

Санитарная охрана территории государств – участников СНГ

---

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ  
МЕРОПРИЯТИЙ В СЛУЧАЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО (ТРУПА),  
ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЯ КАРАНТИННЫМИ  
ИНФЕКЦИЯМИ, КОНТАГИОЗНЫМИ ВИРУСНЫМИ  
ГЕМОМРАГИЧЕСКИМИ ЛИХОРАДКАМИ, АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ  
(ТОРС), МАЛЯРИЕЙ И ИНФЕКЦИОННЫМИ БОЛЕЗНЯМИ НЕЯСНОЙ  
ЭТИОЛОГИИ, ИМЕЮЩИМИ ВАЖНОЕ МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ

Методические указания

САНИТАРНАЯ ОХРАНА ТЕРРИТОРИИ ГОСУДАРСТВ-УЧАСТНИКОВ  
СНГ

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ  
МЕРОПРИЯТИЙ В СЛУЧАЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО (ТРУПА),  
ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЯ КАРАНТИННЫМИ  
ИНФЕКЦИЯМИ, КОНТАГИОЗНЫМИ ВИРУСНЫМИ  
ГЕМОМРАГИЧЕСКИМИ ЛИХОРАДКАМИ, МАЛЯРИЕЙ,  
АТИПИЧНОЙ ПНЕВМОНИЕЙ (ТОРС) И ИНФЕКЦИОННЫМИ  
БОЛЕЗНЯМИ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ИМЕЮЩИМИ ВАЖНОЕ  
МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ**

**Методические указания**

Методические указания разработали:

Российский научно-исследовательский противочумный институт "Микроб" (В.В. Кутырев, Е.В. Куклев, А.С. Васенин, Т.Н. Донская, И.Г. Карнаухов, В.Н. Храмов, Л.В. Самойлова, А.И. Кологоров, В.П. Топорков, О.В. Кедрова, С.Ю. Задумина, В.И. Овсянников);

Министерство здравоохранения Российской Федерации (Г.Г. Онищенко, Ю.М. Федоров);

Противочумный центр Минздрава России (Л.А. Калошина, К.С. Фонарева, Ю.С. Королев);

Ростовский-на-Дону научно-исследовательский противочумный институт (Э.А. Москвитина, Ю.М. Пухов, В.И. Прометной);

Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Сибири и Дальнего Востока (А.С. Марамович, Г.А. Воронова, С.А. Косилко, А.Д. Даниленко, А.М. Титенко);

Ставропольский научно-исследовательский противочумный институт (Г.М. Грижебовский, Ю.М. Евченко)

Вирусологический центр научно-исследовательского института микробиологии МО РФ (И.В. Борисевич, А.А. Евсеев, И.В. Фирсова)

## Содержание

	стр.
1. Область применения.....	6
2. Нормативные ссылки.....	7
3. Требования к перечню инфекций, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории.....	8
4. Порядок планирования мероприятий по предупреждению завоза и распространения болезней и синдромов.....	9
5. Общие принципы и порядок организации и проведения противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (трупа) .....	12
6. Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного в медицинском учреждении или по месту проживания.....	19
6.1. Мероприятия при выявлении больного в стационаре.....	19
6.2. Мероприятия при выявлении больного в поликлинике.....	23
6.3. Мероприятия при выявлении больного в ФАПе (ФП).....	24
6.4. Мероприятия при выявлении больного на дому, в учреждении.....	25
6.5. Мероприятия при выявлении больного в гостинице .....	26
6.6. Мероприятия в патологоанатомическом отделении или бюро судебно-медицинской экспертизы.....	27
7. Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного на транспортных средствах.....	29
7.1. Мероприятия при выявлении больного в вагоне пассажирского поезда.....	29
7.2. Мероприятия при выявлении больного на вокзале.....	31
7.3. Мероприятия при выявлении больного в самолете.....	32
7.4. Мероприятия при выявлении больного на судне во время рейса (для судов, имеющих в составе экипажа медицинских работников) .....	33
8. Противоэпидемические мероприятия, проводимые бригадами эпидемиологов, эвакуаторов и дезинфекторов при выявлении больных с подозрением на чуму, холеру, КВГЛ, ТОРС и малярию .....	35
8.1. Мероприятия бригады эпидемиологов (эпидбригада) .....	35
8.2. Мероприятия бригады эвакуации (эвакобригада) .....	35
8.3. Мероприятия бригады дезинфекции (дезбригада) .....	37
Приложение 1(справочное) Общие сведения о чуме, холере, желтой лихорадке, контагиозных вирусных геморрагических лихорадках, ТОРС, малярии (Болезни) .....	39
Приложение 2 (рекомендуемое) Лечение и экстренная профилактика Болезней и Синдромов .....	59

Приложение 3 (обязательное) Перечень предметов, необходимых при заборе материала от больного (трупа) для лабораторного исследования .....	64
Приложение 4 (обязательное) Правила забора материала для лабораторного исследования от больного (трупа) при подозрении на заболевания чумой, холерой, КВГЛ, ТОРС, малярией, при неизвестном возбудителе .....	67
Приложение 5 (обязательное) Защитная одежда .....	71
Приложение 6 (обязательное) Меры и средства личной профилактики .....	76
Приложение 7 (обязательное) Режимы обеззараживания .....	78
Приложение 8 (обязательное) Методы обеззараживания материала от больного, подозрительного на заболевания чумой, для проведения клинического анализа .....	82

Санитарная охрана территории государств-участников СНГ

**ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПЕРВИЧНЫХ  
МЕРОПРИЯТИЙ В СЛУЧАЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНОГО (ТРУПА),  
ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЯ КАРАНТИННЫМИ  
ИНФЕКЦИЯМИ, КОНТАГИОЗНЫМИ ВИРУСНЫМИ  
ГЕМОРРАГИЧЕСКИМИ ЛИХОРАДКАМИ, АТИПИЧНОЙ  
ПНЕВМОНИЕЙ (ТОРС), МАЛЯРИЕЙ И ИНФЕКЦИОННЫМИ  
БОЛЕЗНЯМИ НЕЯСНОЙ ЭТИОЛОГИИ, ИМЕЮЩИМИ ВАЖНОЕ  
МЕЖДУНАРОДНОЕ ЗНАЧЕНИЕ**

**Методические указания**

---

**1. Область применения**

1.1. В методических указаниях приведены материалы по инфекционным заболеваниям, требующим проведения мероприятий по санитарной охране территории Содружества независимых государств (СНГ), клинко-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 защитных костюмов, режимы дезинфекции.

1.2. Указания предназначены для специалистов санитарно-эпидемиологических, лечебно-профилактических, противочумных учреждений, органов управления здравоохранением, санитарно-эпидемиологической службой регионов.

1.3. Методические указания обязательны для выполнения на всей территории государств-участников СНГ медицинскими и санитарно-эпидемио-

логическими учреждениями, независимо от их подчинения и форм собственности.

## **2. Нормативные ссылки:**

- 2.1. Закон РФ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". № 52 от 30 марта 1999 года.
- 2.2. Санитарная охрана территории Российской Федерации. Санитарно-эпидемиологические правила. СП 3.4.1328-03.
- 2.3. Международные санитарные правила (1969 г.) (3-е аннотированное издание). Женева, 1984 г.
- 2.4. Семинар Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения по пересмотру Международных медико-санитарных правил. Испытание процедуры уведомления на основе синдромного подхода, 1997 г.
- 2.5. Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных. Сборник санитарных и ветеринарных правил. 7. Чума. СП 3.1.090-96.
- 2.6. Безопасность работы с микроорганизмами I-II групп патогенности (опасности). Санитарные правила. СП 1.3.1285-03.
- 2.7. Порядок учета, хранения, передачи и транспортировки микроорганизмов I-IV группы патогенности. СП 1.2.036-95. М., 1995.
- 2.8. "Профилактика паразитарных болезней Российской Федерации" СанПиН 3.2.569-96.
- 2.9. Профилактика чумы. Санитарно-эпидемиологические правила. СП 3.1.7.1380-03.
- 2.10. Руководство по клинике, диагностике и лечению опасных инфекционных болезней. Москва, 1994 г.

- 2.11. Профилактика холеры. Общие требования к эпидемиологическому надзору за холерой. Санитарно-эпидемиологические правила. СП 3.1.1086-02.
- 2.12. Инструкция по экстренной профилактике и лечению опасных инфекционных заболеваний. Москва, 1984 г.
- 2.13. Вирусные геморрагические лихорадки: доклад комитета экспертов ВОЗ (Серия технических докладов ВОЗ, № 721) // Женева.- ВОЗ.- 1986.
- 2.14. Приказ Минздрава РФ от 2.07.99 г. №263 «О введении в действие Перечня инфекционных заболеваний, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации».
- 2.15. Порядок разработки, экспертизы, утверждения, издания и распространения нормативных и методических документов системы государственного санитарно-эпидемиологического нормирования. Руководство. Р 1.1. 005-96.

### **3. Требования к перечню инфекций, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории**

Перечень инфекционных заболеваний, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории государств, определяется Советом по сотрудничеству в области здравоохранения СНГ.

На основании Соглашения о сотрудничестве в области санитарной охраны территорий государств – участников Содружества независимых государств от 31 мая 2001 г. (г. Минск) в данный Перечень вошли: холера, чума, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки: Марбург, Эбола, Ласса, Хунин (Аргентинская), Мачупо (Боливийская), малярия, менингококковая инфекция (при выезде в Хадж), спонгиозная энцефалопатия; сибирская язва, бруцеллез, туберкулез, сап, мелиоидоз, эпидемический сыпной



тиф, оспа обезьян, лихорадка долины Рифт. На все эти нозологические формы распространяется действие предлагаемого документа. Дополнительно в методические указания включены малярия и атипичная пневмония (ТОРС), как болезни, имеющие большое эпидемиологическое значение для большинства стран СНГ.

Кроме того, имеет значение также выявление неэндемичных для данной местности инфекций невыясненной этиологии с необычно высокими показателями заболеваемости и летальности.

#### **4. Порядок планирования мероприятий по предупреждению завоза и распространения Болезней.**

Мероприятия по предупреждению завоза и распространения опасных инфекционных заболеваний на территорию стран СНГ проводятся на основании действующих «Международных санитарных правил», национальных правил по санитарной охране территорий, в соответствии с комплексными планами противоэпидемических мероприятий по санитарной охране территорий регионов, городов и муниципальных образований, разработанных органами и учреждениями здравоохранения совместно с органами исполнительной власти регионов 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. В комплексных планах должны быть предусмотрены следующие основные вопросы:

- определение персонального состава санитарно-противоэпидемической комиссии (СПК) и медицинского противоэпидемического штаба;
- порядок информации о выявленном больном вышестоящих органов и учреждений здравоохранения по подчиненности, глав администраций регионов, других заинтересованных ведомств;

- определение учреждения для транспортировки больных в стационар;
- выделение консультантов (инфекциониста, эпидемиолога, бактериолога или вирусолога) из числа наиболее квалифицированных специалистов;
- выделение, освобождение и перепрофилирование помещений для целевой и провизорной госпитализации больных, изоляции контактных, для развертывания обсерваторов в случае наложения 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 прививок и медицинского наблюдения 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 проведения исследования материала от больного (подозрительного) в регионе, где выявлен больной;
- информационно-разъяснительная работа среди населения.

Главные санитарные врачи и руководители органов управления здравоохранением доводят комплексные планы до сведения руководителей всех задействованных учреждений, систематически их корректируют, проверяют реальность исполнения путем проведения тренировочных учений для повышения практических навыков в работе по ликвидации эпидемических очагов.

На основе комплексного плана в каждом медицинском учреждении должен быть составлен оперативный план проведения противоэпидемических мероприятий в случае выявления больного (трупа). План должен корректироваться постоянно по мере кадровых и других изменений в учреждении. Вводится в действие руководителем учреждения при выявлении (поступлении) подозрительного больного.

