взятия материала помещается в стерильную пластиковую пробирку с транспортной средой (с учетом рекомендаций производителя применяемых тест-систем/наборов реагентов). Для повышения концентрации вируса носоглоточные и орофарингеальные мазки должны быть помещены в одну пробирку. Температура при транспортировке должна быть +2° - +8° С. Время хранения образцов до исследования не должна превышать 5 дней при +2° - +8° С, может быть больше при -20 °С или -70 °С.

Мокрота собирается в одноразовый стерильный пластиковый контейнер объемом - 30 - 50 мл, герметично закрывающийся завинчивающейся пробкой. Диаметр горлышка контейнера должен быть не менее 30 мм. Убедитесь, что собранный материал представляет собой мокроту (отделяемое нижних дыхательных путей). Транспортировка образцов может проводиться при температуре +2° - +8° С. Время хранения образцов до исследования не должна превышать 48

часов дней при +2° - +8° С. при хранении в транспортной среде, содержащей противогрибковые и антибактериальные препараты, более - при -20 °С или -70 °С.

Эндотрахеальный аспират, аспират носоглотки или смыв из носа собирается в стерильный одноразовый контейнер. Транспортировка образцов может проводиться при температуре +2° - +8° С. Время хранения образцов до исследования не должна превышать 48 часов дней +2° - +8 °С, более - при -20 °С или -70 °С.

Бронхоальвеолярный лаваж собирается в стерильный одноразовый контейнер. Транспортировка образцов может проводиться при температуре +2° - +8° С. Время хранения образцов до исследования не должна превышать 48 часов при 2° - +8° С, более - при -20 °С или -70 °С.

Ткани биопсии или аутопсии, включая легкие, помещаются в одноразовые контейнеры с физиологическим раствором, содержащим противогрибковые и антибактериальные препараты. собирается в стерильный одноразовый контейнер). Транспортировка образцов может проводиться при температуре 2° - +8° С. Время хранения образцов до исследования не должна превышать 24 часов при +2° - +8° С, более - при -20 °С или -70 °С.

Для идентификации образцов контейнеры/пробирки маркируются в месте сбора с использованием самоклеящихся этикеток с информацией, обеспечивающей однозначную идентификацию образца и его соответствие направлению.

Транспортировка герметично закрытых контейнеров с образцами в лабораторию осуществляется в специальных контейнерах/биксах. Направления и другая документация на бумажных носителях передается в отдельном полиэтиленовом пакете.

При необходимости пересылки образцов в лабораторию другого медицинского учреждения выполняются требования к пересылке инфекционных материалов II группы патогенности (СП 1.2.036-95 "Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I - IV групп патогенности").

Пробирки/контейнеры с образцами вместе с крышкой герметизируют различными пластификаторами (парафин, парафильм и др.); емкость маркируют. Образцы каждого пациента помещают в индивидуальный герметичный пакет с адсорбирующим материалом и дополнительно упаковывают в общий герметичный пакет.

Два или более образца одного пациента могут быть упакованы в один пластиковый пакет. Запрещается упаковывать образцы клинического материала от разных людей в одну упаковку.

Пакет с контейнерами помещают в герметично закрывающийся контейнер для транспортировки биологических материалов. Контейнер помещают в пенопластовый термоконтейнер с охлаждающими термоэлементами. Транспортный контейнер опечатывается и маркируется. В контейнер желательно поместить одноразовый индикатор, контролирующий соблюдение температуры от 2° до 8 °С.

Сопроводительные документы помещаются в индивидуальную упаковку отдельно от биологического материала и прочно прикрепляются снаружи контейнера.

Направление на исследование для этиологической диагностики COVID-19

Направление на лабораторное исследование оформляется в электронном виде (через систему

удаленной электронной регистрации, или в виде электронного заказа в программе МИС врачом-клиницистом), или на бумажном носителе.

Направление на лабораторное исследование должно содержать:

- персональные данные пациента, обеспечивающие его однозначную идентификацию;

- наименование направившего биоматериал отделения (организации);

- диагноз заболевания: "пневмония" или "исследование на COVID-19";

- указание вида диагностического материала;

- дату и время назначения лабораторного исследования;

- - дату и время взятия материала;

- фамилию, имя, отчество (при наличии) и должности врача либо другого уполномоченного представителя, назначившего лабораторное исследование.

- фамилию, имя, отчество (при наличии) медицинского работника, осуществившего взятие биоматериала.

При направлении диагностических материалов для исследования в лабораторию другой медицинской организации, помимо сведений, перечисленных выше, должно быть указано наименование медицинской организации, в которую направляется диагностический материал.

Приложение 4

ПЕРЕЧЕНЬ
ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДИАГНОСТИЧЕСКИХ НАБОРОВ РЕАГЕНТОВ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РНК SARS-COV-2
(ПО СОСТОЯНИЮ НА 06.03.2020)

Дата государственной регистрации медицинского изделия	Регистрационный номер медицинского изделия	Наименование медицинского изделия	Наименование организации - производителя медицинского изделия или организации - изготовителя медицинского изделия	Место нахождения организации - производителя медицинского изделия или организации - изготовителя медицинского изделия
11.02.2020	РЗН 2020/9677	Набор реагентов для выявления РНК коронавируса 2019-nCoV методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией "Вектор-ПЦРрв-2019-nCoV-RG" по ТУ 21.20.23-088-05664012-2020	ФБУН ГНЦ ВБ "Вектор" Роспотребнадзора	630559, Россия, Новосибирская область, р. п. Кольцово
14.02.2020	РЗН 2020/9700	Набор реагентов для выявления РНК коронавирусов SARS/COVID-19 методом ПЦР с гибридизационно-флуоресцентной детекцией "Вектор-OneStepПЦР-CoV-RG" по ТУ 21.20.23-089-05664012-2020	ФБУН ГНЦ ВБ "Вектор" Роспотребнадзора	630559, Россия, Новосибирская область, р. п. Кольцово
20.03.2020	РЗН 2020/9845	Набор для выявления РНК коронавируса SARS-CoV-2 в биологическом материале методом изотермической амплификации в режиме реального времени в вариантах исполнения по ТУ 21.20.23-001-39070608-2020	ООО "СМАРТЛАЙФКЕА"	109316, Россия, Москва, Волгоградский пр-кт, д. 42, к. 24, ком. 27.2
25.03.2020	РЗН 2014/1987	Набор реагентов для выявления РНК коронавирусов, вызывающих тяжелую респираторную	ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзо	111123, Россия, Москва, ул. Новогиреевская

		инфекцию: MERS-Cov (Middle East respiratory syndrome coronavirus) и SARS-Cov родственных вирусов (Severe acute respiratory syndrome coronavirus, Severe acute respiratory syndrome coronavirus-2), в биологическом материале методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с гибридизационно-флуоресцентной детекцией "АмплиСенс(R) CoVs-Bat-FL" по ТУ 9398-224-01897593-2013	ра	, д. 3А
27.03.2020	РЗН 2020/9896	Набор реагентов для выявления РНК коронавируса SARS-CoV-2 методом ОТ-ПЦР в режиме реального времени (РеалБест РНК SARS-CoV-2) по ТУ 21.20.23-106-23548172-2020	АО "Вектор-Бест"	630559, Россия, Новосибирская область, р.п. Кольцово, а/я 121
27.03.2020	РЗН 2020/9765	Набор реагентов для выявления РНК коронавируса SARS-CoV-2 тяжелого острого респираторного синдрома (COVID-19) методом полимеразной цепной реакции "АмплиТест SARS-CoV-2"	ФГБУ "ЦСП" Минздрава России	119121, Россия, Москва, ул. Погодинская, д. 10, стр. 1
27.03.2020	РЗН 2020/9904	Набор реагентов для выявления РНК коронавируса SARS-CoV-2 методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией ПОЛИВИР SARS-CoV-2	ООО НПФ "Литех"	119435, Россия, г. Москва, ул. Малая Пироговская, д. 1, стр. 3
01.04.2020	РЗН 2020/9948	Набор реагентов для выявления РНК коронавирусов SARS-CoV-2	ООО "ДНК-Технология ТС"	117246, Россия, Москва,

		и подобных SARS-CoV методом обратной транскрипции и полимеразной цепной реакции в режиме реального времени (SARS-CoV-2/SARS-CoV) по ТУ 21.20.23-116-46482062-2020		Научный пр-д, д. 20, стр. 4
02.04.2020	РЗН 2020/9957	Набор реагентов для выявления РНК SARS-CoV-2 методом петлевой изотермальной амплификации "Изотерм SARS-CoV-2 РНК-скрин" по ТУ 21.20.23-069-26329720-2020	АО "ГЕНЕРИУМ"	601125, Россия, Владимирская область, Петушинский район, п. Вольгинский, ул. Заводская, стр. 273

Приложение 5

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ, КОТОРЫЕ ЗАПРЕЩЕНО ИЛИ НЕ ЖЕЛАТЕЛЬНО ПРИНИМАТЬ С ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИЕЙ COVID 19 <1>

МНН лекарственного препарата	Этиотропная терапия COVID 19		
	Лопинавир/ритонавир	Хлорохин	Гидроксихлорохин
Антиретровирусные препараты <2>			
Лопинавир/ритонавир	Не применимо	Не желательно	Не желательно
Атазанавир	Не применимо	Не желательно	Не желательно
Саквинавир	Не применимо	Запрещено	Запрещено
Рилпивирин/тенофовир/эмтрицитабин	Не применимо	Не желательно	Не желательно
Антиаритмики			
Амиодарон	Запрещено <3>	Запрещено	Запрещено
Антимикробные средства			
Рифампицин	Запрещено	Запрещено	Запрещено
Рифапентин	Не желательно <4>	Запрещено	Запрещено
Дезаггреганты			
Апиксабан	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Клопидогрел	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Ривароксабан	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Тикагрелор	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Антиконвульсанты			
Карбамазепин	Не желательно	Запрещено	Запрещено
Фенобарбитал	Не желательно	Запрещено	Запрещено
Примидон	Не желательно	Запрещено	Запрещено

Антипсихотические средства (нейролептики)			
Кветиапин	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Зипрасидон	Запрещено	Запрещено	Запрещено
Снотворные и седативные средства			
Мидазолам	Запрещено	Разрешено	Разрешено
Противорвотные			
Домперидон	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Диуретические калий сберегающие средства			
Эплеренон	Запрещено	Разрешено	Разрешено
Антиангинальные средства			
Ивабрадин	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Ранолазин	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Гиполипидемические средства			
Ловастатин	Запрещено	Разрешено	Разрешено
Симвастатин	Запрещено	Разрешено	Разрешено
Иммунодерпессивные средства			
Сиролимус	Запрещено	Не желательно	Не желательно
Глюкокортикостероиды для местного применения			
Будесонид	Запрещено	Разрешено	Разрешено
Флутиказон	Запрещено	Разрешено	Разрешено
Глюкокортикостероиды			
Триамцинолон	Запрещено	Разрешено	Разрешено

Примечание:

<1> Данная таблица содержит список основных лекарственных взаимодействий, с полным перечнем можно ознакомиться на сайте https://www.covid19-druginteractions.org/.

<2> Основные взаимодействия хлорохина и гидроксихлорохина с антиретровирусными препаратами связаны с потенцированием пролонгирования интервала QT, вытекающей опасностью фибрилляции желудочков, необходимостью частого мониторирования ЭКГ у данных

больных.

<3> Запрещено - серьезные лекарственные взаимодействия, исключающие совместное назначение лекарственных средств.

<4> Не желательно - потенциальные лекарственные взаимодействия, которые требуют специального (пристального) мониторирования, изменения дозирования или времени приема препаратов.

Приложение 6

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ ТОЦИЛИЗУМАБ

Рисунки (не приводятся)

Приложение 7

СПИСОК ВОЗМОЖНЫХ К НАЗНАЧЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ У ВЗРОСЛЫХ

Препарат (МНН)	Механизм действия	Формы выпуска	Схемы назначения	Противопоказания, особые указания, побочные эффекты	Ссылки
Гидроксихлорохин	Используются для лечения малярии и некоторых системных заболеваний соединительной ткани. Блокирует репликацию вируса, подавляет его цитопатическое действие и предотвращает стимуляцию неспецифического воспалительного ответа, которая отмечена у пациентов с COVID-19.	Таблетки	400 мг 2 раза в первые сутки (утро, вечер), затем 200 мг 2 раза в сутки (утро, вечер) в течение 6 дней	Часто вызывают нарушение сна, анорексию, тромбоцитопению, головную боль. С осторожностью пациентам с удлиненным интервалом QT, нарушением сердечного ритма	13, 50
Хлорохин			500 мг 2 раза в сутки в течение 7 дней		13, 14, 23, 50, 51, 59
Мефлохин			1-й день: 250 мг 3 раза в день каждые 8 часов. 2-й день: 250 мг 2 раза в день каждые 12 ч. 3-й - 7-й дни: 250 мг 1 раз в день в одно и то же время.		26, 78, 79
Азитромицин	Полусинтетический антибиотик из группы макролидов, имеются данные о повышении эффективности в отношении COVID-19 при совместном применении с гидроксихлорохином.	Таблетки Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенных инфузий	500 мг per os или в/в 1 раз в сутки 5 дней	Часто вызывает нарушения зрения, слуха, диарею, боли в животе, артралгии, лимфопению, сыпь. С осторожностью пациентам с удлиненным интервалом QT.	67
Тоцилизумаб	Препарат на основе моноклональных антител, ингибирует рецепторы ИЛ-6. При лечении COVID-19 предназначен для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением: с острым	Концентрат для приготовления раствора для инфузий	400 мг разводят в 100 мл 0,9% раствора NaCl, вводят внутривенно капельно в течение 60 минут, при недостаточном эффекте повторить введение через 12 ч.	Противопоказан пациентам с другими активными инфекциями.	59, 66

	респираторным дистресс-синдромом, тяжелым жизнеугрожающим синдромом высвобождения цитокинов.		Однократно вводить не более 800 мг.		
Надропарин кальция	Низкомолекулярный гепарин, антикоагулянт прямого действия	Раствор для инъекций	4000 МЕ в день подкожно (или 100 ед на кг веса) х 2 раза в день до купирования симптомов	Большие дозы могут спровоцировать кровотечения различной локализации.	65
Лопинавир + Ритонавир	Лопинавир - ингибитор ВИЧ-1 и ВИЧ-2 протеазы ВИЧ. Ритонавир - ингибитор аспартилпротеаз ВИЧ-1 и ВИЧ-2	Таблетки Суспензия	400 мг + 100 мг per so каждые 12 часов в течение 14 дней. Может вводиться в виде суспензии 400 мг + 100 мг (5 мл) каждые 12 часов в течение 14 дней через назогастральный зонд.	Назначение лопинавира/ритонавира больным с ВИЧ-инфекцией только по согласованию с врачом СПИД Центра. Учитывать лекарственное взаимодействие с др. препаратами.	18, 33, 59
Рекомбинантный интерферон бета-1b	Применяется для лечения рассеянного склероза, обладает противовирусным и иммуномодулирующим эффектом.	Раствор	0.25 мг/мл (8 млн МЕ) подкожно в течение 14 дней (всего 7 инъекций)	Часто вызывает гриппоподобный симптомокомплекс, реакции в месте введения препарата	25
Рекомбинантный интерферон альфа	Обладает местным иммуномодулирующим, противовоспалительным и противовирусным действием.	Раствор	По 3 капли в каждый носовой ход (3000 МЕ) 5 раз в день в течение 5 дней		11, 33, 42, 59

Приложение 8

РЕКОМЕНДОВАННЫЕ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЯЖЕСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Форма заболевания	Возможные варианты схем лечения
Легкие формы	Схема 1: Гидроксихлорохин ИЛИ Схема 2: Хлорохин ИЛИ Схема 3: Мефлохин
Средне-тяжелые формы (пневмония без дыхательной недостаточности) у пациентов младше 60 лет без сопутствующих хронических заболеваний	Схема 1: Гидроксихлорохин ИЛИ Схема 2: Хлорохин ИЛИ Схема 3: Мефлохин
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: Мефлохин + азитромицин ИЛИ Схема 3: Лопинарвир/ритонавир + рекомбинантный интерферон бета-1b
Тяжелые формы (пневмония с развитием дыхательной недостаточности, ОРДС, сепсис)	Схема 1: Гидроксихлорохин + азитромицин +/- тоцилизумаб ИЛИ Схема 2: Мефлохин + азитромицин +/- тоцилизумаб ИЛИ Схема 3: Лопинавир/ритонавир + рекомбинантный интерферон бета-1b +/- тоцилизумаб;

Приложение 9

Рисунок (не приводится)

Приложение 10

РЕКОМЕНДОВАННЫЕ СХЕМЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ COVID-19

Группа	Рекомендованная схема
Здоровые лица	Рекомбинантный интерферон альфа. Капли или спрей в каждый носовой ход 5 раз в день, до 1 месяца (разовая доза - 3000 МЕ, суточная доза - 15000 - 18000 МЕ).
Постконтактная профилактика у лиц при единичном контакте с подтвержденным случаем COVID-19	1. Гидроксихлорохин 1-й день: 400 мг 2 раза (утро, вечер), далее по 400 мг 1 раз в неделю в течение 3 недель; 2. Мефлохин 1-й и 2-й дни: 250 мг 2 раза (утро, вечер), 3-й день: 250 мг в сутки, далее по 250 мг 1 раз в неделю в течение 3 недель.
Профилактика COVID-19 у лиц, находящихся в очаге заражения	1. Гидроксихлорохин 1-й день: 400 мг 2 раза с интервалом 12 ч, далее по 400 мг 1 раз в неделю в течение 8 недель; 2. Мефлохин 1-й и 2-й дни: 250 мг 2 раза с интервалом 12 ч, 3-й день: 250 мг в сутки, далее по 250 мг 1 раз в неделю в течение 8 недель.

