соблюдение масочного режима, гигиенической обработки рук, обеззараживания и очистки воздуха с применением технологий, прошедших оценку соответствия и разрешенных к применению, в том числе ультрафиолетовое облучение и проветривание помещений.

Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в предэпидемический период

2684. Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в рамках региональных программ обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения в предэпидемический период организуется пересмотр, корректировка и утверждение региональных планов по профилактике гриппа и ОРИ, планов санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по борьбе с гриппом и ОРИ, проводится перерасчет и обеспечивается наличие в субъекте неснижаемого запаса профилактических и лечебных препаратов, оборудования, имущества, средств индивидуальной защиты органов дыхания, дезинфицирующих средств, определяются схемы поэтапного, в зависимости от уровня заболеваемости, перепрофилирования стационаров для госпитализации больных гриппом и ОРИ, проводится расчет кадрового обеспечения медицинских организаций на период оказания медицинской помощи при наступлении эпидемического сезона гриппа и ОРИ. Осуществляется закупка гриппозных вакцин для иммунизации населения, не относящегося к группам риска, определенным национальным календарем профилактических прививок.

2685. Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, медицинскими организациями обеспечивается:

проведение массовой предсезонной иммунизации против гриппа населения из групп риска, определенных национальным календарем профилактических прививок;

подготовка кадров медицинских организаций по вопросам диагностики, лечения и профилактики гриппа и ОРИ;

лабораторная диагностика гриппа и идентификация возбудителей ОРИ в лабораториях медицинских организаций методами, определенными в настоящих Санитарных правилах.

2686. Руководителями организаций, сотрудники которых относятся к группам риска по заболеваемости гриппом и ОРИ (работники медицинских, научно-исследовательских и организаций, осуществляющих образовательную деятельность, торговли, общественного питания, транспорта, свиноводства, птицеводства), должны приниматься меры по проведению специфической профилактики гриппа и

неспецифической профилактики ОРИ.

Организация противоэпидемических мероприятий в период подъема заболеваемости гриппом и ОРИ

2687. В период подъема заболеваемости гриппом и ОРИ заинтересованными федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления и организациями реализуются санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по разработанным и утвержденным региональным планам профилактических и противоэпидемических мероприятий по борьбе с гриппом и ОРИ в субъектах Российской Федерации.

2688. Оперативная разработка дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий и координация действий заинтересованных федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций в решении задач, направленных на предупреждение, локализацию и ликвидацию массовых заболеваний гриппом и ОРИ, осуществляется создаваемыми санитарно-противоэпидемическими комиссиями или оперативными штабами по борьбе с гриппом, при органах исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

2689. Руководство противоэпидемической работой в период эпидемий гриппа и ОРИ возлагается на органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2690. Органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, организуется:

ежедневный учет и анализ заболеваемости гриппом и ОРИ;

мониторинговые лабораторные исследования материалов от больных для расшифровки этиологии сезонных подъемов заболеваемости ОРИ и слежения за циркуляцией вирусов гриппа и ОРИ;

контроль за организацией и проведением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, медицинских и других организациях.

2691. Медицинскими организациями обеспечивается:

предоставление информации о заболеваниях гриппом и ОРИ и результатах лабораторных исследований по диагностике гриппа и идентификации возбудителей ОРИ в

территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

выявление лиц с признаками гриппа и ОРИ и лабораторная диагностика заболеваний;

забор и доставка материалов от больных гриппом и ОРИ в лаборатории, выполняющие мониторинговые исследования по определению возбудителей сезонных подъемов заболеваемости ОРИ и слежением за циркуляцией вирусов гриппа;

госпитализация лиц с признаками гриппа и ОРИ;

проведение первичных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах инфекции;

подготовка кадров медицинских и других организаций по вопросам диагностики, лечения и профилактики гриппа и ОРИ.

2692. В период эпидемии гриппа и ОРИ в медицинских организациях развертываются дополнительные отделения для больных гриппом (с подозрением на грипп) с отдельным входом, гардеробной, регистратурой, кабинетом доврачебного осмотра, кабинетом для взятия крови и другими необходимыми кабинетами.

2693. В развернутых отделениях вводится дезинфекционный режим, соответствующий режиму инфекционного стационара.

2694. На основании анализа эпидемической обстановки по гриппу и ОРИ, уровня регистрируемой заболеваемости в сравнении с эпидемическими порогами, клинической характеристики заболеваний у детей и взрослых, результатов лабораторной диагностики и мониторинговых исследований по слежению за циркулирующими в эпидемический сезон вирусами гриппа и ОРИ по предложениям (предписаниям) органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, на территории субъекта Российской Федерации, учреждениях, организациях и предприятиях проводятся дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия по предупреждению распространения гриппа и ОРИ в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, включающие:

проведение гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям экстренной неспецифической профилактики с использованием иммунобиологических препаратов и противовирусных химиопрепаратов, индукторов интерферона;

ограничение или запрещение проведения массовых культурных, спортивных и других мероприятий;

введение ограничительных мероприятий (или запрещение) как в целом по субъекту Российской Федерации, так и избирательно в муниципальных образованиях (городах, районах при отсутствии превышения в целом по субъекту) при превышении порогового уровня заболеваемости гриппом среди совокупного населения более 20%;

принятие решения о приостановлении учебного процесса в организациях, осуществляющих образовательную деятельность (досрочном роспуске на каникулы или их продлении) в случае отсутствия по причине гриппа и ОРИ 20% и более детей;

наблюдение за санитарно-гигиеническим состоянием организаций, учебных заведений, в местах скопления людей;

оценка противоэпидемического режима в медицинских организациях, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, оздоровительных организациях и организациях социальной защиты (проведение термометрии и осмотра с целью выявления больных, наблюдение за соблюдением температурного режима, режимов текущей дезинфекции, обеззараживание воздушной среды, ношение медицинских масок и другие), а также прекращение допуска посетителей к больным в стационары, учреждения с круглосуточным пребыванием детей и взрослых (дома ребенка, детские дома и другие);

развертывание отделений для приема больных с подозрением на заболевание гриппом в поликлиниках или перевод поликлиник на обслуживание на дому;

поэтапное перепрофилирование соматических стационаров для госпитализации больных гриппом;

направление в поликлиники дополнительного медицинского персонала из числа клинических ординаторов, студентов старших курсов высших медицинских учебных заведений;

выделение дополнительного автотранспорта для обслуживания больных на дому и доставке медикаментов из аптек;

активизация всех видов санитарно-просветительной работы с акцентом на профилактику заражения гриппом и оказания помощи больным.

2695. Руководителями организаций и предприятий принимаются меры по защите работающего персонала от заболевания гриппом и ОРИ, особенно в организациях с высоким риском распространения вирусов (объекты торговли, сферы обслуживания, общественного транспорта).

2696. Организациями обеспечивается:

проведение комплекса работ по недопущению переохлаждения лиц, работающих на открытом воздухе в зимний период;

выполнение мероприятий плана по профилактике гриппа и ОРИ.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения острых респираторных вирусных инфекций

2697. В целях предупреждения возникновения и распространения гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг заболеваемости гриппом и ОРИ, включая анализ заболеваемости и летальности по территориям, возрастным и социально-профессиональным группам населения;

мониторинг циркуляции возбудителей гриппа и ОРИ, изучение их биологических свойств;

серомониторинг заболевания;

оценка эффективности проводимых мероприятий;

прогнозирование развития эпидемической ситуации.

Специфическая профилактика гриппа

2698. Специфическая профилактика гриппа осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов. Цель вакцинации — не полная ликвидация гриппа, как инфекции, а снижение заболеваемости и смертности от гриппа и, особенно, от его осложнений, от обострения и отягощения сердечно-сосудистых, легочных заболеваний и другой хронической патологии.

2699. В первую очередь вакцинации против гриппа в предэпидемический период подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

лица старше 60 лет, прежде всего проживающие в учреждениях социального обеспечения;

лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ (ожирение), болезнями системы кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), хроническими заболеваниями дыхательной системы (хронический бронхит, бронхиальная астма), хроническими заболеваниями печени и почек;

женщин во 2-м и 3-м триместре беременности (только инактивированными вакцинами);

лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;

дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка);

школьники;

студенты

медицинские работники;

работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений и других людей с многочисленными производственными контактами;

детей, получающих аспиринотерапию;

воинские контингенты.

2700. Определение численности контингентов, подлежащих ежегодной иммунизации против гриппа, осуществляют медицинские организации, которые согласуют планы профилактических прививок и заявку на вакцину с территориальными органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2701. С учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения охват прививками против гриппа в группах риска должен быть не менее 75%; охват прививками против гриппа населения в целом по стране и по субъектам Российской Федерации в отдельности - не менее 45%.

2702. Для специфической профилактики гриппа используются живые, инактивированные, в том числе цельновирионные, расщепленные, субъединичные, рекомбинантные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, зарегистрированные в Российской Федерации и приготовленные из штаммов, антигенно идентичных эпидемически актуальным штаммам вируса, которые получены из организаций, уполномоченных Всемирной организацией здравоохранения, и рекомендованы Всемирной организацией здравоохранения на основании анализа антигенных и генетических свойств циркулирующих вирусов.

2703. Профилактические прививки проводятся лицам, не имеющим противопоказаний в порядке, установленном законодательством Российской Федерации в соответствии с инструкцией по применению лекарственных иммунобиологических препаратов.

2704. Инактивированная вакцина против гриппа может вводиться одновременно с

другими инактивированными вакцинами, применяемыми в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2705. Планирование и организацию проведения профилактических прививок, полноту охвата и достоверность учета прививок, а также своевременное представление отчета о них в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивается руководителями медицинских организаций.

2706. Вакцинация против гриппа проводится в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

2707. При проведении массовой предсезонной вакцинации против гриппа допускается проведение профилактических прививок на дому прививочными бригадами.

Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ

2708. Для проведения неспецифической профилактики гриппа и ОРИ используются медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к применению и зарегистрированные на территории Российской Федерации.

2709. Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ включает:

экстренную профилактику, проводимую в начале эпидемического подъема заболеваемости или в эпидемическом очаге (внутриочаговая профилактика) с применением противовирусных химиопрепаратов, интерферонов и быстродействующих индукторов эндогенного интерферона, обладающих немедленным эффектом;

сезонную профилактику, проводимую в предэпидемический период, с применением иммунокоррегирующих препаратов курсами разной продолжительности;

санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия.

2710. Проведение неспецифической экстренной профилактики гриппа и ОРИ позволяет создать защиту больших групп населения и предупредить массовое распространение инфекции среди населения (в том числе школьников) и групп, подвергающихся повышенному риску заражения и играющих важную роль в дальнейшем распространении инфекций (медицинские работники, работники торговли, общественного транспорта).

2711. Сезонная профилактика гриппа и ОРИ проводится с целью повышения резистентности организма человека к респираторным вирусам во время максимальной вероятности заболеваний и в предэпидемический период.

Гигиеническое воспитание населения

2712. Гигиеническое воспитание населения проводится сотрудниками медицинских организаций, специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и другими.

2713. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о гриппе и ОРИ, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием листовок, плакатов, бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет.

XXXV. Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита

2714. Корь представляет собой острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся в типичной манифестной форме кашлем и (или) насморком, конъюнктивитом, общей интоксикацией, поэтапным высыпанием пятнисто-папулезной сливной сыпи и пигментацией.

2715. Краснуха представляет собой инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся в типичной манифестной форме непродолжительной мелкой пятнисто-папулезной сыпью, отсутствием интоксикации, лимфоаденопатией, увеличением заднешейных лимфоузлов, редко - артралгией.

2716. Врожденная краснушная инфекция (далее - ВКИ) возникает при внутриутробном инфицировании плода вирусом краснухи, которое может приводить к выкидышу, внутриутробной смерти или рождению ребенка с синдромом врожденной краснухи.

2717. Синдром врожденной краснухи (далее - СВК) является одним из возможных исходов внутриутробного заражения вирусом краснухи, особенно в первом триместре беременности. Врожденные дефекты, ассоциированные с СВК, включают заболевания сердца, поражения глаз, снижение слуха, отдаленные задержки умственного развития.

2718. Эпидемический паротит представляет собой это острое инфекционное заболевание вирусной этиологии, преимущественно с воздушно-капельным путем передачи, проявляющееся общей интоксикацией, увеличением одной или нескольких слюнных желез.

2719. В эпидемиологическом отношении выделяются следующие случаи кори, краснухи и эпидемического паротита:

«Подозрительным» считают случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько типичных вышеперечисленных клинических признаков кори или краснухи, или эпидемического паротита.

«Подтвержденным» считают случай кори, краснухи или эпидемического паротита, классифицированный как «подозрительный» или «вероятный», после лабораторного подтверждения диагноза. Лабораторно подтвержденный случай необязательно должен отвечать клиническому определению случая (атипичные, стертые формы).

2720. Этиология. Вирус кори является представителем семейства Paramyxoviridae, рода Morbillivirus. Вирусные частицы сферической формы имеют размер 120 - 250 нм.

Вирус краснухи относится к семейству Togaviridae и является единственным представителем рода Rubivirus.

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

Вирус эпидемического паротита относится к парамиксовирусам (семейство Paramyxoviridae, род Rubulavirus), антигенно близок к вирусу парагриппа. Возбудитель неустойчив во внешней среде и быстро разрушаются под воздействием различных химических и физических факторов.

2721. Окончательный диагноз кори, краснухи и эпидемического паротита устанавливается на основании клинических данных при наличии лабораторного подтверждения диагноза (обязательного для кори и краснухи) и (или) эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

2722. Иммунитет к кори, краснухе, эпидемическому паротиту формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этих инфекций. Показателем наличия иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов класса G (далее - IgG).

Выявление, учет и регистрация больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом

2723. На каждого больного корью, в том числе выявленного активно, или краснухой, заполняется карта эпидемиологического расследования в соответствии с формами, приведенными (приложения 29 и 30 к Санитарным правилам, с указанием эпидемического номера случая). После лабораторной верификации и установления окончательного диагноза заполненные карты эпидемиологического расследования случаев кори и краснухи, в том числе в случае отмены указанных диагнозов, на электронных и бумажных носителях направляются в Региональный центр (далее - РЦ) и Национальный научно-методический центр по надзору за корью и краснухой (далее - ННМЦ). Отчет о мероприятиях в очаге кори направляется в адрес ННМЦ после завершения наблюдения за контактными в течение инкубационного периода от первого дня сыпи последнего заболевшего корью.

2724. Органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации, ежемесячно представляют в РЦ и ННМЦ отчет о заболевших корью, краснухой и эпидемическим паротитом в соответствии с приложением 31 к Санитарным правилам.

2725. Случаи кори и краснухи подлежат регистрации в электронной централизованной информационной системе инфекционных заболеваний (далее – ЦИСИЗ). Ввод данных в систему ЦИСИЗ осуществляют ответственные специалисты РЦ. Контроль за введением данных осуществляет ННМЦ.

2726. Сведения о регистрации случаев заболевания корью, краснухой и эпидемическим паротитом на основании окончательных диагнозов вносятся в соответствующие формы федерального государственного статистического наблюдения.

Лабораторная диагностика кори, краснухи и эпидемического паротита

2727. Для лабораторной диагностики кори, краснухи и эпидемического паротита применяются серологический метод. В качестве стандартного теста используется определение иммуноглобулинам класса М (далее - IgM) антител методом иммуноферментного анализа (далее - ИФА). В дополнение к обнаружению антител класса М могут определяться четырехкратное увеличение уровня специфических IgG-антител и молекулярно-генетический метод исследования.

2728. Для диагностики используют тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации.

2729. Выявление в сыворотке крови больного (лиц с подозрением на заболевание) специфических IgM антител методом ИФА является основанием для установления (подтверждения) диагноза «корь», «краснуха», «эпидемический паротит».

2730. Исследование на корь и краснуху проводится в вирусологических лабораториях РЦ.

2731. При выявлении IgM к вирусу кори у лиц с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью, обследуемых в рамках активного эпидемиологического надзора за корью, дополнительно проводится одновременное исследование двух сывороток крови на IgG.

2732. Взятие крови для исследований осуществляется на 4 – 5 календарный день с момента появления сыпи (1-я сыворотка) и не ранее чем через 10 - 14 календарных дней от даты взятия первой пробы (2-я сыворотка).

2733. Нарастание титра специфических антител, относящихся к IgG, в 4 и более раза при одновременном исследовании в стандартных серологических тестах парных сывороток крови является основанием для постановки диагноза «корь» или «краснуха», «эпидемический паротит».

2734. Молекулярно-генетический метод применяется для определения генотипа возбудителя кори или краснухи для выявления импортированных случаев кори/краснухи и доказательства элиминации этих инфекций в стране, отсутствия циркуляции эндемичных генотипов вирусов кори/краснухи, для чего на 1-3 календарный день с момента появления высыпаний у больного проводится отбор проб клинического материала (моча, носоглоточные смывы, ликвор) для исследований.

2735. Взятие материала осуществляется медицинскими работниками МО, в которую госпитализирован больной, в случае наблюдения на дому – медицинскими работниками МО, поставившими диагноз. Оптимальными сроками взятия крови для исследования являются 4-5 календарный день при кори, 6-7 календарный день при краснухе с момента появления сыпи.

2736. Клинические образцы от пациентов с подозрением на корь и краснуху для серологических исследований доставляют в РЦ; для молекулярно-генетических исследований - в ННМЦ.

2737. Сбор, хранение и транспортирование материала для вирусологических, серологических и молекулярно-генетических исследований осуществляется в соответствии с документами по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Мероприятия в очагах кори, краснухи и эпидемического паротита

2738. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге инфекции является его локализация и ликвидация.

2739. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на корь, краснуху или эпидемический паротит.

2740. В инфекционных очагах и в медицинских организациях проводится влажная уборка с использованием моюще-дезинфицирующих средств, разрешенных для применения, по режиму, рекомендованному при вирусных инфекциях, с последующим проветриванием помещения.

2741. При контакте с больным необходимо защищать органы дыхания медицинской маской или респиратором.

2742. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 ч проводят эпидемиологическое обследование очага (очагов) инфекции: определяют границы очага (очагов) по месту проживания, работы, обучения, пребывания заболевшего (при подозрении на заболевание); круг лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочный и инфекционный анамнез в отношении кори или краснухи, или эпидемического паротита; осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах.

2743. При выявлении очага инфекции в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых с момента выявления первого больного до 21 дня с момента выявления последнего заболевшего в коллектив не принимаются вновь и отстраняются лица, не болевшие корью, краснухой или эпидемическим паротитом и не привитые против этих инфекций или привитые до 21 календарного дня.

2744. Источники инфекции - больные корью, краснухой, эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) - подлежат госпитализации в случаях:

тяжелого клинического течения заболевания;

независимо от формы течения заболевания - лица из организаций с круглосуточным пребыванием детей или взрослых; лица, проживающие в общежитиях и в неблагоприятных бытовых условиях (в том числе коммунальных квартирах); при наличии в семье заболевшего лиц из числа декретированных групп населения (работники

медицинских учреждений, общественного питания, торговли, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, транспорта, коммунальной и социальной сферы, лица работающие вахтовым методом и сотрудники государственных контрольных органов в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации) неболевшие и непривитые против этих инфекций.

2745. В направлениях на госпитализацию больных корью, краснухой и эпидемическим паротитом (или при подозрении на эти инфекции) наряду с анкетными данными указываются первоначальные симптомы заболевания, сведения о проведенном лечении и профилактических прививках, а также данные эпидемиологического анамнеза.

2746. Госпитализированные лица должны находиться в стационаре до исчезновения клинических симптомов, но не менее чем:

5 календарных дней с момента появления сыпи при кори;

7 календарных дней с момента появления сыпи при краснухе;

9 календарных дней - при эпидемическом паротите.

2747. Допуск реконвалесцентов кори, краснухи и эпидемического паротита в организованные коллективы детей и взрослых разрешается после их клинического выздоровления даже при наличии вторичных случаев заболевания в очаге.

2748. Ребенок с врожденной краснухой, независимо от ее клинической формы (манифестной или бессимптомной), в течение первого года жизни является источником инфекции и подлежит на протяжении этого срока динамическому лабораторному обследованию.

2749. Очаг ВКИ/СВК считается ликвидированным после получения отрицательных результатов исследования двух клинических образцов, собранных с интервалом в 2 - 4 недели.

2750. За лицами, общавшимися с больными корью, краснухой или эпидемическим паротитом, устанавливается медицинское наблюдение в течение 21 дня с момента выявления последнего случая заболевания в очаге.

2751. В дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, а также в организациях с круглосуточным пребыванием детей и взрослых организуется ежедневный осмотр контактных лиц медицинскими работниками в целях активного выявления и изоляции лиц с признаками заболевания.

2752. В очагах кори и эпидемического паротита определяется круг лиц, подлежащих иммунизации против этих инфекций по эпидемическим показаниям.

2753. Иммунизации против кори по эпидемическим показаниям подлежат лица, без ограничения возраста, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание),

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

2754. Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 ч с момента выявления больного. При расширении границ очага кори (по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта) сроки иммунизации могут продлеваться до 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

2755. Иммунизации против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям подлежат лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание), не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые или не имеющие сведений о прививках против эпидемического паротита.

2756. Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 календарных дней с момента выявления первого больного в очаге.

2757. Детям, не привитым против кори или эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5 календарного дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный (далее - иммуноглобулин) в соответствии с инструкцией по его применению.

2758. Сведения о проведенных прививках и введении иммуноглобулина (дата, название препарата, доза, серия, контрольный номер, срок годности, дата выпуска, предприятие-изготовитель) вносят в учетные формы в соответствии с требованиями к организации вакцинопрофилактики.