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

- способ передачи информации руководителю учреждения (заместителю);
- способ оперативного информирования руководителей вышестоящих медицинских учреждений по подчиненности (номера телефонов и фамилии конкретных лиц);
- учреждения, предусмотренные в комплексном плане для госпитализации больного, эвакуации больного, проведения дезинфекции (адреса, номера телефонов, фамилии руководителей учреждений);

- наличие и место хранения упаковок с запасом необходимых медикаментов для лечения больного, дезинфицирующих средств, средств личной профилактики и индивидуальной защиты, забора материала на лабораторное исследование (фамилия лица, ответственного за укомплектование упаковок, их хранение, возможность доступа к ним в рабочее и 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 иметься графические схемы развертывания этих подразделений (поэтажные планы) с указанием назначения каждого помещения, а также списочный состав формирований (основной и дублирующий), список необходимого оборудования для полного целевого функционирования данного формирования с указанием учреждений и организаций, которые должны будут поставлять недостающее оборудование и т.п.

### **5. Общие принципы и порядок организации и проведения противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (трупа)**

Все первичные противоэпидемические мероприятия проводятся при установлении предварительного диагноза, который ставится на основании характерной клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза. При установлении окончательного диагноза противоэпидемические мероприятия проводятся в соответствии с нормативными и нормативно-методическими документами и приказами национального Министерства здравоохранения по каждой нозологической форме и предусматривают комплекс

мероприятий, обеспечивающих локализацию и создание условий для быстрой ликвидации эпидемического очага:

- выявление больного (трупа);
- информация о выявленном больном (трупе) – руководителя учреждения в установленном порядке;
- уточнение диагноза;
- временная изоляция больного с последующей его госпитализацией;
- оказание больному необходимой медицинской помощи (приложение 2);
- забор материала на лабораторное исследование (приложения 3,4);
- выявление, регистрация лиц, соприкасавшихся с больным или с другими зараженными объектами;
- в случае выявления больного с подозрением на чуму, холеру, КВГЛ, атипичную пневмонию (ТОРС) временная изоляция лиц, контактных с больным в любом свободном помещении до решения эпидемиолога 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, контактных – в изолятор;
- проведение текущей и заключительной дезинфекции.

Первичные противоэпидемические мероприятия являются составной частью комплекса противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации эпидемического очага, 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<sup>1</sup>;
- 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 внешней среды и эпидемиологически опасными грузами (лабораторный контроль за объектами внешней среды – возможными источниками и факторами передачи, пищевыми продуктами, наблюдение за состоянием численности грызунов и их блох);
- ветеринарное наблюдение за верблюдами, домашними животными и т.д.;
- проведение эпизоотолого-эпидемиологического обследования;
- информационно-разъяснительная работа среди населения об эпидемической ситуации.

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

Противоэпидемические мероприятия проводят местные органы и учреждения здравоохранения и госсанэпиднадзора совместно с территориальными противочумными учреждениями, которые осуществляют методическое руководство и оказывают консультативную и практическую помощь.

---

<sup>1</sup> Вскрытие умерших от КВГЛ, а также забор материала от трупа для лабораторного исследования не производится в связи с большим риском заражения. Такие манипуляции допускаются в исключительных случаях на основании специального разрешения Главного Государственного Санитарного врача.

Руководство мероприятиями по локализации и ликвидации эпидемического очага осуществляет Санитарная противоэпидемическая комиссия (СПК). Для эффективного и своевременного проведения мероприятий по локализации и ликвидации очага инфекции, подозрительной на вышеуказанные заболевания, должно быть предусмотрено обеспечение каждого лечебно-профилактического и санитарно-эпидемиологического учреждения оперативной бесперебойной связью (телефон, радио, телетайп, факс и др.).

Все лечебно-профилактические и санитарно-эпидемиологические учреждения Министерства здравоохранения, других министерств и ведомств должны иметь необходимый запас:

- медикаментов для проведения симптоматической терапии, экстренной профилактики, химиопрофилактики малярии (приложение 2);
- средств личной профилактики (приложение 6);
- средств индивидуальной защиты - противочумные костюмы I типа, другие средства индивидуальной защиты, разрешенные к применению;
- дезинфицирующих средств.

Первая информация о выявлении больного (трупа) чумой, холерой, КВГЛ, жёлтой лихорадкой, ТОРС, малярией направляется: главному врачу лечебно-профилактического учреждения, который передает ее станции скорой медицинской помощи, дезстанции города, руководителю здравоохранения и главному санитарному врачу соответствующей территории. Во все перечисленные адреса информация должна поступать не позднее 2 часов с момента выявления больного.

Руководитель здравоохранения и главный санитарный врач информирует о случае заболевания соответствующие учреждения и организации, предусмотренные комплексным планом, в том числе территориальное противочумное учреждение, администрацию (правительство) административной территории (не позже 6 часов после выявления больного).

При установлении предварительного диагноза и проведении первичных противоэпидемических мероприятий при указанных болезнях необходимо руководствоваться следующими сроками инкубационного периода:

- чума – 6 дней;
- холера – 5 дней;
- желтая лихорадка – 6 дней;
- лихорадки Эбола, Марбург, Ласса, боливийская, аргентинская – 21 день;
- атипичная пневмония – 10 дней

Во всех случаях выявления больного (трупа) немедленная информация в органы и учреждения здравоохранения и госсанэпиднадзора по подчиненности должна содержать следующие сведения:

- фамилия, имя, отчество, возраст (год рождения) больного (трупа);
- название страны, города, района (территории), откуда прибыл больной (труп), каким видом транспорта прибыл (номер поезда, автомашины, рейс самолета, судна), время и дата прибытия;
- адрес постоянного места жительства, подданство больного (трупа);
- дата заболевания;
- предварительный диагноз, кем поставлен (фамилия врача, его должность, название 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, пароход и т.д.);
- краткий эпидемиологический анамнез, клиническая картина и тяжесть заболевания;



- принимал ли химиотерапевтические препараты, антибиотики, когда, дозы, количество, даты начала и окончания приема;
- получал ли профилактические прививки, сроки прививок;
- меры, принятые по локализации и ликвидации очага заболевания (количество выявленных лиц, контактных с больным (трупом), дезинфекционные и другие противоэпидемические мероприятия);
- какая требуется помощь: консультанты, медикаменты, дезинфекционные средства, транспорт и т.п.;
- подпись под данным сообщением (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность);
- фамилии передавшего и принявшего данное сообщение, дата и час передачи сообщения.

Вопрос о порядке госпитализации и лечения больного, подозрительно-го 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 помощи для последующей его транспортировки в стационар.

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

Забор материала от больных производится медицинскими работниками стационара, где госпитализирован больной, в присутствии и под руководством специалистов по особо опасным инфекциям ЦГСЭН 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), имеющий специальную подготовку по особо опасным инфекциям.

Допускается забор материала от больного, подозрительного на холеру (испражнения, рвотные массы) медицинским работником на дому, по месту работы, в медицинском учреждении, 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 (медпункт, 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 4. 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 холодильнике 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 8).

Списки лиц, соприкасавшихся с больным или другим источником инфекции составляются по форме:

- фамилия, имя, отчество;
- год рождения;
- место жительства (постоянное, в данной местности);
- место работы (название предприятия, учреждения и адрес);

- путь следования (вид транспорта);
- контакт с больным или другим источником инфекции (где, когда, степень и продолжительность контакта);
- наличие прививок (в зависимости от подозреваемого заболевания), когда проводились (со слов);
- дата и час составления списка;
- подпись лица, составившего список (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность).

Медицинский персонал, находившийся вместе с больным чумой, КВГЛ, а также другие лица, общавшиеся с таким больным подлежат изоляции на срок, равный инкубационному периоду соответствующей инфекции.

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

При выявлении больного желтой лихорадкой, лихорадкой долины Рифт за всеми лицами, которые находились с больным на одном транспортном средстве, при наличии комаров – специфических переносчиков, 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.

Решающим фактором при установлении диагноза являются 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 или другими источниками инфекции в пути следования, по месту жительства или работы;

- пребывание на транспортном средстве, которое следует из местности, неблагополучной по чуме, КВГЛ, ТОРС, желтой лихорадке, лихорадке долины Рифт при наличии на нем грызунов, блох или комаров.
- пребывание в районах, пограничных со странами, неблагополучными по указанным инфекциям, или на энзоотичной территории.

## **6. Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного в медицинском учреждении или по месту проживания (работы).**

### **6.1. Мероприятия при выявлении больного в стационаре**

Мероприятия в лечебно-профилактических учреждениях проводятся по единой схеме согласно оперативным планам противоэпидемических мероприятий учреждений.

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), сведения о местах хранения укладок защитной одежды, дезинфицирующих средств и емкостей для их разведения, укладок для забора материала на лабораторное исследование, а также перечень обязанностей для врачей и средних медицинских работников. Укладки должны храниться в местах, доступных для работающего персонала в течение круглых суток. Место хранения укладок, ключей от комнаты и номер телефона ответственного за их хранение должны быть известны каждому сотруднику медицинского учреждения (под расписку).

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

Информация о выявленном больном в вышестоящие медицинские учреждения по подчиненности, вызов консультантов в стационар и эвакуобригады для госпитализации больного, дезбригады для проведения заключительной дез-

инфекции, осуществляется руководителем учреждения (лицом, его заменяющим), который также решает вопрос (совместно с эпидемиологом) о порядке, местах выставления внутренних и внешних постов.

В случае выявления больного, подозрительного на заболевание чумой, холерой, КВГЛ, ТОРС в каждом больничном учреждении должны быть проведены первичные противоэпидемические мероприятия.

- принимаются меры к изоляции больного по месту его выявления до его госпитализации в специализированный инфекционный стационар;
- больному оказывается необходимая медицинская помощь (приложение 2);
- больные направляются санитарным транспортом в специально выделенные для этих больных стационары;
- нетранспортабельным больным помощь оказывается на месте с вызовом оснащенной всем необходимым бригады скорой медицинской помощи;
- медицинский работник, не выходя из помещения, где выявлен больной:

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, КВГЛ, ТОРС медицинский работник должен закрыть нос и рот любой повязкой (полотенцем, косынкой, бинтом и т.д.) предварительно обработав руки и открытые части тела любыми дезинфицирующими средствами (хлорамин 1%. спирт 70<sup>0</sup> 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 5), а сопровождающий их сотрудник (медсестра, санитарка) должен около палаты развести дезинфицирующий раствор. Врач, выявивший больного, снимает медицинский халат и повязку, защищавшую его дыхательные пути, помещает их в бачок с дезинфицирующим раствором или влагонепроницаемый пакет, обрабатывает дезинфицирующим

раствором обувь и переходит в соседний кабинет или другое помещение, где проходит полную обработку, переодевание в запасной комплект одежды (личную одежду и обувь помещают в брезентовый или клеенчатый мешок для обеззараживания). Ему обрабатывают 70<sup>0</sup> этиловым спиртом открытые части тела, волосы, рот и горло прополаскивают 70<sup>0</sup> этиловым спиртом, в нос и в глаза закапывают растворы антибиотиков или 1 % раствор борной кислоты (приложение 6). Вопрос об изоляции и экстренной профилактике решается после подтверждения диагноза консультантами (приложение 2).

При подозрении на холеру медицинский работник должен строго соблюдать меры личной профилактики желудочно-кишечных инфекций: после осмотра больного руки следует обработать дезинфицирующим раствором (1 % раствор хлорамина, 70<sup>0</sup> этиловый спирт). При попадании выделений больного на одежду (спецодежду или личную) обувь следует заменить на запасную, а всю загрязненную одежду оставить для обеззараживания.