Приложение 11

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/korono_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 12

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.

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

МЕ - международные единицы измерения

МНО - международное нормализованное отношение

МО - медицинская организация

НИВЛ - 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

FiO_2 - концентрация кислорода в дыхательной смеси

MDR - штаммы с множественной резистентностью

MERS - Ближневосточный респираторный синдром

MERS-CoV - коронавирус, вызвавший вспышку Ближневосточного респираторного синдрома

MRSA - метициллин-резистентный золотистый стафилококк

$PaCO_2$ - парциальное давление в крови углекислого газа

PaO_2 - парциальное давление в крови кислорода

PEEP - постоянно положительное давление в дыхательных путях (Positive End Expiratory Pressure)

PvO_2 - напряжение кислорода в венозной крови

SARS (ТОРС) - тяжелый острый респираторный синдром

SARS-CoV - коронавирус, вызвавший вспышку тяжелого острого респираторного синдрома

SARS-CoV-2 - новый коронавирус, вызвавший вспышку инфекции в 2019 - 2020 гг.

SARS-CoV-2 - новый коронавирус, вызвавший вспышку инфекции в 2019 - 2020 гг.

SOFA - шкала SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) для оценки органной недостаточности, риска смертности и сепсиса

SpO_2 - уровень насыщенности крови кислородом (сатурация)

T - температура тела

Vt - дыхательный объем (мл)/масса тела (кг) пациента

XDR - штаммы с экстремальной резистентностью

СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ

Камкин Евгений Геннадьевич - заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации

Костенко Наталья Алексеевна - директор Департамента организации экстренной медицинской помощи и управления рисками здоровью Министерства здравоохранения Российской Федерации

Каракулина Екатерина Валерьевна - директор Департамента организации медицинской помощи и санаторно-курортного дела Министерства здравоохранения Российской Федерации

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"

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

Байбарина Елена Николаевна - директор департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения Российской Федерации

Баранов Александр Александрович - главный внештатный специалист педиатр, научный руководитель Федерального государственного автономного научного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

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

Бойко Елена Алексеевна - начальник отдела координационно-аналитического центра по обеспечению химической и биологической безопасности федерального государственного бюджетного учреждения "Центр стратегического планирования и управления медикобиологическими рисками здоровью" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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)

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

Веселова Елена Игоревна - научный сотрудник отдела инфекционной патологии Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Волчкова Елена Васильевна - заведующая кафедрой инфекционных болезней Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова

Волченков Григорий Васильевич - главный врач государственного бюджетного учреждения здравоохранения Владимирской области Центр специализированной фтизиопульмонологической помощи

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

Даниленко Дарья Михайловна - заместитель директора по научной работе Федерального государственного бюджетного учреждения "Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Дмитриев Александр Сергеевич - врач-инфекционист группы анализа оказания медицинской помощи при инфекционных болезнях Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Зайцев Андрей Алексеевич - главный пульмонолог Министерства обороны Российской Федерации, главный пульмонолог Федерального государственного бюджетного учреждения "Главный военный клинический госпиталь имени академика Н.Н. Бурденко" Министерства обороны Российской Федерации

Зюзя Юлия Рашидовна - врач-патологоанатом Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Иванов Дмитрий Олегович - главный внештатный специалист неонатолог Министерства здравоохранения Российской федерации, ректор ФГБУ ВО Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета

Исаева Ирина Владимировна - заместитель начальника Штаба Всероссийской службы медицины катастроф Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Каминский Григорий Дмитриевич - руководитель отдела инфекционной патологии Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Клюев Олег Игоревич - заведующий отделением анестезиологии и реанимации с палатами реанимации и интенсивной терапии Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Лиознов Дмитрий Анатольевич - исполняющий обязанности директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Научно-исследовательский институт гриппа им. А.А. Смородинцева" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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"

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"

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

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

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

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

Морозов Сергей Павлович - главный внештатный специалист по лучевой и инструментальной диагностике Минздрава России по Центральному Федеральному округу Российской Федерации, директор государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Научно-практический клинический центр диагностики и телемедицинских технологий Департамента здравоохранения Москвы"

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

Омельяновский Виталий Владимирович - генеральный директор Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Панова Анна Евгеньевна - заведующая отделением лабораторной диагностикии Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Пименов Николай Николаевич - заведующий лабораторией эпидемиологии инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Проценко Денис Николаевич - главный внештатный специалист по анестезиологии - реаниматологии Департамента здравоохранения города Москвы, Главный врач ГБУЗ Городская клиническая больница N 40 ДЗМ, доцент кафедры анестезиологии и реаниматологии ГБОУ ВПО "РНИМУ имени Н.И. Пирогова" Минздрава России

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

Родин Александр Анатольевич - заведующий отделением лучевой диагностики Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Романов Владимир Васильевич - заместитель руководителя Федерального

медикобиологического агентства

Русских Анастасия Евгеньевна - научный сотрудник отдела дифференциальной диагностики и лечения туберкулеза и сочетанных инфекций Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Самойлова Анастасия Геннадьевна - первый заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

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

Сухоруких Ольга Александровна - начальник отдела медицинского обеспечения стандартизации Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр экспертизы и контроля качества медицинской помощи" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Трагира Ирина Николаевна - руководитель центра инфекционных болезней Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

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

Усков Александр Николаевич - главный внештатный специалист по инфекционным болезням у детей ФМБА России, заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства"

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

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

Цинзерлинг Всеволод Александрович - заведующий НИО патоморфологии ФГБУ "НМИЦ им. В.А. Алмазова" Министерства Здравоохранения Российской Федерации

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

Шипулин Герман Александрович - заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Центр стратегического планирования и управления медико-биологическими рисками здоровью" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Шлемская Валерия Вадимовна - заместитель директора Федерального государственного бюджетного учреждения "Всероссийский центр медицины катастроф "Защита" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Шульгина Марина Владимировна - советник директора по науке Федерального государственного бюджетного учреждения "Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний" Министерства здравоохранения Российской Федерации

Ярошецкий Андрей Игоревич - заведующий отделом анестезиологии и реаниматологии НИИ Клинической хирургии Российского Национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова

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:

$$П_{п} = 1,15 \cdot Р \cdot К, \text{ где}$$

$П_{п}$ – 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, триметопримом, 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
Сульфамонометоксин/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
Сульфаметоксин/ 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)	I
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)	I
9	Емкость для замачивания аптечной посуды (10—15 л)	I
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	I
16	Рабочий стол или тумбочка	I
17	Центрифуга на 3000 об./мин	I
18	Набор флаконов для определения удельного веса плазмы	1
19	Штатив для внутривенной трансфузии	2
20	Грелка	5
21	Тонометр с фонендоскопом	I
22	Электрокардиограф портативный с автономным питанием	I
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°C (для P. vivax) и +18°C (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	Кровь из сердца, кусочки селезенки, лимфатических узлов, печени	I тип противочумного костюма

		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 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 наблюдаться «гусиная кожа». Трупные пятна	Содержимое кишечника и желчного пузыря	II тип противочумного костюма

		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, точечные кровоизлияния в вещество мозга.	Кровь, кусочки внутренних органов	I тип противочумного костюма
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	Содержимое везикул, соскоб с основания везикул, кровь.	I тип противочумного костюма

		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.		
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 мозга и мозжечка. Полнокровие почек.	Кровь и кусочки печени, селезенки, головного мозга	Не регламентирована
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	Вторая неделя	Отек и кровоизлияния в вещество мозга.		*

синдром	болезни	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 недостаточности.	На ранних сроках кровь	Не регламентирована
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 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.	Кровь и кусочки внутренних органов (легких, печени, почек, селезенки, лимфатических узлов).	I тип противочумного костюма
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	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

		некротических тканей ушных раковин, 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

---

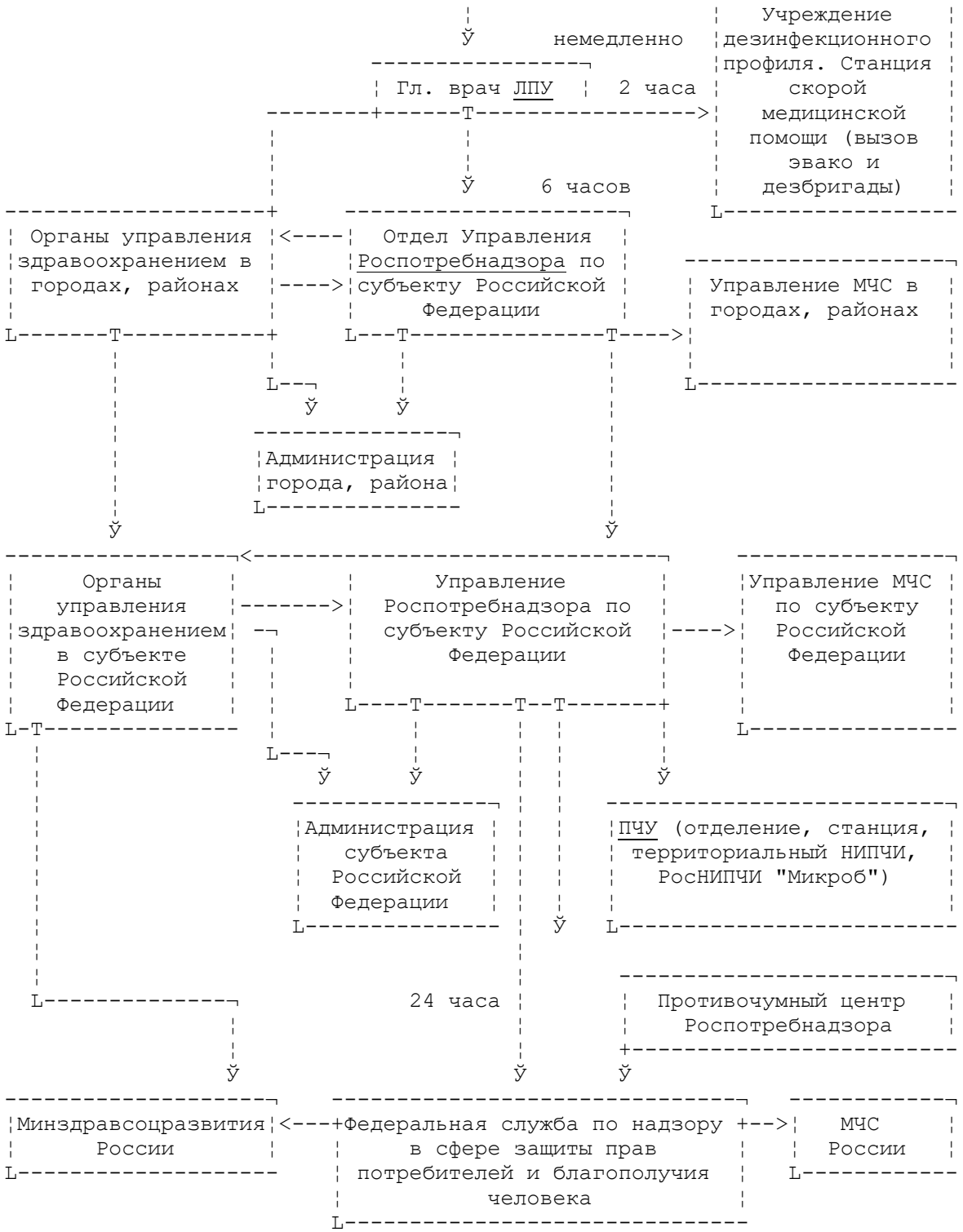
* вскрытие не проводится

Приложение 2
(обязательное)

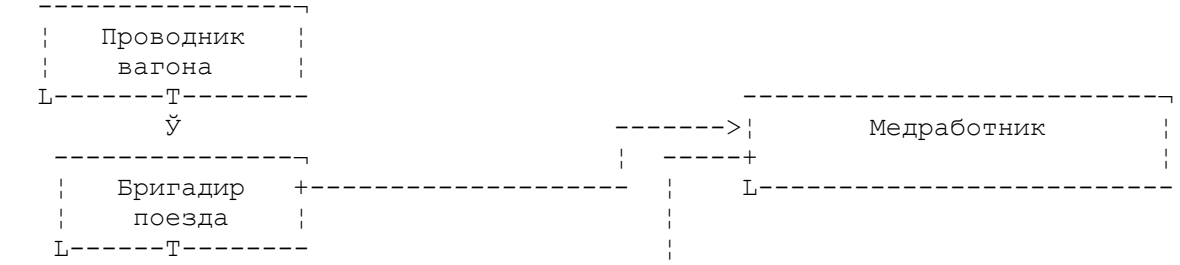
Схема
информации при выявлении подозрительного больного (трупа)

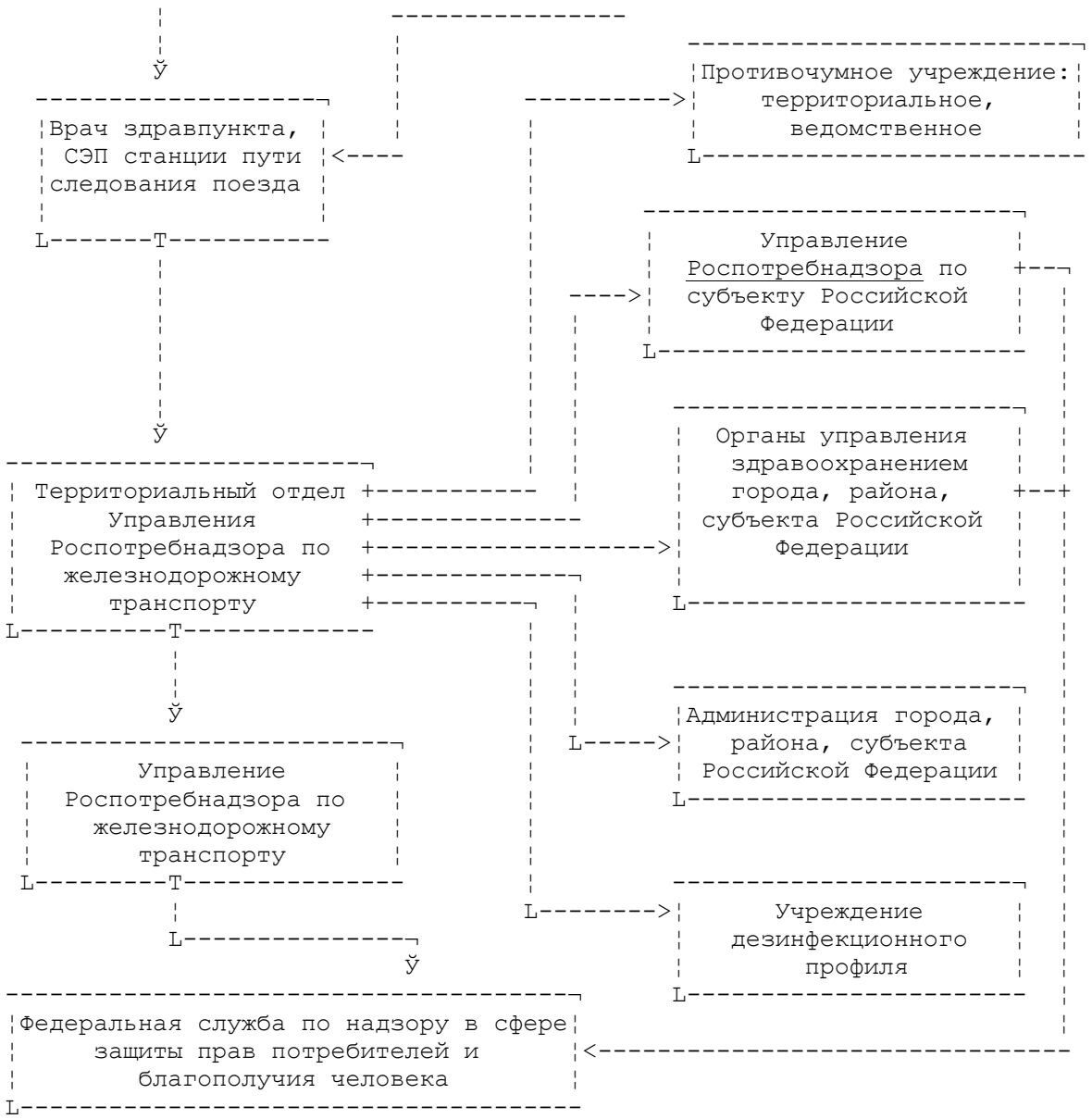
2.1. В лечебно-профилактическом учреждении, на дому, по месту работы, в гостинице