2759. Контактные лица из очагов кори, краснухи или эпидемического паротита, не привитые и не болевшие указанными инфекциями ранее, не допускаются к плановой госпитализации в медицинские организации неинфекционного профиля и социальные организации в течение всего периода медицинского наблюдения, указанного в Санитарных правилах.

2760. Госпитализация таких пациентов в период медицинского наблюдения в медицинские организации неинфекционного профиля осуществляется по жизненным показаниям, при этом в стационаре организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в целях предупреждения внутрибольничного распространения инфекции.

2761. Беременные женщины, находившиеся в очагах краснушной инфекции, подлежат медицинскому наблюдению и динамическому серологическому обследованию

на наличие IgM и IgG к вирусу краснухи в целях предупреждения развития врожденных заболеваний новорожденных. Взятие проб крови у беременных проводят одновременно со взятием крови у первого больного в очаге.

2762. В случае появления у беременной клинических признаков краснухи, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. После лабораторного подтверждения диагноза решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

2763. В случае, если при первом обследовании у беременной выявлены специфические IgG при отсутствии IgM к возбудителю краснушной инфекции в концентрациях (титрах) 25 МЕ/мл и выше (условно защитных), обследование повторяют через 10 - 14 календарных дней для исключения возможных ложноположительных результатов. Если при повторном исследовании выявлены специфические IgG и не обнаружены IgM к вирусу краснухи, то риск СВК исключается, и дальнейшее медицинское наблюдение за беременной женщиной по контакту в очаге краснушной инфекции не проводят.

2764. В случае, если антитела IgG и IgM не обнаружены, беременной необходимо исключить контакт с больным краснухой и повторить обследование через 10 - 14 календарных дней.

2765. При отрицательном результате повторного исследования, через 10 - 14 дней проводят следующее (третье) серологическое обследование. В течение всего срока обследований за беременной продолжают медицинское наблюдение. Если при третьем обследовании антитела не выявлены, то наблюдение за беременной прекращают, но предупреждают ее о том, что она восприимчива (серонегативна) к краснушной инфекции. Прививки против краснухи таким женщинам проводят после окончания периода лактации.

2766. Если при повторном обследовании выявлены специфические IgM-антитела, при отсутствии антител IgG, то через 10 - 14 календарных дней проводят следующее (третье) серологическое обследование, продолжая медицинское наблюдение за беременной. При выявлении IgG- и IgM-антител женщину предупреждают о риске СВК, о чем делается запись в медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

2767. Если при первом обследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM- и IgG-антитела к возбудителю краснушной инфекции, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в

медицинской документации, удостоверяемая подписями врача и беременной. Через 10 - 14 календарных дней после первого обследования проводят повторное серологическое обследование с определением авидности IgG-антител. При подтверждении диагноза (положительные IgM-антитела к вирусу краснухи и низкий индекс авидности IgG) решение о прерывании беременности женщина принимает самостоятельно.

Специфическая профилактика кори, краснухи и эпидемического паротита

2768. Основным методом защиты населения от кори, краснухи и эпидемического паротита является вакцинопрофилактика.

2769. Иммунизация населения против кори, краснухи и эпидемического паротита проводится в рамках Национального календаря профилактических прививок и Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.

2770. Детям и взрослым, получившим прививки в рамках Национального календаря профилактических прививок, в сыворотке крови которых в стандартных серологических тестах не обнаружены антитела к соответствующему возбудителю, прививки против кори, краснухи и (или) эпидемического паротита проводят дополнительно в соответствии с инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов (далее - ИЛП).

2771. Для иммунизации применяются ИЛП, зарегистрированные и разрешенные к применению на территории Российской Федерации согласно инструкциям по их применению.

2772. В целях максимального охвата прививками против кори, краснухи, эпидемического паротита населения в субъектах Российской Федерации проводится работа по выявлению лиц, не болевших и не привитых против этих инфекций среди труднодоступных слоев населения (мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев, кочующих групп населения) и их иммунизации в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

2773. Для обеспечения популяционного иммунитета к кори, краснухе, эпидемическому паротиту, достаточного для предупреждения распространения инфекции среди населения, охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять:

- вакцинацией и ревакцинацией против кори, краснухи, эпидемического паротита детей в декретированных возрастах - не менее 95 %;

- вакцинацией против краснухи женщин в возрасте 18 - 25 лет - не менее 90 %;

- вакцинацией против кори взрослых в возрасте 18 - 35 лет - не менее 90 %;

- вакцинацией против кори лиц декретированных профессий 18-55 лет – не менее 90%;

2774. Сведения о выполненных профилактических прививках вносятся в учетные медицинские документы, на основании которых формируются формы федерального государственного наблюдения: форма № 5 «Сведения о профилактических прививках» (месячная. годовая) и форма № 6 «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» (годовая).

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения кори, краснухи и эпидемического паротита

2775. В целях предупреждения возникновения и распространения кори, краснухи и эпидемического паротита органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

поиск возможных случаев кори среди пациентов с лихорадкой и пятнисто-папулезной сыпью независимо от первичного диагноза.

проведение исследования напряженности иммунитета у привитых лиц.

иммунизация выявленных по результатам серологического мониторинга не иммунные к кори или краснухе, или эпидемическому паротиту лица.

оценка эффективности проводимых мероприятий.

Реализация мероприятий по ликвидации эндемичной кори, краснухи в Российской Федерации

2776. В субъектах Российской Федерации разрабатывается и утверждается План мероприятий по ликвидации эндемичной кори, краснухи (далее – План) с учетом конкретных местных условий, эпидемиологической ситуации.

2777. Реализацию мероприятий Плана в субъектах Российской Федерации осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан, медицинские организации, органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2778. В период реализации мероприятий по элиминации кори и краснухи в субъектах Российской Федерации готовится и представляется ежегодно документация о статусе элиминации кори и краснухи в субъекте Российской Федерации (по

подтверждению статуса субъекта Российской Федерации как территории, свободной от эндемичной кори и краснухи).

2779. В рамках реализации Плана ежегодно организуется подготовка медицинских работников по вопросам диагностики, эпидемиологии и профилактики кори, краснухи, эпидемического паротита, а также санитарное просвещение населения, включающее доведение до населения подробной информации о кори, краснухе, эпидемическом паротите, основных клинических симптомах данных заболеваний и мерах профилактики, с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением бесед в коллективах и очагах указанных инфекционных заболеваний и другие методы.

XXXVI. Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая

2788. Ветряная оспа (код В 01 по международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10) представляет собой острое вирусное инфекционное заболевание, характеризующееся поражением кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи, умеренно выраженной лихорадкой и симптомами общей интоксикации, преимущественно доброкачественным течением. Опоясывающий лишай (код В 01 по МКБ-10) развивается у 10–20 % пациентов, ранее перенесших ветряную оспу; представляет собой заболевание, возникающее в результате активации в организме возбудителя ветряной оспы, проявляющееся воспалением задних корешков спинного мозга и межпозвоночных ганглиев, а также лихорадкой, общей интоксикацией и везикулезной экзантемой по ходу вовлеченных в процесс чувствительных нервов.

2789. Возбудитель ветряной оспы, опоясывающего лишая – вирус Варицелла Зостер (Varicella Zoster virus) (далее - ВЗВ), вирус герпеса человека третьего типа (Human herpesvirus 3), неустойчивый во внешней среде (погибает через несколько минут), но длительно сохраняется при низких температурах (минус 65 ^{0}С и ниже).

2790. Резервуаром и источником ВЗВ при ветряной оспе и опоясывающем лишае является человек, больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем. Период, в течение которого источник ВЗВ (больной ветряной оспой или опоясывающим лишаем) может заразить окружающих его лиц, длится с конца инкубационного периода и до истечения 5 календарных дней с момента появления последних элементов сыпи (макул).

2791. Индекс контагиозности (заразительности) составляет в среднем 0,75-0,90.

2792. Инкубационный период при ветряной оспе составляет от 10 до 21 календарного дня (в среднем 13-17 календарных дней).

2793. Механизм передачи ВЗВ, преимущественно аспирационный (аэрогенный), реализуется воздушно-капельным и контактным путями. Возможна трансплацентарная передача ВЗВ - от больной матери к плоду.

2794. При опоясывающем лишае вирус может персистировать (сохраняться) в организме многие годы.

2795. Распространенность болезни имеет повсеместный характер.

2796. Ветряная оспа проявляется типичной, атипичной и стертой клиническими формами, но может проявляться в инаппарантной (бессимптомной) форме, в таком случае диагноз устанавливается по результатам лабораторных исследований.

2797. Беременные относятся к группе риска развития заболеваний, связанных с ВЗВ. Случаи заболевания ветряной оспой новорожденных до 11 календарного дня жизни должны считаться врожденной инфекцией.

2798. К врожденным формам ветряной оспы относятся синдром врожденной ветряной оспы (далее - СВВО) и неонатальная (врожденная) ветряная оспа.

2799. Неонатальная (врожденная) ветряная оспа развивается при заболевании беременной женщины менее чем за 10 календарных дней до родов. Тяжесть течения неонатальной (врожденной) ветряной оспы определяется сроками инфицирования.

2800. В случае заболевания ветряной оспой беременной за 5–10 календарных дней до родов, первые клинические признаки у новорожденного появляются сразу после рождения.

2801. Новорожденный, заболевший ветряной оспой, развившейся в результате заболевания беременной за 16 и менее дней до родов, является источником ВЗВ.

2802. Новорожденный ребенок с СВВО не является источником возбудителя ветряной оспы.

2803. При заболевании беременной женщины опоясывающим лишаем, врожденные формы инфекции, вызванной ВЗВ, не возникают из-за отсутствия вирусемии и наличия у матери специфических иммуноглобулинов класса G (далее – IgG), защищающих плод.

2804. Больной опоясывающим лишаем является источником ВЗВ и представляет эпидемиологическую опасность, в отношении него проводятся такие же профилактические и противоэпидемические мероприятия, как и в отношении больного ветряной оспой.

2805. Иммунитет к ветряной оспе формируется после перенесенного заболевания или после проведения иммунизации против этой инфекции. Показателем наличия

иммунитета к ВЗВ является присутствие в крови специфических IgG в иммунологически значимом (защитном) титре.

Выявление, учет и регистрация больных ветряной оспой и опоясывающим лишаем

2806. Сведения о регистрации случаев ветряной оспы и опоясывающего лишая на основании окончательных диагнозов вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения.

Лабораторная диагностика ветряной оспы и опоясывающего лишая

2807. Лабораторные методы исследования в медицинских организациях используются для диагностики атипичных и стертых форм заболевания, для проведения дифференциальной диагностики с другими заболеваниями, сопровождающимися везикулезной сыпью (в том числе инфекцией, вызванной вирусом простого герпеса, ящуром, энтеровирусной инфекцией, стрептодермией, патогенными для человека ортопоксвирусами).

2808. Показаниями для лабораторного обследования на инфекцию, вызванную ВЗВ, также являются:

подозрение на ветряную оспу у привитого против этой инфекции лица;

подозрение на повторное заболевание ветряной оспой.

2809. Материалом для лабораторного исследования, в зависимости от клинических проявлений и локализации инфекционного процесса, служит:

содержимое везикул;

сыворотка крови;

спинномозговая жидкость;

отделяемое носоглотки.

2810. Выбор лабораторного метода исследования определяется его доступностью и возможностями конкретной лаборатории.

2811. Лабораторными критериями, подтверждающими клинический диагноз случая ветряной оспы, являются:

выявление ДНК ВЗВ с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в клиническом материале (содержимом везикул, смывах со слизистой носоглотки, спинномозговой жидкости);

выявление иммуноглобулинов класса М (далее - IgM) или низкоавидных IgG к ВЗВ в сыворотке крови;

нарастание титра специфических антител в 4 и более раз в течение 10-14 календарных дней (метод парных сывороток) при исследовании методом иммуноферментного анализа (ИФА) или в реакции связывания комплемента (далее - РСК);

выявление телец Арагао (скопления вируса) в окрашенных серебрением по Морозову мазках содержимого везикул при световой или электронной микроскопии;

положительная проба Цанка - выявление многоядерных гигантских клеток в соскобе с основания везикулы, помещенном на предметное стекло, фиксированном 95% спиртом и окрашенном по методу Романовского-Гимзы;

обнаружение антигенов вируса в мазках-отпечатках содержимого везикул с помощью иммунофлюоресцентного метода (ИФ метода);

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

Клиническая диагностика и критерии постановки диагнозов ветряной оспы и опоясывающего лишая

2812. Эпидемиологически случаи ветряной оспы подразделяются на «подозрительные», «вероятные» и «подтвержденные» случаи:

«подозрительным» считается случай острого заболевания, при котором имеется один или несколько клинических признаков, один из которых - поражение кожи и слизистых оболочек в виде полиморфной макуло-папулезно-везикулезной сыпи;

«вероятным» считается случай острого заболевания, при котором имеются один или несколько клинических признаков ветряной оспы и эпидемиологическая связь с другим подозрительным или подтвержденным случаем этой инфекции;

«подтвержденным» считается случай заболевания ветряной оспой после лабораторного подтверждения диагноза.

2813. В случае проявления ветряной оспы в атипичной или стертой форме при наличии лабораторного подтверждения заболевание классифицируется как «подтвержденное».

2814. При отсутствии возможности проведения лабораторных исследований в медицинской организации или отсутствии показаний к их проведению «подозрительный» или «вероятный» случай классифицируется как «подтвержденный».

2815. Окончательный диагноз ветряной оспы устанавливается на основании клинических данных и (или) при наличии лабораторного подтверждения диагноза или

эпидемиологической связи с другими лабораторно подтвержденными случаями данного заболевания.

2816. Внутриутробное инфицирование плода ВЗВ в течение первых 20 недель беременности может приводить к самопроизвольному аборту, внутриутробной смерти плода или рождению ребенка с СВВО.

2817. В случае внутриутробного заражения ВЗВ в первом триместре беременности (на 13-20 неделе), может развиться синдром врожденной ветряной оспы (далее - СВВО), который характеризуется пороками развития конечностей (укорочение, деформация), головного мозга (микроцефалия, гидроцефалия, корковая атрофия, диафрагмальный паралич) и органов зрения (катаракта).

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения заболеваний, вызываемыми ВЗВ

2818. В целях предупреждения возникновения и распространения заболеваний, вызываемыми ВЗВ органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг эпидемиологической ситуации;

анализ структуры заболеваемости;

проведение исследования напряженности иммунитета у привитых лиц.

иммунизация выявленных по результатам серологического мониторинга не иммунные к кори или краснухе, или эпидемическому паротиту лица.

слежение за циркуляцией возбудителя, его фенотипическими и генотипическими свойствами;

контроль за организацией и проведением профилактических прививок;

оценка своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

2819. В территориальных органах (учреждениях) федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, имеющиеся данные о зарегистрированных случаях ветряной оспы и опоясывающего лишая анализируются специалистами в рамках эпидемиологического надзора за инфекцией, вызванной ВЗВ, с целью составления эпидемиологического прогноза и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий.

2820. Специалистами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование очагов инфекции, вызванной ВЗВ:

в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю «акушерство и гинекология» – при регистрации каждого случая;

в организациях с круглосуточным пребыванием детей – при регистрации очагов с групповой заболеваемостью (двух и более случаев);

в одной группе или классе организации, осуществляющей образовательную деятельность, организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей – при регистрации групповой заболеваемости (двух и более случаев);

в организации, осуществляющей образовательную деятельность, организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей – при регистрации пяти и более случаев.

По результатам эпидемиологического расследования выдается предписание о проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий[52].

Профилактические мероприятия

2821. Основным профилактическим мероприятием, направленным на защиту населения от ветряной оспы, является вакцинопрофилактика, которая обеспечивает создание иммунитета (невосприимчивости) к этой инфекции.

2822. Иммунизация населения против ветряной оспы проводится в соответствии с календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также в рамках региональных календарей профилактических прививок.

2823. Вакцинация против ветряной оспы в плановом порядке, в первую очередь показана ранее не болевшим, не привитым или не имеющим завершенного курса иммунизации (привитым однократно) против ветряной оспы детям и взрослым, относящимся к группе высокого риска тяжелого клинического течения и осложнений этой инфекции:

лицам, страдающим тяжелыми хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, метаболическими, эндокринными расстройствами, нервно-мышечными расстройствами, муковисцидозом;

больным острым лейкозом;

лицам, получающим иммунодепрессанты;

---

[52] Статьи 44 и 50 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».

лицам, длительно получающим системные стероиды;

лицам, которым планируется проводить лучевую терапию;

пациентам, которым планируется произвести трансплантацию.

2824. Иммунизация таких лиц проводится при отсутствии симптомов, указывающих на недостаточность клеточного иммунитета и с учетом полной гематологической ремиссии (по результатам анализа крови), при уровне лимфоцитов не менее 1200/мм^3. При необходимости вакцинации в острой фазе лейкоза, терапию следует отменить на неделю до и после прививки.

2825. Вакцинация лиц, которым предстоит трансплантация органов, проводится за несколько недель до начала проведения терапии иммунодепрессантами.

2826. К группам детей и взрослых высокого риска заболевания ветряной оспой, относятся не болевшие, не привитые ранее или не получившие завершенный курс вакцинации, которым также рекомендована вакцинация:

пациенты и воспитанники учреждений стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты);

женщины, планирующие беременность (не менее чем за 3 месяца);

призывники;

медицинский персонал;

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

2827. Для профилактики вакциноассоциированных заболеваний принимают меры по исключению (ограничению) контакта не иммунных к инфекции, вызванной ВЗВ, беременных женщин и лиц с иммунодефицитными состояниями, с лицами, вакцинированными против ветряной оспы в течение второй и третьей недели с момента получения прививки.

Противоэпидемические мероприятия

2828. В очагах инфекции, вызванной ВЗВ, первичные противоэпидемические мероприятия (изоляция и при необходимости госпитализация больного (больных) в соответствии с законодательством Российской Федерации, подозрительных на заболевание ветряной оспой или опоясывающим лишаем, осмотр лиц, контактировавших с больным (далее - контактные лица), с целью выявления других случаев заболеваний, вызванных ВЗВ, выяснение их эпидемиологического и прививочного анамнеза) проводятся врачом (фельдшером) медицинской организации, организации, осуществляющей образовательную деятельность или оздоровительной организации в

течение 24 часов после выявления больного ветряной оспой, опоясывающим лишаем (при подозрении на ветряную оспу, опоясывающий лишай), или получения экстренного извещения о таких случаях.

2829. Изоляция заболевшего ветряной оспой или опоясывающим лишаем завершается по истечении 5 календарных дней со времени появления последнего свежего элемента сыпи.

2830. Больные с легким течением заболевания изолируются на дому при наличии возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства. Госпитализация в медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь пациентам с инфекционными заболеваниями в стационарных условиях, осуществляется по клиническим (тяжелые и среднетяжелые формы заболевания) и эпидемиологическим показаниям.

2831. Эпидемиологическими показаниями для госпитализации являются: невозможность обеспечения изоляции на дому и организации соответствующего противоэпидемического режима; выявление больных в учреждениях с постоянным (круглосуточным) пребыванием детей и взрослых (в том числе в медицинских организациях); выявление больных, проживающих в общежитиях; выявление больных, имеющих неблагоприятные бытовые условия проживания.

2832. В направлениях на госпитализацию больных ветряной оспой (или лиц с подозрением на это заболевание) дополнительно указываются первоначальные симптомы, сведения о профилактических прививках и проведенном лечении, а также сведения о контактах заболевшего с больными ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

2833. В направлениях на госпитализацию больных опоясывающим лишаем (или лиц с подозрением на это заболевание) кроме анкетных данных указываются первоначальные симптомы, сведения о перенесенном в прошлом заболевании ветряной оспой или опоясывающим лишаем, о профилактических прививках против ветряной оспы, а также о проведенном лечении.

2834. Выписка из стационара пациента с ветряной оспой или опоясывающим лишаем проводится после его клинического выздоровления. В случае выписки пациента ранее шестого дня со времени появления последнего свежего элемента сыпи, он изолируются на дому при соблюдении противоэпидемического режима по месту жительства. В случае госпитализации по эпидемиологическим показаниям, выписка переболевшего (реконвалесцента) проводится не ранее шестого дня со времени появления последнего свежего элемента сыпи.

2835. Допуск реконвалесцента ветряной оспы или опоясывающего лишая в коллектив разрешается после его клинического выздоровления, но не ранее шестого дня со времени появления у реконвалесцента последнего свежего элемента сыпи независимо от наличия вторичных случаев ветряной оспы в очаге.

2836. Допуск реконвалесцентов в коллектив разрешается только при наличии справки об отсутствии медицинских противопоказаний для посещения организаций, осуществляющих образовательную деятельность и иных организаций и осуществления отдельных видов деятельности или учебы[53] от лечащего врача или фельдшера.

2837. Диспансерное наблюдение за переболевшими ветряной оспой лицами не проводится.

2838. Основными задачами противоэпидемических мероприятий в отношении лиц, контактировавших с больными инфекцией, вызванной ВЗВ, являются:

своевременное выявление больных инфекцией, вызванной ВЗВ, а также случаев заболеваний, подозрительных на эту инфекцию;

выявление лиц, не защищенных (не болевших и не привитых) против ветряной оспы, для проведения экстренной профилактики.