Прибывший инфекционист или опытный терапевт в защитной одежде, соответствующей выявленному заболеванию (приложение 5), осматривает больного, подтверждает подозрение на одно из инфекционных заболеваний, по показаниям продолжает лечение больного (приложение 2). 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 чумой, холерой, КВГЛ, ТОРС закрывают двери и окна, проводят текущую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, смывных вод после мытья рук, предметов ухода за больным и т.д.). Методы и средства дезинфекции изложены в приложении 7.

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, контактные с больным чумой, КВГЛ, ТОРС подлежат изоляции.

За лицами, контактными с больными желтой лихорадкой, малярией, лихорадкой долины Рифт устанавливают медицинское наблюдение.

Лица, имевшие непосредственный и тесный контакт с больным (носителем) холерой, подлежат изоляции, остальные контактные – медицинскому наблюдению.

При выявлении больного, подозрительного на малярию, принимают меры для его госпитализации в инфекционный стационар. В любом случае у больного необходимо взять кровь на исследование (мазок и толстая капля). Больного помещают в палату или бокс, недоступный для комаров, пробы крови передают в лабораторию.

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

## **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. Врач, выявивший больного, после того, как передает его инфекционисту, покидает кабинет. Все его дальнейшие действия описаны в разделе 6.1.

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

При выходе переписывают всех посетителей с указанием их места жительства.

В случае выявления больного чумой, холерой, КВГЛ, ТОРС, лиц бывших в близком контакте с больным, временно изолируют в одном из помещений поликлиники до прибытия эпидемиологов и решения вопроса о необходимости их помещения в изолятор.

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



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

### **6.3. Мероприятия при выявлении больного в ФАПе (ФП).**

Фельдшерско-акушерский (фельдшерский) пункт немедленно закрывается. Вход и выход из него прекращается. 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 заменяющим).

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

Соблюдение мер личной профилактики, принципы лечения больного, надевание защитного костюма, выявление контактных, текущая дезинфекция и другие мероприятия проводятся, как указано в разделе 5.1 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 инфицированную одежду: медицинский халат, косынку или шапочку, поместив их в дезинфицирующий раствор. Обработать открытые части лица и провести другие виды обработок (приложение 6). Переодеться в чистую защитную одежду.

### **6.4. Мероприятия по 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. 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, кто мог быть в контакте с больным с начала его заболевания.

После эвакуации больного и приезда бригады дезинфекторов врач снимает рабочую одежду, помещает ее в дезинфицирующий раствор, обрабатывает обувь, в случае необходимости принимает средства личной экстренной профилактики (приложение б).

При выявлении больного с подозрением на малярию описанные мероприятия не требуются. Больной специальным транспортом направляется в инфекционный стационар для госпитализации. Если есть возможность, у него берут кровь для исследования, готовые препараты направляют вместе с больным в клиническую лабораторию.

### **6.5. Мероприятия при выявлении больного в гостинице**

Врач медпункта (здравпункта) гостиницы или врач, вызванный из поликлиники, скорой помощи к проживающему в гостинице больному, заподозривший у него заболевание чумой, холерой, КВГЛ, ТОРС через дежурного по этажу сообщает о выявленном больном (труп) главному врачу поликлиники (объединения), который в соответствии с оперативным планом реализует комплекс первичных противоэпидемических мероприятий, как указано в разделе 5.1. Врач остается с больным до прибытия эвакубригады, эпидбригады, при необходимости оказывает экстренную медицинскую помощь больному (прило-

жение 2). Запрещается посещение посторонними лицами номера, где находится больной.

При подозрении на заболевание легочной чумой, КВГЛ, ТОРС врач до получения защитной одежды обрабатывает руки, открытые части тела любым подручным 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 лица, проживающих в номере вместе с больным (умершим), переводят в другое изолированное помещение.

Больного (труп) временно оставляют в номере. Закрывают двери и окна, отключают вентиляцию или кондиционер. Больному не разрешают пользоваться канализацией. На месте изыскиваются необходимые емкости для сбора выделений больного. Последние после соответствующей дезинфекции сливают в канализацию (приложение 7).

У больного выясняют возможные контакты по гостинице и за ее пределами. Составляют списки контактных (по приведенной в разделе 5 схеме).

Директору гостиницы предлагается:

- закрыть входные двери гостиницы, не допускать в гостиницу лиц, не проживающих в ней, и полностью прекратить выход из нее;
- выставить пост у номера, где выявлен больной;
- прекратить сообщение между этажами и отдельными секциями здания гостиницы;
- запретить вход на этаж, где выявлен больной (труп), лицам, не проживающим на данном этаже;
- изолировать граждан, соприкасавшихся с больным (умершим) непосредственно, в номерах, где они проживают (кроме лиц, проживающих в одном номере с больным);

- запретить до проведения заключительной дезинфекции выносить вещи из номера больного (умершего).

При выявлении больного с подозрением на малярию описанные мероприятия не требуются. Больной специальным транспортом направляется в инфекционный стационар для госпитализации. Если есть возможность, у него берут кровь для исследования, готовые препараты направляют вместе с больным в клиническую лабораторию.

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

#### **6.6. Мероприятия в патологоанатомическом отделении или бюро судебно-медицинской экспертизы.**

При возникновении подозрения на чуму, холеру, КВГЛ<sup>2</sup>, ТОРС во время вскрытия трупа вскрытие временно прекращается до прибытия консультантов-специалистов по особо опасным инфекциям из ЦГСЭН или противочумного учреждения. Секционный стол отключается от канализации. Спуск сточных вод в канализацию прекращается. Промывные воды собираются в ведра или другие емкости, содержащие дезинфицирующие растворы. Труп накрывается клеенкой без применения дезинфицирующих средств. Если одновременно проводилось несколько вскрытий, они также прекращаются.

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

---

<sup>2</sup> Вскрытие трупа с подозрением на КВГЛ только при получении разрешения главного государственного санитарного врача.

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

Все лица, находившиеся в прозекторской, снимают рабочую одежду, выходят в чистое помещение, где обрабатывают открытые части тела 0,5-1% раствором хлорамина или 70<sup>0</sup> спиртом, а слизистые оболочки – раствором стрептомицина при подозрении на чуму или слабым розовым раствором марганцево-кислого калия при подозрении на КВГЛ. (приложение 6). При подтверждении диагноза персонал, занимавшийся вскрытием трупа с подозрением на чуму, КВГЛ, ТОРС подлежат изоляции и профилактическому лечению. За персоналом, занимавшегося вскрытием трупа с подозрением на холеру, желтую лихорадку устанавливается медицинское наблюдение.

Всю дальнейшую работу в секционном зале выполняют в защитной одежде в соответствии с нозологической формой, после прибытия консультантов. Дальнейшее вскрытие, забор материала для исследования проводится стерильными инструментами под руководством специалистов по особо опасным инфекциям. При невозможности прибытия консультантов в ближайшие 4-6 часов, патологоанатом заканчивает вскрытие трупа самостоятельно с соблюдением требований действующих Санитарных правил биологической безопасности и производит забор материала на исследование. Во время вскрытия проводится текущая дезинфекция.

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

Перевозку трупа на кладбище или в крематорий осуществляет эвакобригада в сопровождении эпидемиолога.

## **7. Первичные противоэпидемические мероприятия при выявлении больного на транспортных средствах**

### **7.1. Мероприятия в вагоне пассажирского поезда в пути следования**

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

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

Медработник совместно с поездной бригадой проводит следующие мероприятия:

- больного (труп) оставляют в купе, в котором он находился. Остальных пассажиров этого купе переводят в соседнее, предварительно освобожденное от других пассажиров, последних размещают в этом же вагоне. В плацкартных вагонах купе с больным (умершим) отгораживают простынями или одеялами;
- закрывают двери вагона, запрещают посадку и выход пассажиров до особого распоряжения, хождение пассажиров по вагону и в другие вагоны. При подозрении на чуму, КВГЛ, ТОРС закрывают также окна и выключа-

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

- в купе, где находится больной (труп), а также в других купе, коридоре вагона и туалетах проводят текущую дезинфекцию (приложение 7);
- один из туалетов выделяют для сбора и дезинфекции выделений больного, унитаза в нем закрывают, устанавливают ведра с дезинфицирующим раствором. Второй туалет используется остальными пассажирами вагона. Туалеты обеспечивают дезсредствами для рук. Возле туалета и купе больного для вытирания ног кладется ветошь, увлажненная дезинфицирующим раствором (3 % р-р хлорамина или хлорной извести);
- проводят разъяснительную работу среди пассажиров о значении проводимых мероприятий и мерах личной профилактики;
- составляют списки пассажиров, следовавших в вагоне, обслуживающего персонала, контактировавших с больным;
- после госпитализации больного проводят заключительную дезинфекцию в купе, туалетах, проходах вагона.

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 медпункта, заподозривший у больного заболевание чумой, холерой, КВГЛ, ТОРС сообщает главному врачу поликлиники по подчиненности, начальнику вокзала согласно принятой схеме оповещения. Больного изолируют в помещении изолятора или медпункта, оказывают ему при необходимости медицинскую помощь, принимают меры к немедленной госпитализации (доставке трупа). На месте обнаружения больного проводят текущую дезинфекцию (обеззараживание рвотных масс, испражнений больного).

Мероприятия в отношении врача, выявившего больного, аналогичны описанным в п. 6.1. По указанию начальника вокзала принимаются меры к прекращению доступа пассажиров в зал ожидания, где находился больной. Выявляются лица, соприкасавшиеся с больным: в билетных кассах, багажном отделении, зале ожидания, буфете, ресторане и т.д.

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

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

Больной с подозрением на заболевание малярией санитарным транспортом доставляется в инфекционный стационар, противоэпидемические мероприятия не проводятся.



### **7.3. Мероприятия при выявлении больного в самолете**

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

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

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

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

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

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

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

#### **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 чумой, холерой, КВГЛ, ТОРС, малярией медицинский работник немедленно докладывает капитану судна.

Капитан судна сообщает об этом в порт приписки и в порт следования судна.

При выявлении подозрительного больного в ходе приема на медпункте все мероприятия проводятся, как указано п. 6 .1 до момента прибытия в порт.

При выявлении больного в каюте медработник, не выходя из нее, через членов команды сообщает о больном начальнику медицинского пункта (медчасти) и капитану судна, запрашивает защитную одежду, необходимые медикаменты, средства экстренной 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, закрываются; не допускается вход и выход из каюты. Отключается вентиляция или кондиционер (кроме случаев холеры и малярии). Больному при необходимости оказывается медицинская помощь. Выде-

ляется персонал для ухода за больным; обеспечивается охрана каюты, проводится текущая дезинфекция. При выявлении больного, подозрительного на малярию, желтую лихорадку, лихорадку долины Рифт его помещают в каюту с застекленными окнами и дверьми с целью предотвращения доступа комаров.

Персонал, выделенный для временного обслуживания больного, подозрительного на чуму, холеру, КВГЛ, ТОРС должен работать в соответствующей защитной одежде (приложение 5.2).

Труп помещают в специальное хранилище.

Во всех помещениях, где находился больной (труп) до момента изоляции, проводится заключительная дезинфекция, а при необходимости – дезинсекция и дератизация.

Выявляют лиц, имевших наиболее тесный и продолжительный контакт с больным (трупом), которых помещают в развернутый изолятор. 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 любого судна, на борту которого был выявлен больной (труп), все дальнейшие противоэпидемические мероприятия проводятся в соответствии с планом порта.

## **8. Первичные противоэпидемические мероприятия, проводимые бригадами эпидемиологов, эвакуации и дезинфекции при выявлении больных с подозрением на чуму, холеру, КВГЛ, ТОРС**

### **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 соприкасавшихся с ним лиц, проведением текущей и заключительной дезинфекции (при отсутствии врача-дезинфектора).
- контролирует правильность проведенных ограничительных мероприятий (степень изоляции помещения, где находится больной (труп), правильность выставления постов, а также других мероприятий, направленных на локализацию очага и прерывание путей передачи инфекции);
- определяет объекты, подлежащие лабораторному исследованию;
- сообщает главному санитарному врачу по телефону (при отсутствии связи – с нарочным) уточненные сведения о контактных и проведенных первичных мероприятиях по локализации очага.