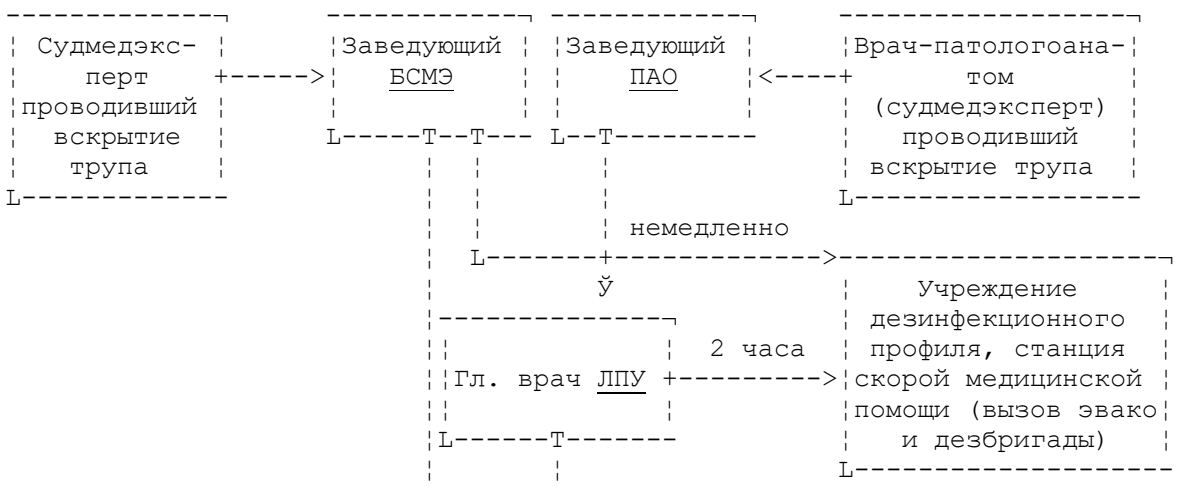


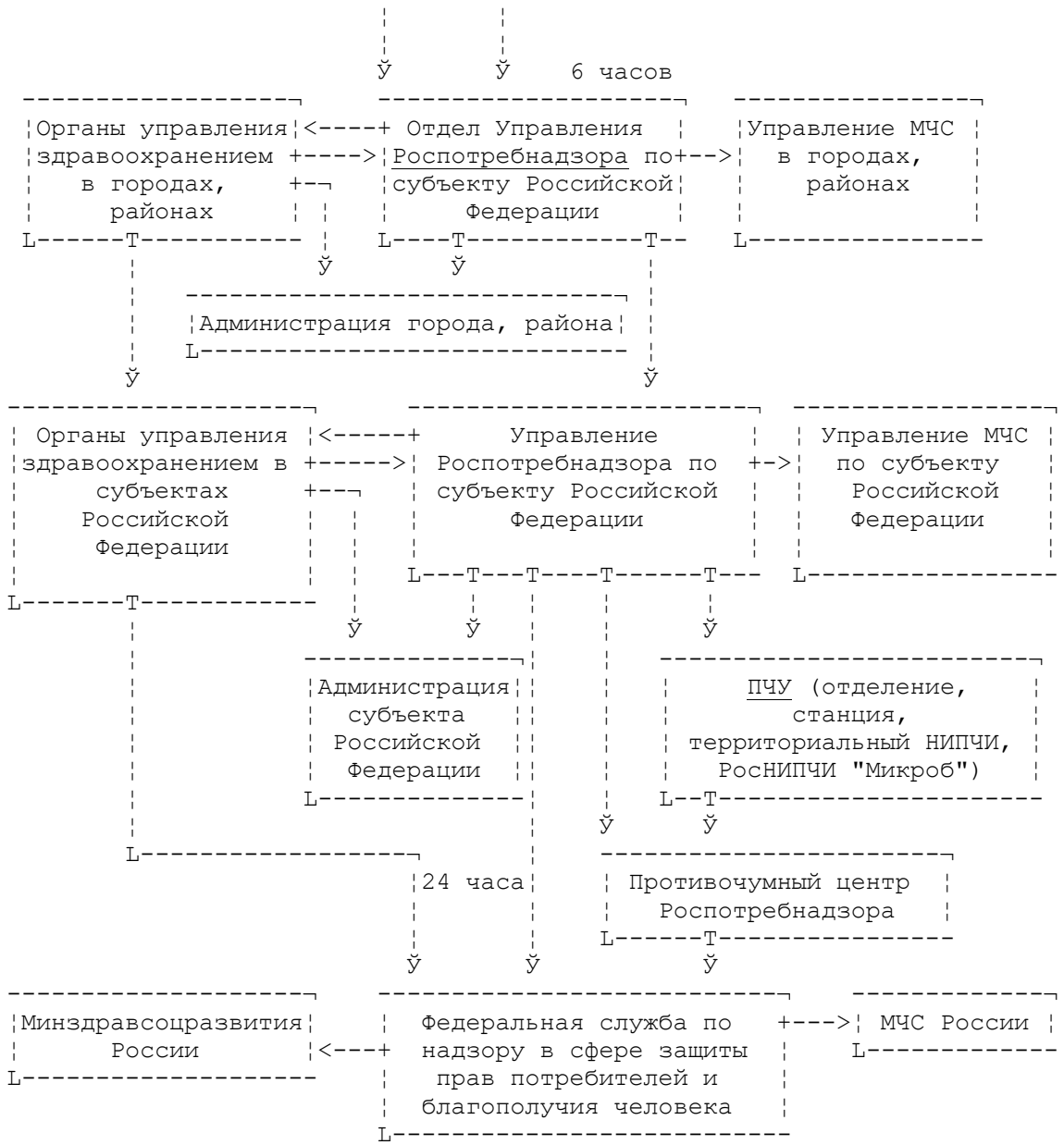
2.2. Схема информации при выявлении подозрительного больного (трупа) в вагоне поезда





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 возникновения	Немедленно при возникновении	Врачи поликлиники

	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	Главный врач (заместитель) больницы,

		обнаружения больного	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 продолжения эпидемических проявлений. Переход на трехсменную работу.	После подтверждения диагноза	Гл. врач, Заведующий 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

№	Мероприятия	Срок	Ответственный исполнитель

п/п		**исполнения**	
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 с действующими санитарными правилами по безопасности работы, забор материала для исследований, подготовка к захоронению трупа.	После приезда 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/тримето	"	1,0/0,4	2	2,0/0,8	14,0/5,6	7

прим						
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 - 5 мг/кг	2	1,2	2,4	2
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 прединъекционная 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 полимерным покрытием	1 шт
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°С) 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 (рН 7,2), остальной материал используют в дальнейшем для посева на агар, заражения биопробных животных, а также постановки серологических реакций, приготовления мазков.

Забор материала от трупа для лабораторного исследования производят стерильными инструментами. Вырезанный для исследования кусочек органа помещают в отдельную банку, после чего инструменты каждый раз вытирают увлажненным тампоном, смачивают в спирте и обжигают над пламенем горелки. 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 (рН *).

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-эпидемиоло-гическое 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 беззараживанию**	**Способ обеззараживания**	**Обеззараживающее средство**	**Время обеззараживания (мин.)**	**Норма расхода обеззараживающего средства**
1	2	3	4	5	6
1	Поверхности в помещениях (пол, стены, двери), мебель, оборудование, рабочий стол, индивидуальные шкафы и др. мебель, помещение вивария	Орошение или протирание с последующей влажной уборкой	1% раствор Хлорамина Б	60	Орошение - 300 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	60	

			медицинской		
		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,	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	1% раствор Хлорамина Б	120	5 л на 1 кг сухого

	фекалии и др.) или кровью	последующей стиркой	3% раствор Хлорамина Б	30	белья
			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,	Двукратное	3% раствор по ПВ	30	

	фонендоскоп и др.	протирание с интервалом 15 мин. с последующим споласкиванием водой	водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства		
			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, пробирки, колбы), шприцы	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кГс/см2) (0,15 МПа), 126+2°С	60	
		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	1% раствор Хлорамина Б	120	2 л на 1 комплект посуды
			3% раствор РИК-Д	60	

		тщательным споласкиванием горячей водой	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 перчатках	Погружение и мытье	Дезинфицирующие растворы, указанные в п. 3	2	
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	Дихлор-1	15	0,5 г/100 см2

		ветошью, на которую наносят чистяще-дезинфицирующие средства с последующим смыванием	Белка	15	поверхности
			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	120	На 1 часть мусора 2 части

			извести		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 аммиака).	5	

_____

* 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	60	500 мл/м2

			Тепсихлора 70А		
			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 влажной уборкой	2% по ПВ раствор ПВК	90	900 мл/м2 для пористых, впитывающих поверхностей (штукатурка, кирпич и др.) 500 мл/м2 для непористых, не впитывающих поверхностей
			4% по ПВ раствор ПВК	60	
			6% раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	60	
			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	120	

			термостойкой извести, или ДСГК		
			1% по АХ активированный раствор Хлорамина Б	120	
			3,5% активированный раствор Тепсихлора 70А	60	
		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%	60	

			моющего средства при температуре 50°С		
			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 соды	60	
		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	60	

			Клорсепта (таблетки)		
			3,5% по АХ активированный раствор Тепсихлор 70А	90	
			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 водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства при начальной температуре раствора 50°С	2	
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	

	полотенца, носовые платки и др.), загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и др.	Погружение в раствор с последующим полосканием в воде и стиркой	3% раствор Хлорамина Б	120	
			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, фонендоскоп	Двукратное протирание с последующим споласкиванием водой	6% по ПВ раствор водорода перекиси медицинской	15	

		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% моющего средства	60	
8.	Посуда больного	Кипячение вместе с остатками пищи	2% раствор пищевой соды	30	
		Погружение в раствор дезинфицирующего	3% раствор Хлорамина Б	60	

		средства, последующее промывание в горячей мыльной воде, а затем в питьевой воде	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),	Засыпать препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь	120	200 г/кг

	остатки пищи		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	120	Мусор 1 часть дезраствор 2

			термостойкой извести		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	До 100 100-300 301-500 501-1 млн.	8 16 25 40

помощи		
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.	Энтеровирусный менингит, японский энцефалит, лептоспироз, малярия, менингококковый менингит, полиомиелит, бешенство и другие лиссавирусы, вирусы клещевого энцефалита, трипаносомоз

		Тяжелое течение болезни и отсутствие известных предрасполагающих факторов	

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,	Сибирская язва, арбовирусные лихорадки, бруцеллез, лихорадка Денге, хантавирусная инфекция, геморрагическая лихорадка Ласса, лептоспироз, болезнь Лайма, чума, возвратный тиф, лихорадка долины Рифт, брюшной тиф, вирусный

		суставах, спине; - сыпь. Отсутствие известных предрасполагающих факторов	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.

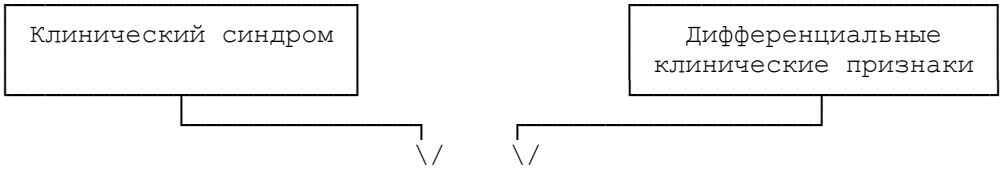
Схема 1

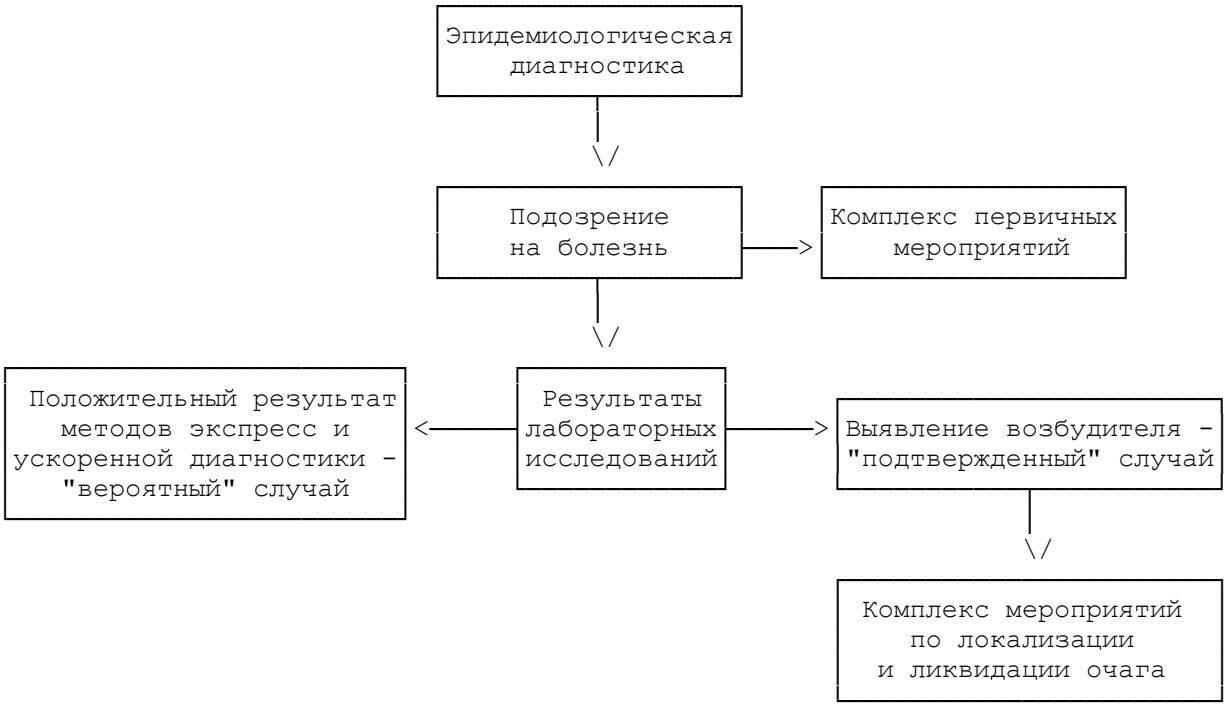
Порядок эпидемиологической диагностики,

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.