2839. К категории контактных лиц относят:

лиц, общавшихся с заболевшим ветряной оспой в течение двух дней до появления у больного сыпи, в период высыпаний, в течение пяти дней после появления последнего элемента сыпи;

лиц, общавшихся с заболевшим опоясывающим лишаем с момента появления у него сыпи и в период высыпаний (до истечения пяти дней после появления последнего элемента сыпи).

2840. При наличии среди контактных лиц, не болевших ветряной оспой, не привитых и (или) не получивших завершенный курс вакцинации против ветряной оспы, за ними устанавливается медицинское наблюдение сроком на 21 календарный день с момента изоляции последнего заболевшего из очага ВЗВ инфекции.

2841. Медицинское наблюдение за детьми и взрослыми, переболевшими ветряной оспой, а также получившими завершенный курс вакцинации против ветряной оспы (при наличии документального подтверждения), не проводится.

2842. В качестве меры экстренной профилактики ветряной оспы в отношении лиц, не болевших ветряной оспой и не привитых против нее, контактировавших с больными

---

[53] Приказ Минздравсоцразвития России от 02.05.2012 № 441н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений» (зарегистрирован Минюстом России 29.05.2012, регистрационный № 24366).

ветряной оспой или опоясывающим лишаем, используется активная иммунизация (вакцинация).

2843. Активная иммунизация (вакцинация) против ветряной оспы проводится детям (в возрасте от 12 месяцев) и взрослым, не имеющим медицинских противопоказаний к введению вакцины, в первые 72 - 96 часов после вероятного контакта с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

2844. Профилактические прививки несовершеннолетним, не достигшим возраста 15 лет[54], проводят с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних. Согласие или отказ от проведения вакцинопрофилактики оформляется в соответствии с нормативным правовым актом. Прививки лицам, контактировавшим с больными ветряной оспой или опоясывающим лишаем, регистрируются в соответствии с документами по обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

2845. При регистрации случая заболевания ветряной оспой в квартирных очагах врач (фельдшер):

осуществляет оценку общего состояния контактных лиц - осмотр зева, кожных покровов (для выявления элементов высыпаний), измерение температуры тела - в целях выявления среди них больных; осуществляет сбор эпидемиологического анамнеза о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой или опоясывающим лишаем (дате ранее перенесенного заболевания), о наличии подобных заболеваний по месту работы, по месту учебы;

дает рекомендации по организации проведения профилактических мероприятий в течение всего времени лечения пациента на дому (регулярное проветривание, влажная уборка с моющими средствами помещений, мебели, игрушек);

информирует дошкольные образовательные организации о контактных детях в возрасте до 7 лет, посещающих дошкольные образовательные организации, не болевших ветряной оспой, не привитых и (или) не получивших завершенный курс вакцинации против ветряной оспы, с целью их разобщения в течение 21 календарного дня с момента последнего общения с заболевшим ветряной оспой; при этом если дата контакта с ним установлена точно, дети до 7 лет допускаются в дошкольные образовательные организации в течение 10 календарных дней от начала контакта, с 11 по 21 календарный

---

[54] Пункт 2 статьи 11 Федерального закона от 17.09.1998 № 157-ФЗ; приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (зарегистрировано Минюстом России 25.04.2014, регистрационный № 32115), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 16.06.2016 № 370н (зарегистрировано Минюстом России 04.07.2016, регистрационный № 42728), от 13.04.2017 № 175н (зарегистрировано Минюстом России 17.05.2017, регистрационный № 46745).

день обеспечивается их изоляция дома в соответствии с законодательством Российской Федерации; дети в возрасте старше 7 лет и лица, ранее переболевшие ветряной оспой, разобщению не подлежат.

2846. Наблюдение на дому за контактными лицами из числа детей, не посещающих дошкольные образовательные организации, осуществляется медицинским персоналом или родителями (опекунами), которых врач (фельдшер) информирует о признаках заболевания ветряной оспой и необходимости немедленного обращения за медицинской помощью при их появлении.

2847. Взрослых из числа контактных лиц врач (фельдшер) информирует о признаках заболевания ветряной оспой и необходимости немедленного обращения за медицинской помощью при их появлении.

2848. При регистрации очага инфекции в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в организациях с круглосуточным пребыванием детей, в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, медицинский персонал (врач, фельдшер, медицинская сестра) с целью активного выявления больных ежедневно проводит осмотры детей, контактировавших с источником возбудителя ветряной оспы, результаты осмотра фиксирует в медицинской документации. Осмотр включает оценку общего состояния, осмотр кожных покровов, измерение температуры тела.

2849. В очагах инфекции с числом случаев 2 и более в одном коллективе допускается проведение лабораторного обследования контактных лиц для выявления неиммунных лиц, а также легких и атипичных форм инфекции.

2850. В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в организациях с круглосуточным пребыванием детей в возрасте до 7 лет, в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, на протяжении 21 календарного дня с момента изоляции последнего заболевшего с диагнозом ветряной оспы администрацией и персоналом организуются и проводятся режимно-ограничительные и дезинфекционные мероприятия:

прекращается прием новых и временно отсутствовавших детей, не болевших ветряной оспой и не привитых против этой инфекции в группу (коллектив), где зарегистрирован случай заболевания ветряной оспой;

запрещается участие в массовых мероприятиях детей из группы (коллектива), в котором выявлены случаи заболеваний, а также перевод детей такой группы в другие группы (коллективы);

2851. дважды в день организуется и проводится влажная уборка помещений с применением моющих и (или) дезинфицирующих средств; из обихода исключаются

мягкие игрушки, игрушки из других материалов ежедневно в конце дня моются горячей водой с моющим средством; проводится дезинфекция воздушной среды с использованием ультрафиолетового облучения или других способов, разрешенных для этих целей, не менее четырех раз в день проводится проветривание (по 8-10 минут).

2852. Госпитализация в медицинские организации неинфекционного профиля лиц, контактировавших с заболевшим инфекцией, вызванной ВЗВ, не болевших ветряной оспой и не привитых против нее, в период медицинского наблюдения за ними, осуществляется по жизненным показаниям в отдельную палату или изолятор, при этом в стационаре в целях предупреждения распространения инфекции организуются дополнительные санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в соответствии с пунктом 2866 Санитарных правил; госпитализация в плановом порядке откладывается до окончания периода медицинского наблюдения.

2853. В целях предупреждения «заносов» ветряной оспы в медицинские организации неинфекционного профиля, оказывающие медицинскую помощь детскому населению в стационарных условиях и в условиях дневного стационара, в организации отдыха детей и их оздоравления детей, другие организации с круглосуточным пребыванием детей, в направлениях на плановую госпитализацию или иных сопроводительных документах следует указывать[55]: сведения об имеющихся у госпитализируемого ребенка прививках против ветряной оспы, о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой, о контакте с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем.

2854. Для предупреждения врожденной патологии у новорожденных, в отношении беременных женщин, имевших контакт с заболевшим инфекцией, вызванной ВЗВ, медицинской организацией организуются следующие профилактические мероприятия:

при отсутствии у беременной женщины, контактировавшей с больным ветряной оспой или опоясывающим лишаем, клинических признаков этой инфекции, она подлежит медицинскому наблюдению и серологическому обследованию (первое исследование) до введения иммуноглобулина;

если при первом исследовании антитела IgG и IgM к вирусу ветряной оспы не обнаружены, беременной женщине необходимо ввести иммуноглобулин и через 10-14 календарных дней повторить обследование на IgM (второе исследование) к ВЗВ для исключения факта инфицирования;

---

[55] Приказ Минздравсоцразвития России от 31.01.2012 № 69н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях» (зарегистрировано Минюстом России 04.04.2012, регистрационный № 23726).

при отрицательном результате второго исследования на IgM к ВЗВ через 10-14 календарных дней проводится следующее серологическое обследование (третье исследование). Если при третьем исследовании IgM не выявлены, то наблюдение прекращается, но женщина предупреждается о том, что она восприимчива (серонегативна) к ветряной оспе. Прививки против ветряной оспы таким женщинам проводятся после родов и окончания периода лактации;

если при первом исследовании у беременной женщины выявлены специфические IgG при отсутствии IgM к возбудителю ветряной оспы, обследование повторяют через 10 - 14 календарных дней для исключения возможных ложноположительных результатов. Если при втором исследовании также выявлены специфические IgG, и не обнаружены IgM к вирусу ветряной оспы, то риск развития синдрома врожденной ветряной оспы у плода исключается, дальнейшее медицинское наблюдение за беременной женщиной по контакту в очаге ветряной оспы не проводят;

если при втором исследовании выявлены специфические IgM антитела, то через 10 - 14 календарных дней проводят третье исследование, продолжая медицинское наблюдение за беременной. При выявлении IgG и IgM антител женщина предупреждается о риске развития у плода СВВО, о чем делают запись в медицинской документации, удостоверяя подписями врача и беременной. При сохранении беременности за женщиной проводят диспансерное наблюдение вплоть до родов[56];

если при первом исследовании в крови у беременной обнаружены специфические IgM и IgG антитела к возбудителю ветряной оспы, беременную предупреждают о наличии риска врожденной патологии плода, о чем делается запись в медицинской документации. Через 10 - 14 календарных дней после первого исследования проводят второе исследование с определением авидности IgG антител. При лабораторном подтверждении диагноза (положительные IgM антитела к вирусу ветряной оспы и низкий индекс авидности IgG) женщина предупреждается о высоком риске врожденной патологии плода. При сохранении беременности за женщиной проводят диспансерное наблюдение вплоть до родов.

2855. При выявлении случая заболевания, вызванного ВЗВ у пациентки медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь женщинам в период

---

[56] Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)» (зарегистрировано Минюстом России 02.04.2013, регистрационный № 27960), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 17.01.2014 № 25н (зарегистрировано Минюстом России 19.03.2014, регистрационный № 31644); от 11.06.2015 № 333н (зарегистрировано Минюстом России 10.07.2015, регистрационный № 37983); от 12.01.2016 № 5н (зарегистрировано Минюстом России 10.02.2016, регистрационный № 41053).

беременности, родов и в послеродовом периоде по профилю «акушерство и гинекология» в стационарных условиях (в родовспомогательном учреждении), администрация медицинской организации организует и проводит профилактические и противоэпидемические мероприятия в очаге, в том числе:

организует изоляцию заболевшей в соответствии с законодательством Российской Федерации, ее дальнейшее лечение (в зависимости от клинического состояния и срока беременности) в условиях инфекционного отделения многопрофильной больницы или инфекционной больницы (в боксе стационара другого профиля) или амбулаторно; в случае вступления пациентки в роды, она изолируется в родовой бокс;

организует и проводит ежедневное медицинское наблюдение за пациентами и медицинским персоналом, находившимися в контакте с заболевшей (в отделениях, в которых заболевшая находилась или посещала в течение двух дней до появления клинических симптомов заболевания ветряной оспой и с начала заболевания) - в течение 21 календарного дня с момента ее изоляции (термометрия 2 раза в день, осмотр кожных покровов);

организует экстренную иммунизацию против ветряной оспы в течение 72 -96 часов с момента контакта медицинского персонала (не привитых или не имеющих сведений о напряженности иммунитета к ветряной оспе; допускается предварительное серологическое обследование на напряженность иммунитета к ветряной оспе); медицинский персонал, не имеющий защитного уровня иммунитета к ветряной оспе и не получивший экстренную иммунизацию, отстраняется от работы с 11 по 21 календарный день от начала контакта с заболевшей;

организует серологическое обследование на напряженность иммунитета к ветряной оспе пациентов с неизвестным прививочным анамнезом и не болевших ветряной оспой; пациентов, не имеющих защитного уровня иммунитета к ветряной оспе, изолируют на период с 11 по 21 день от начала контакта с заболевшей; в зависимости от клинического состояния и потребности в оказании медицинской помощи таких пациентов выписывают и изолируют на дому, либо размещают в боксах или боксированных палатах;

организует экстренную профилактику ветряной оспы в соответствии с пунктом 2845 пациентам, контактировавшим с заболевшей, в том числе новорожденному заболевшей ветряной оспой родильницы.

2856. При заболевании кормящей матери грудное вскармливание не противопоказано при условии соблюдения правил общей гигиены, за исключением случаев, когда заболевание у матери проявляется в течение пяти дней до или через два дня после родов. В таком случае ребенок изолируется от матери в бокс до окончания у нее

заразного периода (отпадания корочек). На период изоляции кормление ребенка допускается осуществлять сцеженным грудным молоком.

2857. При переводе в другие отделения и выписке пациентов, бывших в контакте с больной ветряной оспой (инфекцией, вызванной ВЗВ), администрация медицинской организации обеспечивает запись о наличии контакта и сроках наблюдения в медицинской документации (при выписке до окончания периода наблюдения информация о контакте по ВЗВ - инфекции в стационаре передается в медицинскую организацию по месту жительства).

2858. Администрация медицинской организации обеспечивает прием новых пациенток в отделение в течение 21 календарного дня с момента изоляции заболевшей при наличии у них данных о защитном уровне иммунитета к ветряной оспе или документально подтвержденных сведений о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой или завершенном курсе вакцинации против ветряной оспы.

2859. При выявлении больного ветряной оспой, опоясывающим лишаем в стационаре, учреждениях стационарного социального обслуживания для взрослых в очаге администрация таких организаций организует и проводит профилактические и противоэпидемические мероприятия, в том числе:

2860. организует изоляцию и дальнейшее лечение заболевшего в соответствии с законодательством Российской Федерации (в зависимости от клинического состояния) в условиях инфекционного стационара (в боксе или боксированной палате стационара другого профиля) или направляет на амбулаторное лечение;

2861. организует и проводит ежедневное медицинское наблюдение за пациентами и медицинским персоналом, находившимися в контакте с заболевшим (отделения, в которых заболевший находился или посещал в течение двух дней до появления клинических симптомов заболевания ветряной оспой и с начала заболевания) - в течение 21 календарного дня с момента изоляции больного (термометрия два раза в день, осмотр кожных покровов);

2862. организует среди пациентов, контактных с заболевшим, а также медицинского персонала отделений, в которых находился заболевший, выявление лиц, не болевших ветряной оспой (инфекцией, вызванной ВЗВ), не привитых или имеющих незавершенный курс вакцинации (однократно привитых) против ветряной оспы; при необходимости, организует серологическое обследование на напряженность иммунитета к ветряной оспе, организует экстренную профилактику в соответствии в соответствии с пунктом 2845 Санитарных правил;

2863. контактных лиц, не болевших ветряной оспой (инфекцией, вызванной ВЗВ), не привитых (имеющих незавершенный курс вакцинации) против ветряной оспы, не имеющих защитного уровня иммунитета к ветряной оспе и не получивших экстренную иммунизацию, из числа персонала - отстраняет от работы с 11 по 21 календарный день от начала контакта с заболевшим; из числа пациентов - изолирует на период с 11 по 21 календарный день от начала контакта с заболевшим;

2864. при переводе в другие отделения и выписке пациентов, бывших в контакте с больным ветряной оспой (инфекцией, вызванной ВЗВ), обеспечивает запись о наличии контакта и сроках наблюдения в медицинской документации (при выписке до окончания периода наблюдения информация о контакте по инфекции, вызванной ВЗВ, в стационаре передается в медицинскую организацию по месту жительства);

2865. прием новых пациентов (обеспечиваемых) в отделение (группу) в течение 21 календарного дня с момента изоляции заболевшего (или до завершения проведения противоэпидемических мероприятий) в плановом порядке осуществляется только при наличии у этих пациентов данных о защитном уровне иммунитета к ветряной оспе или документально подтвержденных сведений о перенесенном ранее заболевании ветряной оспой или завершенном курсе вакцинации (при наличии двух прививок) против ветряной оспы.

2866. Мероприятия по прерыванию путей передачи возбудителя:

в очагах инфекции, вызванной ВЗВ заключительная дезинфекция не проводится;

в помещении, в котором находится больной, необходимо дважды в день проводить влажную уборку с применением моющих и (или) дезинфицирующих средств и проветривание (по 8-10 минут не менее четырех раз в день);

больному и лицам, осуществляющим уход за ним, необходимо соблюдать правила личной гигиены, после контакта с больным тщательно мыть руки.

XXXVII. Профилактика коклюша

2871. Коклюш представляет собой острое инфекционное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, своеобразным судорожным приступообразным кашлем и циклическим затяжным течением.

2872. Заболевание вызывают 3 вида возбудителей: Bordetella pertussis, B. parapertussis и B. bronchiseptica (группа патогенности III).

2873. Источниками инфекции являются больные (дети и взрослые) типичными и атипичными формами коклюша, а также здоровые бактерионосители.

2874. Передача возбудителя инфекции осуществляется воздушно-капельным путем посредством капелек слизи, выделяемых больным во время усиленного выдоха. Наиболее интенсивная передача возбудителя происходит при кашле. Риск инфицирования окружающих особенно велик в начале спазматического периода, далее постепенно снижается и преимущественно к 25-му дню больной коклюшем становится незаразным. У привитых и взрослых коклюш может протекать атипично без приступообразного кашля.

2875. Инкубационный период колеблется от 7 до 21 календарного дня.

2876. Лабораторно подтвержденным считают случай коклюша при:

выделении культуры возбудителя при бактериологическом исследовании или ДНК возбудителя при молекулярно-генетическом исследовании,

выявлении специфических антител при серологическом исследовании в иммуноферментном анализе (ИФА).

2877. Все случаи бактерионосительства возбудителя коклюша считают подтвержденными на основании результатов выделения культуры или ДНК возбудителя.

2878. Иммунитет к коклюшу формируется после перенесенного заболевания или вакцинации. Показателем наличия иммунитета к коклюшу является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов (антител) класса G.

Выявление, регистрация и учет больных коклюшем

2879. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе II настоящих Санитарных правил.

2880. Сведения о регистрации случаев коклюша на основании окончательных диагнозов вносятся в формы федерального государственного статистического наблюдения.

Лабораторная диагностика коклюша

2881. Выбор метода лабораторной диагностики коклюша определяется сроком заболевания.

2882. В целях раннего выявления коклюша медицинские работники направляют:

2883. каждого ребенка, кашляющего в течение 7 календарных дней и более, - на двукратное бактериологическое (два календарных дня подряд или через один календарный день) или однократное молекулярно-генетическое исследования, а также устанавливают за ним медицинское наблюдение;

каждого взрослого при подозрении на коклюш и (или) при наличии контакта с больным коклюшем, работающего в родильных домах, детских больницах, санаториях, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей - на двукратное бактериологическое (два календарных дня подряд или через один календарный день) или однократное молекулярно-генетическое исследования.

2884. При отрицательном результате бактериологического и (или) молекулярно-генетического исследования материала от больного, начиная с третьей недели заболевания, необходимо провести серологическое обследование методом ИФА.

2885. Взятие клинического материала проводится только медицинским персоналом, прошедшим соответствующий инструктаж. Инструктаж по взятию клинического материала проводится не реже 1 раза в 6 месяцев.

2886. При заболевании детей первых месяцев жизни, учитывая особенности иммуногенеза в этом возрасте (замедленную сероконверсию), необходимо проводить одновременно исследование парных сывороток крови ребёнка и матери.

Мероприятия в отношении источника инфекции

2887. В амбулаторных условиях наблюдение за детьми, больными коклюшем или с подозрением на коклюш, осуществляется на дому с кратностью посещения через день.

2888. Госпитализации по клиническим показаниям подлежат:

дети первых 6 месяцев жизни;

дети старше 6 месяцев с выраженной тяжестью и осложненным течением болезни, измененным преморбидным состоянием, сопутствующими заболеваниями (перинатальная энцефалопатия, судорожный синдром, глубокая недоношенность, гипотрофия II-III степени, врожденный порок сердца, бронхиальная астма и иные), одновременным течением коклюша и других инфекционных заболеваний;

взрослые с осложненным течением.

2889. Госпитализации по эпидемиологическим показаниям подлежат:

дети из организаций с круглосуточным пребыванием, домов ребенка, организаций для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

взрослые и дети, проживающие в общежитиях.

2890. Больных коклюшем детей первого года жизни необходимо госпитализировать в боксированные отделения, оснащенные систематической подачей

кислорода, более старших - в палаты, предусматривая изоляцию больных со смешанными инфекциями в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2891. Все больные коклюшем (дети и взрослые), выявленные в детских больницах, родильных домах, домах ребенка, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, подлежат изоляции сроком на 25 календарных дней от начала заболевания в соответствии с законодательством Российской Федерации.

2892. Бактерионосители возбудителя коклюшной инфекции из организаций, перечисленных в пункте 2891 Санитарных правил, подлежат изоляции до получения двух отрицательных результатов бактериологического или однократного молекулярно-генетического исследований.

2893. Взрослые, больные коклюшем, не работающие в организациях, перечисленных в пункте 2891 Санитарных правил, подлежат отстранению от работы по клиническим показаниям. Реконвалесценты коклюша допускаются к работе при отсутствии клинических проявлений.

2894. Дети, госпитализированные из домов ребенка, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, общежитий, организаций для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, допускаются в организации при наличии 2 отрицательных результатов бактериологического исследования или одного отрицательного результата молекулярно-генетического обследования.

Мероприятия в очаге инфекции

2895. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками медицинских и иных организаций, уполномоченными осуществлять первичные противоэпидемические мероприятия, а также лицами, имеющими право на занятие частной медицинской практикой и получившими лицензию на осуществление медицинской деятельности, сразу после выявления больного или при подозрении на коклюш.

2896. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в течение 24 часов проводят эпидемиологическое расследование очага инфекции в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения

родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях) для установления источника возбудителя инфекции, уточнения границы очага, круга лиц, бывших в контакте с заболевшим, их прививочного статуса, а также осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очаге.

2897. В очаге коклюшной инфекции профилактические прививки против коклюша не проводят.