### **8.2. Мероприятия бригады эвакуации (эвакобригада)**

При получении информации о случае заболевания подозрительного на чуму, холеру, КВГЛ, желтую лихорадку, ТОРС для эвакуации больного (трупа) направляется бригада эвакуаторов.

Эвакобригада должна состоять из врача и двух помощников (фельдшер, санитар).

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

При выезде к больному необходимо взять защитную одежду в зависимости от предполагаемого диагноза: при подозрении на чуму, КВГЛ, ТОРС – противочумный костюм I типа, на холеру, желтую лихорадку – IV типа (приложение 5).

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

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

Запрещается сопровождение больного родственниками и знакомыми.

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

Машина, предметы ухода за больным подвергаются заключительной дезинфекции на территории больницы.

При транспортировке с места выявления (амбулаторно-поликлинического учреждения, дома, гостиницы, вокзала и т.д.) трупа человека, умершего от заболевания, подозрительного на чуму, холеру, КВГЛ, желтую лихорадку, ТОРС 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 эпидемиологом.

Захоронение проводится при строгом соблюдении требований действующих Санитарных правил по безопасности работы.

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.

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 и др.

Перед проведением дезинфекции необходимо закрыть окна и двери в помещениях, подлежащих обработке. Проведение заключительной дезинфекции начинают от входной двери здания, последовательно обрабатывая все 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.

При малярии дезинфекция не проводится, при наличии комаров проводят обработку помещений инсектицидами.

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.

Приложение 1  
(справочное)

**Общие сведения о чуме, холере, желтой лихорадке, контагиозных вирусных геморрагических лихорадках Ласса, Эбола, Марбург, Боливийской, Аргентинской, ТОРС, малярии (Болезни)**

1.1. Клинико-эпидемиологическая характеристика Болезней

Основные клинические признаки	Основные эпидемиологические признаки				Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать
	Инкубационный период	Источник инфекции	Пути передачи	Условия заражения	
<b>ЧУМА</b>					
<p>При любой клинической форме чумы начало заболевания внезапное, острое, без продромальных явлений. Сильный озноб, быстрое повышение температуры до 38-40 °, резкая головная боль, головокружение, раннее нарушение сознания, бессоница, бред, иногда рвота. Состояние беспокойства, возбуждения. У других больных заторможенность, оглушенность. Лицо покрасневшее, одутловатое, затем становится осунувшимся, черты его заостряются. Гиперемия конъюнктив, глаза окружены темными кругами. Страдальческое выражение лица, нередко полное страха, ужаса. Язык обложен («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.</p> <p>Бубонная форма (наиболее частая) - основным признаком является бубон (воспа-</p>	6 суток (от 1 до 6 суток), у вакцинированных до 8-10 суток)	Грызуны, хищники, верблюды, больной человек	Трансмиссивный - через блох. Контактный - через кровь, выделения больного человека, зараженных животных Аэрогенный воздушно-капельный, воздушно-пылевой. Алиментарный - через зараженную пищу.	<p>1.Нахождение в предшествующие заболеванию 6 дней в поле, степи, пустыне, горах, где есть природные очаги чумы.</p> <p>2.Участие в прирезке больного верблюда или ухода за ним, обработка верблюжьего мяса.</p> <p>3.Охота на территории природного очага чумы на сурков, сусликов, тарбаганов, зайцев, мелких хищников (хорь, ласка).</p> <p>4.Снятие шкурок и разделка тушек грызунов и хищников, добытых на территории природных очагов.</p> <p>5.Уход за больными чумой (или тесный контакт с ним).</p> <p>6.Участие в ритуале похорон умершего</p>	Бубонную и кожную формы - с туляремией (бубон подвижный, менее болезненный, хорошо контурируется);



<p>ление ближайшего к месту внедрения возбудителя чумы лимфатического узла). Бубон резко болезненный, плотный, спаянный с окружающей подкожной клетчаткой (неподвижный, плохо контурируемый).</p>					
<p>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.</p> <p>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 пенная с прожилками алой крови. Характерно несоответствие между данными объективного обследования легких и общим тяжелым состоянием больного.</p> <p>Септическая форма - ранняя тяжелая интоксикация, чрезвычайно тяжелые общие симптомы заболевания и быстрая смерть (резкое падение кровяного давления, кровоизлияния на слизистых, коже, кровотечение во внутренних органах).</p> <p><u>Примечание:</u> не исключена возможность развития чумного менинги-</p>					<p>С кожной формой сибирской язвы (отсутствии 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</p>

<p>та с тяжелым течением, заканчивающегося неблагоприятным исходом.</p> <p>Широкое применение анти-биотиков, изменяющих клиническую картину чумы, может привести к появлению стертых и атипичных форм болезни.</p> <p>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</p>					<p>форму - с септическим состоянием различной этиологии на основании эпиданамнеза.</p>
---	--	--	--	--	--

#### ХОЛЕРА

<p>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.</p> <p>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 приоб-</p>	<p>5 суток (от 10 часов до 5 суток)</p>	<p>Больной человек, вибрионо-носитель</p>	<p>Фекально-оральный, через воду и пищу. Контактный</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Нахождение в предшествующие заболеванию 5 дней в неблагополучном по холере населенном пункте, районе, иностранном государстве.</li> <li>2. Уход за больным диареей.</li> <li>3. Использование для питья необеззараженной воды или использование для купания и других нужд воды открытого водоема.</li> <li>4. Употребление в пищу слабосоленой рыбы домашнего изготовления, креветок, раков, крабов, морской капусты и других продуктов с недостаточной термической обработкой.</li> <li>5. Употребление в пищу овощей и фруктов, привезенных из неблагополучных по холере районов.</li> <li>6. Работы связанные</li> </ol>	<p>Отравление грибами (анамнестические данные, болевой синдром). Отравление клещевиной (анамнестические данные). Отравления неорганическими и органическими ядами (групповые отравления, результаты химического анализа).</p> <p>Пищевые токсикоинфекции, сальмонеллезы (болевого синдром, повышение температуры, сравнительно редкое развитие заболевания)</p>
---	---	---	---	---	---

<p>ретаает 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 сильный. Жалобы больных на сухость во рту, жажду, недомогание, слабость. Отмечается цианоз губ, иногда акроцианоз. Снижается тургор кожи. Язык сухой.</p> <p>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 сильный, 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</p>			<p>с эксплуатацией открытых водоемов (водолазы, рыбаки), обслуживанием канализационных и водопроводных сооружений.</p>	<p>ния до степени алгида, данные бактериологического исследования). Ботулиническая интоксикация (тошнота, рвота, головокружение, комплекс нервнопаралитических явлений, ананез и данные лабораторных исследований). Бактериальная дизентерия (лихорадочная реакция, тенезмы, схваткообразные боли в животе, симптомы гемокोलита, стул со слизью и кровью). Отравление ядохимикатами, применяемыми в сельскохозяйственном производстве (анамнестические данные).</p>
---	--	--	--	---

<p>тела больного, а также солевой дефицит приводит 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. Субнормальная температура тела до 35,5 °С. Кожа холодная, тургор ее резко снижен, выражен симптомом "рука прачки". Объем стула уменьшается до прекращения. При проведении немедленной регидратации, вновь появляется частый стул и может быть рвота. В периферической крови увеличение числа эритроцитов, лейкоцитов, гипокалиемия.</p> <p><u>Примечание:</u> Особую диагностическую трудность представляет бессимптомное вибрионосительство. Выявление носителей основывается на положительных результатах бактериологического исследования, причем присутствие вибрионов в испражнениях носителя непостоянно.</p>					
<b>ЛИХОРАДКА ЛАССА</b>					
<p>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 про-</p>	<p>От 3 до 21 суток, чаще 7-10 суток.</p>	<p>Грызуны (многососковая крыса и др.), больной человек</p>	<p>От грызунов к человеку передается, по-видимому, контактным и воздушно-пылевым в природном очаге. Предполагают воздушно-капельный, контактный и парентеральный способы передачи от</p>	<p>1. Пребывание в странах Западной и Центральной Африки (в сельской местности). 2. Уход за больным (или контакт) геморрагической лихорадкой, прибывшим из-за рубежа. 3. Участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки прибывшего из Западной и Центральной Африки.</p>	<p>Диагностика лихорадки Ласса, Эбола, Марбург по клиническим признакам в первые дни болезни крайне затруднительны. Любой случай лихорадки с полиморфной тяжелой клинической картиной в</p>

<p>ходит, но боли в животе и рвота могут сохраняться. Нередко отмечается головокружение, снижение зрения и слуха. Появляется пятнисто-папулезная сыпь. При тяжелой форме болезни нарастают синдромы токсикоза, 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-й неделе болезни от острой сердечно-сосудистой недостаточности. Наряду с тяжелыми встречаются легкие и субклинические формы заболевания.</p>			<p>человека к человеку</p>		<p>пределах 3-х недель после убытия из эндемичной местности, общения с больными особо опасной вирусной инфекцией или контакта с заразным материалом должен рассцениваться как заболевание, подозрительное на особо вирусную инфекцию. При лихорадках Марбург, Эбола отмечается острое начало заболевания, фарингит, сильный отек шеи и лица. В остальном клиническая картина этих трех заболеваний сходна. Лихорадку Ласса, Эбола, Марбург дифференцируют). с малярией (исследование крови на плазмодии малярии, пробное лечение антималярийными препаратами - хлорохин внутримышечно), брюшным тифом (выделение гемокультуры, пробное лечение левомицетином,</p>
---	--	--	----------------------------	--	---

					эритромицином, тетрациклином).
<b>ЛИХОРАДКА МАРБУРГ</b>					
Заболевание имеет острое начало и характеризуется бы-стрым 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.	От 3 до 16 суток (чаще 3-9 суток)	Обезьяны из семейства Cercopithecidae, больной человек	Предполагают воздушно-капельный, контактный и парентеральный способы передачи	1.Пребывание в Восточной и Южной Африке. 2. Контакт с африканскими зелеными маргитками, их органами, тканями, выделениями. 3.Уход за больным человеком (или реконвалесцентом) геморрагической лихорадкой или заболеванием с неясно этиологией, в т.ч. протекавшего с геморрагическим синдромом и прибывшего из районов Восточной и Южной Африки. 4.Участие в ритуале похорон умершего от геморрагической лихорадки. Лабораторное заражение.	стрептококковыми и др. септицемиями (посев крови); при наличии геморрагии с желтой лихорадкой, лихорадками Денге, Конго-Крымской, и др.
<b>ЛИХОРАДКА ЭБОЛА</b>					
Заболевание начинается остро с повышения температуры до 39°C, 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 жи-	21 сутки (чаще от 4 до 16 суток)	Обезьяны из семейства Cercopithecidae, больной человек.	Предполагают воздушно-капельный, контактный и парентеральный	1.Пребывание в странах Западной и Центральной Африки. 2.Уход за больным (или контакт) человеком геморрагической лихорадкой или заболеванием с неясной этиологией, в т.ч. протекавшего с геморрагическим синдромом и прибывшего из районов Западной и Центральной Африки. 3.Участие в ритуале похорон умершего	