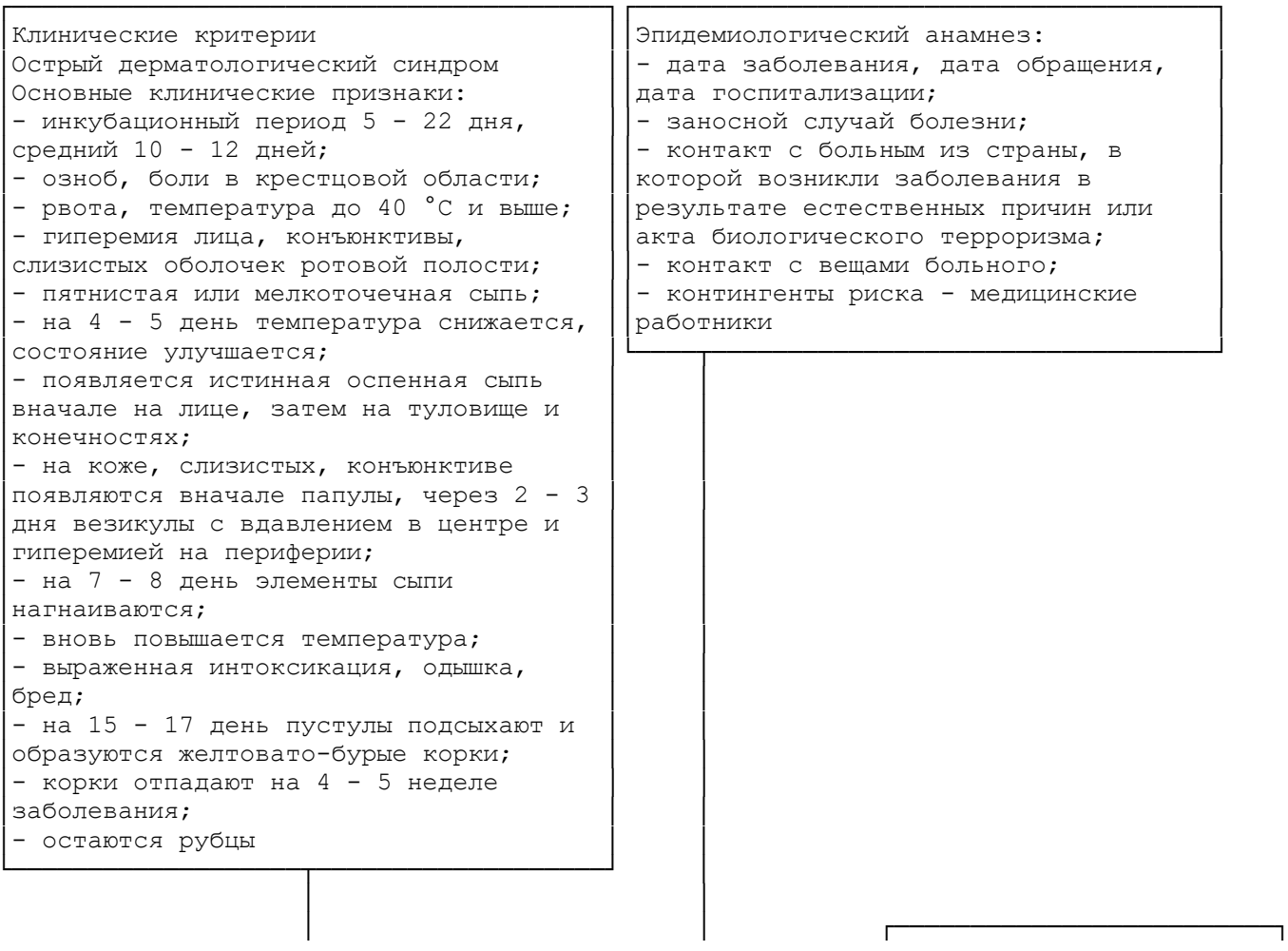
Схема 2

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

натуральной оспы



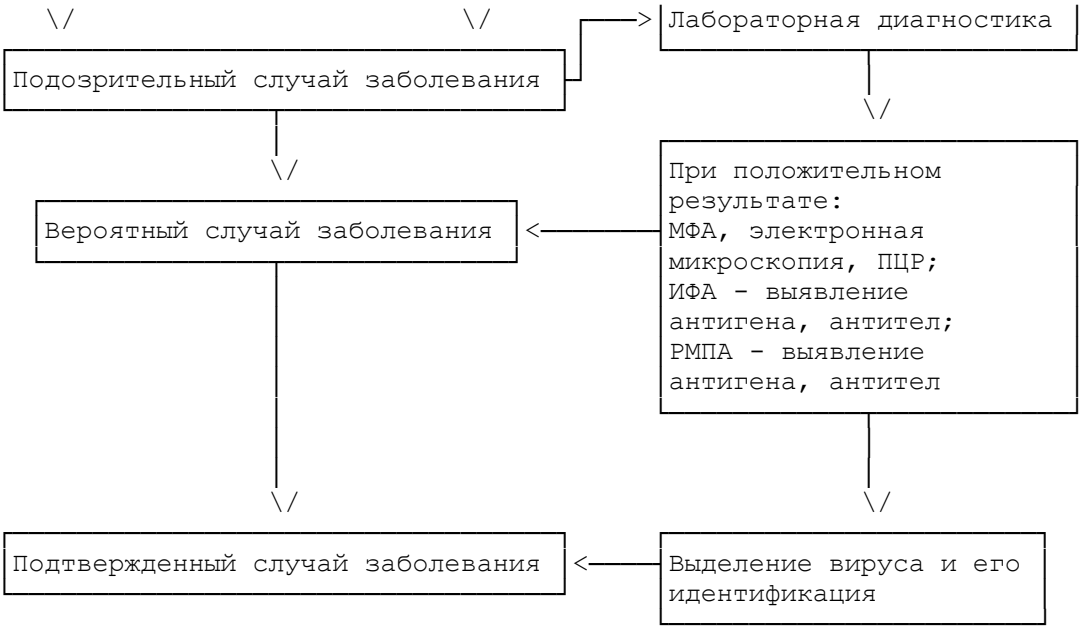


Схема 3

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; Непаралитическая клиническая форма - кратковременная лихорадка; - небольшой кашель, насморк; - диспепсические явления; - легко протекающий серозный менингит. Паралитическая клиническая форма - лихорадка 38 - 40 °C; - 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	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации; - заносной случай болезни; - болеют жители эндемичных стран: 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

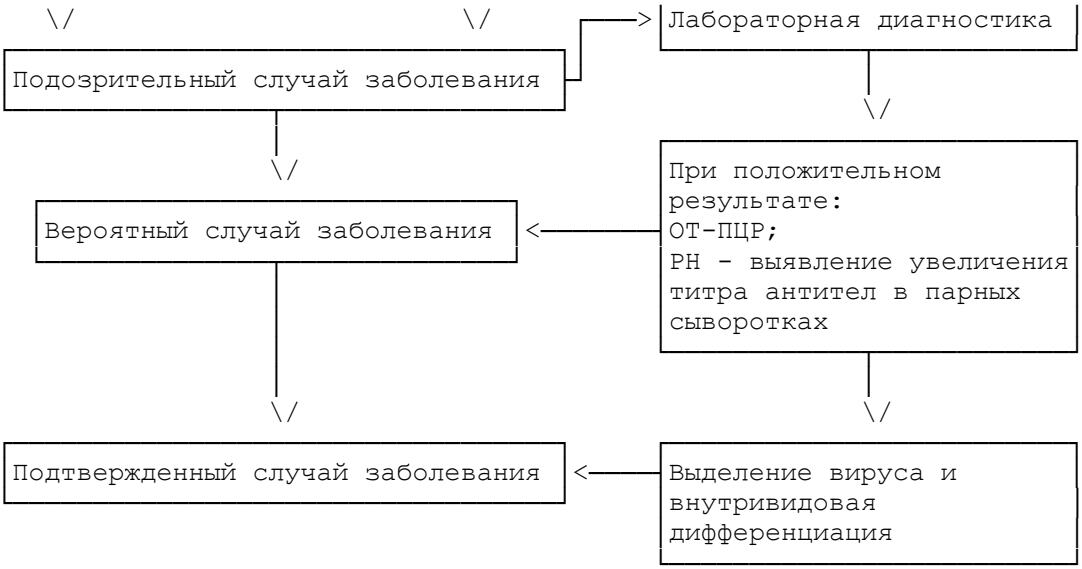


Схема 4

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии человеческого гриппа, вызванного новым подтипом



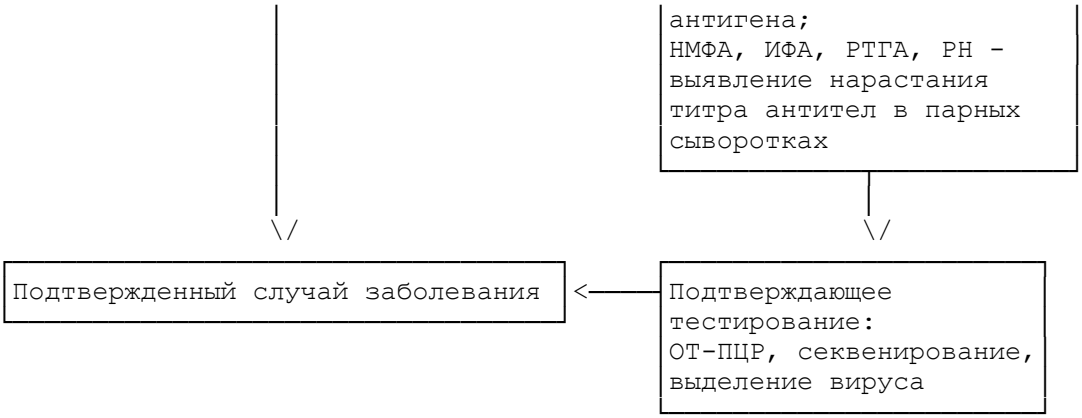


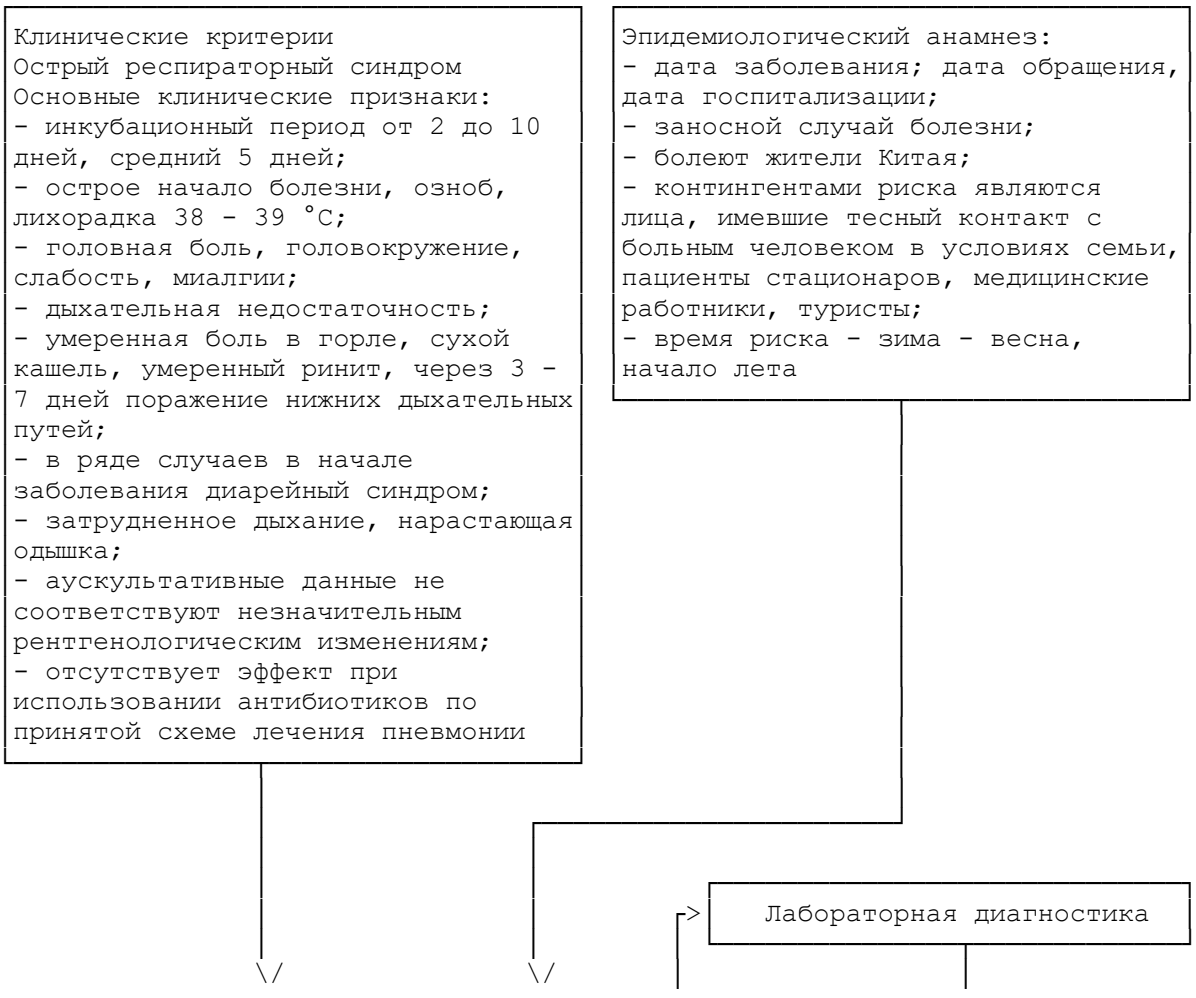
Схема 5

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

атипичной пневмонии (ТОРС)



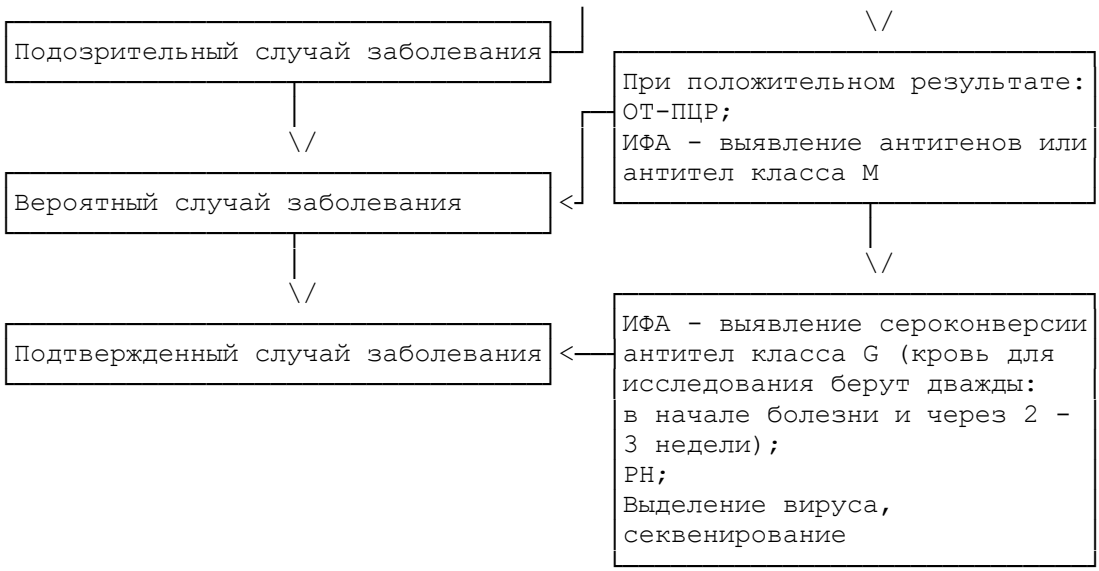


Схема 6

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

диагностики холеры

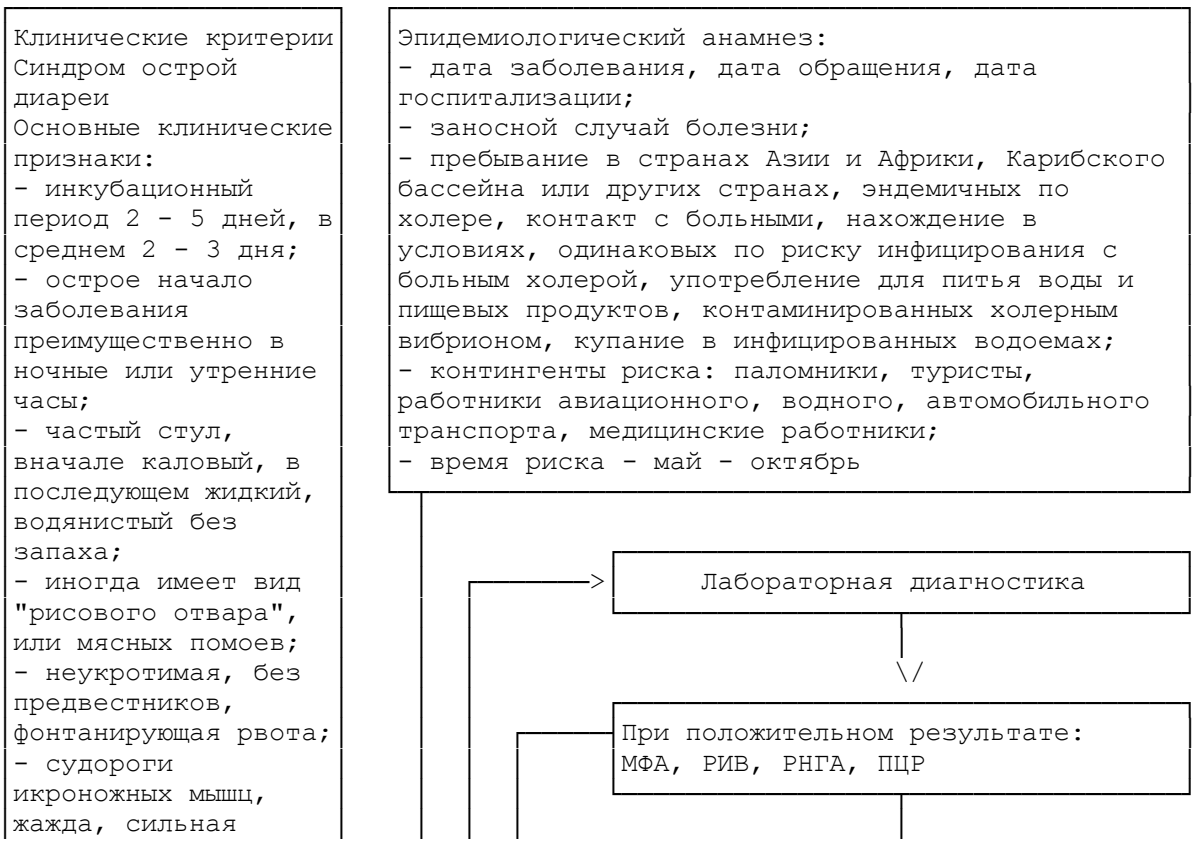




Схема 7

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии чумы

Клинические критерии	Эпидемиологический анамнез:
Острый респираторный синдром Острый "системный" синдром Основные клинические	- дата заболевания, обращения, госпитализации; - местный случай болезни; - заносной случай болезни;