2898. В помещении, расположенном в очаге инфекции, осуществляют ежедневную влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных к применению, и частое проветривание.

2899. В помещении осуществляют ежедневную влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных к применению, и частое проветривание.

2900. Контактные с больным коклюшем дети при наличии кашля, независимо от прививочного анамнеза, подлежат отстранению от посещения дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Их допускают в детский коллектив после получения двух отрицательных результатов бактериологического или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследований.

2901. В семейных (в семьях, где есть больные коклюшем) очагах за контактными лицами устанавливают медицинское наблюдение в течение 14 календарных дней. Всем кашляющим детям и взрослым проводят двукратное бактериологическое (два дня подряд или с интервалом в один день) или однократное молекулярно-генетическое исследования.

2902. За лицами, общавшимися с больными коклюшем в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), устанавливается медицинское наблюдение в течение 14 календарных дней со дня прекращения общения. Медицинское наблюдение за общавшимися с больным с ежедневным осмотром контактных лиц осуществляется медицинским персоналом медицинской организации, к которой прикреплена данная организация.

2903. В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях) при появлении вторичных случаев заболевания

медицинское наблюдение осуществляется до 21 календарного дня со дня изоляции последнего заболевшего.

2904. Лабораторное обследование контактных лиц в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, специальных учебно-воспитательных учреждениях открытого и закрытого типа, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), осуществляют бактериологическим методом на 10 - 14 календарный день или молекулярно-генетическим методом без учета длительности очага.

2905. Взрослые, работающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), общавшиеся с больным коклюшем по месту жительства/работы, при наличии кашля подлежат отстранению от работы. Их допускают к работе после получения двух отрицательных результатов бактериологического (два дня подряд или с интервалом в один день) или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследования.

2906. Новорождённым в родильных домах, детям первых 3 месяцев жизни и непривитым детям в возрасте до 1 года, имевшим контакт с больным коклюшем, профилактически вводится внутримышечно нормальный иммуноглобулин человека в соответствии с инструкцией к препарату.

Специфическая профилактика коклюша

2907. Основным методом профилактики и защиты населения от коклюша является вакцинопрофилактика. Иммунизация населения против коклюша проводится в рамках национального календаря профилактических прививок.

2908. Для обеспечения популяционного иммунитета к коклюшу охват прививками населения на территории муниципального образования должен составлять:

2909. законченной вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев - не менее 95 %;

2910. первой ревакцинацией детей в возрасте 24 месяцев - не менее 95 %.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения коклюша

2911. В целях предупреждения возникновения и распространения коклюша органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-

эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг эпидемиологической ситуации;

оценку охвата населения прививками и своевременностью их проведения;

наблюдение за иммунологической структурой населения и состоянием популяционного иммунитета;

наблюдение за циркуляцией возбудителя коклюша, его фенотипическими и генотипическими свойствами;

мониторинг и оценка своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики коклюша

2912. Общие положения по гигиеническому воспитанию и обучению граждан по вопросам профилактики инфекционных болезней приведены в главе II Санитарных правил.

2913. В целях пропаганды профилактики коклюша используются культурно-просветительные учреждения и средства массовой информации.

XXXVIII. Профилактика дифтерии

2914. Дифтерия характеризуется фибринозным воспалением в месте входных ворот и интоксикацией организма с преимущественным поражением сердца, почек, нервной системы и представляет собой острое антропонозное инфекционное заболевание (токсикоинфекция).

2915. Возбудителем дифтерии являются коринебактерии дифтерии (Corynebacterium diphtheriae), продуцирующие дифтерийный токсин (экзотоксин).

2916. Возбудитель дифтерии является неподвижным, грамположительным, неспорообразующим факультативным анаэробом, неоднороден по морфологическим, культуральным и биохимическим свойствам и подразделяется на четыре биовара: gravis, mitis, intermedius, belfanti. Все токсигенные C. diphtheriae продуцируют дифтерийный токсин.

2917. Коринебактерии дифтерии длительно выживают в окружающей среде: в пыли они сохраняют свою жизнеспособность до 5 недель; в сухой дифтерийной пленке - до 7 недель; на одежде, постельных принадлежностях, на предметах в окружении больного, на игрушках - до двух недель; в воде и молоке - до 20 календарных дней.

Низкие температуры не убивают коринебактерии дифтерии длительное время, под действием прямого солнечного света гибнут в течение нескольких дней.

2918. Коринебактерии дифтерии не устойчивы к действию физических и химических обеззараживающих средств. Они погибают при нагревании до 60°С в течение 10 минут. Хлорсодержащие и кислородсодержащие дезинфицирующие средства активны в отношении коринебактерий дифтерии в режимах, применяемых для обеззараживания объектов при бактериальных инфекциях.

2919. Источником инфекции является больной или носитель токсигенных C. diphtheriae. Основной механизм передачи - аэрозольный, также существует контактный; пути передачи - воздушно-капельный и контактно-бытовой.

2920. Инкубационный период составляет 2-10 календарных дней.

2921. В зависимости от локализации процесса и его тяжести принято различать следующие клинические формы дифтерии:

дифтерия носа (катаральная, плёнчатая, распространенная, токсическая);

дифтерия ротоглотки: локализованная (катаральная, островчатая, пленчатая), распространённая, токсическая;

дифтерия гортани (круп локализованный);

дифтерия гортани и трахеи (круп распространённый), дифтерия гортани, трахеи и бронхов (круп нисходящий);

дифтерия другой локализации (глаз, уха, половых органов, кожи, ран).

2922. Возможно поражение сердца (миокардит) и периферической нервной системы (полинейропатия).

Выявление, учет и регистрация дифтерии

2923. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе II Санитарных правил.

2924. Случаи заболевания дифтерией и носительства токсигенных коринебактерий дифтерии учитываются при ведении государственного статистического наблюдения.

2925. При получении экстренного извещения о случае дифтерии специалист территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, проводит эпидемиологическое расследование с заполнением карты эпидемиологического расследования.

Диагностика дифтерии

2926. Диагностика дифтерии носит комплексный характер и предусматривает оценку клинической картины заболевания с учетом данных эпидемиологического анамнеза и результатов лабораторных исследований.

2927. Предварительный диагноз дифтерии основывается на клинических и клинико-эпидемиологических данных.

2928. Окончательный диагноз дифтерии устанавливается на основе клинической картины, результатов лабораторных исследований и эпидемиологической связи с лабораторно-подтвержденным случаем.

2929. Диагноз дифтерии может устанавливаться при наличии одного или нескольких характерных клинических признаков дифтерии.

2930. Для лабораторного подтверждения обязательно использование бактериологического метода, предусматривающего выделение токсигенных C.diphtheriae с клинически подозрительных поражений слизистых оболочек ротоглотки, носоглотки, носа и гортани, глаз, гениталий, а также кожи.

2931. В некоторых случаях диагноз может быть подтвержден четырехкратным и более увеличением уровня антител в парных сыворотках крови, если больному не вводили противодифтерийную сыворотку (ПДС) с лечебной целью, а его исходный уровень был низким.

2932. В целях раннего выявления дифтерии, прежде всего ее токсических форм, медицинским работникам медицинских организаций следует активно наблюдать за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалинах (включая паратонзиллярные абсцессы) в течение 3 календарных дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию в течение первых 24 часов.

Организация лабораторной диагностики дифтерии

2933. Бактериологическому обследованию на наличие возбудителя дифтерии подлежат:

больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также лица, контактировавшие с ними;

больные с диагнозами острый тонзиллит, острый фарингит, ларинготрахеит, ларингит, круп, ретрофарингеальный абсцесс, перитонзиллярный абсцесс, инфекционный мононуклеоз;

лица, поступающие на работу в детские дома, дома ребенка, интернаты психоневрологического профиля для детей и взрослых, противотуберкулёзные детские санатории, а также дети и взрослые, направляемые в эти учреждения.

2934. Взятие клинического материала проводится только медицинским персоналом МО, прошедшим соответствующий инструктаж. Инструктаж по взятию клинического материала на дифтерию проводится не реже 1 раза в 6 месяцев.

2935. У каждого привитого ребенка или взрослого, заболевшего дифтерией, в первые 5 календарных дней от начала заболевания и до начала введения противодифтерийной сыворотки осуществляется взятие крови для серологического исследования на наличие противодифтерийных и противостолбнячных антител с целью верификации прививочного анамнеза.

2936. Если кровь заболевшего не взята до начала лечения ПДС, наличие антител в ней определяется не ранее 2 - 3 месяцев после введения сыворотки.

2937. Необходимость серологического обследования лиц, контактировавших с источником инфекции, определяет специалист органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

2938. На взятие крови у контактных лиц следует получить их согласие или согласие родителей и иных законных представителей детей. Серологическое обследование должно проводиться не позднее 48 часов с момента выявления источника инфекции.

Мероприятия в отношении источников инфекции (больные, носители токсигенных коринебактерий дифтерии)

2939. Больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носители токсигенных коринебактерий дифтерии подлежат госпитализации в специализированные отделения инфекционных больниц.

2940. Больные тонзиллитом, острым фарингитом, ларингитом с патологическими наложениями, ретрофарингеальным абсцессом, перитонзиллярным абсцессом, стенозирующим ларинготрахеитом из организаций с круглосуточным пребыванием, общежитий, семейных очагов заболеваний, подлежат госпитализации в первый день обращения.

2941. В направлениях на госпитализацию больных тонзиллитом, острым фарингитом, ларингитом с патологическими наложениями, больных дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носителей токсигенных коринебактерий дифтерии, кроме анкетных данных, указывают первоначальные симптомы заболевания,

получаемое лечение, сведения о профилактических прививках и контактах с больным дифтерией или носителями токсигенных коринебактерий дифтерии.

2942. Больным дифтерией в день поступления в стационар и затем в течение 2 календарных дней подряд, независимо от назначения антибиотиков, проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии.

2943. Выписка больного дифтерией осуществляется после полного клинического выздоровления и 2-кратного бактериологического обследования на наличие возбудителя дифтерии с отрицательными результатами. Больного обследуют не ранее 3-х календарных дней после отмены антибиотиков с интервалом 1-2 календарных дня.

2944. Носителям токсигенных коринебактерий дифтерии в день поступления в стационар и затем в течение календарных 2 календарных дней подряд до назначения антибиотиков проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии. В случае положительного результата бактериологического обследования носителю токсигенных коринебактерий дифтерии назначают курс антибиотиков. Для выявления и лечения хронической патологии ротоглотки и носа обязателен осмотр отоларинголога. Носителя токсигенных коринебактерий дифтерии выписывают при получении 2-х отрицательных результатов бактериологического обследования с интервалом 1-2 календарных дня.

2945. Лечение хронической патологии ротоглотки и носа продолжают в поликлинике по месту жительства.

2946. После выписки из стационара реконвалесценты дифтерии и носители токсигенных коринебактерий дифтерии после их эффективной санации (освобождения от возбудителя) сразу допускаются в организацию.

2947. Если бактерионоситель продолжает выделять токсигенные коринебактерии дифтерии, несмотря на проведение 2 курсов санации антибиотиками, его допускают в коллектив при условии отсутствия в коллективе непривитых против дифтерии лиц. В коллектив вновь принимаются только лица, привитые против дифтерии.

2948. В организациях с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, стационары психоневрологического профиля, психоневрологические интернаты), в которых дети, подростки, взрослые и персонал на 100% привиты против дифтерии (по совместному решению органов управления здравоохранением и органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор) возможна санация носителей токсигенных коринебактерий дифтерии без госпитализации в стационар.

2949. Такая санация проводится при одномоментном выявлении в коллективе 10 - 15% и более носителей токсигенных коринебактерий дифтерии.

2950. При этом за всеми лицами в коллективе должно проводиться ежедневное медицинское наблюдение, осмотр врачом-отоларингологом и термометрия; организуется госпитализация всех больных ангиной; однократное серологическое обследование всех лиц, имеющих непосредственный контакт с носителем токсигенных коринебактерий дифтерии, и их бактериологическое обследование не реже 1 раза в месяц до прекращения выявления носительства токсигенных коринебактерий в коллективе. Организуется иммунизация всех выявленных неиммунных к дифтерии лиц, санация носителей токсигенных коринебактерий дифтерии и лиц с хронической патологией ротоглотки и носа, а также текущая дезинфекция. В организации с круглосуточным пребыванием вновь допускаются

2951. Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежат госпитализации и лечению антибиотиками и допускаются во все коллективы. Врачом-отоларингологом проводится консультация носителей с целью диагностики хронической патологии верхних дыхательных путей (ЛОР-органов). Противоэпидемические мероприятия не проводятся.

Мероприятия в очаге дифтерийной инфекции

2952. В эпидемическом очаге дифтерии с единичным или групповым случаем заболевания проводятся:

эпидемиологическое расследование с установлением причинно-следственной связи формирования очага;

комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага.

2953. Первичные противоэпидемические мероприятия в очагах проводятся медицинскими работниками организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, а также иных организаций, частнопрактикующими медицинскими работниками сразу после выявления больного или при подозрении на дифтерию.

2954. При получении экстренного извещения специалисты территориальных органов, осуществляющих санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводят эпидемиологическое обследование очага (очагов) инфекции: определяют границы очага (очагов) по месту проживания, работы, обучения, пребывания заболевшего (при подозрении на заболевание); круг лиц, бывших в контакте с заболевшим, их

прививочный и инфекционный анамнез в отношении дифтерии; осуществляют контроль за проведением противоэпидемических и профилактических мероприятий в очагах.

2955. По результатам эпидемиологического расследования очагов с единичным случаем заполняется карта эпидемиологического обследования очага, с групповой заболеваемостью – составляется акт эпидемиологического расследования с указанием эпидемиологического диагноза и причинно-следственной связи формирования очага дифтерии.

2956. В соответствии с эпидемиологическим диагнозом (предварительным на этапе расследования и окончательным) проводится комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага дифтерии.

2957. Комплекс мероприятий включает:

установление круга лиц, подвергшихся риску заражения;

активное выявление больных методом опроса, осмотра; подворных (поквартирных) обходов;

медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения;

взятие материала от больных, лиц, подозрительных на заболевание, и лиц, общавшихся с больным дифтерией, для проведения бактериологического исследования;

2958. проведение текущей и заключительной (после госпитализации источника инфекции) дезинфекции.

2959. За лицами, общавшимися с больным дифтерией, с подозрением на это заболевание, носителями токсигенных коринебактерий дифтерии устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с осмотром ротоглотки, носа, кожи и термометрией в течение 7 календарных дней со дня изоляции источника инфекции с регистрацией данных наблюдения в медицинской документации.

2960. В течение первых 3 календарных дней со дня изоляции больного организуется осмотр контактных лиц врачом-отоларингологом.

2961. В течение 48 часов с момента установления диагноза дифтерия (или подозрения на это заболевание, или носительства токсигенных коринебактерий дифтерии) проводится бактериологическое обследование лиц, бывших с ними в контакте. В случае выявления токсигенных коринебактерий дифтерии у контактных лиц, бактериологическое обследование повторяют до прекращения выявления возбудителя дифтерии в этом очаге.

2962. В очаге дифтерии необходимо проведение профилактических прививок. Профилактическим прививкам подлежат:

не привитые против дифтерии лица;

дети и подростки, у которых наступил срок очередной вакцинации или ревакцинации;

взрослые лица, у которых согласно медицинской документации с момента последней прививки прошло 10 и более лет;

лица, у которых при серологическом обследовании не обнаружены защитные титры противодифтерийных антител в сыворотке крови.

2963. В организациях воспитания и обучения, отдыха детей и их оздоровления при полной изоляции помещения, занимаемого группой, где выявлен случай заболевания дифтерией, заключительную дезинфекцию проводят только в этом помещении. В случае неполной изоляции помещения - заключительной дезинфекции подлежат все места общего использования, а в помещениях другой группы - по эпидемиологическим показаниям.

2964. В медицинских организациях при проведении заключительной дезинфекции после выписки (убытия) больного дифтерией постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции. В случае выявления больного дифтерией на амбулаторно-поликлиническом приеме после изоляции больного, кабинет и помещения, где находился больной проветривают и проводят заключительную дезинфекцию.

Организация и проведение плановой иммунизации населения против дифтерии

2965. Специфическая профилактика дифтерии проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов (далее – ИЛП).

2966. Охват прививками против дифтерии должен составлять:

законченной вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев – не менее 95 %;

первой ревакцинацией детей в возрасте 24 месяца – не менее 95 %;

взрослых в каждой возрастной группе – не менее 95 %.

2967. Профилактические прививки против дифтерии проводятся ИЛП, зарегистрированными на территории Российской Федерации.

Иммунизация лиц, переболевших дифтерией

2968. Заболевание дифтерией любой формы у непривитых детей и подростков расценивается как первая вакцинация, у получивших до заболевания одну прививку - как вторая вакцинация. Дальнейшие прививки проводятся согласно национальному календарю профилактических прививок.

2969. Детям, привитым против дифтерии (получившим законченную вакцинацию, одну или несколько ревакцинаций) и переболевшим локализованной или распространенной формой без осложнений, иммунизация проводится в сроки, предусмотренные национальным календарем профилактических прививок.

2970. Дети, привитые двукратно или более двух раз и перенесшие тяжелые формы дифтерии, прививаются однократно иммунобиологическим лекарственным препаратом с учетом возраста и состояния здоровья в соответствии с инструкцией по его применению, но не ранее, чем через 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации им следует проводить согласно национальному календарю профилактических прививок.

2971. Взрослые, переболевшие локализованной или распространенной формой дифтерии, не подлежат дополнительной прививке против дифтерии. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

2972. Взрослые, перенесшие дифтерию из группы риска по летальности (токсическая II, III степени, круп и тяжелые комбинированные формы дифтерии), должны быть привиты двукратно против дифтерии, но не ранее 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

2973. Взрослые, перенесшие субтоксическую и токсическую дифтерию I степени, дополнительно прививаются по результатам серологического обследования, но не ранее 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

Иммунизация лиц с неизвестным прививочным анамнезом

2974. Лицам с неизвестным прививочным анамнезом проводится серологическое обследование с целью определения у них состояния противодифтерийного и противостолбнячного антитоксического иммунитета методом РПГА или ИФА с использованием наборов реагентов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации в установленном законодательством Российской Федерации порядке.

2975. Детей и взрослых с неизвестным прививочным анамнезом, имеющих в сыворотке крови противодифтерийные и противостолбнячные антитела (в РПГА - титр противодифтерийных антител 1:80 и более; в ИФА – положительный или выше порогового уровня результат, согласно инструкции по применению тест-систем), прививают согласно национальному календарю профилактических прививок.

2976. Детям и взрослым при отсутствии защитных или наличии низких (1:20-1:40) титров противодифтерийных антител в РПГА или отрицательного или сомнительного результата по определению противодифтерийных антител в ИФА - проводят прививку комплексным вакцинным препаратом (в зависимости от возраста) и через 1-1,5 месяца от момента ее проведения проверяют состояние иммунного ответа. Если в ответ на прививку не отмечается выраженной (повышение титра до 1:160 и более в РПГА или положительного результата в ИФА) продукции противодифтерийных антител, детей и подростков следует считать ранее непривитыми. В дальнейшем необходимо продолжить курс иммунизации в соответствии с инструкцией по применению ИЛП, считая сделанную прививку началом иммунизации. В случае если после проведенной иммунизации титр антител составил 1:160 и выше или регистрируется нарастание уровня антител в ИФА последующие прививки проводят в соответствии с национальным календарем профилактических прививок.

2977. При невозможности проведения серологического обследования или отказе от него детям и взрослым проводится двухкратная вакцинация с последующей ревакцинацией в соответствии с инструкцией по применению ИЛП.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения дифтерийной инфекции

2978. В целях предупреждения возникновения и распространения дифтерийной инфекции органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг эпидемиологической ситуации;

мониторинг циркуляции возбудителя дифтерии с определением его фенотипических и генотипических свойств;

мониторинг состояния коллективного иммунитета у населения против дифтерии;

наблюдение за организацией и проведением профилактических прививок;

оценка эффективности проводимых мероприятий.

Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики дифтерии

2979. Работу по организации информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-

эпидемиологический надзор, органы управления здравоохранением, центры медицинской профилактики, медицинские организации.

2980. Гигиеническое воспитание населения осуществляется в процессе воспитания и обучения, с использованием средств массовой информации, информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», распространения информационных материалов среди различных групп населения, в ходе лекций и бесед в организациях и в индивидуальном порядке.

XXXIX. Профилактика менингококковой инфекции

2981. Менингококковая инфекция представляет собой острое инфекционное заболевание, антропоноз, с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся различными формами инфекционного процесса: от локальной формы (назофарингит) до генерализованных форм (далее - ГФМИ) в виде общей интоксикации (менингококцемия) и поражения мягких мозговых оболочек головного мозга с развитием менингита, а также бессимптомной формой (бактерионосительство).

2982. Возбудитель менингококковой инфекции – менингококк (Neisseria meningitidis), относится к III группе патогенности, неустойчив к различным факторам внешней среды: при температуре +50 °С погибает через 5 минут, при +100 °С - через 30 секунд; при температуре ниже +22 °С, а также при высушивании менингококк погибает в течение нескольких часов. Средняя выживаемость на предметах внешней среды 7,5 - 8,5 часов при плотности микробной нагрузки 106 на 1 см2. Дезинфекционные средства[57] оказывают на менингококк бактерицидное действие (погибает мгновенно).

2983. Менингококк по структуре полисахаридной капсулы подразделяется на 12 серогрупп: A, B, C, X, Y, Z, W, E, K, H, L, I.