<p>воте, 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 развивается геморрагический синдром (кровотечения из носа, дёсен, ушей, мест инъекционных уколов, кровавая рвота, мелена) и тяжёлая ангина. Часто отмечаются симптомы, свидетельствующие о вовлечении в процесс ЦНС (тремор, судороги, парестезии, менингеальные симптомы, резкая заторможенность или наоборот возбуждение, раздражительность и агрессивность, в тяжёлых случаях развивается отёк мозга, энцефалит). Смерть наступает на 8-9 день болезни от кровопотери и шока.</p>				<p>от геморрагической лихорадки. 4. Лабораторное заражение.</p>	
<b>ЖЕЛТАЯ ЛИХОРАДКА</b>					
<p>Заболевание начинается остро, температура тела за 1-2 дня повышается до 39-40° С, затем наступает короткий период ремиссии, вслед за которым развивается гепатонепротоксическая стадия с геморрагическими проявлениями. Кровотечения из носа и дёсен, "чёрная" рвота, кровь (старая или свежая) в кале, желтуха, анурия, прогрессирующая протеинурия, уремическая кома, гипотония, шок. Смер-</p>	<p>3-6 суток, реже удлиняется до 9-10 суток.</p>	<p>Различные виды обезьян, больной человек</p>	<p>Трансмиссивный: в Африке через комара <i>Aedes aegypti</i> (в городах), <i>Aedes africanus</i> (в джунглях); в Америке через комара рода <i>Haemogogus</i></p>	<p>1. Пребывание в странах Африки, Центральной и Южной Америки, при отсутствии в анамнезе сведений о прививке против этой инфекции. 2. Нахождение на транспортном средстве, следующем из указанных выше регионов мира. 3. Погрузочно-разгрузочные работы в морском порту или аэропорту, на транс-</p>	<p>Жёлтую лихорадку дифференцируют от малярии с помощью исследования толстой капли крови (наличие малярийного плазмодия). От лихорадки Паппатачи - по наличию инъекции сосудов склер при послед-</p>

<p>тельный исход через 10 дней от начала заболевания.</p> <p>Заболевание может протекать в лёгкой abortивной форме, а также в бессимптомной форме.</p> <p>Показатель летальности при тяжёлой форме - до 80%, при легких и бессимптомных формах – около 1%.</p>				<p>порте, прибывшего из эндемичных стран при наличии в трюмах, грузовых отсеках кома ров - специфических переносчиков жёлтой лихорадки.</p>	<p>ней. По наличию мучительных болей в спине и суставах, лимфаденита, эритематозной сыпи при лихорадке Денге.</p> <p>От геморрагических лихорадок по раннему проявлению геморрагического синдрома и наличию в разгар болезни нейтрофильного лейкоцитоза при них, а также по наличию бледного носогубного треугольника и отсутствию отёчности губ.</p> <p>От иктерогеморрагического лептоспироза по характерным для него болям в икроножных мышцах, наличию менингеальных симптомов, нейтрофильного лейкоцитоза.</p> <p>От вирусного гепатита отличается жёлтая лихорадка по наличию при ней симптомов поражения почек, геморрагического синдрома при неяркой желтухе.</p>
--	--	--	--	---	---



<b>АРГЕНТИНСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ЛИХОРАДКА ХУНИН)</b>					
Начало постепенное. В первые 3-4 дня отмечается субфебрильная температура тела, головная боль, миалгии, раздражительность и нарушение сна. Нередко на слизистой оболочке рта появляется геморрагическая экзантема. Иногда появляется экзантема на лице и шее, отек лица. У многих больных выявляется распространенная лимфаденопатия. В конце начального периода температура достигает уровня 37,5-38,5° С. С 4-5 дня развивается период разгара болезни продолжительностью 8-12 дней. Этот период характеризуется нарастанием токсических проявлений и геморрагическим синдромом в виде кожных кровоизлияний, носовых кровотечений, мелены, кровавой рвоты. Возможно развитие шока. Характерным признаком болезни считается брадикардия. У некоторых больных развивается олигурия. Описано появление признаков энцефалита. Возможно развитие некротических изменений в печени. Период реконвалесценции характеризуется снижением температуры тела и медленным выздоровлением больного. Летальность достигает 16-30%.	7-16 суток	Мелкие хомячки рода <i>Calomys</i> , другие хомякообразные грызуны. Больной человек (редко)	От грызунов к человеку контактным. В природном очаге воздушно-пылевым путем. От человека к человеку контактным и парентеральным, предполагается возможность реализации аспирационного механизма передачи	1. Пребывание в сельской местности центральных районов Аргентины. 2. Употребление в пищу продуктов, инфицированных выделениями грызунов. 3. Непосредственный контакт с выделениями больных (редко)	Почти постоянное отсутствие у больных влажного кашля, воспаления в горле и насморка помогает провести дифференциальную диагностику с острой респираторной инфекцией. Увеличение печени, спленомегалия и желтуха при лихорадке Хунино не отмечаются
<b>БОЛИВИЙСКАЯ ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ЛИХОРАДКА МАЧУПО)</b>					
Начало заболевания постепенное. К 3-4 суткам болезни температура достигает (39-39,5) <sup>0</sup> С. Больные жалуются на постоянные боли в области лба. На 2-е сутки появляется люмбаго, боли в средних по величине суставах. В тяжелых случаях отмечают загрудинные боли. Характерны боли в горле. Из объективных признаков следует отметить ги-	12-15 суток	Мелкие хомячки рода <i>Calomys</i> , другие хомякообразные грызуны. Больной человек (редко)	От грызунов к человеку контактным. В природном очаге воздушно-пылевым путем. От человека к человеку контактным и парентеральным, предполагается возмож-	1. Пребывание в сельской местности центральных районов Аргентины. 2. Употребление в пищу продуктов, инфицированных выделениями грызунов. 3. Непосредственный контакт с выделениями больных (редко).	Необходим дифференциальный диагноз с малярией, лихорадками желтой и Денге (см. выше)

<p>перемию конъюнктив, лица и шеи, гингивит, фарингит, застойные явления в глотке и петехии на мягком небе. Продолжительность заболевания 2-3 недели в зависимости от тяжести процесса. Летальность – 20-30%.</p>			<p>ность реализации аспирационного механизма передачи</p>		
<b>ТОРС</b>					
<p>Заболевание обычно начинается с недомогания (100%), озноба (97%), головной боли (84%), головокружения (61%), миалгии (81%), сухого кашля (от 20 до 80%), боли в горле (23%), ринита (23%), повышения t° тела до 38-39°C (100%), реже наблюдается диарея (3-7%), тошнота, одно-, двукратная рвота. Фаза поражения нижних отделов респираторного тракта наступает через 3-7 дней. При физикальном исследовании отмечается притупление перкуторного звука, при аускультации легких – ослабленное дыхание, возможны хрипы, крепитация, при рентгенологическом исследовании обнаруживаются сначала ограниченные инфильтраты, затем их слияние. Легкие поражаются в нижне-боковых и задних отделах. Тяжесть болезни может варьировать от легкой формы до тяжелой со смертельным исходом.</p>	<p>От 2 до 10 дней</p>	<p>Больной человек</p>	<p>Воздушно-капельный и контактно-бытовой</p>	<p>Тесный контакт с больным человеком</p>	<p>Пневмонии другой этиологии, грипп, ОРВИ</p>
<b>МАЛЯРИЯ</b>					

<p>Клиническая картина болезни характеризуется приступами лихорадки, развивающимися с определённой 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 налётом. Осложнения: кома, гемолитическая анемия, гемоглобинурийная лихорадка, геморрагический и отёчный синдром, алгид, психозы, почечная недостаточность, разрыв селезёнки.</p> <p><b>Тропическая малярия</b> (<i>P.falciparum</i>) – наиболее тяжёлая форма малярии, часто заканчивается комой.</p> <p>Течение <b>трёхдневной малярии</b> (<i>Vivax</i> – малярия) доброкачественное, осложнения наблюдаются редко.</p> <p><b>Ovale-малярия</b> характеризуется доброкачественным течением.</p> <p><b>Четырёхдневная малярия</b> (<i>P.malariae</i>) характеризуется частым чередованием приступов, иногда развиваются двоянные приступы. Характерно большое число рецидивов на протяжении многих лет.</p>	<p><i>P. falciparum</i> - 12 суток.  <i>P. vivax</i> - 14 суток.  <i>P. malariae</i> - 30 суток (6-9 месяцев).  <i>P. ovale</i> - 7-20 суток.</p>	<p>Больной человек</p>	<p>Трансмиссивный - комарами рода <i>Anopheles</i>.  Парентеральный - при гемотрансфузиях от донора паразитоносителя, манипуляциях недостаточно обработанными инструментами.  Трансплацентарный ( в редких случаях - тропическая малярия).</p>	<p>1.Пребывание на эндемичных территориях.  2. Пребывание в местности, где присутствуют больные люди (человек) и комары- специфические переносчики.</p>	<p>Дифференциальный диагноз основывается на эпидемиологических (пребывание на эндемичных по малярии территориях), клинических и лабораторных данных. Приступы малярии дифференцируют с гриппом, сыпным тифом, лептоспирозом, менингококковой инфекцией, геморрагической лихорадкой, вирусным гепатитом, арбовирусной инфекцией, риккетсиозом, сепсисом - по периодичности приступов, бледно-жёлтой окраске кожных покровов и склер, тахикардии и раннему увеличению печени и селезёнки. Кроме клинических признаков, диагноз подтверждается наличием плазмодиев в крови.</p>
---	---	------------------------	--	---	--

## 1.2. Патологическая анатомия болезней

### ЧУМА

В зависимости от клинической формы смерть может наступить в период от нескольких часов до нескольких недель после начала заболевания. Различают бубонную, кожную (кожно-бубонную), первично-легочную, первично-септическую и кишечную формы чумы. Как правило, смерть наступает в период генерализации инфекции, поэтому наряду с признаками, характерными для каждой формы, обнаруживают изменения, характерные для сепсиса (геморрагической септицемии).

При бубонной форме видимые изменения на месте внедрения возбудителя отсутствуют. Постоянный и характерный признак этой формы – наличие первичного бубона, острого воспаления группы регионарных к месту заражения лимфатических узлов. При осмотре бубон имеет вид опухолевидного образования со сглаженными контурами. На разрезе – узлы увеличены, спаяны между собой и с окружающей клетчаткой, обильно пропитаны кровью или серозно-геморрагической жидкостью, часто имеют своеобразный «пестрый» вид из-за наличия участков некроза и гнойного расплавления на фоне геморрагического пропитывания. При гибели в поздние сроки может наблюдаться образование свища с гнойным отделяемым, рубцевание. Чаще всего первичные бубоны локализуются в бедренной, паховой, шейной, подмышечной областях. Вторичные бубоны могут локализоваться в любой группе лимфатических узлов. В сердце возможны кровоизлияния в перикарде и под эндокардом. Печень может быть 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, карбунку-

лы, 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 могут 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 пенная жидкость. Вокруг и вне очагов, под плеврой – множественные кровоизлияния. В плевральной полости может быть небольшое количество серозной или серозно-геморрагической жидкости, после антибиотикотерапии – фибриновые 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 мелкооча-

говые 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

Патоморфологические изменения различны в зависимости от клинической формы. У умерших от холерного алгида вследствие резкого обезвоживания и деминерализации отмечается характерное «лицо Гиппократата»: запавшие глаза с подсохшей роговицей, заострившиеся черты, землистый цвет кожи, иногда с синюшным оттенком на кончике носа, губах, мочках ушей. Наблюдаются вялость, сухость, синюшность и морщинистость кожи, особенно пальцев рук («руки прачки»). Трупное окоченение раннее и резко выражено, труп имеет своеобразный вид, напоминающий «позу бойца или боксера» – согнутые руки, ноги, пальцы, рельефность мускулатуры, живот запавший. Может наблюдаться «гусиная кожа». Трупные пятна багрово-фиолетовые.

На разрезе кожа, подкожная клетчатка, мышцы плотные, сухие. Кровь темная, густая, из перерезанного сосуда не вытекает, напоминает «смородиновое желе». 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 лимфатиче-

ские 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.

У умерших от холерного тифоида к моменту гибели признаки обезвоживания исчезают, 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. Коровое 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 обнаруживается 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.

### ЛИХОРАДКА ЛАССА

Смерть чаще всего наступает на второй неделе заболевания, когда достаточно явно выражены признаки дегидратации.