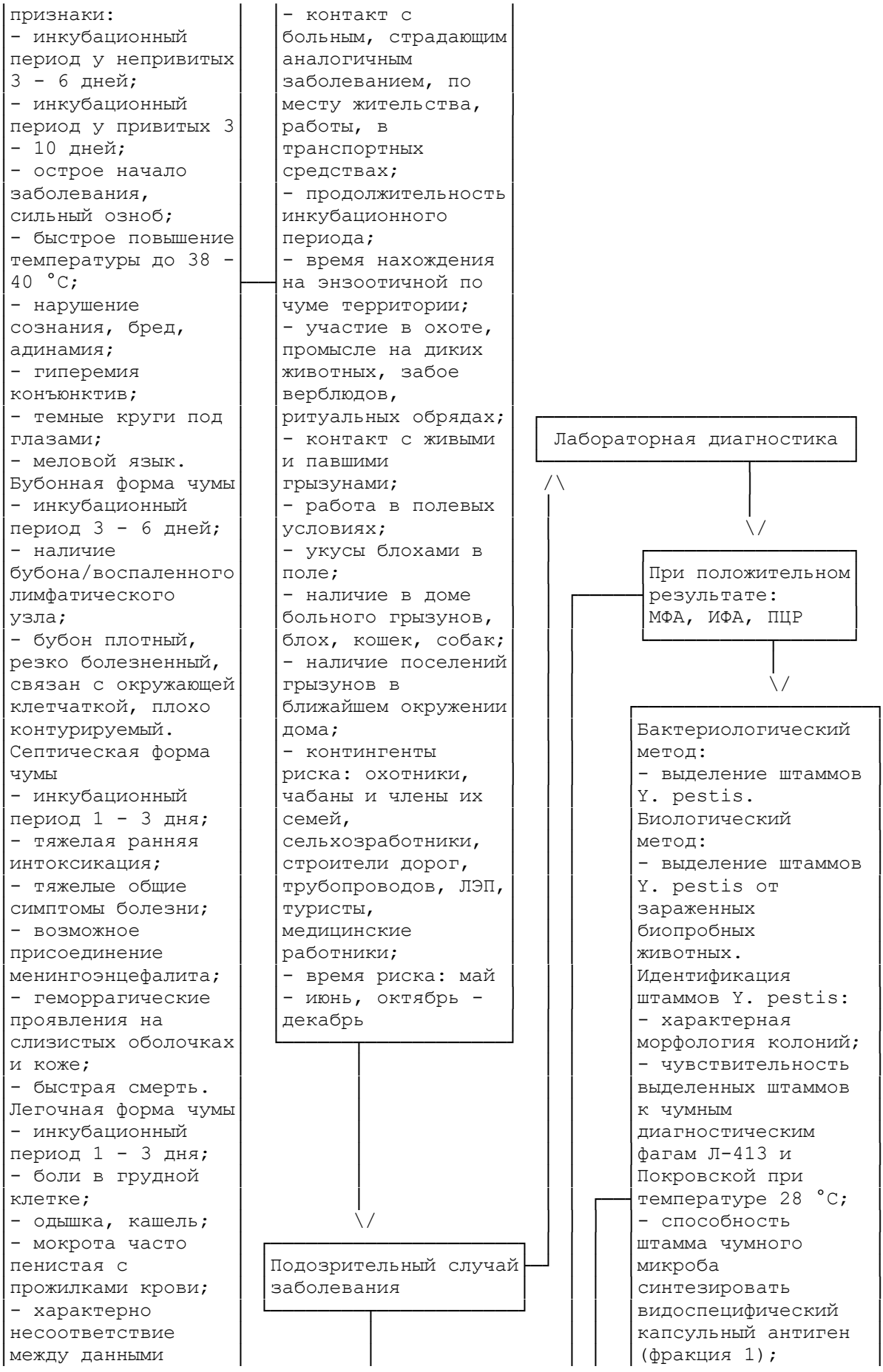

признаки:
- инкубационный период у непривитых 3 - 6 дней;
- инкубационный период у привитых 3 - 10 дней;
- острое начало заболевания, сильный озноб;
- быстрое повышение температуры до 38 - 40 °С;
- нарушение сознания, бред, адинамия;
- гиперемия конъюнктив;
- темные круги под глазами;
- меловой язык.
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;
- характерно несоответствие между данными
- 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 видоспецифический капсульный антиген (фракция 1);



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;

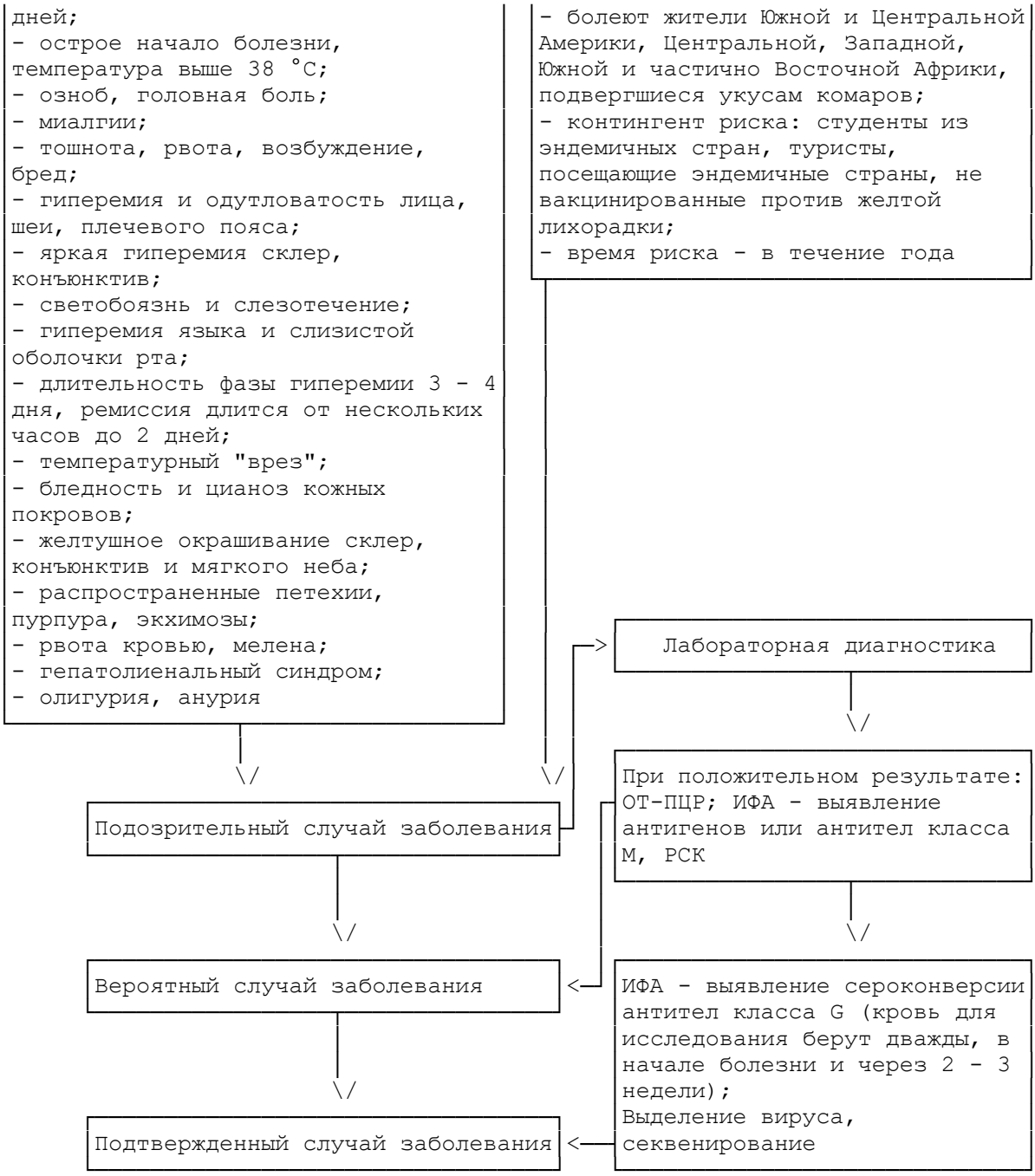


Схема 9

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

лихорадки Ласса

Клинические критерии	Эпидемиологический анамнез:

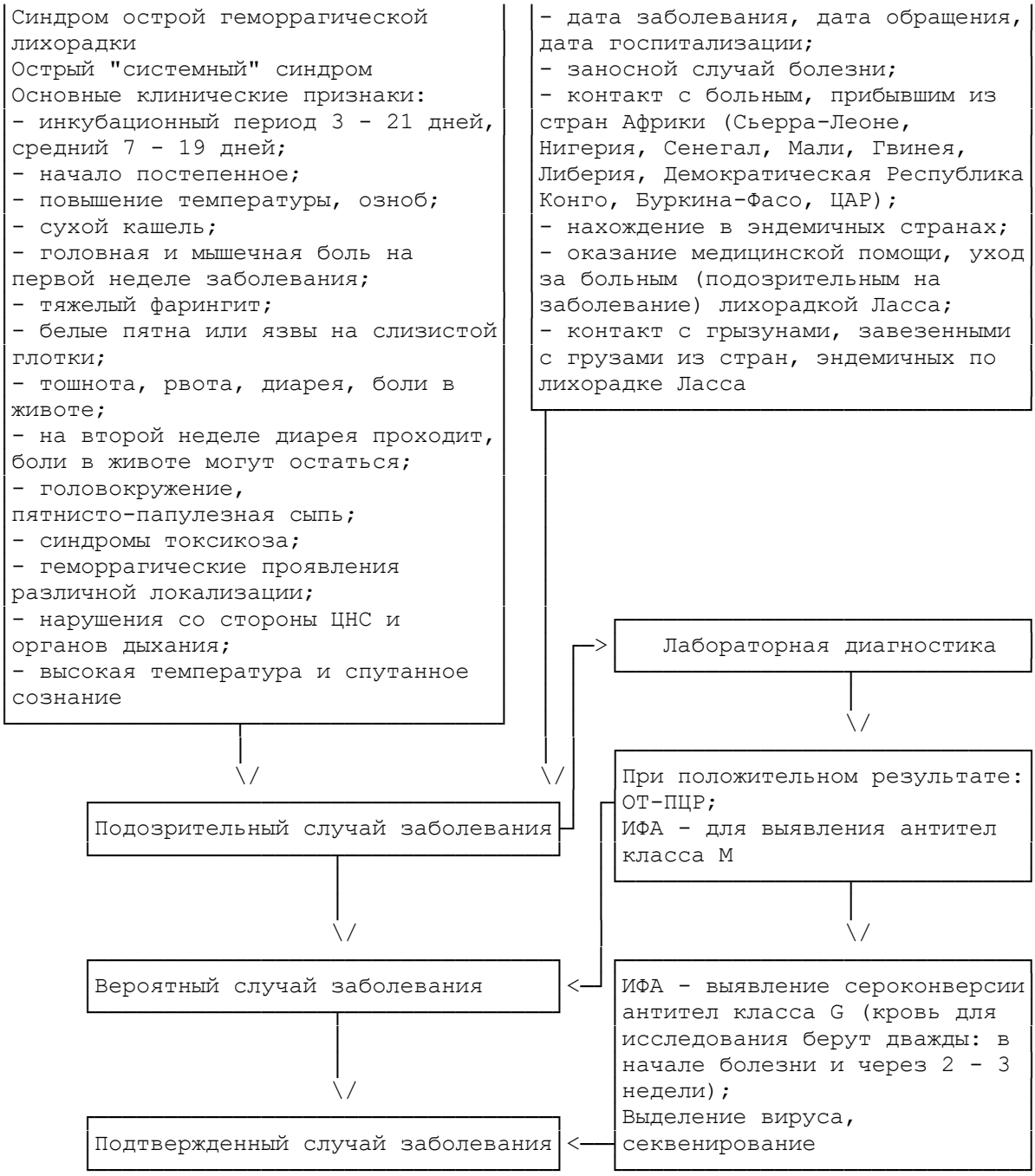


Схема 10

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

лихорадки Марбург

Клинические критерии	Эпидемиологический анамнез:

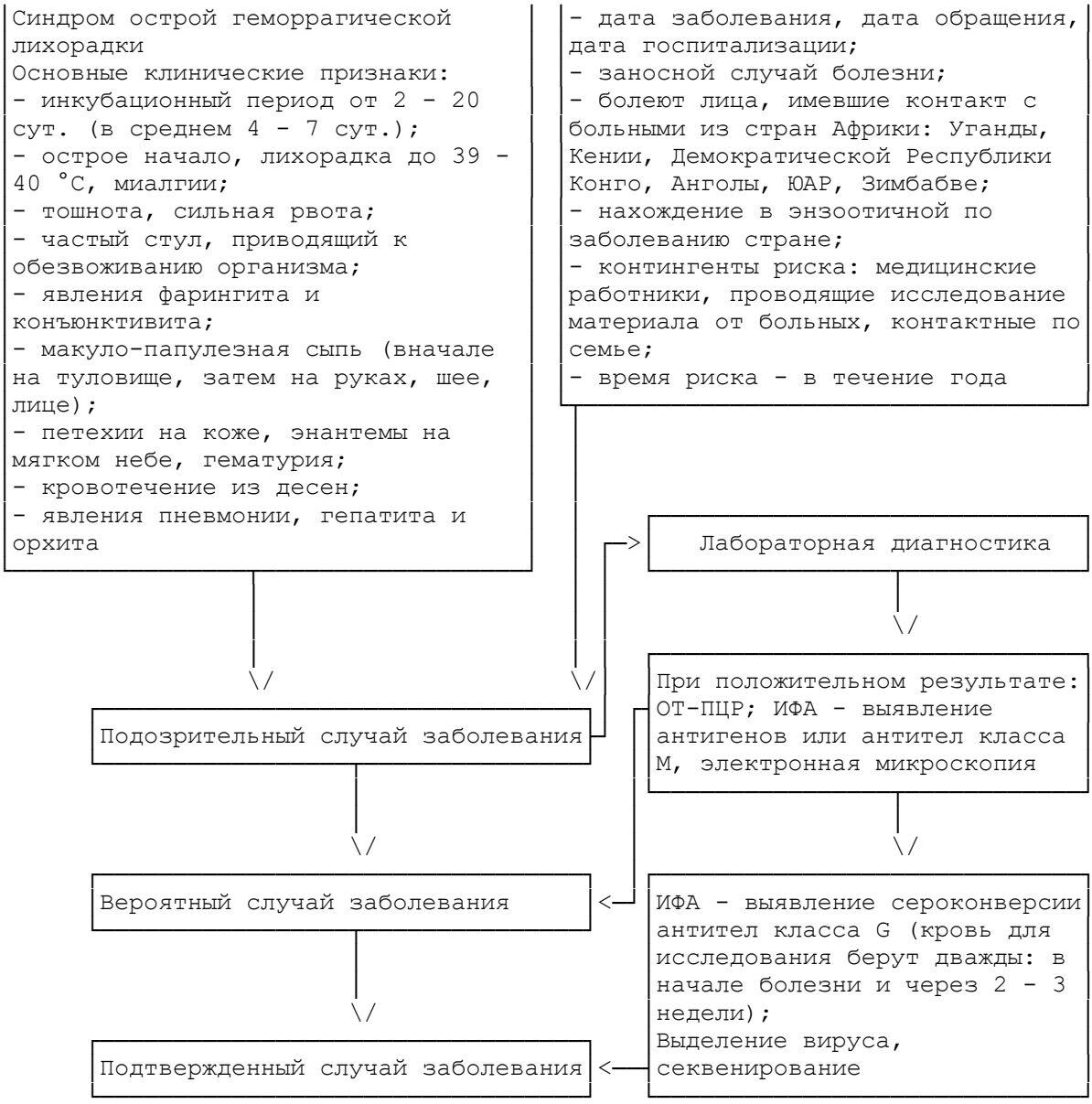


Схема 11

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;	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации; - контакт с больным, прибывшим из стран Центральной, Восточной и Южной Африки (Судан, Заир, Кения,

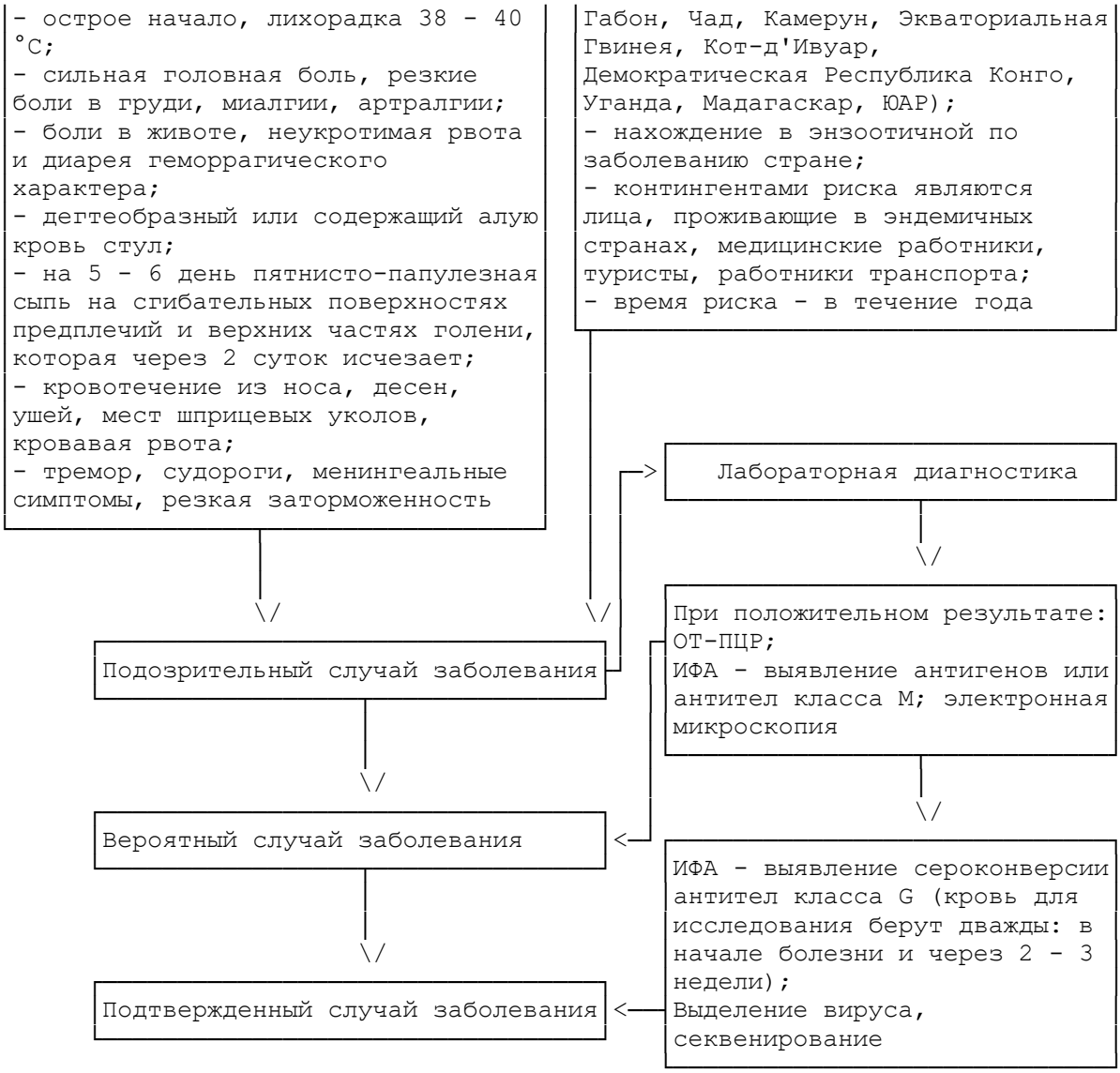


Схема 12

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;	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,