2984. Менингококковой инфекции свойственна периодичность. Периодические подъемы заболеваемости в среднем возникают через длительные межэпидемические периоды от 10 до 30 лет. Эпидемии, охватывающие одновременно несколько десятков стран мира, были обусловлены менингококком серогруппы А, а локальные эпидемические подъемы в границах одной страны - менингококком серогрупп В и С.

2985. Спорадическая заболеваемость межэпидемического периода формируется разными серогруппами, из которых основными являются A, B, C, W, Y, X.

---

[57] Единые санитарно-эпидемиологические и гигиенические требования к продукции (товарам), подлежащей санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю), утвержденные Решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 №299 «О применении санитарных мер в Евразийском экономическом союзе» (официальный сайт Комиссии Таможенного союза http://www.tsouz.ru/, 28.06.2010).

2986. В Российской Федерации показатель заболеваемости за последнее десятилетие не превышает 2 на 100 тысяч населения, а средний уровень летальности определяется на уровне 15%.

2987. В Российской Федерации серогрупповая характеристика штаммов менингококка, выделенных от лиц с диагнозом ГФМИ, представлена преимущественно серогруппами А, В, С в равных долях, а также отмечается увеличение гетерогенности популяции менингококка, обусловленное ростом штаммов редких серогрупп (W, Y).

2988. Во время эпидемического подъема в 86% - 98% очагов возникает по одному случаю ГФМИ, в 2% - 14% очагов - от 2 случаев ГФМИ и более. Самый низкий процент вторичных (последовательных) заболеваний ГФМИ (2 - 3%) возникает в семьях, самый высокий (12% - 14%) - в дошкольных образовательных организациях и в общежитиях.

2989. При спорадическом уровне заболеваемости в очагах регистрируется по 1 случаю ГФМИ (в исключительных случаях - по 2 случая ГФМИ и более).

2990. Источником менингококковой инфекции является инфицированный человек.

2991. Возбудитель менингококковой инфекции передается от человека к человеку воздушно-капельным путем (в радиусе до 1 м от инфицированного лица). Инфицирование возбудителем менингококковой инфекции также возможно через предметы обихода (в том числе общие чашки и ложки) во время приема пищи.

2992. Различают 3 группы источников менингококковой инфекции:

больные ГФМИ (менингококцемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма);

больные острым менингококковым назофарингитом;

бактерионосители менингококка - лица без клинических проявлений, которые выявляются только при бактериологическом обследовании.

2993. Уровень носительства менингококка в популяции людей при активном выявлении в среднем составляет 4 - 10%. Длительность носительства менингококка составляет в среднем 2 - 3 недели (у 2% - 3% лиц оно может продолжаться до 6 и более недель).

2994. Менингококковой инфекции свойственна зимне-весенняя сезонность. Рост заболеваемости менингококковой инфекцией отмечается в период формирования коллективов образовательных организаций, осуществляющих образовательную деятельность, в том числе после летних каникул, коллективов лиц, призванных на военную службу.

2995. Группами риска инфицирования и заболевания менингококковой инфекцией

являются:

лица, подлежащие призыву на военную службу;

лица, отъезжающие в эндемичные по менингококковой инфекции районы (в том числе паломники, военнослужащие, туристы, спортсмены, геологи, биологи);

медицинские работники структурных подразделений, оказывающих специализированную медицинскую помощь по профилю «инфекционные болезни»;

медицинские работники и сотрудники лабораторий, работающих с живой культурой менингококка;

воспитанники и персонал учреждений стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты);

лица, проживающие в общежитиях;

лица, принимающие участие в массовых международных спортивных и культурных мероприятиях;

дети до 5 лет включительно (в связи с высокой заболеваемостью в данной возрастной группе);

подростки в возрасте 13–17 лет (в связи с повышенным уровнем носительства возбудителя в данной возрастной группе);

лица старше 60 лет;

лица с первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями, в том числе ВИЧ-инфицированных;

лица, перенесшие кохлеарную имплантацию;

лица с ликвореей.

2996. Инкубационный период при менингококковой инфекции составляет от 1 до 10 календарных дней, в среднем до 4 календарных дня.

Выявление, учет и регистрация больных ГФМИ, лиц с подозрением на это заболевание, больных острым назофарингитом

2997. Общие положения по выявлению, учету и регистрации больных инфекционными болезнями и лиц с подозрением на инфекционные болезни, носителей возбудителей инфекционных болезней представлены в главе 2 Санитарных правил.

2998. Выявление больных острым назофарингитом менингококковой этиологии осуществляется в очаге с целью проведения лечения. Больные острым назофарингитом в очаге ГФМИ регистрации и учету не подлежат.

2999. Сведения о регистрации случаев ГФМИ на основании окончательных диагнозов вносятся в формы федерального государственного статистического

наблюдения.

3000. В территориальных органах федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, имеющиеся данные о зарегистрированных случаях ГФМИ анализируются специалистами в рамках эпидемиологического надзора за менингококковой инфекцией с целью составления эпидемиологического прогноза и повышения эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий

Лабораторная диагностика ГФМИ

3001. Для лабораторной диагностики ГФМИ применяются бактериологический, молекулярно-генетический и серологический методы исследования. Приоритетным является использование в качестве биологического материала спинномозговой жидкости (далее - СМЖ) и крови.

3002. Взятие, транспортирование и сроки доставки в лабораторию для исследований клинического материала осуществляются с учетом условий, обеспечивающих сохранение в клиническом материале неустойчивого к факторам внешней среды возбудителя.

3003. Бактериологическое исследование является обязательным этапом лабораторной диагностики ГФМИ и заключается в получении культуры возбудителя менингококковой инфекции, ее идентификации до вида, определения серогруппы путем выявления группоспецифического антигена (капсульного полисахарида) и чувствительности к антибактериальным препаратам.

3004. Важнейшей составляющей лабораторной диагностики ГФМИ является использование экспресс-метода (реакции латекс-агглютинации) для выявления специфического антигена непосредственно в СМЖ и (или) крови у пациентов с клиническим диагнозом ГФМИ или подозрении на ГФМИ. Положительный результат экспресс-метода позволяет в срок не более 20 минут установить наличие в материале возбудителя менингококковой инфекции и его серогруппу.

3005. Молекулярно-генетическое исследование по выявлению специфических фрагментов ДНК менингококка в клиническом материале (в том числе ликворе) осуществляют лаборатории, оснащенные для проведения такого рода исследований. Применяются тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации[58].

---

[58] Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2013, № 1, ст. 14; 2018, № 24, ст. 3523) (далее - постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416); приказ Минздрава Россия от 06.06.2012 № 4н «Об утверждении номенклатурной

3006. В комплексной диагностике заболевания молекулярно-генетический метод применяется с целью повышения эффективности лабораторной диагностики. При отрицательном результате бактериологического метода и экспресс-метода положительный результат молекулярно-генетического исследования учитывается только при наличии клинических признаков ГФМИ.

3007. Серологический метод исследования по выявлению специфических антител в сыворотке крови к полисахаридам менингококка различных серогрупп (реакция прямой гемагглютинации (далее - РПГА) проводят с помощью диагностикумов, зарегистрированных в Российской Федерации[59].

3008. РПГА является ретроспективным вспомогательным методом, позволяющим увеличить процент лабораторного подтверждения ГФМИ.

3009. Лабораторными критериями, подтверждающими клинический диагноз случая ГФМИ, являются:

обнаружение в клиническом материале (спинномозговая жидкость, кровь) диплококков с характерными морфологическими признаками;

характерный рост культуры только на высокопитательных средах;

типичная морфология культурального мазка по Граму;

сахаролитическая активность культуры в отношении глюкозы и мальтозы;

выявление серогруппы у культуры менингококка;

выявление специфических антигенов в ликворе и (или) сыворотке крови в реакции латекс-агглютинации;

выявление нарастания титра специфических антител в 4 и более раз в течение 10 - 12 календарных дней (метод парных сывороток) в РПГА;

выявление ДНК менингококка с помощью полимеразно-цепной реакции (ПЦР) в клиническом материале (спинномозговая жидкость, кровь, аутопсийный материал).

Мероприятия в очаге ГФМИ

3010. После получения экстренного извещения на случай ГФМИ или при подозрении на ГФМИ специалисты территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в течение 24 часов проводят

классификации медицинских изделий» (зарегистрировано Минюстом России 09.07.2012, регистрационный № 24852), с изменением, внесенным приказом Минздрава России от 25.09.2014 № 557н (зарегистрирован Минюстом России 17.12.2014, регистрационный № 35201) (далее - приказ Минздрава России от 06.06.2012 № 4н).

[59] Постановление Правительства Российской Федерации от 27.12.2012 № 1416; приказ Минздрава России от 06.06.2012 № 4н.

эпидемиологическое расследование с определением границ очага (круга лиц, общавшихся с больным), и организуют проведение противоэпидемических и профилактических мероприятий с целью локализации и ликвидации очага.

3011. В круг лиц, общавшихся с больным, подвергшихся риску заражения, включают всех находившихся в радиусе 1 метра от больного ГФМИ (в том числе, лица, проживающие в одной квартире с заболевшим, соседи по квартире или комнате общежития, обучающиеся и работники организации, осуществляющей образовательную деятельность, которую посещал заболевший, иные лица на основании результатов эпидемиологического расследования).

3012. В очаге ГФМИ медицинский работник проводит осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления лиц с признаками ГФМИ и острого назофарингита.

3013. При выявлении лиц с подозрением на ГФМИ, медицинский работник, проводящий осмотр, организует их немедленную госпитализацию в медицинскую организацию инфекционного профиля.

3014. О результатах лабораторного исследования биологического материала от больного ГФМИ по этиологической расшифровке этого заболевания и о результатах серогруппирования менингококка медицинская организация информирует территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченный на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, по месту выявления больного (независимо от места проживания больного).

3015. Выявленные лица с признаками острого назофарингита госпитализируются по эпидемическим показаниям.

3016. После госпитализации больного с ГФМИ или подозрением на ГФМИ на основании предписания территориального органа федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора, в очаге накладывается карантин сроком на 10 календарных дней. На период карантина медицинский работник (врач, фельдшер, медицинская сестра) ежедневно проводит медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным ГФМИ, с термометрией, осмотром носоглотки и кожного покрова. В дошкольные образовательные организации, общеобразовательные организации, организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в организации отдыха детей и их оздоравления детей не допускается прием новых и временно отсутствовавших на момент выявления больного детей, перевод персонала и детей из групп (класса, отделения) в другие группы (классы, отделения).

3017. Лицам, общавшимися с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных

изменений в носоглотке, медицинский работник проводит экстренную химиопрофилактику одним из антибиотиков с учетом противопоказаний (приложение 33 к Санитарным правилам).

3018. В очаге лицам, общавшимся с больным ГФМИ, проводится экстренная специфическая профилактика актуальной вакциной (в соответствии с серогруппой менингококка, выделенного из ликвора и (или) крови больного ГФМИ). В случае отсутствия возможности проведения определения серогруппы менингококка, экстренную иммунопрофилактику проводят без ее установления многокомпонентными вакцинами. Иммунизация контактных лиц проводится в соответствии с инструкцией по применению вакцины. Проведение химиопрофилактики не является противопоказанием для иммунизации.

3019. В период эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией в очагах ГФМИ экстренная иммунопрофилактика проводится без установления серогруппы возбудителя многокомпонентными вакцинами.

3020. В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, в организациях с круглосуточным пребыванием детей, в том числе медицинских организациях неинфекционного профиля, организациях отдыха детей и их оздоровления, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность медицинское наблюдение за лицами, общавшимися с больным, химиопрофилактику и проведение иммунопрофилактики лицам, общавшимся с больным, обеспечивают медицинские работники данных организаций. При отсутствии медицинских работников в этих организациях, указанные мероприятия обеспечиваются (организуются) руководителями (администрацией) медицинских организаций, на территории которых расположены вышеуказанные организации.

3021. В очаге ГФМИ после госпитализации больного или подозрительного на ГФМИ заключительная дезинфекция не проводится.

3022. В помещениях, в которых находятся лица из числа контактных с больным, дважды в день проводят влажную уборку помещений с применением моющих средств; исключают из обихода мягкие игрушки, игрушки из других материалов ежедневно в конце дня моют горячей водой с моющим средством, проводится проветривание (по 8 - 10 минут не менее четырех раз в день).

3023. Выписку из стационара реконвалесцентов ГФМИ и острого назофарингита и их допуск в организации, осуществляющие образовательную деятельность, осуществляют после полного клинического выздоровления.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения менингококковой инфекцией

3024. В целях предупреждения возникновения и распространения менингококковой инфекции органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг эпидемиологической ситуации (заболеваемости, летальности, очаговости);

анализ структуры заболеваемости (возрастной и контингентов заболевших);

мониторинг циркуляции возбудителей, выделяемых от больных ГФМИ, их серогрупповой принадлежностью;

оценку организации и проведения профилактических прививок;

оценка своевременности и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

своевременное принятие управленческих решений и прогнозирование заболеваемости.

Организация иммунопрофилактики менингококковой инфекции в межэпидемический период и при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией

3025. Профилактические прививки против менингококковой инфекции включены в календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям[60].

3026. Вакцинация против менингококковой инфекции проводится разрешенными на территории Российской Федерации вакцинами в соответствии с инструкциями по их применению. При проведении вакцинации используются вакцины с наибольшим набором серогрупп возбудителя, позволяющим обеспечить максимальную эффективность иммунизации и формирование популяционного иммунитета.

---

[60] Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ; приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н «Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (зарегистрирован Минюстом России 25.04.2014, регистрационный № 32115), с изменениями, внесенными приказами Минздрава России от 16.06.2016 № 370н (зарегистрировано Минюстом России 04.07.2016, регистрационный № 42728), от 13.04.2017 № 175н (зарегистрировано Минюстом России 17.05.2017, регистрационный № 46745) (далее - приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н).

3027. Вакцинации в межэпидемический период в плановом порядке подлежат лица из групп высокого риска инфицирования, а также по эпидемическим показаниям - лица, контактировавшие с больным в очагах ГФМИ.

3028. Предпосылками осложнения эпидемиологической ситуации являются:

увеличение заболеваемости ГФМИ в 2 раза по сравнению с предыдущим годом;

увеличение доли детей старшего возраста, подростков и лиц в возрасте 18 - 25 лет в общей возрастной структуре заболевших в 2 раза;

выраженный (в 2 и более раз) рост случаев заболеваний в дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, среди студентов первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования (в том числе среди приезжих студентов, проживающих в общежитиях);

появление очагов с двумя и более случаями заболеваний ГФМИ;

постепенное изменение серогрупповой характеристики штаммов менингококка, выделенных из ликвора и (или) крови больных ГФМИ и формирование монопрофильного по серогрупповой характеристике пейзажа штаммов менингококка с одновременным увеличением показателей заболеваемости.

3029. При угрозе эпидемического подъема заболеваемости (появление предвестников осложнения эпидемиологической ситуации), вакцинация в плановом порядке дополнительно подлежат:

дети до 8 лет включительно;

студенты первых курсов профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования, прежде всего, в коллективах (группах), укомплектованных учащимися из разных регионов страны и зарубежных стран.

3030. При продолжающемся росте заболеваемости менингококковой инфекцией в целях укрепления популяционного иммунитета вакцинации в плановом порядке дополнительно подлежат:

учащихся общеобразовательных организаций с 3 по 11 классы;

взрослого населения (при обращении в медицинские организации).

3031. Вакцинация при угрозе эпидемического подъема заболеваемости менингококковой инфекцией проводится по решению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, главных государственных санитарных врачей субъектов Российской Федерации[61].

---

[61] Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»; Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ; приказ Минздрава России от 21.03.2014 № 125н.

3032. Планирование, организация, проведение, полнота охвата профилактическими прививками, достоверность учета и своевременность отчетности о профилактических прививках обеспечиваются руководителями (администрацией) медицинских организаций[62].

Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики менингококковой инфекции

3033. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики менингококковой инфекции, включает в себя: предоставление населению информации о менингококковой инфекции, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведение индивидуальной беседы.

3034. Мероприятия по санитарно-просветительской работе среди населения о мерах профилактики менингококковой инфекции, включая вакцинопрофилактику, проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, медицинские организации.

XL. Профилактика внебольничных пневмоний

3031. Внебольничная пневмония (далее - ВП) является острым заболеванием, которое возникает во внебольничных условиях (вне стационара) или диагностируется в первые 48 часов с момента госпитализации, или развивается у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода (отделения) и длительного медицинского наблюдения более 14 календарных дней, сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадкой, кашлем, выделением мокроты, болью в грудной клетке, одышкой) и рентгенологическими или компьютерно-томографическими (КТ) признаками, не обнаруживаемых ранее очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

3032. ВП является полиэтиологическим заболеванием, преимущественно бактериальной, бактериально-вирусной или вирусной этиологии.

3033. Из бактериальных возбудителей, по данным ряда авторов, наиболее часто встречаются *S.pneumoniae, H. Influenzae тип b, Legionella pneumophila, Moraxella catarrhalis, S. aureus* и другие.

---

[62] Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ; СП 3.3.2367-08 от 04.06.2008 № 34.

3034. Основными возбудителями вирусных и вирусно-бактериальных пневмоний у иммунокомпетентных взрослых считают вирусы гриппа А и В, аденовирусы, РС-вирус, вирусы парагриппа, реже обнаруживается метапневмовирус. У взрослых больных гриппом в 10-15% случаев развиваются осложнения, причем, 80% из них приходится на пневмонию. В последние годы отмечено появление ряда новых возбудителей, вызывающих тяжелые клинические формы внебольничных пневмоний.

3035. При смешанной бактериально-вирусной инфекции у детей, этиологическое значение имеют хорошо известные и недавно открытые респираторные вирусы: респираторно-синцитиальный, метапневмовирус, бокавирус и риновирус.

3036. Отдельную роль в этиологии ВП, особенно, при формировании эпидемических очагов в закрытых коллективах, играют микоплазмы (M. pneumoniae) и хламидии (Ch. pneumoniae). На фоне иммунодефицитных состояний возбудителями ВП могут явиться простейшие (Pneumocystis jiroveci и другие), вирусы герпеса и грибы.

3037. При этиологической диагностике ВП необходимо учитывать возможность возникновения зоонозных инфекций, для которых характерны воспалительные процессы в легких (лихорадка Ку, орнитоз, туляремия и другие). Важным элементом обследования больных ВП является исключение этиологической роли возбудителя туберкулеза и других микобактерий.

3038. Требования настоящей главы Санитарных правил действуют в отношении инфекций, проявляющихся симптомокомплексом пневмонии на этапе предварительной диагностики - до появления характерных симптомов заболеваний или при отсутствии эпидемиологического анамнеза, указывающего на связь заболевания с зарегистрированными очагами инфекционных болезней или с неблагополучными территориями, или до установления вида возбудителя. При установлении этиологии заболевания или вероятного диагноза на основании клинико-эпидемиологических данных, для реализации необходимых мероприятий применяются настоящие санитарно-эпидемиологические правила в отношении отдельных видов инфекционных болезней (легионеллез, орнитоз, коксиеллез, грипп и другие).

3039. В случае отсутствия санитарно-эпидемиологических правил по отдельным нозологическим формам болезней, проявляющихся симптомокомплексом пневмонии, или в случае отсутствия обнаружения возбудителя (ВП с неустановленной этиологией) мероприятия проводятся в соответствии с настоящими Санитарными правилами.

3040. Основным механизмом передачи ВП является аэрозольный, который реализуется воздушно-капельным и воздушно-пылевым путями.

3041. Источником инфекции при ВП в большинстве случаев является больной

человек или носитель возбудителя. Однако, при легионеллезе инфекция распространяется с помощью инфицированного водного аэрозоля, а от человека к человеку не передается.

3042. При заболеваниях, вызванных высокопатогенными вирусами гриппа (АН5N1, АН7N9 и другими), некоторыми коронавирусами, зоонозных инфекциях (орнитоз, коксиеллез и другие) источником могут явиться птицы и различные теплокровные животные.

3043. ВП среди людей распространены повсеместно, проявляются в виде спорадической заболеваемости и эпидемических очагов (преимущественно, в организованных коллективах или в семьях).

3044. В годовой динамике заболеваемость ВП ниже в летние месяцы, но при этом удельный вес смертельных исходов остается практически неизменным в различные периоды.

Выявление, учет и регистрация случаев ВП

3045. Забор клинического материала от больного (мокрота, мазки из ротоглотки, кровь, бронхоальвеолярный лаваж (БАЛ) и другие) осуществляется медицинскими организациями, выявившими больного в день обращения и до начала этиотропного лечения.

3046. При лечении больного на дому сбор материала для исследования осуществляется персоналом медицинских организаций.

3047. В очагах ВП с групповой заболеваемостью отбор и лабораторное исследование материала от больных осуществляется как медицинскими организациями, так и органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3048. Материал от контактных лиц исследуется в лабораториях учреждений, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Объем и перечень материала определяются специалистом, отвечающим за проведение эпидемиологического расследования.

3049. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни, рентгенологического подтверждения, результатов лабораторного исследования, клинического и эпидемиологического анамнеза.

3050. В случае поступления больного из эпидемического очага ВП с доказанной этиологией диагноз может быть установлен на основании клинико-эпидемиологического анамнеза без лабораторного подтверждения.

3051. В крупных очагах ВП с множественными случаями заболеваний (более 100

случаев заболеваний) или во время эпидемических подъемов заболеваемости (гриппа) для обнаружения этиологического агента исследуется не менее 20% от числа лиц, заболевших в течение одного инкубационного периода или имеющих эпидемиологическую связь с заболевшими ранее и одинаковую симптоматику.