К характерным изменениям относятся петехиальные кровоизлияния на коже лица, затылка, спины и плеч, макулезная, макуло-папулезная сыпь. Характерен шейный лимфаденит, в меньшей степени увеличиваются лимфатические узлы других локализаций. Сосуды склер и конъюнктив инъецированы. В тяжелых случаях отмечается отечность лица и шеи. К концу второй недели заболевания может быть заметна иктеричность кожи. При вскрытии отмечаются кровоизлияния в слизистую желудка, тонкого и толстого кишечника, в просвете тонкого (а иногда и толстого) кишечника – темная кровь. Легкие отечны и застойны, в плевральной, перикардальной и брюшной полостях скапливается жидкость. Может быть увеличена печень. После извлечения органокомплекса (трахея, пищевод, легкие, сердце) на слизистой рта, щек, зева и глотки обнаруживаются язвенные элементы, содержащие желтоватый детрит, окруженные ярким эритематозным ободком.

### ЛИХОРАДКА ЭБОЛА

Смерть обычно наступает в конце первой-начале второй недели заболевания, но зарегистрирована и неожиданная смерть в поздние сроки. Картина сходна с наблюдаемой при лихорадке Ласса. Выражены признаки дегидратации, глаза запавшие. Отмечается резкая бледность кожи лица, типичны конъюнктивальные кровоизлияния. Характерна сыпь – макуло-папулезная (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 не различимы.

### БОЛЕЗНЬ МАРБУРГА

(церкопитековая геморрагическая лихорадка)

Смерть обычно наступает между 8-м и 17-м днями болезни. Патологоанатомические изменения во многом сходны с наблюдаемыми при лихорадках Ласса и Эбола. Отмечаются признаки дегидратации. Могут быть увеличены шейные, затылочные, подмышечные лимфатические узлы. Характерный диагностический признак – сыпь в виде мелких темно-красных папул либо макулопапулезная на коже туловища, ягодиц и внешней поверхности рук. При тяжелом течении болезни – диффузная синеватая эритема. При гибели в поздние сроки (после 16-го дня) – шелушение на ладонях, стопах, конечностях. При вскрытии обнаруживают отек мозга и гиперемию мягких мозговых оболочек, значительные геморрагии на слизистых оболочках и во внутренних органах, в местах инъекций. На слизистой оболочке мягкого нёба, имеющей темно-красный цвет, могут обнаруживаться прозрачные везикулы или желтоватые язвочки величиной с булавочную головку.

### АРГЕНТИНСКАЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (ХУНИН)

Летальный исход обычно наступает на 5-11 сутки болезни, но может быть и ранняя смерть (до 5-го дня). Характерны полиаденит, отек и гиперемия тканей лица и шеи, петехиальная сыпь на коже разгибательной поверхности рук, подмышечной впадины и передней грудной стенки, на слизистых оболочках желудочно-кишечного тракта, рта, глаз, кровоизлияния в почках. Иногда отмечается субиктеричность склер и кожи. В легких – гиперемия и отек, часто увеличены печень и селезенка. Отмечаются носовые, маточные, желудочные, кишечные кровотечения.

### БОЛИВИЙСКАЯ ГЕМОМРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА (МАЧУПО)

Смерть обычно наступает на 8-15 день болезни. Патологоанатомические изменения аналогичны наблюдаемым при лихорадке Хунин, но с меньшей выраженностью геморрагических явлений. Отмечается полиаденит, гиперемия и отек тканей лица, шеи, внутренних органов. Характерны петехии на коже верхней части туловища и слизистой рта, кровотечение из десен, а также наличие язвочек, покрытых белым фибринозным налетом, на слизистой рта и зева. В легких плевра малинового цвета за счет выпота в плевральную полость. Почка набухшие, с очагами кровоизлияний. У отдельных больных геморрагический синдром может отсутствовать.

### ЖЕЛТАЯ ЛИХОРАДКА

Летальный исход наступает на 6-8 день болезни. Отмечаются отек и гиперемия кожи лица, шеи, верхних отделов груди, яркая инъекция сосудов склер и конъюнктив («кроличьи глаза»), иктеричность кожи и склер. Наблюдается также картина геморрагического диатеза. На фоне желтой окраски кожи и слизистых видны кровоизлияния разной величины на губах, деснах, плевре, легких, слизистой желудочно-кишечного тракта. В полости желудка – кровь. Печень увеличена, желтого цвета, на разрезе имеет разную окраску (вид «древесины самшита»). Часто увеличена и селезенка. Почка набухшие, с геморрагиями.

### МАЛЯРИЯ

Характерным при малярии разного генеза является прокрашивание в коричнево-серый цвет селезенки, печени, костного мозга вследствие отложения в них «малярийного пигмента», но это не является критерием активности процесса. Постоянным признаком является гепатоспленомегалия. При многократной реинфекции в печени обнаруживается разная степень фиброза. Селезенка в острой фазе заболевания полнокровна, с обильным соскобом и часто имеет почти черный цвет. Часты инфаркты и кровоизлияния под капсулу, в отдельных

случаях разрыв селезенки. Капсула тонкая, напряженная. В хроническую фазу капсула утолщена, пульпа грубая, плотная.

В случаях гибели от малярийной комы (при тропической малярии) обнаруживаются отек и кровоизлияния в вещество мозга и мозговые оболочки. Тогда, наряду с аспидно-серой окраской печени, селезенки и костного мозга, отмечают необычную коричнево-серую окраску головного мозга и мозжечка (белого и серого вещества), сглаженность борозд и уплощение извилин (увеличение объема мозга), часто точечные кровоизлияния на границе коры и белого вещества полушарий, мозжечка. Почки полнокровны и увеличены в размере.

Приложение 2  
(рекомендуемое)

**Лечение и экстренная профилактика Болезней**  
2.1 Схема терапии больных в критическом состоянии

<b>Синдром</b>	<b>Неотложная помощь</b>
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 – 400мл 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.

## 2.2. 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 <sup>1</sup>	Внутрь	0,2	1	1,0	5
Ципрофлоксацин* <sup>1</sup>	" - "	0,5	2	5,0	5
Рифампицин <sup>2</sup>	" – "	0,3	2	3,0	5
Тетрациклин <sup>2</sup>	" – "	0,5	3	7,5	5
Сульфамонотоксин/три-метоприм	" – "	1,0/04	2	10,0/4,0	10

<sup>1</sup> Основное средство общей экстренной профилактики.

<sup>2</sup> Резервное средство общей экстренной профилактики

\* Ципрофлоксацин можно заменить на офлоксацин (разовая доза –0,3 г) или пefлоксацин (разовая доза-0,6 г)

## 2.3. 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
1	2	3	4	5	6	7
Ципрофлоксацин	внутри	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 / три-метоприм	"	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



1	2	3	4	5	6	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
Сульфамонеме- токсин / тримето- прим	"	1,0 / 0,4	2	2,0 / 0,8	14,0 / 5,6	7
Гентамицин	в/м	0,08	3	0,24	0,8	5
Амикацин	"	0,5	2	1,0	5,0	5
Стрептомицин	в/м	0,5	2	1,0	5,0	5
Цефтриаксон	"	1,0	1	1,0	5,0	5
Цефотаксим	"	1,0	2	2,0	14,0	7
Цефтазидим	"	1,0	2	2,0	14,0	7

#### 2.4. Схемы применения антибактериальных препаратов при экстренной профилактике холеры

Наименование пре- паратов	Способ при- менения	Разовая доза, г.	Крат- ность при- менения в сутки	Суточная доза, г	Курсо- вая доза, г	Продол- жительность курса, сутки
Доксициклин*	внутри	0,2 в пер- вый день, за- тем по 0,1	1	0,2 в пер- вый 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
Левомецетин*	"	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
Сульфамонеметок- син/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 совмес- тно	0,4+2,0	1,6+8,0	4

\* - препараты, которые необходимо иметь в резерве на случай выявления больного холерой.

## 2.5. Схемы применения специфического иммуноглобулина при экстренной профилактике лихорадки Эбола и Марбург

Наименование препаратов	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 участка повреждения кожи 1	не менее 1:4096 не менее 1:4096

## 2.6. Схемы применения виразола (рибамидила) при экстренной профилактике лихорадки Ласса, Боливийской и Аргентинской геморрагических лихорадок

Наименование препарата	Способ применения	Разовая доза, г	Кратность применения	Суточная доза, г	Курсовая доза, г	Продолжительность курса, сутки
Виразол (рибамидил)	внутри	0,2	4	0,8	8,0	10

## 2.8. Химиопрофилактика малярии

В случае местной передачи малярии, подтвержденной эпидобследованием очага, в период эффективной заражаемости комаров необходимо проводить сезонную химиопрофилактику населения в очаге делагиллом или тиндурином 1 раз в неделю. Если в большом населенном пункте случаи малярии 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 центр госсанэпиднадзора.

Приложение 3  
(обязательное)

**Перечень предметов, необходимых при заборе материала от больного (трупа)  
для лабораторного исследования**

3.1 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 пробками, емкостью не менее 100 мл	- 2 шт.
2.	Стеклянные трубки с резиновой грушей мелкого размера	- 2 шт.
3.	Пробирки бактериологические	- 5 шт.
4.	Штатив складной из 6 гнезд	- 1 шт.
5.	Пинцет анатомический	- 1 шт.
6.	Клеенка медицинская подкладная	- 1 м
7.	Предметные стекла обезжиренные	- 50 шт.
8.	Предметные стекла с шлифованным краем	- 3 шт.
9.	Перья-скарификаторы, стерильные	- 30 шт.
10.	Тампоны ватные стерильные, марлевые салфетки	-20-30 шт.
11.	Полиэтиленовые пакеты	- 5 шт.
12.	Марлевые салфетки	- 5 шт.
13.	Направление на анализ (бланки), бумага писчая	-3шт.-20 л.
14.	Простой карандаш	- 1 шт.
15.	Лейкопластырь	- 1 уп.
16.	Спирт ректификат	250 мл
17.	Карандаш по стеклу	- 1 шт.
18.	Инструкция по забору материала	- 1 шт.
19.	Бикс (металлический контейнер)	- 1 шт.
20.	Хлорамин в пакете по 300 г или другое дезсредство, разрешенное к применению Департаментом ГСЭН и сухая хлорная известь в пакете 500 г	- 1 шт.
21.	Перчатки резиновые	- 2 пары
22.	Емкость эмалированная 10 л	- 1 шт.
23.	Пептонная вода 1% во флаконах по 50 мл (стерил., под резиновыми пробками, завальцованными металлическими колпачками)	- 2 фл.
24.	Шпагат	- 10 м

3.2. Укладка для забора материала от больного (трупа) подозрительного на заболевание чумой, холерой, малярией, КВГЛ, ТОРС (для инфекционных стационаров, моргов, ЦГСЭН, ПЧУ)