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;	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, обращения, госпитализации; - местный случай болезни; - болеют жители Южного и Северо-Кавказского федеральных округов, подвергшиеся укусу

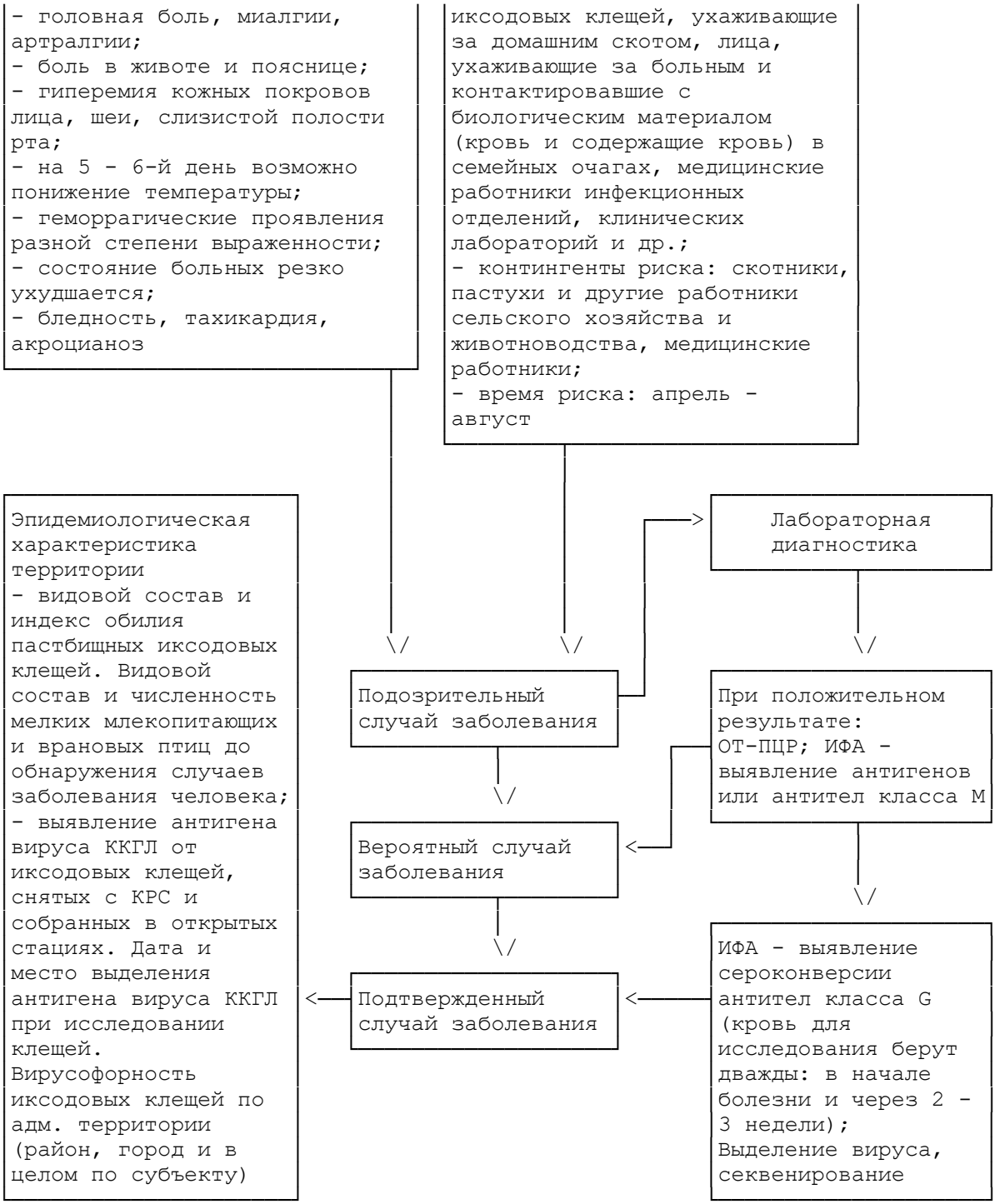


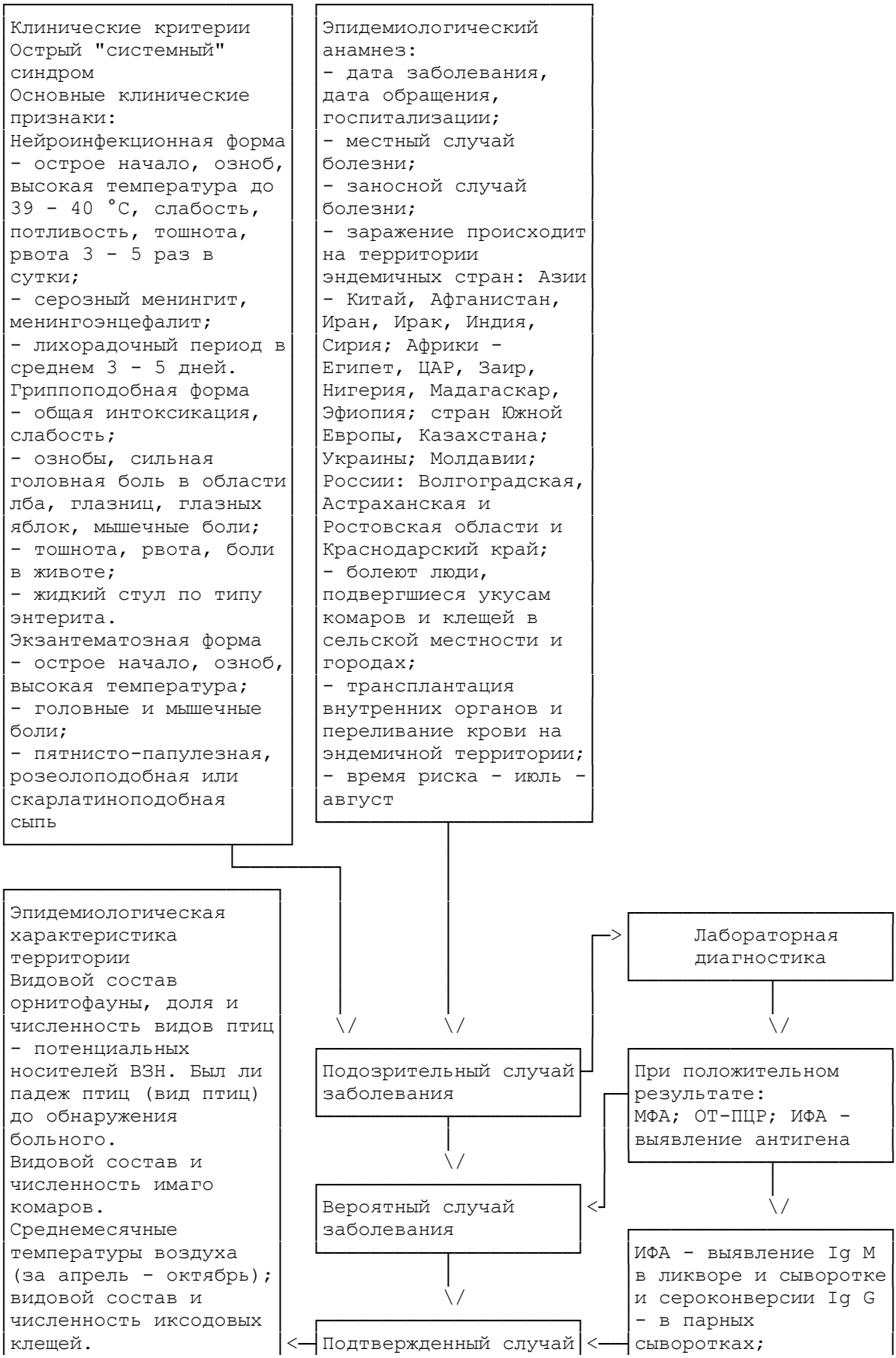
Схема 14

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.
Гриппоподобная форма
- общая интоксикация, слабость;
- ознобы, сильная головная боль в области лба, глазниц, глазных яблок, мышечные боли;
- тошнота, рвота, боли в животе;
- жидкий стул по типу энтерита.
Экзантематозная форма
- острое начало, озноб, высокая температура;
- головные и мышечные боли;
- пятнисто-папулезная, розеолоподобная или скарлатиноподобная сыпь
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, Нигерия, Мадагаскар, Эфиопия; стран Южной Европы, Казахстана; Украины; Молдавии; России: Волгоградская, Астраханская и Ростовская области и Краснодарский край;
- болеют люди, подвергшиеся укусам комаров и клещей в сельской местности и городах;
- трансплантация внутренних органов и переливание крови на эндемичной территории;
- время риска - июль - август
Эпидемиологическая характеристика территории
Видовой состав орнитофауны, доля и численность видов птиц - потенциальных носителей ВЗН. Был ли падеж птиц (вид птиц) до обнаружения больного.
Видовой состав и численность имаго комаров.
Среднемесячные температуры воздуха (за апрель - октябрь); видовой состав и численность иксодовых клещей.
Лабораторная диагностика
Подозрительный случай заболевания
Вероятный случай заболевания
Подтвержденный случай
При положительном результате:
МФА; ОТ-ПЦР; ИФА - выявление антигена
ИФА - выявление Ig M в ликворе и сыворотке и сероконверсии Ig G - в парных сыворотках;

Объем, даты, места обнаружения положительных проб на наличие антигена ВЗН при исследовании проб от птиц, комаров; клещей и мелких млекопитающих	заболевания	РТГА, РН, РСК, МФА - выявление антител; Выделение вируса, секвенирование