3052. В эпидемических очагах ВП, сформированных в закрытых коллективах на фоне повышенной заболеваемости ОРИ, лабораторному исследованию подлежат все заболевшие ВП.

Лабораторная диагностика ВП

3053. Лабораторная диагностика ВП осуществляется в соответствии с санитарно-эпидемиологическими правилами.

3054. Одним из условий качественного проведения бактериологического и молекулярно-генетического исследования является правильное взятие материала и его предварительная подготовка к исследованию.

3055. Подтверждение этиологии ВП проводится любыми стандартизованными в Российской Федерации методами, рекомендованными для диагностики ВП, доступными для лаборатории.

3056. Для диагностики ВП используются диагностические системы, препараты, микробиологические среды, зарегистрированные в Российской Федерации.

3057. Методами для подтверждения этиологии ВП являются выделение и идентификация возбудителя с помощью питательных сред и биохимических тестов, полимеразная цепная реакция (ПЦР), серологические методы исследования (реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммуноферментный анализ (ИФА) и другие) и другие методы, позволяющие проводить индикацию и идентификацию возбудителей.

3058. Порядок лабораторной диагностики устанавливается в зависимости от клинических проявлений заболеваний (подозрения на определенную этиологию). В любом случае проводится спектр исследований, включающий комплексный подход: ПЦР, серологические и культуральные методы для формирования полной этиологической структуры заболевания.

3059. При тяжелых пневмониях в первую очередь необходимо провести бактериологическое и молекулярно-генетическое исследование на пневмококк и другие бактериальные этиологические агенты с учетом спектра их чувствительности к антибиотикам, а также исключить легионеллезную этиологию с помощью экспресс-теста на определение антигена легионелл в моче пациентов.

3060. Во время подъема заболеваемости гриппом и ОРИ достаточно высока

вероятность тяжелых пневмоний вирусной или вирусно-бактериальной природы. В этом случае при диагностике тяжелых пневмоний должна учитываться возможность бактериальной, вирусной или вирусно-бактериальной этиологии. Недооценка на этапе лабораторной диагностики любого из вышеупомянутых этиологических вариантов тяжелых пневмоний у пациентов ОРИТ может привести к летальным исходам.

3061. При ВП, протекающих в нетяжелой клинической форме и лечение которых проводится амбулаторно, наряду с бактериологическим исследованием на пневмококк и другие бактериальные этиологические агенты с учетом спектра их чувствительности к антибиотикам, преимущественно проводятся молекулярно-генетические (ПЦР, ПЦР РВ) исследования для исключения микоплазменной или хламидийной этиологии.

3062. Во время подъема заболеваемости гриппом и ОРИ среди населения высока вероятность развития «нетяжелых» ВП вирусной этиологии, а также микст - инфекции упомянутых вирусов с бактериями, хламидиями или микоплазмами.

3063. ВП у лиц с выраженными нарушениями иммунитета (синдром приобретенного иммунодефицита, прочие заболевания или патологические состояния) требует расширенного анализа этиологической структуры. Помимо бактериологического исследования на пневмококк, другие бактериальные этиологические агенты с учетом спектра их чувствительности к антибиотикам и легионеллы, для данной группы пациентов высока вероятность развития пневмонии, вызванной «оппортунистическими этиологическими агентами», прежде всего Pneumocystis jiroveci, а также вирусами группы герпеса, грибами. Дифференциальная диагностика с туберкулезом и другими микобактериозами является также важным и необходимым компонентом обследования пациентов с ВП, имеющими выраженные нарушения иммунитета. Для исключения легионеллезной этиологии пневмоний у иммунокомпрометированных больных проводится исследование бронхоальвеолярного лаважа или биоптатов с помощью бактериологического метода или ПЦР на легионеллы.

3064. При ВП у детей наиболее выражена полиэтиологичность, что необходимо учитывать в процессе лабораторной диагностики. Наряду с бактериологическим исследованием на пневмококк и другие бактериальные этиологические агенты с учетом спектра их чувствительности к антибиотикам, диагностика пневмоний у детей должна учитывать широкий спектр респираторных вирусов, причем не только во время эпидемических подъемов заболеваемости гриппом и ОРИ (вирусы гриппа, РС-вирус, метапневмовирус, вирусы парагриппа, аденовирусы, коронавирусы, бокавирус, риновирусы и другие).. При ВП у детей высока вероятность смешанной бактериально-вирусной инфекции, включая смешанную инфекцию с хламидиями и микоплазмами.

3065. Материалом для исследований по обнаружению возбудителей ВП могут служить мокрота (отделяемое нижних дыхательных путей), БАЛ, кровь, отделяемое ротоглотки (задняя стенка глотки при вирусных инфекциях), моча (при использовании иммунохроматографических тестов на легионеллез, пневмококковую инфекцию.

3066. При летальных исходах исследуются материалы, полученные при патологоанатомическом исследовании (образцы легких, трахеи, селезенки и другие). Исследования могут проводиться как в медицинских организациях, так и в организациях, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3067. Патологоанатомический материал от пациентов при подозрении на заболевание, вызванное микроорганизмами I - II групп патогенности, отбирается в присутствии специалистов организаций, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и исследуется в лабораториях организаций, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения ВП

3068. В целях предупреждения возникновения и распространения менингококковой инфекции органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг за динамикой эпидемического процесса, факторами и условиями, влияющими на его распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки научно обоснованной системы профилактических мер;

мониторинг заболеваемости, микробиологический и молекулярно-генетический мониторинг (слежение за циркуляцией и распространением возбудителей), изучение эффективности иммунизации населения против гриппа, пневмококковой инфекции и инфекции, вызываемой гемофильной палочкой, в целях профилактики ВП, эпидемиологическую диагностику, прогнозирование и оценку эффективности проводимых мероприятий.

предупреждение возникновения случаев ВП, формирования очагов с групповыми заболеваниями и летальных исходов;

постоянная и объективная оценка масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости инфекции;

выявление регионов, областей, населенных пунктов с высоким уровнем заболеваемости и риском инфицирования;

изучение этиологической структуры ВП, выявление и характеристика наиболее значимых этиологических агентов в целом и на отдельных территориях в конкретное время;

выявление контингентов, наиболее подверженных риску развития заболевания;

выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости ВП на территории;

оценка масштабов, качества и эффективности, осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий для их оптимальной корректировки, планирование последовательности и сроков их реализации;

изучение и оценка результатов иммунизации населения против гриппа, пневмококковой и гемофильной инфекций;

изучение эффективности средств специфической, неспецифической и экстренной профилактики, применяемой в эпидемических очагах ВП;

разработка периодических прогнозов эпидемиологической ситуации.

применение ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа для описания и изучения причин и условий возникновения, течения и прекращения эпидемического процесса.

Противоэпидемические мероприятия в очагах ВП

3069. В эпидемических очагах ВП, в период эпидемических подъемов заболеваемости ВП на определенных территориях, организуются и проводятся противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию очага и предотвращение дальнейшего распространения инфекции.

3070. Медицинская организация, выявившая больного ВП (в том числе при изменении диагноза), обязана направить экстренное извещение в территориальные органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в случае необходимости (при подозрении на инфекцию, вызванную возбудителями, относящими к I - II группам патогенности или новыми (ранее неизвестными) возбудителями) принять меры по его изоляции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

3071. При выявлении больных ВП в организованных коллективах первичные меры (изоляция больных, вызов врача, организация дезинфекции) до прибытия специалистов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-

эпидемиологический надзор, проводятся медицинскими работниками учреждения или его администрацией.

3072. Эпидемиологическое расследование эпидемического очага ВП проводится органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, выявления возбудителя ВП и его источника, лиц, подвергшихся риску заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага.

3073. Эпидемиологическое расследование проводится в случае:

выявления эпидемических очагов ВП с групповой заболеваемостью в организованных коллективах детей и взрослых от 3-ти случаев в течение от 1-й до 3-х недель;

регистрации тяжелых форм ВП среди населения (более 10 случаев ВП с тяжелым течением в течение от 1-й до 3-х недель);

роста заболеваемости ВП среди населения муниципальных образований (отдельных населенных пунктов) более чем на 50% по сравнению со среднемноголетними данными в течение от 1-й до 3-х недель;

регистрации 2-х и более случаев ВП в неспециализированных отделениях стационаров медицинских организаций, учреждениях социального обеспечения, интернатах, детских организациях отдыха и оздоровления в течение от 1-й до 3-х недель.

3074. Эпидемиологическое расследование проводится с целью постановки эпидемиологического диагноза, определения прогноза и проведения необходимых санитарно-противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации очага.

3075. Эпидемиологическое расследование включает осмотр (эпидемиологическое обследование) очага, оценку соответствия проведенных мероприятий санитарно-эпидемиологическим правилам, сбор информации (опрос) у пострадавших, лиц, подвергшихся риску заражения, персонала, изучение документации, лабораторные исследования. Объем и перечень необходимой информации определяется специалистом, отвечающим за организацию и проведение эпидемиологического расследования.

3076. В ходе эпидемиологического расследования формулируется предварительный и окончательный эпидемиологический диагноз, на основе которого разрабатываются меры по локализации и ликвидации очага.

3077. Эпидемиологическое расследование завершается составлением акта эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственной связи формирования очага.

3078. Эпидемиологическое обследование очагов с единичными случаями

заболеваний проводится при подозрении на заболевание ВП легионеллезной этиологии, а также связанное с зоонозными инфекциями и (или) с возбудителями, относящими к I - II группам патогенности или новыми (ранее неизвестными) возбудителями. Помимо этого, обследуются все множественные эпидемические очаги с одновременно или повторно возникшими несколькими случаями ВП. Для обследования семейных очагов привлекаются специалисты организаций, обеспечивающих проведение федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора. По итогам обследования составляется карта эпидемиологического обследования очага.

3079. На территориях, где наблюдается эпидемический (сезонный) подъем заболеваемости ВП органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся мероприятия по выявлению причин и условий эпидемического неблагополучия и организуется проведение комплекса мер, направленных на стабилизацию ситуации.

3080. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемического очага ВП, начинают немедленно, одновременно с эпидемиологическим расследованием. На этапе выработки рабочей гипотезы и постановки эпидемиологического диагноза проводят необходимую коррекцию принимаемых мер.

3081. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемического очага ВП включают:

подготовку плана противоэпидемических мероприятий, утверждаемого органами исполнительной власти (муниципальных образований, субъектов Российской Федерации) в зависимости от масштабов очага;

организацию взаимодействия с органами исполнительной власти (муниципальных образований, субъектов Российской Федерации), органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан, заинтересованными ведомствами, инженерно-техническими службами; формирование оперативного штаба, определение порядка его работы;

активное выявление и госпитализацию больных (поквартирные обходы, организация медосмотров на предприятиях, быстрое реагирование на вызовы неотложной помощи), при необходимости вынесение вопроса на рассмотрение органов исполнительной власти об изменении работы медицинских организаций и создании дополнительных бригад неотложной помощи;

установление медицинского наблюдения за лицами, подвергшимися риску заражения на срок инкубационного периода, который определяется видом возбудителя (до

10 календарных дней - при легионеллезе, до 3 недель при другой этиологии);

подготовку медицинских организаций к дополнительному развертыванию коек, в том числе предназначенных для провизорной госпитализации (при необходимости), уточнение запасов средств экстренной профилактики, наличие медицинского оборудования, определение направления потоков, поступающих в медицинские организации больных (дети, взрослые, беременные женщины, больные с тяжелым клиническим течением и другие категории больных);

прекращение передачи инфекции:

разобщение в организованных коллективах;

отключение подачи воды, остановка технических устройств;

организация и проведение дезинфекции с использованием различных методов;

ревизия и осмотр вентиляционных, отопительных и других коммунальных систем;

отбор проб окружающей среды для лабораторного исследования (воздух, смывы, вода, почва, продукты и другие);

обследование лиц, подвергшихся риску заражения и лиц, подозреваемых в качестве источника инфекции;

активное проведение разъяснительной работы среди населения.

3082. При регистрации случаев ВП в организованных коллективах детей и взрослых проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включающий:

активное выявление больных (острой, подострой и маломанифестной респираторной патологией) путем опроса и осмотра врачом-педиатром, терапевтом или врачом-инфекционистом;

изоляцию от коллектива лиц с признаками инфекций верхних и нижних дыхательных путей;

выявление, учет и микробиологическое обследование (при необходимости) лиц с хронической патологией верхних и нижних дыхательных путей (как среди членов организованного коллектива, так и среди персонала учреждений);

рекомендацию контактным лицам средств экстренной профилактики из числа противовирусных, антибактериальных, иммуномодулирующих средств, поливитаминных препаратов (по согласованию со специалистами медицинских организаций);

организацию и проведение заключительной дезинфекции с ревизией вентиляционной сети, проведение текущей дезинфекции с применением кварцевания;

организацию и проведение дезинфекции системы водопользования, централизованного кондиционирования и других потенциально опасных водных

объектов, продуцирующих водяные пары (при легионеллезе);

разобщение детей: более 2-х случаев в классах - закрытие классов, более 10-ти случаев в организации, осуществляющей образовательную деятельность - временное приостановление деятельности организации сроком до 10 календарных дней;

гигиеническую оценку условий размещения, питания, обучения детей;

выявление факторов, способствующих формированию очага - переохлаждение, несоответствие нормы площади на одного человека в помещении, проведение массовых мероприятий, отсутствие вентиляции, а также плохое проветривание, низкое качество уборки и других;

отмену кабинетной системы;

запрет на проведение массовых мероприятий;

коррекцию питания (введение дополнительной витаминизации, пересмотр меню и другое), устранение выявленных замечаний по деятельности пищеблока;

обучение медицинских работников;

разъяснительную работу (с пациентами, воспитанниками, родителями).

3083. Лиц, больных ВП, и лиц с подозрением на заболевание ВП изолируют от организованных коллективов.

3084. Госпитализация лиц, больных ВП, и лиц с подозрением на заболевание ВП осуществляется по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

3085. Госпитализация по клиническим показаниям осуществляется в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

3086. Госпитализация больного ВП по эпидемиологическим показаниям проводится при невозможности соблюдения противоэпидемического режима по месту фактического проживания, в том числе в организациях с круглосуточным пребыванием для детей и взрослых.

3087. Лабораторному обследованию в эпидемическом очаге ВП подлежат выявленные лица - больные с симптомокомплексом пневмонии.

3088. Перечень и объемы лабораторных исследований в эпидемическом очаге или при эпидемическом подъеме заболеваемости определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования.

3089. В эпидемическом очаге с целью выявления путей и факторов передачи возбудителя проводят также лабораторное исследование воздуха (закрытые помещения), смывы с рабочих поверхностей, пробы пищевых продуктов и другие.

3090. Лабораторные исследования объектов внешней среды (вода, пища и других) проводятся органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-

эпидемиологический надзор. Объем и перечень лабораторных исследований определяет специалист, отвечающий за проведение эпидемиологического расследования.

3091. Осмотр и выявление лиц, больных ВП, в эпидемических очагах осуществляют врачи клинических специальностей (инфекционисты, терапевты, педиатры и другие).

3092. Наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения в эпидемических очагах, проводится медицинскими работниками медицинских организаций, где зарегистрирован очаг, или территориальных медицинских организаций.

3093. Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка (в специальных листах наблюдения за контактными лицами в очаге).

3094. Длительность медицинского наблюдения зависит от вида определенного возбудителя ВП и составляет продолжительность инкубационного периода. В случае неустановленного возбудителя период медицинского наблюдения составляет 10 календарных дней. Медицинское наблюдение включает сбор анамнеза, осмотр, термометрию в ежедневном режиме.

3095. Лицам, подвергшимся риску заражения, может проводиться экстренная профилактика с назначением иммуномодуляторов, противовирусных и антибактериальных средств в соответствии с инструкцией по применению препаратов.

3096. При наличии вакцин против возбудителя инфекции может проводиться иммунизация лиц, подвергшихся риску заражения.

3097. На период проведения лабораторных обследований лицо, подвергшееся риску заражения, не отстраняется от работы и посещения организованных коллективов при отсутствии клинических симптомов заболевания, если иные требования в отношении отдельных патогенов не предусмотрены законодательством Российской Федерации.

3098. При возникновении потенциальной угрозы распространения ВП, в частности, на фоне экстремальных природных (резкие повышения температуры воздуха, паводки, наводнения, ливни и другие) и социальных (отключение электроэнергии населенных пунктов, эпидемически значимых объектов, перемещения беженцев и другие) явлений противоэпидемические мероприятия направлены на:

проведение мероприятий по надзору за условиями размещения и жизнедеятельности людей с исключением факторов переохлаждения, других факторов, способствующих распространению ВП (нахождение людей в помещении, не соответствующем нормам площади на одного человека), проведением текущей уборки помещений с обеспечением необходимой кратности воздухообмена, дезинфекцией,

организацией питания;

рекомендации о назначении средств экстренной профилактики (иммуномодуляторы, противовирусные и противомикробные препараты, поливитамины, адаптогены);

активное выявление больных (носителей) среди лиц групп риска.

Профилактические мероприятия

3099. Органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, контролируют соблюдение требований санитарного законодательства Российской Федерации, направленных на предупреждение возникновения и распространения случаев ВП среди людей.

3100. Мероприятия по недопущению возникновения случаев ВП среди людей включают:

благоустройство населенных пунктов и жилых помещений граждан, бесперебойное теплоснабжение;

соблюдение требований к размещению и бытовому устройству в организованных коллективах детей и взрослых, обеспечение качества уборок, кратности воздухообмена, текущей дезинфекции;

проведение плановой иммунизации населения против гриппа и пневмококковой инфекции, а также гемофильной инфекции в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Гигиеническое воспитание населения

3101. Гигиеническое воспитание населения проводится медицинскими работниками медицинских организаций, специалистами органов и организаций, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3102. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о ВП, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведение индивидуальной беседы с пациентом и другие методы.

XLI. Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции

3103. Стрептококковая (группы А) инфекция представляет собой группу антропонозных болезней, вызываемых стрептококком группы А (СГА-инфекция), преимущественно с воздушно-капельным путем передачи возбудителя,

характеризующихся поражением верхних дыхательных путей, кожных покровов с местными нагноительными процессами и развитием постстрептококковых аутоиммунных и токсико-септических осложнений.

3104. Возбудитель - Streptococcus pyogenes является типовым видом рода Streptococcus семейства Streptococcaccae, достаточно устойчив во внешней среде, обладает широким спектром факторов вирулентности.

3105. Болезни, вызываемые СГА-инфекцией, подразделяются на первичные, вторичные и редко встречающиеся формы.

3106. К первичным формам относят стрептококковые поражения ЛОР-органов (ангины, фарингиты, острые респираторные заболевания (ОРЗ), отиты и другие), кожи (импетиго, эктима), скарлатину, рожу.

3107. Среди вторичных форм выделяют негнойные заболевания с аутоиммунным механизмом развития (ревматизм, гломерулонефрит, васкулиты) и токсико-септические, при которых аутоиммунный механизм не выявлен (метатонзиллярный и перитонзиллярный абсцессы, септические осложнения).

3108. К редким формам относят некротические фасциит и миозит, энтерит, очаговые поражения внутренних органов, синдром токсического шока, первичный перитонит, сепсис.

3109. Выявляются новые постстрептококковые осложнения, такие как летаргический энцефалит, обсессивно-компульсивное расстройство и тики.

3110. Источник СГА-инфекции - человек, больной ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами респираторной и кожной стрептококковой инфекции и носители СГА-инфекции.

3111. Продолжительность периода, в течение которого больной стрептококковой инфекцией является источником инфекции для окружающих, зависит от способа лечения таких больных. Рациональная терапия больных скарлатиной и ангиной антибиотиками пенициллинового ряда, к которым стрептококки высокочувствительны, приводит к быстрому освобождению организма от возбудителя (в течение 36 – 48 часов).

3112. Бактерионосительство СГА-инфекции может длиться более года. Доля бактерионосителей среди населения значительна, что определяет постоянную циркуляцию возбудителя.

3113. Механизм передачи СГА-инфекции – аэрозольный, путь передачи - преимущественно воздушно-капельный. Заражение происходит при тесном длительном общении с больным или бактерионосителем.

3114. Существуют контактно-бытовой и алиментарный пути инфицирования людей. Факторами передачи возбудителя в первом случае становятся грязные руки и предметы обихода, во втором - контаминированная пища.

3115. Естественная восприимчивость людей высокая. Иммунитет после перенесенной СГА-инфекции носит антитоксический и антимикробный характер.

3116. Стрептококковые инфекции распространены повсеместно. В районах умеренного и холодного климата они проявляются преимущественно в форме глоточных и респираторных форм. В южных районах с субтропическим и тропическим климатом превалируют кожные поражения (импетиго). Риску развития гнойных осложнений стрептококкового генеза подвергаются пациенты с ранениями, пациенты ожоговых отделений, больные в послеоперационном периоде, а также роженицы и новорожденные.

3117. Внутрибольничная СГА-инфекция представляет собой заболевание, возникшее у пациента в любой момент времени после операции или в период от 48 часов после поступления (если инвазивные методы диагностики и лечения не проводились) до 7 календарных дней после выписки из стационара.

3118. Эпидемическая вспышка СГА-инфекции - два случая СГА-инфекции или более, связанных передачей СГА между пациентами или возникших в одной организации за период до 6 месяцев между случаями. Подтверждение принадлежности всех случаев к одной группе осуществляется с помощью emm/M-типирования.