1.	Банки широкогорлые с крышками или притертыми пробками, емкостью не менее 200 мл (стерильные)	- 4 шт.
2.	Стакан стеклянный	- 2 шт.
3.	Пробирки бактериологические (стерильные)	- 5 шт.
4.	Пробирки с ватным тампоном для взятия мазков из зева (стерильные)	- 2 шт.
5.	Флаконы инсулиновые с пробками (стерильные)	- 4 шт.
6.	Флаконы пенициллиновые с пробками (стерильные)	- 4 шт.
7.	Пробки резиновые № 12, 14 (для пробирок, флаконов)	- 10 шт.
8.	Пипетки пастеровские с длинными концами (стерильные)	- 10 шт.
9.	Стеклянные трубки (стерильные) с резиновой грушей малого размера	- 3 шт.
10.	Груша резиновая с шлангом	- 1 шт.
11.	Катетер резиновый (№26 и 28)	- 2 шт.
12.	Пинцет анатомический	- 1 шт.
13.	Ножницы	- 1 шт.
14.	Скальпель	- 1 шт.
15.	Петли алюминиевые (стерильные)	- 10 шт.
16.	Вазелиновое масло	- 10 мл
17.	Шпатели деревянные (металлические) (стерильные)	- 2 шт.
18.	Стекла предметные обезжиренные	- 50 шт.
19.	Стекла предметные с шлифованными краями	- 3 шт.
20.	Чашки Петри разовые	- 10 шт.
21.	Штатив складной из 6 гнезд	- 1 шт.
22.	Шприцы 5 мл разовые	2 шт.
23.	Шприцы 10 мл разовые	- 1 шт.
24.	Иглы к шприцам с широким просветом	- 10 шт.
25.	Жгут резиновый	- 1 шт.
26.	Перья-скарификаторы для взятия крови (стерильные)	- 3 шт.
27.	Емкость для фиксатора	- 1 шт.
28.	Пенал металлический для пробирок	- 1 шт.
29.	Полиэтиленовые пакеты	- 5 шт.
30.	Спирт ректификат 96 <sup>0</sup> С	- 250 мл
31.	Раствор Йода 5% по 1,0 мл. в ампулах	2 шт.
32.	Спиртовка	- 1 шт.
33.	Спички	- 1 кор.
34.	Коробка стерилизационная (среднего размера)	- 1 шт.
35.	Вата (500,0)	-1 пачка

36.	Марля	- 1 м
37.	Тампоны ватные, марлевые (стерильные)	- 30 шт.
38.	Клеенка медицинская подкладная	- 1 м
39.	Нитки суровые или лигатура	- 0,5 м
40.	Пластилин	- 15 г
41.	Лейкопластырь	- 1 уп.
42.	Карандаш по стеклу (стеклограф)	- 1 шт.
43.	Вода дистиллированная в амп. по 5 мл	- 2 шт.
44.	0,9% раствор NaCl в ампулах по 5 мл	- 3 шт.
45.	Пептонная вода 1% во флаконах по 50 мл, закрытых резиновыми пробками, завальцованных металлическими колпачками	- 4 шт.
46.	Бульон питательный (рН 7,2) по 5 мл в пробирках (стерильный)	- 3 шт.
47.	Бульон питательный (рН 7,2) во флаконе (стерильный)	- 50 мл
48.	Бланки направлений	- 10 шт.
49.	Блокнот, простой карандаш	- 1+1
50.	Бумага писчая	- 10 лист.
51.	Бумага копировальная	- 2 листа
52.	Инструкции по забору материала на все указанные в заголовке инфекции	- 1 экз.
53.	Бикс или металлический ящик для доставки проб в лабораторию	- 1 шт.
54.	Хлорамин в пакете по 300 г, рассчитанный на получение 10 литров 3% раствора или другое дез. средство, разрешенное к применению Департаментом ГСЭН МЗ РФ	- 1 пакет
55.	Сухая хлорная известь в пакете из расчета по 200 г на 1 кг выделений	- 1 кг
56.	Пергидроль (на 10 л дезраствора)	- 1 л
57.	Емкость из темного стекла 1 л	- 3 шт.
58.	Навески детергента (5 г на 1 л дезраствора)	- 10 шт.
59.	Емкость эмалированная 10 л	- 1 шт.
60.	Контейнер металлический с завинчивающейся крышкой, большой	- 1 шт.
61.	Контейнеры металлические с завинчивающимися крышками, малые	- 3 шт.
62.	Контейнер для транспортировки материала в обычном или сухом льду	- 1 шт.
63.	Перчатки резиновые	- 2 пары
64.	Противочумный костюм I типа	- 1 комп.

## Приложение 4 (обязательное)

### **Правила забора материала для лабораторного исследования от больного (труппа) при подозрении на заболевания чумой, холерой, КВГЛ, ТОРС, малярией, при неизвестном возбудителе**

#### 4.1. Общие положения

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

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

#### 4.2. При подозрении на заболевание чумой.

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

- при кожной форме чумы – содержимое везикул, пустул, карбункулов, отделяемое язв, содержимое плотного инфильтрата, кровь;
- при бубонной – пунктат из бубона, кровь;
- при септической – кровь;
- при легочной – мокрота (слизь из зева), кровь.

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

зано выше, и отдельно – отделяемое свища. Обе порции берут и исследуют раздельно. Пунктат из отека набирают в шприц и переносят в стерильную пробирку.

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

При всех формах чумы берут кровь из вены в количестве 10 мл, засевая сразу 5 мл в 50 мл питательного бульона (рН 7,2), остальной материал используют в дальнейшем для посева на агар, заражения биопробных животных, а также постановки серологических реакций, приготовления мазков.

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

При подозрении на чуму берут кусочки печени, селезенки, легких, лимфатических узлов, костного мозга из трубчатой кости и грудины, а также кровь, или сгустки ее из полости сердца и крупных сосудов.

Кровь берут из полости сердца шприцем с длинной иглой достаточно широкого диаметра и переносят в стерильную пробирку с резиновой пробкой. Прокол сердечной мышцы производят через участок ее, простерилизованный прикосновением раскаленного металлического шпателя. Если полость желудочка пуста, можно взять кровь из предсердия, крупного сосуда.

#### 4.3. При подозрении на заболевание холерой.

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

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

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

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

#### 4.4. При подозрении на особо опасные вирусные инфекции.

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

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

#### 4.5. При подозрении на ТОРС.

4.5.1. Материал для исследования методом ПЦР забирают в стерильные пробирки с герметично завинчивающимися крышками. Консервант (мертиолят натрия) не добавляется.

4.5.2. Кровь. Забор производят из локтевой вены в количестве 4,5 мл стерильным шприцем, в который предварительно вносят 0,5 мл стерильного 4% раствора натрия цитрата и переносят в пробирку. Аккуратно перемешивают покачиванием.

4.5.3. Мазки и смывы носоглотки, бронхоальвеолярные смывы, плевральную жидкость отбирают в количестве 5 мл. Мазки забирают тампонами и помещают в стерильные пробирки с 5 мл физиологического раствора. Не рекомендуется использовать тампоны на деревянной палочке, так как они могут содержать субстраты, инактивирующие вирусы и ингибирующие ПЦР.

4.5.4. Секционный материал. Исследуют легкие, сегментарные бронхи, кровь, печень, селезенку. Кусочки органов весом 5-10 г помещают в стерильные герметично закрывающиеся емкости.

#### 4.6. 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);
- мокрота;
- моча -100 мл стерильным катетером в стерильный флакон (банку);
- отделяемое патологических образований на коже - стерильным скарификатором;



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

Методика забора материала такая же, как при подозрении на чуму, для фиксации мазков используют 96<sup>0</sup> спирт с добавлением 3% перекиси водорода (конечная концентрация). Режим обеззараживания в Приложении 9.

#### 4.7. 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-Гимзе и толстая капля, которая окрашивается без предварительной фиксации мазка тем же методом.

#### 4.8. Упаковка и транспортировка материала

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

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

Приложение 5  
(обязательное)  
**Защитная одежда**

5.1. Порядок применения защитного костюма

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

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

а) первый тип – полный защитный костюм, состоящий из комбинезона или пижамы, капюшона или большой косынки (120x120x150 см), противочумного халата (по типу хирургического, длиной до нижней трети голени, полы должны далеко заходить друг за друга, длинные завязки у ворота, на полах, у пояса и рукавах), ватно-марлевой маски (из марли 125x50 см со слоем ваты 25x17x1,5 весом 20 г), или противопылевого респиратора, или фильтрующего противогаза, очков-консервов или целлофановой пленки одноразового пользования (17x39 см с учетом 6 см с каждой стороны для тесемок длиной 30 см), резиновых перчаток, носков (чулок), сапог резиновых (в исключительных случаях, допускается в больничных учреждениях неинфекционного профиля, в амбулаторно-поликлинических учреждениях, станциях скорой помощи, СКО, СКП замена резиновых сапог на бахиллы хирургические, которые надеваются поверх тапочек) и полотенца. Для вскрытия трупа человека или крупных животных необходимо дополнительно иметь вторую пару перчаток, клеенчатый фартук или полиэтиленовый, нарукавники;

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

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

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

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

## 5.2 Применение защитных костюмов в соответствии с санитарными правилами по безопасности работы СП 1.2 011-94

Вид выполняемой работы	Нозологическая и клиническая формы болезней			
	Тип костюма			
	I	II	III	IV
1	2	3	4	5
При работе с больными	Легочной или септической формами чумы. До установления окончательного диагноза у больных бубонной и кожной формами чумы, КВГЛ, ТОРС.		Бубонной или кожной формами чумы, получающими специфическое лечение.	Холерой, с острым диарейным синдромом. При проведении туалета больному надевают резиновые перчатки, а при обработке выделений – маску.
При эвакуации больных	Чумой, КВГЛ, ТОРС.			Холерой
При работе в изоляторе	Для контактных с больными легочной формой чумы; Для контактных с больными КВГЛ, ТОРС.			Для контактных с больными бубонной, септической или кожной формами чумы, получающими специфическое профилактическое лечение; Для контактных с больными холерой;
При проведении текущей и заключительной дезинфекции (дезинсекции)	В очаге заболеваний легочной формой чумы; в очаге заболевания КВГЛ, ТОРС	В очаге бубонной формы чумы; В очаге холеры;		

1	2	3	4	5
При вскрытии трупа	Погибшего от чумы, КВГЛ, ТОРС (дополнительно надевают клеенчатый фартук, нарукавники, вторую пару перчаток)	Погибшего от холеры;		
При взятии материала от больного для лабораторного исследования	На чуму, КВГЛ, ТОРС.			На холеру, с острым диарейным синдромом (дополнительно надевают резиновые перчатки)
При проведении подворных обходов в очаге заболеваний	Легочной формой чумы; КВГЛ, ТОРС (костюм надевают перед входом в очаг)			Бубонной, кожной, септической формами чумы. Обследующие должны иметь при себе резиновые перчатки, ватно-марлевые маски, очки, которые надевают до входа в помещение, где при опросе окружающих выявлен подозрительный больной; Холерой – медицинский халат, косынки или шапочка.

### 5.3 Порядок надевания и снятия противочумного костюма

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

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

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

Порядок снятия костюма. Защитный костюм после работы в специально выделенном для этого помещении или в той же комнате, где проводилась работа, но после полного обеззараживания этого помещения (приложение 9). Для обеззараживания костюма должны быть предусмотрены: а) тазик или бачок с дезраствором для обработки наружной поверхности сапог или галош; б) тазик с дезинфицирующим раствором для обработки рук в перчатках в процессе снятия костюма; в) банка с притертой пробкой с 70<sup>0</sup> спиртом для обеззараживания очков и фонендоскопа; г) кастрюли с дезраствором или мыльной водой для погружения ватно-марлевых масок; д) металлический бак с дезраствором для обеззараживания халата, косынки (капюшона) и полотенца; е) металлическая кастрюля или стеклянная банка с дезраствором для обеззараживания перчаток.

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

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

Снимают костюм медленно, не торопясь. В течение 1-2 минут моют руки в перчатках в дезинфицирующем растворе (8 % лизол, 3 % раствор хлорамина, после снятия каждой части костюма руки в перчатках погружают в дезраствор), сапоги или галоши протирают сверху вниз ватными тампонами, обильно смоченными дезинфицирующим раствором (для каждого сапога применяют отдельный тампон), медленно вынимают полотенце, протирают ватным тампоном, обильно смоченным дезраствором, клеенчатый фартук снимают его, сворачивая наружной

стороной внутрь, снимают вторую пару перчаток и нарукавники; не касаясь открытых частей кожи, вынимают фонендоскоп, очки снимают плавным движением, оттягивая их двумя руками вперед, вверх, назад, за голову; ватно-маревую маску снимают, не касаясь лица наружной ее стороной; развязывают завязки ворота халата, пояс и, опустив верхний край перчаток, развязывают завязки рукавов, снимают халат, заворачивая наружную часть его внутрь; снимают косынку, осторожно собирая все концы ее в одну руку на затылке; снимают перчатки, проверяют их на целостность в дезрастворе (но не воздухом!). Еще раз обмывают сапоги (галоши) в баке с дезраствором и снимают их.