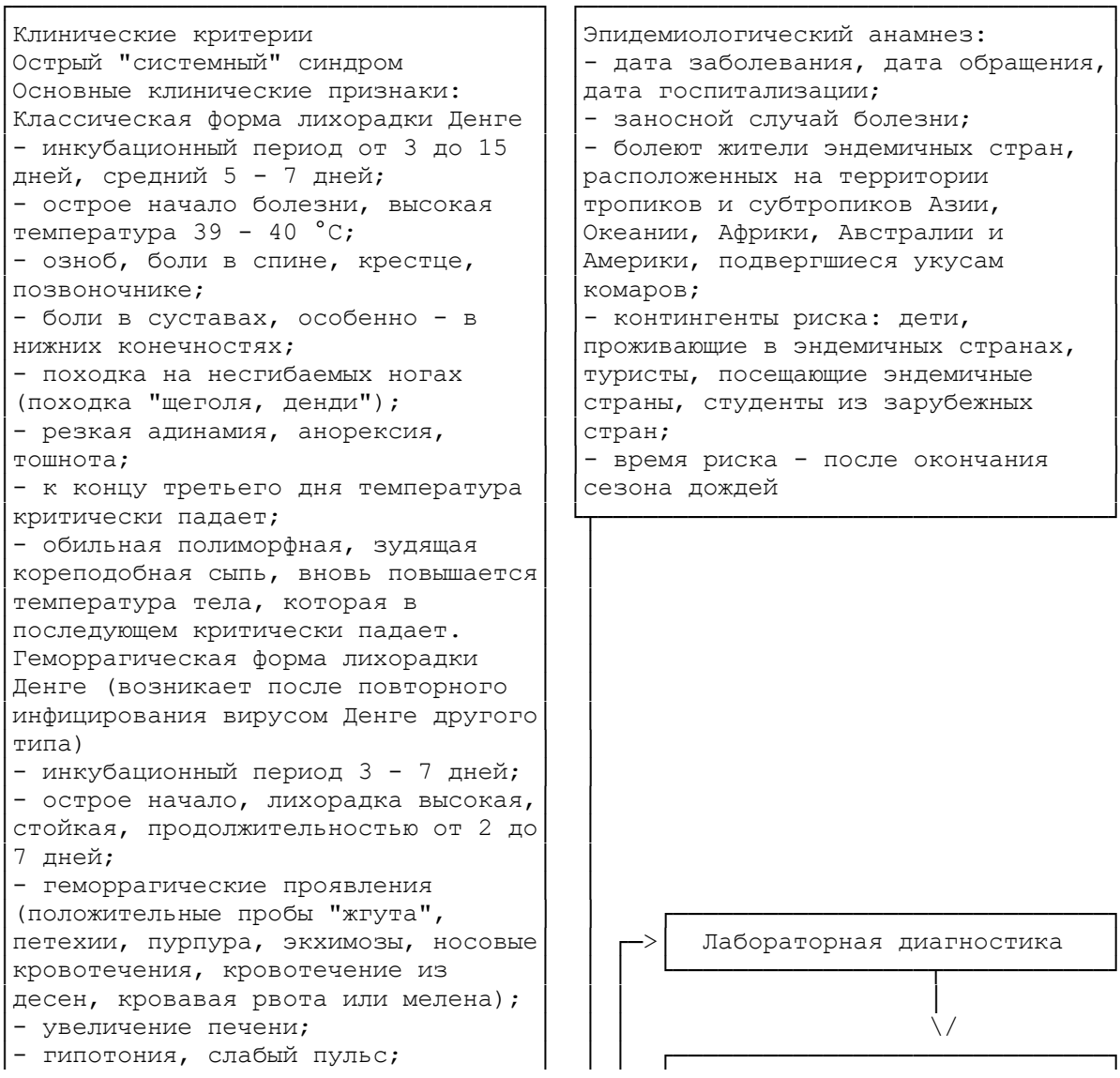
Схема 15

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

лихорадки Денге



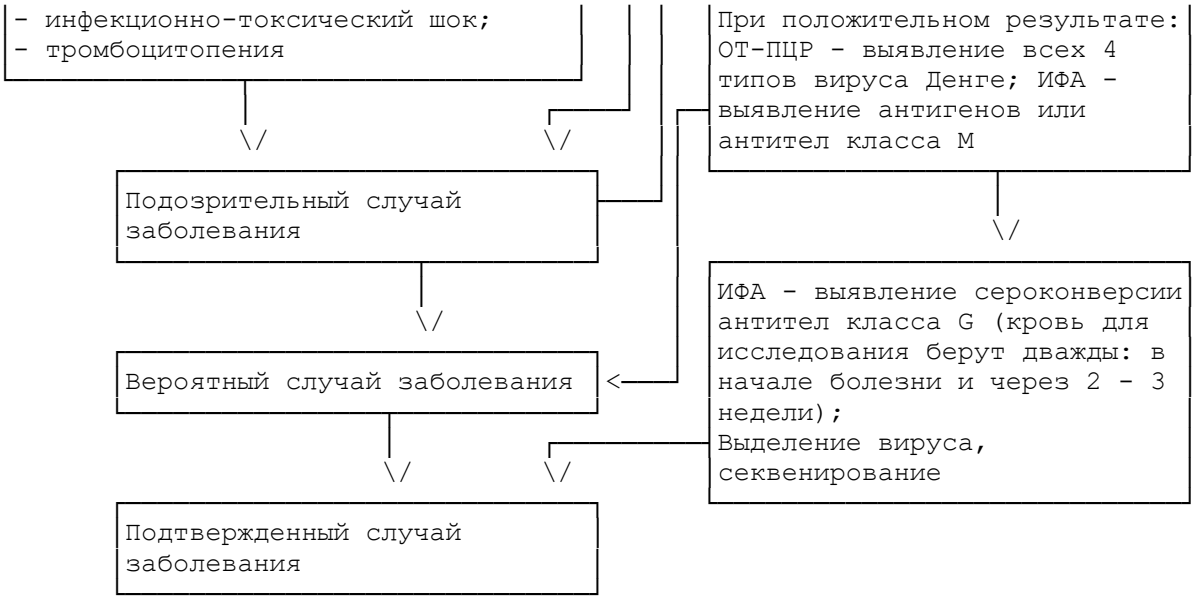


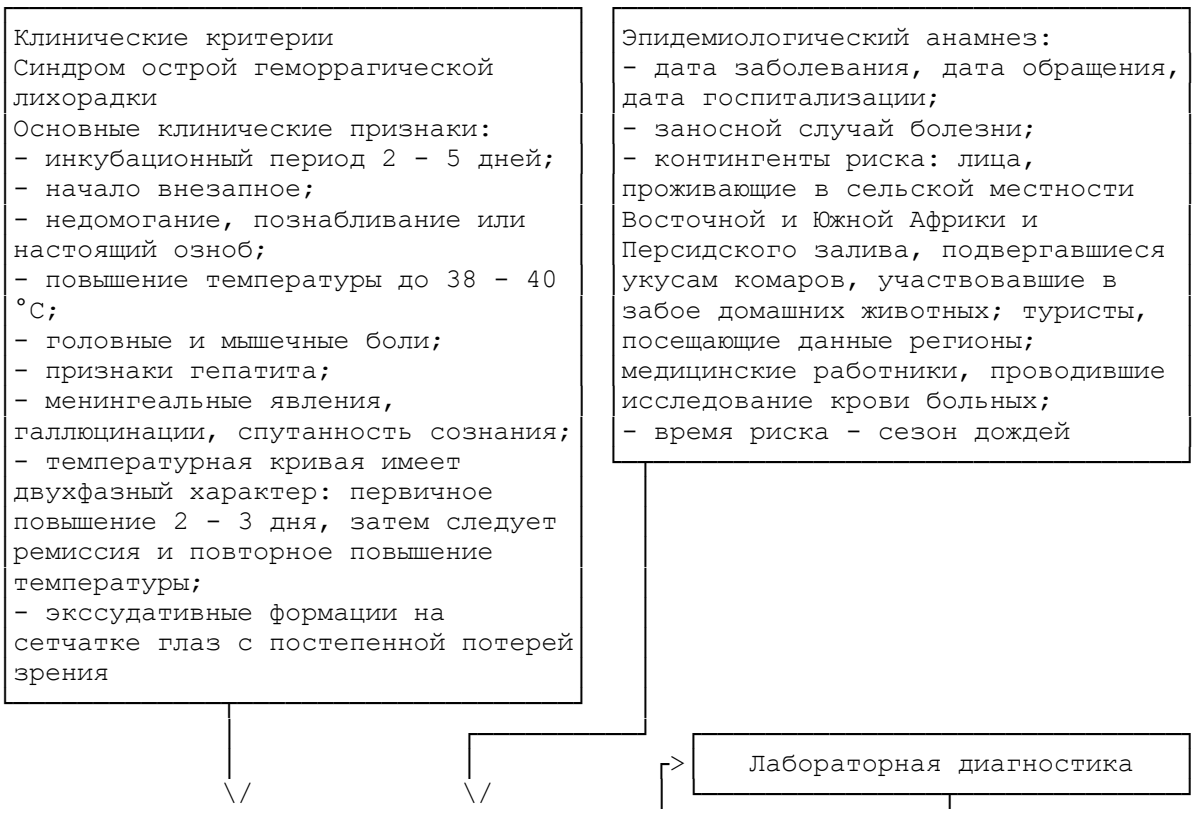
Схема 16

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

лихорадки долины Рифт



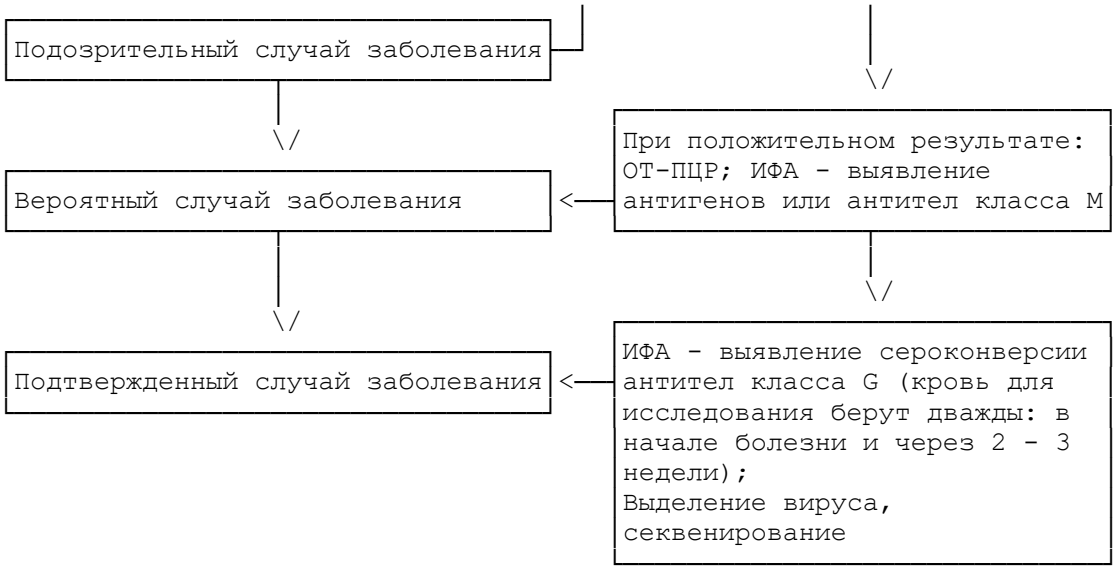


Схема 17

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

менингококковой инфекции

Клинические критерии
Острый неврологический синдром
Основные клинические признаки:
- инкубационный период 1 - 10 дней, средний 3 - 5 дней;
Острый назофарингит
- острое начало, температура 38 - 39 °С;
- кашель, першение, боли в горле;
- заложенность носа, насморк со слизисто-гнойным отделяемым;
- головная боль, боли в суставах;
- гиперемия миндалин, мягкого неба;
- зернистость задней стенки глотки, покрытой слизисто-гнойным отделяемым;
- болезненные подчелюстные лимфатические узлы;
- высокая температура и спутанное сознание.
Менингококковый сепсис
- повышение температуры до 40 - 41 °С;
- головная боль, неукротимая рвота;
- боли в мышцах спины и конечностях;
- экзантема появляется на первые

Эпидемиологический анамнез:
- дата заболевания, дата обращения, дата госпитализации;
- контингентами риска являются лица, имевшие контакт с больными в семьях, детских коллективах, медицинские работники;
- время риска: январь - апрель

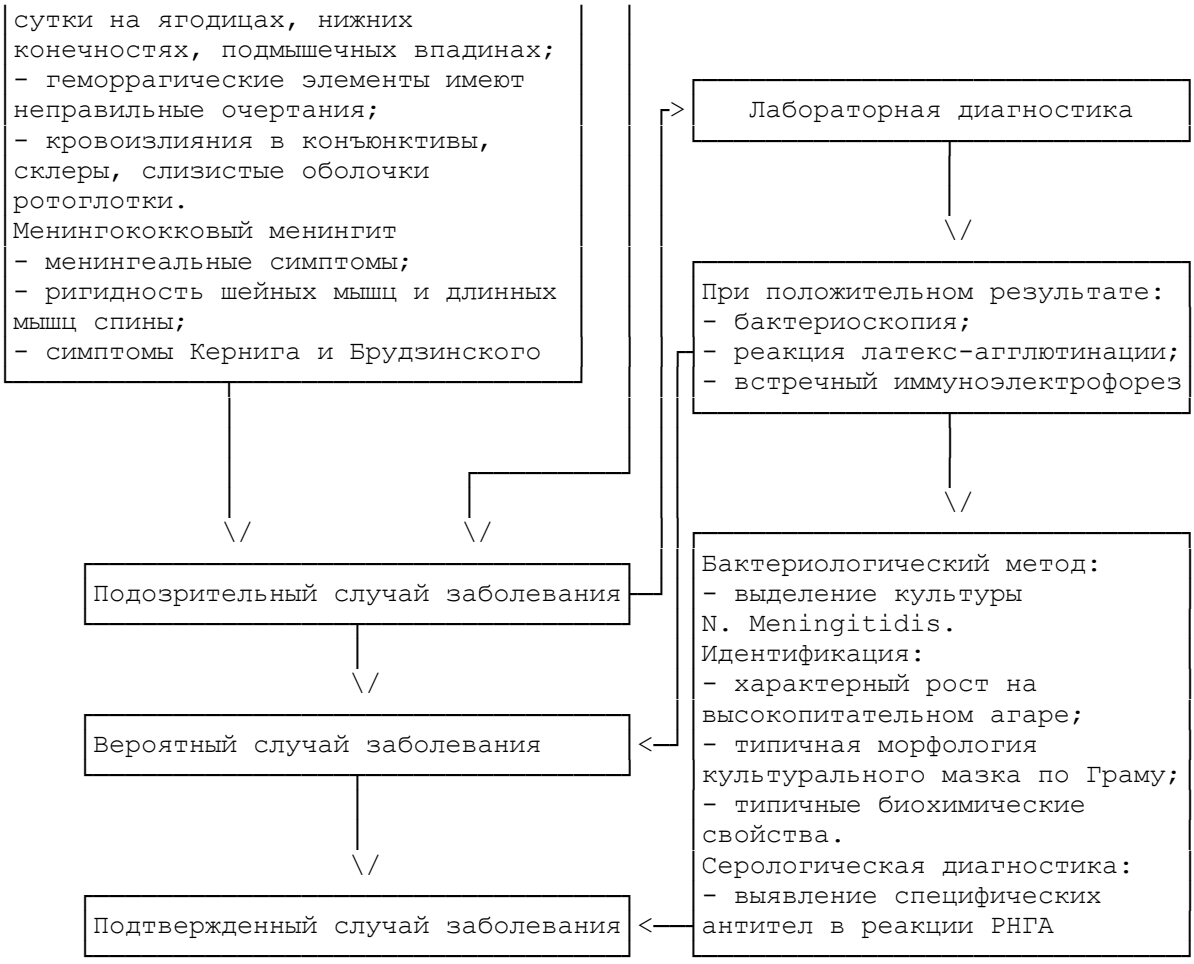


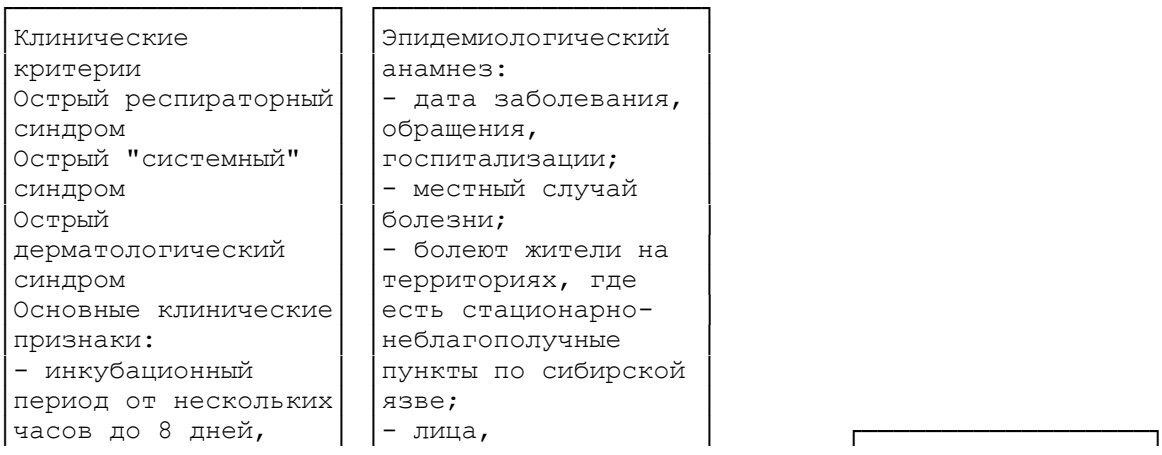
Схема 18

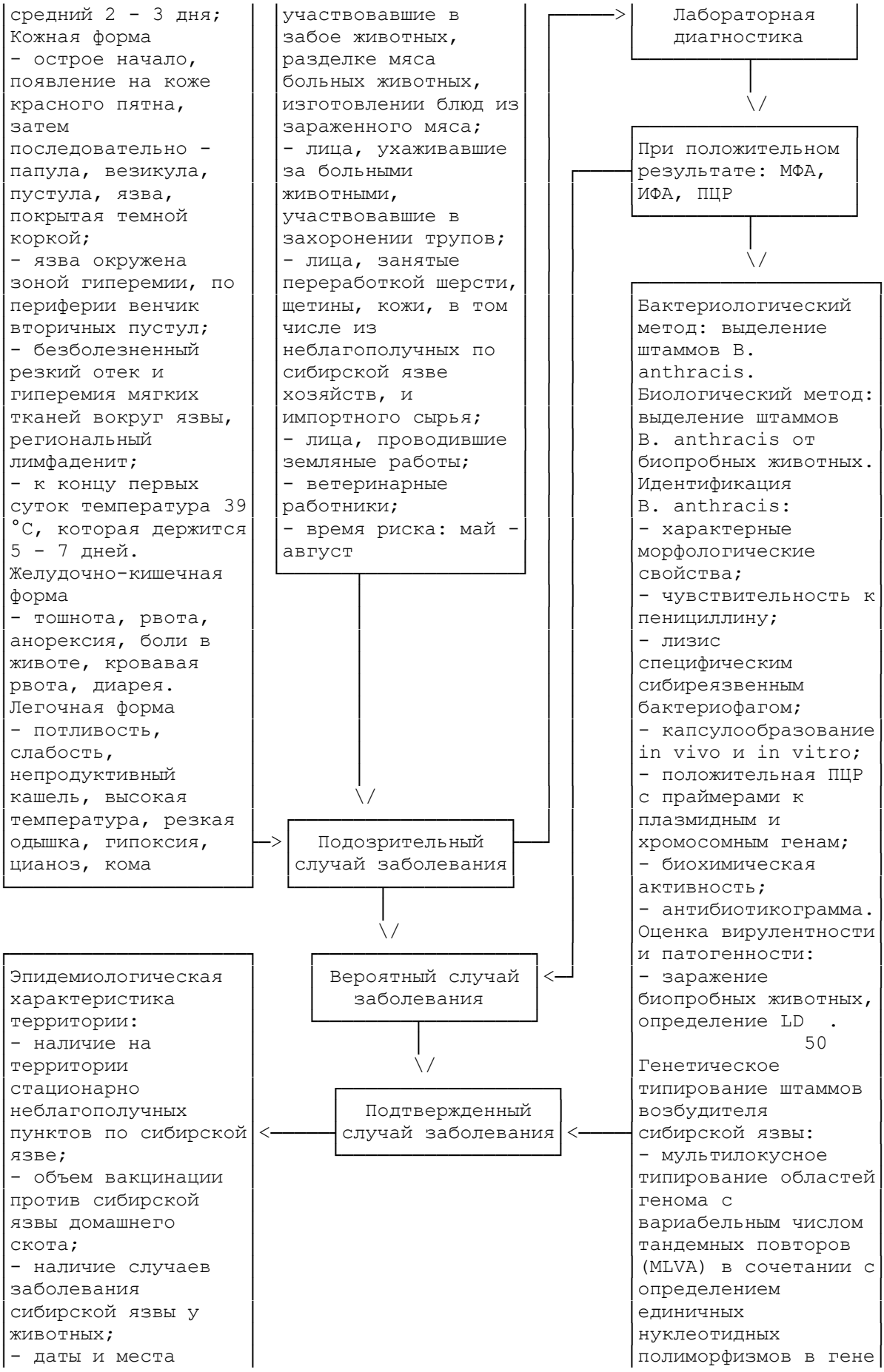
Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии

сибирской язвы




средний 2 - 3 дня;
Кожная форма
- острое начало, появление на коже красного пятна, затем последовательно - папула, везикула, пустула, язва, покрытая темной коркой;
- язва окружена зоной гиперемии, по периферии венчик вторичных пустул;
- безболезненный резкий отек и гиперемия мягких тканей вокруг язвы, региональный лимфаденит;
- к концу первых суток температура 39 °С, которая держится 5 - 7 дней.
Желудочно-кишечная форма
- тошнота, рвота, анорексия, боли в животе, кровавая рвота, диарея.
Легочная форма
- потливость, слабость, непродуктивный кашель, высокая температура, резкая одышка, гипоксия, цианоз, кома
участвовавшие в забое животных, разделке мяса больных животных, изготовлении блюд из зараженного мяса;
- лица, ухаживавшие за больными животными, участвовавшие в захоронении трупов;
- лица, занятые переработкой шерсти, щетины, кожи, в том числе из неблагополучных по сибирской язве хозяйств, и импортного сырья;
- лица, проводившие земляные работы;
- ветеринарные работники;
- время риска: май - август
Подозрительный случай заболевания
Лабораторная диагностика
При положительном результате: МФА, ИФА, ПЦР
Бактериологический метод: выделение штаммов B. anthracis.
Биологический метод: выделение штаммов B. anthracis от биопробных животных.
Идентификация B. anthracis:
- характерные морфологические свойства;
- чувствительность к пенициллину;
- лизис специфическим сибиреязвенным бактериофагом;
- капсулообразование in vivo и in vitro;
- положительная ПЦР с праймерами к плазмидным и хромосомным генам;
- биохимическая активность;
- антибиотикограмма.
Оценка вирулентности и патогенности:
- заражение биопробных животных, определение LD50.
Генетическое типирование штаммов возбудителя сибирской язвы:
- мультилокусное типирование областей генома с вариабельным числом тандемных повторов (MLVA) в сочетании с определением единичных нуклеотидных полиморфизмов в гене
Вероятный случай заболевания
Подтвержденный случай заболевания
Эпидемиологическая характеристика территории:
- наличие на территории стационарно неблагополучных пунктов по сибирской язве;
- объем вакцинации против сибирской язвы домашнего скота;
- наличие случаев заболевания сибирской язвы у животных;
- даты и места