3119. Случаи внутрибольничной СГА-инфекции могут возникать в медицинских организациях любого профиля, но чаще в хирургических, акушерских, гинекологических и ожоговых отделениях.

Лабораторная диагностика СГА-инфекции

3120. Диагноз глоточных и кожных форм СГА-инфекции устанавливается на основании клинической картины с учетом эпидемиологического анамнеза. Во всех случаях требуется бактериологическое подтверждение.

3121. При невозможности или неэффективности бактериологического исследования допустимо использовать молекулярные методы диагностики (ПЦР).

3122. Сбор, хранение и транспортирование материала для всех видов диагностических исследований осуществляются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

3123. Бактериологическому обследованию на наличие СГА подлежат: больные ангиной, с подозрением на скарлатину, менингитом, наружным инфекционным отитом,

острым синуситом, пневмонией, инфекциями кожи и подкожной клетчатки, инфекционным миозитом, фасциитом, синдромом токсического шока.

3124. Для постановки этиологического диагноза определяется видовая принадлежность стрептококков и их чувствительность к антибиотикам.

3125. Экспресс-идентификация СГА-инфекции в пробах от больных с подозрением на скарлатину, острые воспалительные заболевания ЛОР-органов и гнойничковыми поражениями кожи осуществляется с помощью коммерческих тест-систем, в основу которых положено определение группоспецифических антигенов СГА, экстрагируемых непосредственно с тампонов. Экспресс-идентификация проводится в медицинском кабинете детской организации, в кабинете врача поликлиники, в больничной палате по месту нахождения обследуемого. Все отрицательные результаты экспресс-тестов подтверждают культуральными методами.

3126. Серодиагностика СГА-инфекции основана на определении антител к экстрацеллюлярным антигенам. Повышение титров антител в динамике болезни, по крайней мере к одному из внеклеточных стрептококковых антигенов (стрептолизину О, дезоксирибонуклеазе В, гиалуронидазе или никотинамидадениндинуклеотидазе), подтверждает этиологический диагноз. Уровень антител к каждому из внеклеточных антигенов определяется с помощью реакций нейтрализации.

3127. В специализированных научных организациях проводится определение эритрогенных А-, В- и С-токсинов. Наилучшим методом типирования СГА является определение emm (М)-типов. Определение emm (М)-типа СГА наряду с типированием по Т-белку и OF-фактору (липопротеиназа, фактор опалесценции) является ключевой фенотипической и молекулярно-биологической характеристикой выделенного штамма.

3128. Молекулярные методы диагностики, в частности, полимеразная цепная реакция может быть использована для идентификации СГА-инфекции в пробах от больных с подозрением на скарлатину, острые воспалительные заболевания ЛОР-органов, менингит, пневмонию, инфекции кожи и подкожной клетчатки, синдром токсического шока осуществляются с помощью наборов реагентов, зарегистрированных в Российской Федерации.

Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий

3129. Профилактические мероприятия направлены на раннюю диагностику и этиотропное лечение больных СГА-инфекцией, профилактику распространения СГА-инфекции в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях

для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, медицинских организациях, организациях, оказывающих социальные услуги.

3130. Выявление больных стрептококковой инфекцией осуществляется врачами всех специальностей, средними медицинскими работниками медицинских организаций, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций отдыха детей и их оздоровления, организаций, оказывающих социальные услуги, оздоровительных организаций (санатории, дома отдыха, пансионаты).

3131. В дошкольных образовательных организациях, а также при формировании детских организованных групп осуществляется выявление больных ангиной, скарлатиной и другими клиническими формами респираторной и кожной СГА-инфекции. Дети с клиническими признаками респираторной инфекции в детские организации (группы) не принимаются.

3132. Бактериологическому обследованию на наличие возбудителя стрептококковой инфекции подлежат:

3133. Больные менингитом, наружным инфекционным отитом, острым синуситом, пневмонией, инфекциями кожи и подкожной клетчатки, инфекционным миозитом, фасциитом, синдромом токсического шока, ангиной.

3134. Для купирования вспышек респираторного стрептококкоза в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, медицинских организациях и других организациях проводится выявление и лечение больных со всеми формами стрептококковой инфекции.

3135. В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, оздоровительных и других организациях проводятся санитарно-гигиенические мероприятия, направленные на профилактику распространения СГА-инфекции воздушно-капельным путем передачи возбудителя.

Мероприятия в очагах СГА-инфекции

3136. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют больные с локализацией очагов инфекции в верхних дыхательных путях (при скарлатине, ангине).

3137. Первичные противоэпидемические мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию очага стрептококковой инфекции, осуществляются врачом медицинской организации или медицинским работником, выявившим больного.

3138. В отношении больных СГА-инфекцией проводятся противоэпидемические мероприятия.

3139. Госпитализация больных с СГА-инфекцией проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям (дети из организаций с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, санатории, организации отдыха детей и их оздоравления и другие, из семей, где имеются дети в возрасте до 10 лет, ранее не болевшие скарлатиной; при невозможности осуществления изоляции и надлежащего ухода за ними на дому в соответствии с законодательством Российской Федерации; из семей, где имеются лица, работающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях - при невозможности их изоляции от больного).

3140. Выписка больного скарлатиной из стационара осуществляется после клинического выздоровления.

3141. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые 2 класса общеобразовательной организации, переболевшие скарлатиной, допускаются в эти организации через 12 календарных дней после клинического выздоровления.

3142. Дети и подростки из организаций с круглосуточным пребыванием подлежат дополнительной изоляции в течение 12 календарных дней после выписки из стационара в соответствии с законодательством Российской Федерации. Допускается их изоляция в той же организации при наличии для этого условий.

3143. Взрослые, работающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях с круглосуточным пребыванием детей, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях и перенесшие скарлатину, после клинического выздоровления переводятся на другую работу на 12 календарных дней.

3144. Больные ангинами из очага скарлатины, выявленные в течение 7 календарных дней с момента регистрации последнего случая скарлатины, не допускаются в вышеперечисленные организации в течение 22 календарных дня от начала заболевания.

3145. За лицами, переболевшими скарлатиной и ангиной, а также реконвалесцентами после первичной рожи и инвазивных форм СГА-инфекции устанавливается диспансерное наблюдение.

3146. Мероприятия при выявлении случая стрептодермии направлены на изоляцию и необходимое лечение больного, а также на устранение факторов, способствующих распространению СГА-инфекции.

3147. Противоэпидемические мероприятия проводятся в отношении лиц, контактировавших с больным скарлатиной.

3148. При регистрации заболевания скарлатиной в дошкольной образовательной организации проводят следующие мероприятия:

в группе, где выявлен больной, вводятся ограничительные мероприятия сроком на 7 календарных дней с момента изоляции последнего больного;

во время проведения ограничительных мероприятий прекращается допуск новых и временно отсутствовавших детей, ранее не болевших скарлатиной. Не допускается общение с детьми из других групп;

у детей и персонала группы проводится осмотр зева и кожных покровов с термометрией не менее 2 раз в день;

при выявлении в очаге скарлатины у детей повышенной температуры или симптомов острого заболевания верхних дыхательных путей их изолируют от окружающих и проводят обязательный осмотр педиатром;

дети, переболевшие острыми заболеваниями верхних дыхательных путей из очагов скарлатины, допускаются в организации, осуществляющие образовательную деятельность, организации отдыха детей и их оздоровления, оздоровительные (санатории, пансионаты, дома отдыха), организации, оказывающие социальные услуги после полного клинического выздоровления с заключением от педиатра. В течение 15 календарных дней ежедневно от начала болезни дети осматриваются на наличие кожного шелушения на ладонях (для ретроспективного подтверждения стрептококковой инфекции);

всем лицам, контактировавшим с больным, а также имеющим хронические воспалительные поражения носоглотки, проводится санация;

персонал детской организации не позднее 2 календарных дней после возникновения очага скарлатины подлежит медицинскому обследованию отоларингологом для выявления и санации лиц с ангинами, тонзиллитами, фарингитами.

3149. Дети, посещающие дошкольные образовательные организации и первые два класса общеобразовательной организации, ранее не болевшие скарлатиной и общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, не допускаются в эти организации в течение 7 календарных дней с момента последнего общения с больным. Если больной не госпитализирован, дети, общавшиеся с ним, допускаются в детскую организацию после 17 календарных дней от начала контакта и обязательного медицинского осмотра (зев, кожные покровы и другие).

3150. Взрослые, общавшиеся с больным скарлатиной до его госпитализации, работающие в дошкольных образовательных организациях, первых двух классах общеобразовательных организаций, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, допускаются к работе и подлежат

медицинскому наблюдению в течение 7 календарных дней после изоляции заболевшего с целью своевременного выявления скарлатины и ангины.

3151. Дети, ранее болевшие скарлатиной, взрослые, работающие в дошкольных образовательных организациях, первых двух классах общеобразовательной организации, хирургических и родильных отделениях, детских больницах и поликлиниках, молочных кухнях, общавшиеся с больным в течение всей болезни, допускаются в дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации и на работу. За ними устанавливается ежедневное медицинское наблюдение в течение 17 календарных дней от начала заболевания.

3152. При регистрации случая скарлатины в общеобразовательной организации ограничительные мероприятия не проводятся.

3153. При регистрации случая скарлатины среди учеников 1 - 3 классов после изоляции больного ежедневно проводится медицинский осмотр (зев, кожные покровы и других) контактировавших с больными детей. При выявлении у детей острых респираторных поражений (ангина, фарингит и других) их отстраняют от занятий с уведомлением участкового врача. Детей, переболевших ангиной и фарингитом, ежедневно в течение 15 календарных дней от начала болезни осматривают на наличие шелушения кожных покровов на ладонях для ретроспективного подтверждения скарлатины. Переболевшие дети допускаются в организацию, осуществляющую образовательную деятельность после клинического выздоровления и предоставления заключения от участкового врача. Детям с хроническими тонзиллитами проводится санация.

3154. В отношении лиц, контактировавших с больными, решается вопрос о проведении экстренной профилактики.

Мероприятия в очагах внутрибольничной СГА-инфекции

3155. В случае выявления нозокомиальной СГА-инфекции устанавливается соответствующий противоэпидемический, санитарно-гигиенический и дезинфекционный режим:

пациент помещается в отдельную палату с санузлом на 24 - 48 часов параллельно с назначением эффективной антибиотикотерапии и прекращением допуска посетителей;

персонал медицинских организаций, контактирующий с больным СГА-инфекцией, а также осуществляющий уборку палаты, использует хирургические маски и резиновые перчатки;

в палате ежедневно проводится влажная уборка с использованием дезинфекционных средств;

у пациента собирается эпиданамнез с целью определения источника инфицирования СГА-инфекцией (вне- или внутрибольничный);

при заболевании пациента в стационаре проводится комплекс противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление продуктов питания, содержащих СГА-инфекцию, выявление и изоляцию больных и носителей, установление медицинского наблюдения за лицами, общавшимися с больным;

в случае занесения СГА-инфекции в медицинские организации, проводится опрос посетителей и (или) членов семьи пациента в целях выявления среди них лиц с признаками заболевания или носителей СГА-инфекции.

3156. При выявлении таких лиц они информируются о необходимости обращения к врачу по месту жительства для диагностики и возможного лечения.

Средства и методы дезинфекции, применяемые для профилактики СГА-инфекции

3157. Текущей дезинфекции в очагах скарлатины подлежат: посуда, игрушки и предметы личной гигиены с использованием дезинфекционных средств, разрешенных к применению.

3158. Заключительная дезинфекция в очагах стрептококковой инфекции не проводится.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения первичных и вторичных (иммунопатологических и токсико-септических) форм стрептококковой (группы А) инфекций

3159. В целях предупреждения возникновения и распространения первичных и вторичных (иммунопатологических и токсико-септических) форм стрептококковой (группы А) инфекции органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

наблюдение за уровнем и динамикой заболеваемости и летальности СГА-инфекции с различными клиническими проявлениями, особенно инвазивных форм;

сбор и анализ данных о типовой структуре СГА, выделяемых от больных и носителей;

использование скрининговых молекулярно-биологических и молекулярно-генетических методов исследования для оценки биологических свойств циркулирующих

штаммов СГА и их чувствительности к антибиотикам на основе выборочных репрезентативных обследований различных групп населения;

оценка иммунологического статуса населения в отношении СГА-инфекции на основании планового и экстренного иммунологического контроля в организациях;

оценка эффективности проводимых мер борьбы и профилактики респираторной стрептококковой инфекции, разработку мероприятий по их коррекции.

Гигиеническое воспитание и обучение

3160. Гигиеническое воспитание и обучение осуществляется:

при подготовке, переподготовке медицинских работников;

при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

3161. Работа по организации информационно-разъяснительной работы среди населения проводится органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органами управления здравоохранения, центрами медицинской профилактики, медицинскими организациями.

3162. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению информации о профилактики СГА-инфекции, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием листовок, плакатов, бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети Интернет.

XLII. Профилактика легионеллеза

3163. Возбудители легионеллеза представляют самостоятельный род и семейство микроорганизмов. Род Legionella образует генетически родственную таксономическую структуру, а семейство Legionellaceae состоит только из одного рода и принадлежит к g-подтипу протеобактерий.

3164. Известны более 50 видов легионелл, для 22 из которых доказана роль в инфекционной патологии человека. Более 90% случаев болезни ассоциированы с видом L. pneumophila. Среди других видов легионелл преимущественно заболевание вызывают при нарушениях клеточного иммунитета и (или) на коморбидном фоне виды L.micdadei, L.longbeuchae, L.dumoffii и L.bozemanii.

3165. Легионеллы представляют собой грамотрицательные палочки диаметром 0,5 - 0,7 мкм и длиной 2 - 5 мкм. В ряде случаев встречаются нитевидные формы длиной до 20 - 25 мкм. Не образуют эндоспор, микроцист и капсул, растут в аэробных условиях, подвижны за счет одного, двух или большего числа жгутиков. Микроорганизмы не ферментируют углеводы, разжижают желатин, не образуют уреазу, не восстанавливают нитраты, не растут на обычных питательных средах, что связано с потребностью возбудителя в L-цистеине и в растворимом пирофосфате железа (Fe++).

3166. Легионеллы устойчивы во внешней среде: в жидких средах при температуре 25 °С может сохраняться 112 календарных дней, при температуре 4 °С - 150 календарных дней. Легионеллы могут выживать в водопроводной воде до года, в дистиллированной – 2-4 месяца. Микроорганизмы быстро, за 1 мин., погибают под воздействием 70 % спирта, 1 % раствора формалина, 0,002% раствора фенола, в течение 10 мин. - в 3 % растворе хлорамина.

3167. Кроме того, возбудители легионеллеза чувствительны к другим дезинфицирующим хлоактивным средствам, а также кислородсодержащим и средствам на основе катионных поверхностно-активных веществ, в частности четвертичным аммониевым соединениям, третичному алкиламину, полигуанидинам и глутаровому альдегиду.

3168. Легионеллы являются сапрофитами и широко распространены в природе. Обитают в пресноводных водоемах, где они паразитируют в водных амебах и других простейших. Размножение легионелл активно идет в теплой воде в диапазоне температур 20 - 45 °С, хотя их выделяют и из холодной воды. Условия для выживания легионелл в искусственных сооружениях более благоприятны, чем в естественных, что приводит к накоплению в них возбудителя в высоких концентрациях. Легионеллы активно колонизуют синтетические и резиновые поверхности водопроводного, промышленного, медицинского оборудования с образованием так называемых биопленок, в которых легионеллы значительно более устойчивы к действию дезинфицирующих веществ по сравнению с планктонными формами. При колонизации легионеллами искусственных водных систем, в том числе системы горячего и холодного водоснабжения, централизованные системы кондиционирования воздуха с водным охлаждением, градирни, вихревые бассейны и джакузи массового пользования в аквапарках и спортивно-восстановительных центрах, увлажнители воздуха, фонтаны, концентрация легионелл значительно возрастает, что представляет эпидемическую опасность.

3169. Легионеллы являются факультативными внутриклеточными паразитами. В организме человека они размножаются преимущественно в альвеолярных макрофагах, полиморфно-ядерных нейтрофилах и моноцитах крови.

3170. Легионеллез является сапронозной инфекцией, протекающей с поражением органов дыхания, часто в форме тяжелых пневмоний. Источниками при этом служат естественные и искусственные водоемы, различные системы водопользования, технические устройства с использованием воды, а также почва.

3171. Механизм передачи легионеллеза - аэрозольный, путь - воздушно-капельный. Факторами передачи инфекции являются мелкодисперсионный водный аэрозоль и вода, контаминированные легионеллами.

3172. Практически все крупные эпидемические вспышки и многие спорадические случаи легионеллеза связаны с распространением мелкодисперсного аэрозоля, содержащего легионеллы и генерируемого бытовыми, медицинскими или промышленными водными системами. Аспирация контаминированной водопроводной воды без образования аэрозоля считается альтернативным путем передачи инфекции. В последнее время он приобретает все большую актуальность. В тех случаях, когда температура воды в системах горячего водоснабжения не превышает 50 °С, создаются благоприятные условия для активного размножения возбудителя. В процессе водопользования, при наличии восприимчивых к легионеллезу лиц, происходит формирование эпидемических очагов с единичными или множественными случаями заболеваний.

3173. Проявлениями эпидемического процесса легионеллеза являются манифестные формы инфекции. Болезнь легионеров (легионеллезная пневмония) развивается у 5 - 10% лиц, подвергшихся действию факторов передачи инфекции, лихорадка Понтиак (острое респираторное заболевание) поражает 80 - 100% таких лиц.

3174. Инкубационный период зависит от клинической формы инфекции. Для клинического варианта легионеллёза, протекающего с преимущественным поражением лёгких, характерен инкубационный период 2—10 календарных дней. При форме в виде острой респираторной инфекции (лихорадка Понтиак) инкубационный период составляет от 5 часов до 3 календарных дней, при острой лихорадочной форме с экзантемой (лихорадка форта Брагг) – от нескольких часов до 10 календарных дней.

3175. Легионеллез выявляют преимущественно у людей среднего и пожилого возраста на фоне действия таких факторов риска, как курение, злоупотребление алкоголем, сопутствующие заболевания, в первую очередь, диабет и сердечно-сосудистые заболевания; иммуносупрессивная терапия, первичные и вторичные иммунодефициты. В

то же время легионеллезная инфекция, включая тяжелые формы заболевания, может возникать и у ранее совершенно здоровых людей. У детей легионеллез выявляют редко, обычно на фоне сопутствующих заболеваний. Болезнь легионеров чаще поражает мужчин, чем женщин (соотношение заболевших составляет 2 - 3:1). Случаи легионеллеза выявляют круглогодично, но пик заболеваемости приходится на летние месяцы.

3176. Особенностью эпидемиологии легионеллезной инфекции является выделение трех основных групп заболеваний по характеру приобретения инфекции: внебольничный легионеллез (эпидемические вспышки и спорадические случаи), нозокомиальный легионеллез (инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи) и легионеллез, связанный с поездками, путешествиями.). Носительство и персистенция легионелл не установлены.

Выявление, учет и регистрация случаев легионеллеза

3177. Обследованию на наличие возбудителей легионеллеза подлежат лица с признаками пневмонии, в первую очередь при тяжелом клиническом течении пневмоний или у лиц с пневмониями при отсутствии положительной динамики в случае лечения бета-лактамными антибиотиками (пенициллин, ампициллин, цефалоспорины и другие).

3178. В случае регистрации летального исхода пневмонии с тяжелым клиническим течением патологический материал (легочная ткань с геморрагическими поражениями) направляется в бактериологическую лабораторию для исследования на легионеллез. Материал подлежит немедленной доставке (в течение 24 часов) или в замороженном состояния (до минус 70 °С) может длительно храниться до отправки в лабораторию.

3179. В случае выявления лиц с признаками пневмонии или острых респираторных инфекций в подтвержденном эпидемическом очаге легионеллезной инфекции диагноз выставляется на основании клинико-эпидемиологического анамнеза.

3180. Выделяют следующие клинические формы легионеллеза: острый респираторный легионеллез - лихорадка Понтиак; легионеллезную пневмонию или собственно болезнь легионеров согласно Международной классификации болезней.

3181. Клинические проявления инфекционного процесса при легионеллезе характеризуются широким спектром - от субклинических, практически бессимптомных или нетяжелых скоротечных заболеваний, клинически проявляющихся симптомокомплексом, характерным для острых респираторных инфекций (Лихорадка Понтиак), до тяжелых состояний с поражением многих органов, но чаще всего проявляющихся пневмонией (Болезнь легионеров).

3182. Распознавание болезни весьма затруднительно, так как в клинической картине отсутствуют патогномоничные симптомы. Вместе с тем подозрение на легионеллезную этиологию инфекции возникает при выявлении клинической симптоматики при наличии следующих факторов риска:

теплое время года;

возраст старше 40 лет;

мужской пол (болеют в 2-3 раза чаще);

путешествие (отдых с выездом) внутри страны или за рубеж, совпадающее со сроком инкубационного периода (от 2 до 10 календарных дней до начала заболевания);

наличие вредных привычек (курение, алкоголь);

наличие сопутствующих заболеваний, в первую очередь: сахарный диабет, иммунодефицитные состояния, сердечно-сосудистые заболевания, легочная недостаточность, онкологические и гематологические заболевания, заболевания, сопровождаемые курсом гормональной или (и) интенсивной иммуносупрессивной терапии.