После снятия защитного костюма руки, обработав 70<sup>0</sup> спиртом, тщательно моют с мылом в теплой воде.

Защитная одежда обеззараживается после каждого применения (приложение 7).

Приложение 6  
(обязательное)  
**Меры и средства личной профилактики**

6.1 Экстренная личная профилактика чумы

При контакте с больным открытые части тела обрабатывают дезраствором (1 % раствором хлорамина) или 70<sup>0</sup> спиртом. Рот и горло прополаскивают 70 % этиловым спиртом, в нос закапывают 1 % раствор протаргола. В глаза и нос закапывают раствор одного из антибиотиков.

6.2 Схема местной экстренной профилактики чумы

<b>Наименование препаратов</b>	<b>Способ приготовления глазных капель</b>	<b>Концентрация, мг/мл</b>
Стрептомицина сульфат	Содержимое флакона (0,5 г) растворить в 20 мл дистиллированной воды	25
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	
Левомецитин натрия	0,5 % раствор	
Сульфацил натрия* (альбуцид)	20 % раствор	
Азотно-кислородное серебро*	1 % раствор	
Борная кислота*	1 % раствор	

\* - растворы применяются при отсутствии антибиотиков как глазные капли. Рот и горло промывают 70<sup>0</sup> этиловым спиртом.

### 6.3 Экстренная личная профилактика КВГЛ, ТОРС

При контакте с больным КВГЛ, ТОРС 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<sup>0</sup> спиртом или 0,05% раствором марганцовокислого калия, 1 % раствором борной кислоты.

### 6.4 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).

### 6.5. Укладка для проведения экстренной личной профилактики

1. Антибиотики (один из антибиотиков схемы 8.2,8.4 для приготовления растворов)	по 1 фл. каждого
2. Марганцовокислый калий (навески) для приготовления 0,5% раствора (с последующим разведением в 10 раз)	10 шт.
3. Борная кислота (навески для приготовления 1% раствора)	10 шт.
4. Спирт 70 <sup>0</sup>	200,0 мл
5. Дистиллированная вода по 10 мл, в ампулах	30 амп.
7. Пипетки глазные, стерильные	5 шт.
8. Ванночки	1 шт.
9. Тампоны ватные	30 шт.
9. Флаконы для приготовления вышеуказанных растворов, емкостью 100 и 200 мл, стерильные	5 шт.



**Приложение 7**  
**(обязательное)**  
**Режимы обеззараживания**

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время контакта при подозрении		
				на вирусную инфекцию (мин)	на чуму, холеру (мин)	на неизвестный патогенный агент (спорообразующие бактерии)
1.	Выделения больного: мокрота, оформленные фекалии, смешанные с мочой или водой в соотношении 1:5, жидкие фекалии, рвотные массы, остатки пищи	Засыпать и размешать с дезраствором	Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или ДСГК (200 г/л)	120	60	120
			КГН (200 г/л)	120	30	120
			ГКТ (200 г/л марки А, 250 г/л марки Б)	-	120	-
			5% раствор лизола А (на 1 ч. выделений - 2 ч. дезраствора)	-	60	-
			Пресепт гранулы (засыпать фекалии гранулами в соотношении 10:1)	-	90	-
2.	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор (автоклавирование)  Кипячение Засыпать и размешать	Водяной насыщенный пар под давл.	60	30	90
				1,5	1,1	2,0
				кгс/см <sup>2</sup>	кгс/см <sup>2</sup>	кгс/см <sup>2</sup>
				126±2 <sup>0</sup> C	(0,11 МПа)	(0,2 МПа)
					120±2 <sup>0</sup> C	132±2 <sup>0</sup> C
		30	30	60		
		60	60	120		
		120	120	120		
			(100 г/л)			
3.	Моча, жидкость после полоскания зева	Залить  Засыпать и размешать	2% раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести (1:1)	-	60	-
			2% раствор хлорамина Б (1:1)	-	60	-
			1% раствор КГН (1:1)	-	60	-
			Сухая хлорная известь или известь белильная термостойкая	60	15	120
			КГН, ДСГК	(70 г/л)	(10 г/л)	(200 г/л)
		60	15	120		
		(35 г/л)	(5 г/л)	(100 г/л)		

4.	Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладочные судна мочеприемники), квачи, используемые для мытья посуды, после обеззараживания хранят в специальной емкости	Погружение в один из дезрастворов с последующим мытьем	Осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести раствор КГН  раствор хлорамина Б  3% раствор хлорамина Б 1,5% раствор ГКТ 2,3% раствор ДП-2 6% раствор перекиси водорода с 0,5% моющего средства	60 (3%)  60 (1,5%)  60 (0,5% акт. р-р) 60 - - -	30 (1%)  30 (0,5%)  60 (1%) 30 30 -	120 (20%, не менее 5% АХ) 120 (15% осветл. ) 120 (4% акт. р-р) - - - 120
5.	Защитная одежда персонала (халаты, косынки, маски, шапочки), белье больного без видимых загрязнений	Паровой стерилизатор (автоклав)  Кипячение  Замачивание 5 л на 1 кг сухого белья с последующей стиркой и полосканием	Водяной насыщенный пар под давлением  2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства р-р хлорамина Б  0,028% по АХ р-р пресефта р-р ДП-2  3% р-р по ПВ водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства р-р Ника-Дез р-р Гамма-Д при 30°C р-р Гамма-Д при 60°C  РИК-Д р-р Дезэффекта р-р велтолена	45 (1,1 кГс/см <sup>2</sup> 110±2°C) 15 (5 л/кг)  30 (3% р-р или 0,5% акт. р-р) - 120 (0,1% р-р) 30 (при 50°C) - - - - -	30 (1,1 кГс/см <sup>2</sup> 120±2°C) 15  60 (0,5% р-р) 60 30 (0,2% р-р) 30 60 (2% р-р) 60 (6%) 30 (4%) 60 (2%) 60 (2,3%) 60 (1%)	90 (2,0 кГс/см <sup>2</sup> 132±2°C ) 60 120 (1% акт. р-р) - 30 (1,2% р-р при 50°C) 60 (при 50°C) 90 (15% р-р) - 60 (12%) 60 (8%) - 120 (2,5% р-р при 50°C)
6.	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, косынки), белье больного, загряз-	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кГс/см <sup>2</sup> (0,11 МПа) 120±2°C	45	30	-

	ненные выделениями (мокрота, моча, фекалии и др.) или кровью	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства	30	15	-
		Замачивание 5 л на 1 кг сухого белья с последующей стиркой и полосканием	р-р хлорамина Б	120 (3%)	120 (1%) 30 (3%)	-
			р-р ДП-2	120 (0,5%)	120 (0,2%)	-
			по АХ р-р клорсепта	-	60 (0,2%)	90 (1,5%)
			0,168% р-р по АХ пре-септа	-	60	-
			3% по ПВ р-р водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	180 (50°C)	120	-
			6% р-р Гамма-Д при 30°C	-	60	-
			4% р-р Гамма-Д при 60°C	-	30	-
			2% р-р бриллианта	-	60	-
			1% р-р велтолена	-	60	-
			3,8% р-р дезэфекта	-	60	-
			2% р-р РИК-Д	-	60	-
7.	Посуда больного	Кипячение	2% раствор пищевой соды	30 с момента закипания	15	60
		Погружение в дезраствор (2 л на 1 комплект посуды) с последующим тщательным споласкиванием горячей водой	раствор хлорамина Б	60 (3% или 0,5% акт. р-р)	120 (1%)	60 (4% акт. р-р)
			р-р РИК-Д	-	60 (3%)	90 (8%)
			р-р по АХ клорсепта	-	60(0,1%)	60 (1,5%)
			0,112% р-р по АХ пре-септа	-	60	-
			р-р ДП-2	120 (0,5%)	60 (0,2%)	60 (1,2%)
			р-р Ника-Дез	-	60 (2%)	60 (5%)
			0,5% р-р бриллианта	-	60	-
			3,8% р-р дезэфекта	-	60	-
			р-р велтолена	-	60 (1%)	-
			р-р септодора-форте	-	-	120 (2,5% р-р при 50°C)
			р-р тепсихлора 70А	-	-	60 (10%)
			р-р перекиси водорода с 0,5% моющего средства	-	-	60 (5%)
			р-р ДСГК	30 (3%)	-	60 (6%)
			р-р КГН	60 (1,5%)	-	-

						-
						-
8.	Предметы ухода за больными, кипячение которых невозможно	Двукратное протирание с интервалом 15 мин. с последующим споласкиванием водой  Погружение	раствор по ПВ перекиси водорода медицинской с 0,5 % моющего средства  1% р-р велтолена  0,5% р-р осветленной хлорной извести, белильной термостойкой извести раствор хлорамина Б  0,25% осветленный раствор КГН р-р ДП-2  р-р по ПВ водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	15 (6%)  -  -  120 (3%)  - 120 (0,5%) 180 (3%)	30 (3% р-р с интервалом 15 мин.) 30  60  60 (0,5%) 60 30 (0,2%) 15 (3%)	60 (6% р-р с интервалом 30 мин.)  -  -  60 (1% акт. р-р)  -  -  60 (3% р-р при 50°C)
9.	Поверхности в помещениях (пол, стены, двери), мебель, оборудование, рабочий стол, индивидуальные шкафы и др. мебель, помещение вивария	Орошение или протирание с последующей влажной уборкой (200 - 300 мл/м <sup>2</sup> ) Для споровых форм и вирусов - двукратное протирание или орошение с интервалом 30 мин. (500-900 мл/м <sup>2</sup> )  Орошение (300 мл/м <sup>2</sup> )	р-р хлорамина Б  осветленный р-р хлорной извести или извести белильной термостойкой осветленный р-р КГН  1% по АХ р-р гипохлорит натрия осветленный р-рДСГК  р-р ДП-2  р-р септодора-форте  2,3% р-р дезэфекта р-р водорода перекиси  р-р по АХ пресепта  3% р-р бриллианта 2% р-р Ника-Дез 8% р-р РИК-Д	120 (3%) 120 (3%)  120 (1,5%)  - 120 (1,5%)  120 (0,5%)  - 120 (6%)  - - -	60 (1%) 60 (1%)  60 (0,5%) 60  60 (1%) 30 (0,2%) 120 (0,2%)  120 (3%) 60 (0,056%) 60 60 120	120 (1% акт. р-р) 120 (5%)  120 (5%)  - 120 (1% акт. р-р) 90 (3%) 60 (10%)  - 120 (6% р-р с 0,5% моющего средства) 120 (1,68%)  - -

10.	Кожаная и меховая обувь, тапочки	Камерное обеззараживание	Пароформалиновая смесь при температуре 57-59 <sup>0</sup> С	45 75,0 мл/м <sup>3</sup> 30 кг/м <sup>2</sup>	45 75,0 мл/м <sup>3</sup> 30 кг/м <sup>2</sup>	165 250 мл/ м <sup>3</sup> 18 кг/м <sup>2</sup>
-----	----------------------------------	--------------------------	---	---	---	--

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.

Допускается использование других дезинфицирующих средств, разрешенных к применению для данных целей.

Приложение 8  
(обязательное)

**Методы обеззараживания материала от больного, подозрительного на  
заболевания чумой, для проведения клинического анализа**

8.1. 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 серно-кислого 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 +4°С не более 10-14 суток.

Для определения количества гемоглобина крови на одно исследование в градуированную пипетку гемометра Сали набирают 0,2 мл 1 % раствора соляной кислоты. После 30 мин. экспозиции в разводящей жидкости работа с кровью проводится как с незараженным 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.

8.2. 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 незараженным материалом.