выделения культуры возбудителя от животных

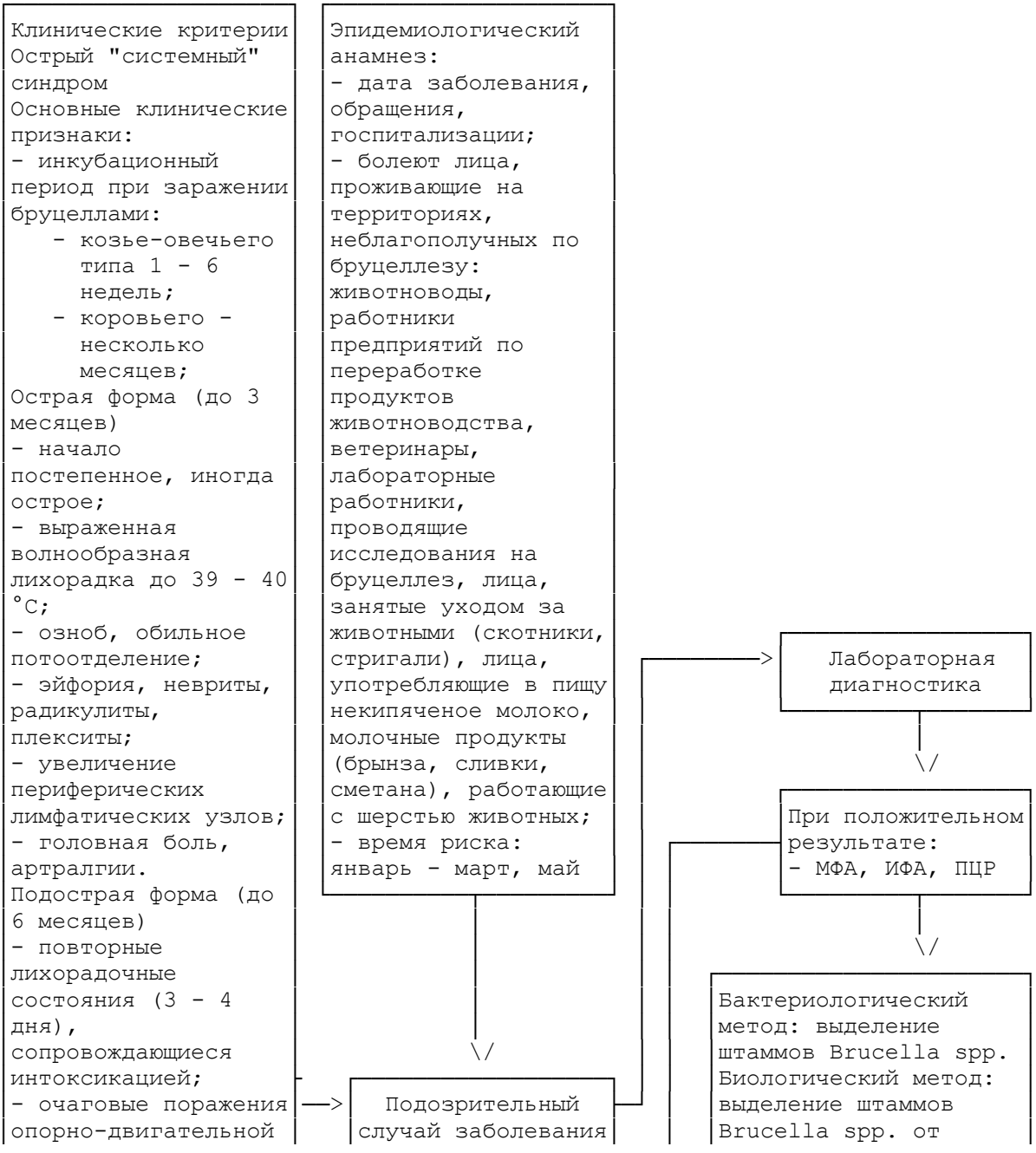
pag;
- мультилокусное секвенирование (MLST)

Схема 19

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии бруцеллеза



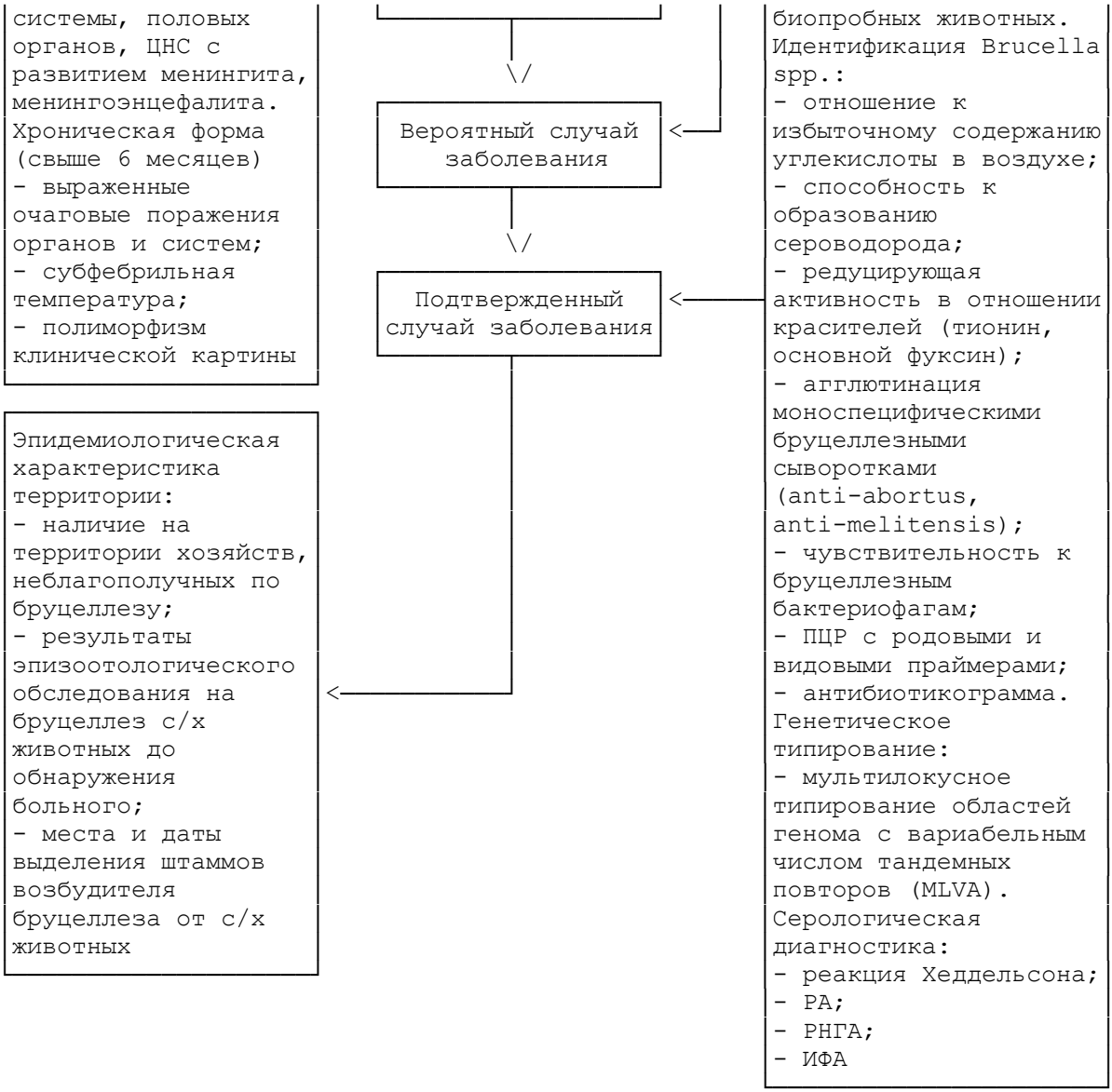


Схема 20

Порядок проведения эпидемиологической

диагностики, включающей клинические, эпидемиологические

и диагностические (этиологические) критерии сапа

Клинические критерии Острый дерматологический синдром Основные клинические признаки: - инкубационный период от 1 до 14 дней, в среднем 1 - 5 дней; - острое начало, гектическая лихорадка; - головная боль, артралгия, миалгия;	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания, обращения, госпитализации; - заносной случай болезни; - болеют жители эндемичных стран Восточного Средиземноморья, Средней, Южной и Юго-Восточной Азии, имевшие контакт с больными лошадьми, ослами, зебрами;

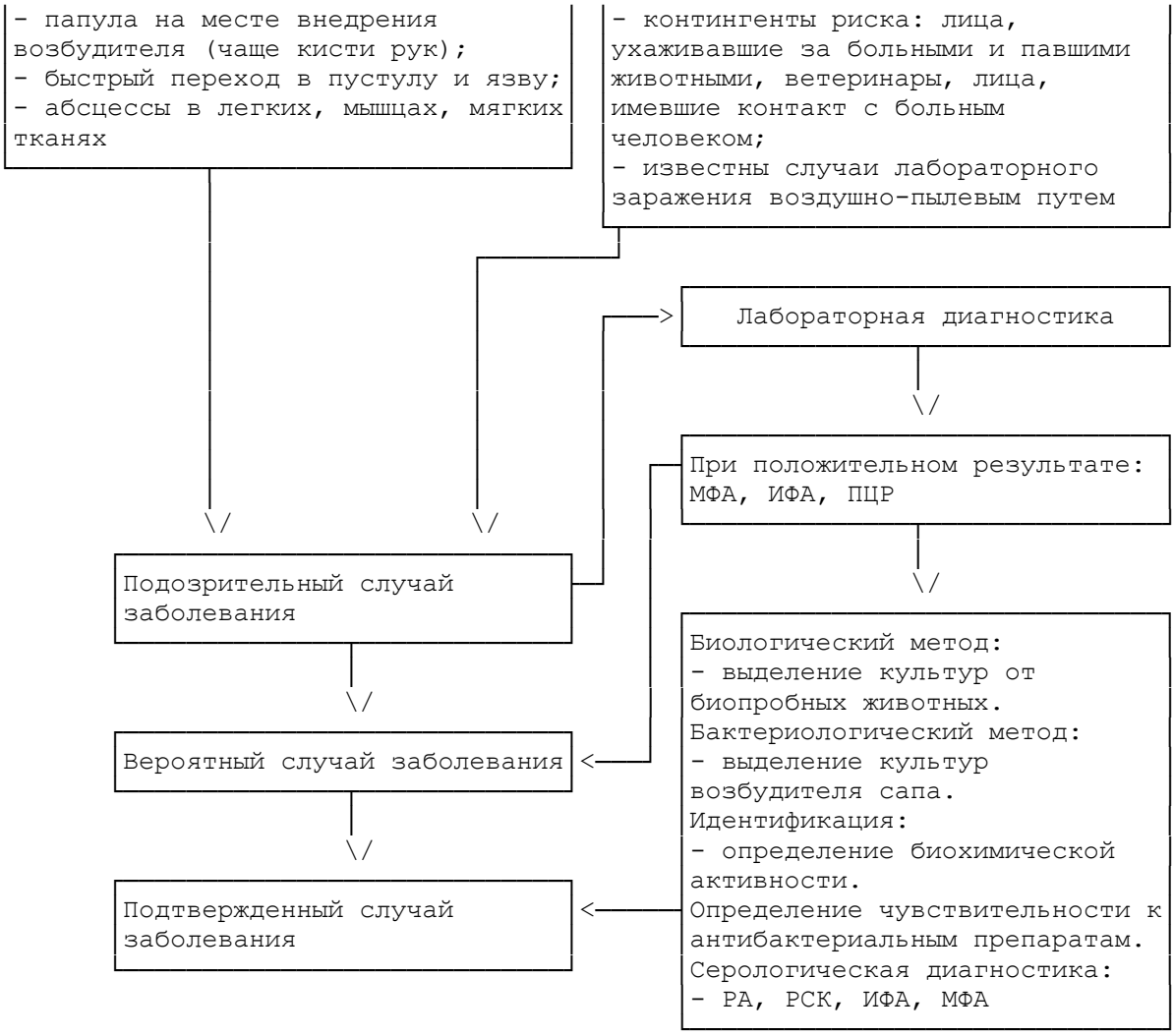


Схема 21

Порядок проведения эпидемиологической диагностики, включающей клинические, эпидемиологические и диагностические (этиологические) критерии мелиоидоза

Клинические критерии Острый респираторный синдром Острый "системный" синдром Острый дерматологический синдром Основные клинические признаки: - инкубационный период 1 - 7 дней, в среднем 2 - 5 дней (возможно длительное бессимптомное носительство и внезапное начало заболевания при иммунодефицитных состояниях); - воспалительные инфильтраты на месте внедрения возбудителя	Эпидемиологический анамнез: - дата заболевания; - заболевание заносное; - заболевают жители эндемичных регионов Индостана, Юго-Восточной Азии, Северной Австралии и Латинской Америки, имевшие контакт с содержащими возбудитель объектами внешней среды (вода, почва) и больными животными; - контингенты риска: лица, посетившие эндемичные регионы; лица, имевшие контакт с больными



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

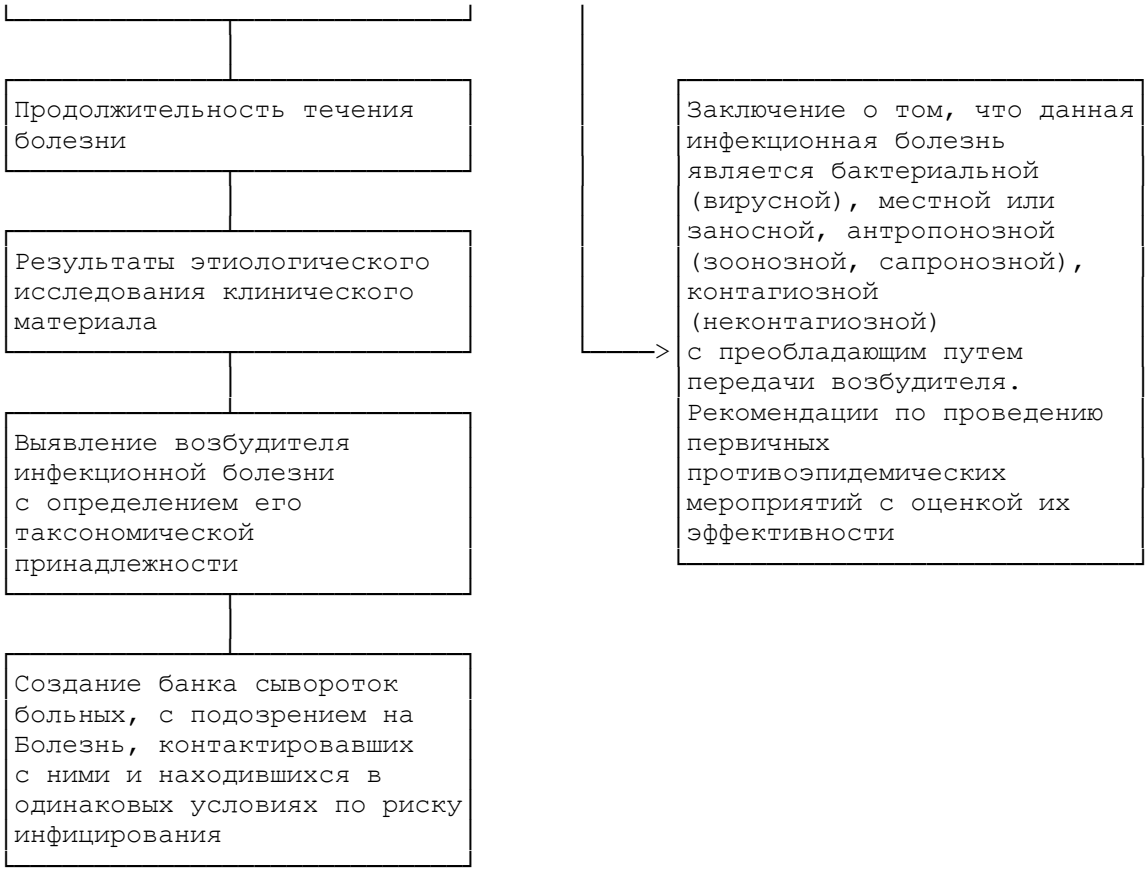
Эпидемиологическая диагностика

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.