3183. К группам риска при нозокомиальном легионеллезе относятся пациенты:

старше 25 лет;

в отделениях трансплантации органов, онкологии, реанимации, хирургии; при этом возможны внелегочные проявления легионеллезной инфекции на фоне интенсивной иммуносупрессивной терапии;

больные сахарным диабетом, сердечно-сосудистыми заболеваниями, легочной недостаточностью;

больные, лечение которых сопровождается интубацией и вентиляцией легких.

3184. Больные с подтвержденным диагнозом легионеллезной инфекции не представляют опасности для окружающих и могут быть госпитализированы в обычный терапевтический, инфекционный или пульмонологический стационар.

3185. В каждом подтвержденном лабораторно случае легионеллеза проводится эпидемиологическое расследование с обязательным бактериологическим обследованием потенциально опасного объекта и организацией санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

3186. При выявлении подтвержденного лабораторно случая легионеллеза, связанного с путешествием или с пребыванием в стационаре, или 2-х и более, подтвержденных лабораторно, случаев легионеллеза, связанных с одним источником, территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в течение 24 часов направляет экстренное донесение в адрес

Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и в адрес Центра по легионеллезу, сотрудничающего с ВОЗ (Национальный исследовательский центр эпидемиологии и микробиологии имени почетного академика Н.Ф.Гамалеи).

Лабораторная диагностика

3187. В связи со сходством клинических проявлений и симптоматики легионеллезной и пневмококковой пневмонии быстрая и эффективная лабораторная диагностика приобретает решающее значение для выбора тактики этиотропной терапии больных и проведения противоэпидемических мероприятий в очаге.

3188. Диагноз легионеллеза в случае острой инфекции нижних дыхательных путей (клинически и рентгенологически подтвержденной) считается окончательно установленным:

при выделении культуры легионелл из отделяемого респираторного тракта или легочной ткани;

при 4-кратном или более нарастании титра специфических антител к Legionella pneumophila серогруппа 1 в реакции непрямой иммунофлюоресценции;

при определении растворимого антигена Legionella pneumophila серогруппа 1 в моче иммуноферментным или иммунохроматографическим методом.

3189. При отсутствии сыворотки крови, взятой в ранние сроки болезни, выявление достоверно высокого уровня антител к Legionella pneumophila серогруппа 1 (1:128 и выше) в одиночной сыворотке методом непрямой иммунофлюоресценции позволяет считать диагноз легионеллеза предположительно установленным. Аналогичным образом интерпретируются результаты, полученные на основании выявления возбудителя или его ДНК в респираторном секрете или легочной ткани с помощью прямой иммунофлюоресценции или полимеразной цепной реакции (ПЦР).

3190. Выделение культуры возбудителя остается единственным методом стандартов, устанавливающим окончательный диагноз в случае инфекции, вызываемой другими серогруппами Legionella pneumophila или видами Legionella spp. В то же время следует отметить, что более 80% спорадических и групповых случаев легионеллеза вызваны штаммами Legionella pneumophila серогруппы 1, а при эпидемических вспышках внебольничных пневмоний этиологическое значение штаммов L.pneumophila серогруппы 1 подтверждено в 96% случаев.

3191. Основным методом стандартов, позволяющим осуществлять в настоящее время своевременную диагностику и мониторинг легионеллезной инфекции, является

определение легионеллезного антигена в моче иммунохроматографическим или иммуноферментным методом. Метод позволяет окончательно подтвердить диагноз в течение 1 - 3 часов.

3192. Бактериологический метод занимает не менее 4 календарных дней, необходимо проведение инвазивных процедур по получению жидкости бронхоальвеолярного лаважа, материала бронхоскопии, биопсии.

3193. Выявление диагностического нарастания титров антител в реакции непрямой иммунофлюоресценции возможно к 3-ей неделе заболевания.

3194. Внутрибольничный легионеллез может быть вызван не только возбудителем болезни легионеров - Legionella pneumophila, но и другими оппортунистическими видами легионелл, прежде всего Legionella micdadei, Legionella bozemanii, Legionella dumoffi, Legionella longbeachae, поэтому при данной форме заболевания основным методом диагностики становится бактериологический метод, поскольку метод определения антигена в моче стандартизован только для Legionella pneumophila серогруппы 1. Для внутрибольничного легионеллеза, помимо типичной клинической симптоматики, характерны внелегочные проявления, в связи с чем возбудитель может быть выделен не только из отделяемого респираторного тракта, но и из крови.

Организация и проведение санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Мероприятия в эпидемическом очаге.

3195. Подозрение на эпидемическую вспышку легионеллезной этиологии возникает при выявлении в очаге 2-х и более случаев инфекции, подтвержденных клинически, рентгенологически и, хотя бы одним из лабораторных методов, входящих в стандарты лабораторной диагностики легионеллеза.

3196. Основанием для выявления объекта - причины эпидемической вспышки легионеллеза считается выделение культуры возбудителя и подтверждение роли выделенного штамма в этиологии вспышки иммунологическими и молекулярно-генетическими методами.

3197. Работа специалистов по локализации вспышки начинается с эпидемиологического обследования очага.

3198. По результатам эпидемиологического обследования очага составляется комплексный план по локализации и ликвидации вспышки легионеллеза, согласованный с руководителем учреждения, где регистрируются случаи заболеваний, ответственными лицами органов исполнительной власти на местах, управлений здравоохранения, инженерно-технических служб.

3199. За лицами, подвергшимися риску заражения, устанавливается медицинское наблюдение сроком на 10 календарных дней с момента последнего контакта с предполагаемым источником.

3200. Проводится активное выявление больных методом поквартирных обходов, организаций медосмотров на предприятиях, быстрого реагирования на вызов неотложной помощи. В этих целях организуется взаимодействие с органами исполнительной власти на местах, учреждениями здравоохранения, станциями скорой и неотложной помощи, инженерно-техническими службами.

3201. По результатам эпидемиологического обследования очага, в случае прогнозов массового поступления больных, проводится подготовка медицинских организаций (МО) к дополнительному развертыванию коек для больных, в том числе предназначенных для провизорной госпитализации - для наблюдения и обследования лиц, подозрительных на заболевание.

3202. Совместно с органами исполнительной власти на местах учреждениями здравоохранения определяется потребность во врачебных бригадах, привлечении специалистов клинического и профилактического уровня, потребности в диагностических, лечебных и дезинфицирующих препаратах, средствах по уходу за больными.

3203. Принимаются меры по прекращению реализации путей передачи инфекции: приостановление эксплуатации объектов, установок, оборудования (отключение подачи воды, остановка технических устройств, приостановление работ), рассматриваемых в качестве источника инфекции на основании результатов эпидемиологического обследования очага, организация их очистки и дезинфекции (приложение 36 к Санитарным правилам).

3204. Дезинфекционные мероприятия по очистке и обеззараживанию потенциально опасных водных объектов в случае их неудовлетворительного санитарно-гигиенического состояния начинают, не дожидаясь результатов бактериологического исследования, которое занимает до 2-х недель. При выявлении новых случаев, подозрительных на легионеллез, в очаге инфекции проводится дезинфекция всех потенциально опасных водных систем или прекращается их эксплуатация до завершения бактериологических исследований. При выявлении объекта - источника распространения инфекции, временно прекращается его эксплуатация, и проводятся дезинфекционные мероприятия. По завершении дезинфекционных мероприятий полная элиминация легионелл должна быть подтверждена отрицательными результатами бактериологических высевов. В течение года после прекращения случаев заболевания на объекте регулярно

проводят контрольные дезинфекционные мероприятия и бактериологические исследования.

3205. Проводится активная разъяснительная работа среди населения по вопросам клиники и профилактики легионеллеза с выпуском листовок, памяток, привлечением средств массовой информации.

3206. После локализации вспышки легионеллеза (отсутствие случаев заболеваний в течение 10 календарных дней с момента заболевания последнего больного) за очагом устанавливается наблюдение сроком на 1 год. В течение этого времени на объекте, послужившем причиной вспышки, регулярно проводят контрольные дезинфекционные мероприятия и бактериологические исследования. За пострадавшими в очаге лицами устанавливается медицинское наблюдение сроком на 1 год после выписки из стационара с ежемесячными осмотрами врачом-терапевтом и проведением необходимых лабораторных исследований. По истечении этого времени проводится окончательный анализ по исходам заболевания с учетом инвалидности и смертности.

3207. Основные направления деятельности, по которым проводится оценка эффективности мероприятий при легионеллезе:

анализ данных по контролю за проведением и качеством дезинфекции, определение наличия биопленок и легионелл после обработки и в течение года после ликвидации очага (приложение 33 к Санитарным правилам);

мониторинг заболеваемости внебольничными пневмониями в пределах границ ликвидированного эпидемического очага;

экономическая и практическая целесообразность организационных решений.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения легионеллезной инфекцией

3208. В целях предупреждения возникновения и распространения первичных и вторичных (иммунопатологических и токсико-септических) форм стрептококковой (группы А) инфекции органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг за динамикой эпидемического процесса, факторами и условиями, влияющими на его распространение, анализ и обобщение полученной информации для разработки научно обоснованной системы профилактических мер

сбор, передача и анализ информации;

оценка эффективности проводимых мероприятий.

постоянная и объективная оценка масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости инфекции;

выявление регионов, областей, населенных пунктов и учреждений с высоким уровнем заболеваемости и риском инфицирования;

выявление контингентов, наиболее подверженных риску развития заболевания;

выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости легионеллезом на территории;

оценка масштабов, качества и эффективности, осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий для их оптимальной корректировки, планирование последовательности мероприятий и сроков их реализации;

разработка периодических прогнозов эпидемиологической ситуации.

Профилактические мероприятия

3209. Органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводят контроль за соблюдением требований санитарного законодательства, направленный на предупреждение контаминации легионеллами до эпидемически значимых концентраций потенциально опасных водных объектов, недопущения возникновения случаев легионеллеза среди людей и формирования эпидемических очагов.

3210. В территориальных органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, должен быть перечень водных систем, потенциально опасных в отношении распространения легионеллезной инфекции и требующих периодического мониторинга.

3211. Основа профилактики легионеллеза на потенциально опасных объектах общественного пользования заключается в соблюдении соответствующих инструкций, режимов и требований документации при эксплуатации данных объектов.

3212. Возбудитель легионеллеза является широко распространенным водным микроорганизмом, присутствующим в большинстве пресных водоемов в некультивируемом состоянии. Низкие концентрации легионелл в природных водоемах не превышают 103 КОЕ на литр и не представляют опасности для человека.

3213. Природные водоемы не являются объектами профилактического исследования воды на наличие возбудителя легионеллеза.

3214. В системах водоснабжения, кондиционирования и увлажнения воздуха, других системах, связанных с циркуляцией теплой воды в диапазоне от 20° до 50 °С

концентрация возбудителя резко возрастает за счет образования биопленок на поверхности оборудования, что является ключевым фактором накопления потенциально опасных концентраций легионелл. Периодический количественный мониторинг потенциально опасных водных объектов и систем является необходимым условием эффективной профилактики легионеллеза.

3215. К водным системам, потенциально опасным в отношении распространения легионеллезной инфекции и требующим периодического исследования на наличие возбудителя легионеллеза, относятся:

1) системы охлаждения воды промышленных предприятий (градирни и испарительные конденсаторы). Наличие в данных системах больших количеств циркулирующей теплой воды в сочетании с образованием водного аэрозоля, способного распространяться в радиусе до нескольких километров, позволяет отнести данные объекты к числу потенциально опасных в отношении возникновения легионеллезной инфекции. Микробиологическое исследование на наличие возбудителя легионеллеза данных систем необходимо осуществлять ежеквартально. При выявлении возбудителя в концентрации, превышающей допустимые значения, необходимо проведение дополнительных профилактических мероприятий;

2) централизованные системы кондиционирования и увлажнения воздуха, используемые для создания микроклимата в общественных зданиях, торговых центрах, ресторанах, клубах, учреждениях, гостиницах, на пассажирских судах. Избыточное тепло, образующееся при охлаждении воздуха, отводится через конденсатор, охлаждаемый водой, поступающей из градирни или другого водоисточника. В теплой воде охладительного контура создаются благоприятные условия для формирования биопленок легионелл. Микробиологическое исследование данных систем на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год (кондиционирующие установки небольшой мощности без увлажнения воздуха и сплит-системы не опасны и контролю на легионеллы не подлежат). Точкой отбора проб является контур централизованного кондиционера;

3) бассейны, аквапарки, в том числе с «барботированием» типа «Джакузи» (далее – джакузи) общественного пользования (в том числе в МО). Особенно опасны в отношении легионеллезной инфекции джакузи общественного пользования в гостиницах, спортивных и оздоровительных центрах, саунах. Над поверхностью воды постоянно разбрызгивается водный аэрозоль с температурой более 30 °С, но менее 50 °С, что создает благоприятные возможности для колонизации объекта легионеллами. Микробиологическое исследование данных систем на наличие легионелл необходимо проводить ежеквартально. На исследование отбирается вода после фильтра;

4) системы горячего и холодного водоснабжения. Данные системы могут быть контаминированы легионеллами в диапазоне температур от 25° до 60 °С. При наличии застойных зон, участков трубы с низкой скоростью потока воды, в накопительных баках или резервуарах воды при данной температуре вероятно образование биопленок, содержащих высокую концентрацию легионелл. При температуре горячей воды выше 60 °С планктонные формы легионелл погибают, но в составе ранее сформировавшихся биопленок в ассоциациях с другими микроорганизмами и водорослями могут сохранять жизнеспособность и при более высоких температурах. При снижении температуры в системе горячего водоснабжения до температуры менее 50 °С условия для размножения легионелл наиболее благоприятны. Микробиологическое исследование данных систем на наличие легионелл необходимо осуществлять не реже 2 раз в год. Отбор проб воды следует преимущественно проводить в аккумуляторном баке котельной, выходе воды в распределительную сеть - в системе горячего водоснабжения, на входе в учреждение и в резервуаре-хранилище - в системе холодного водоснабжения.

3216. Микробиологическое исследование на наличие легионелл в вышеуказанных водных системах, визуальное выявление микробного загрязненных участков и поверхностей (биопленок) является необходимым условием безопасной эксплуатации объектов. Количественное микробиологическое исследование в отношении контаминации легионеллами должно осуществляться в рамках производственного контроля.

3217. Профилактические мероприятия включают:

общую очистку и промывку системы;

физическую и (или) химическую дезинфекцию:

резкое повышение температуры воды в системе до 65 °С и выше;

применение дезинфицирующих средств, обладающих способностью разрушать и предотвращать образование новых микробных биопленок.

3218. Тактика очистки, промывки и обеззараживания водной системы зависит от условий эксплуатации и материалов конструкции.

3219. Профилактика внутрибольничного легионеллеза основана на организации контроля качества воды, используемой в системе водоснабжения МО а также оборудования, инструментария и растворов, применяемых при осуществлении интубации, вентиляции легких и других процедур, осуществляемых для пациентов групп риска.

3220. Для профилактики внутрибольничного легионеллеза необходим постоянный контроль температуры горячей воды на точках выхода и поддержания ее на уровне 65 °С и выше. В случае необходимости снижения температуры воды ниже 55 °С в отделениях

МО, где находятся пациенты групп риска, используются дополнительных факторы защиты:

специальные фильтры, полностью исключающие соприкосновение пациента с легионеллами, которые устанавливаются в душевых и других точках выхода системы водоснабжения;

использование в системе водоснабжения покрытий, исключающих формирование биопленок на их поверхности.

3221. Система водоснабжения, оборудование и инструментарий медицинской организации дополнительно дезинфицируется с помощью препаратов, обладающих способностью разрушать и предотвращать образование новых биопленок.

3222. Систему водоснабжения МО в случае снижения температуры горячего водоснабжения до 55 °С и ниже на точках выхода необходимо ежемесячно контролировать на наличие Legionella pneumophila и Legionella spp. до момента восстановления температурного режима до уровня выше 65 °С.

3223. Обследование градирен (водных систем охлаждения) промышленных предприятий и других объектов должно осуществляться в отношении всех градирен, используемых в производственном процессе. При обследовании градирен исследуют образцы воды из чаши градирни (не менее 2-х образцов объемом 1 литр). В зависимости от конструкции градирни и наличия доступа аналогичное количество образцов воды отбирают из насоса и отстойника градирни. При визуальном обнаружении биопленки на поверхности чаши градирни для исследования берут не менее 2-х проб. Градирни, используемые на непроизводственных объектах, обследуются аналогичным образом.

3224. При обследовании централизованных систем кондиционирования и увлажнения воздуха, используемых для создания микроклимата в общественных зданиях, торговых центрах, ресторанах, клубах, учреждениях, гостиницах, на пассажирских судах и поездах, необходимо осуществлять отбор проб воды из контура централизованной системы кондиционирования и увлажнения воздуха (не менее 2-х образцов объемом 1 литр). Благоприятные условия для колонизации легионеллами создаются в поддонах или на полу камер орошения, где скапливается конденсат охлаждаемого воздуха. При визуальном обнаружении биопленок берут не менее 2 проб.

В случае сезонного использования системы кондиционирования и увлажнения (летний или зимний период) микробиологическое исследование проводится при запуске системы и в конце периода эксплуатации.

3225. При обследовании джакузи в местах общественного пользования (бассейны, сауны, аквапарки, фитнес и спа-центры, демонстрационные джакузи в торговых и

выставочных центрах и другие) необходимо осуществлять отбор проб воды после фильтра (2 образца объемом 1 литр). Для исследования в зависимости от конструкции системы берут соскобы из насосных устройств, обеспечивающих циркуляцию воды и подачу воздуха. Визуальному осмотру подлежат места возможной колонизации легионеллами и образования биопленки (пластиковые или резиновые коврики и трапы, сливные и дренажные точки). При выявлении биопленок из данных мест также берутся образцы для микробиологического исследования.

В случае длительного перерыва в эксплуатации демонстрационных или декоративных джакузи в торговых, выставочных, офисных центрах при полном или частичном сохранении в них воды необходимо провести микробиологическое исследование до начала эксплуатации.

3226. При обследовании систем водоснабжения микробиологическому исследованию должен предшествовать анализ температуры воды в системе и выявление концевых (наиболее отдаленных от бойлерной), редко используемых участков и «застойных» зон и тупиковых точек системы горячего водоснабжения. При температуре воды выше 70 °С в магистрали или бойлерной и 60 °С и выше в точках потребления воды, а также при холодной воды температуре ниже 20 °С микробиологическое исследование проводить нецелесообразно. Для исследования берут образцы воды объемом 0,5 - 1,0 литр и смывы с внутренней поверхности водопроводных кранов, сеток душа, внутренней поверхности труб концевых, редко используемых и «застойных» участков системы горячего водоснабжения. Общее количество проб определяется числом выявленных участков и точек системы, подлежащих исследованию. При отсутствии таковых исследуется вода и смывы в ближайшей и наиболее отдаленных от бойлера точках. Образцы воды берут также на выходе из бойлерной или магистрального водовода в соответствующем диапазоне температур. Микробиологический мониторинг систем водоснабжения в случае благоприятного для размножения легионелл температурного режима проводится не реже 2-х раз в год.

3227. Необходимость и частота микробиологического мониторинга в других водных системах общественного назначения (фонтаны уличные и внутренние, технологические циклы с использованием циркуляции и аэрозолирования воды, аварийные души на производстве, поливальные установки и другие) в связи с возможностью размножения в них легионелл определяется температурой воды (25 - 50 °С), длительностью циркуляции воды в замкнутом режиме, длительными сроками хранения больших объемов «застойной» воды до начала ее использования, особенно аэрозолирования, обнаружением биопленок.

3228. Порядок и частота обследования потенциально опасных водных систем в МО (системы водоснабжения, системы кондиционирования и увлажнения воздуха, бассейны-джакузи) проводится в соответствии с требованиями Санитарных правил, за исключением отделений МО групп риска, в которых необходимо полностью исключить возможность контакта пациента с контаминированной легионеллами водой (стационары, отделения, где применяется иммуносупрессивная терапия: трансплантология, онкология, хирургия, интенсивная терапия, реанимация, ожоговые отделения, перинатальная и неонатальная патология и другие).

В отделениях групп риска исследования потенциально опасных водных систем осуществляют ежеквартально, а в случае выявления легионелл после проведения профилактических мероприятий ежемесячно. Дополнительно в отделениях групп риска МО осуществляют контроль на контаминацию легионеллами содержащего воду оборудования, инструментария и растворов, применяемых для при осуществлении интубации, вентиляции легких, других процедур, осуществляемых для пациентов групп риска; бутилированной воды, используемой пациентами. Аналогичные требования к порядку и частоте обследования потенциально опасных водных систем необходимо соблюдать в организациях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов.

3229. В медицинских организациях (МО) в период госпитализации больного в палату (бокс) и после его выписки, в случае летального исхода заболевания, дезинфекция проводится в обычном режиме функционирования стационара.

3230. В связи с возможностью артифициального пути распространения легионеллезной инфекции в МО, связанного с лечебными процедурами (вихревыми ваннами, терапией ультразвуковыми дезинтеграторами, интубацией и другими), все медицинские изделия и оборудование, используемое в этих целях после применения у пациентов, подвергают дезинфекции в плановом порядке.

3231. Для дезинфекции системы водоснабжения, оборудования и медицинских изделий в медицинских организациях используют средства, обладающие способностью предотвращать и разрушать образование биопленок.

3232. Основными методами дезинфекции искусственных водных резервуаров являются термический и химический.

3233. При использовании термического метода осуществляют прогрев воды при температуре не менее 80 °С в течение 24 часов. Этот метод применяют при обработке систем отопления, водоснабжения, замкнутых систем циркуляции воды.

3234. При использовании химического используют разрешенные к применению хлорсодержащие средства, обеспечивающие концентрацию остаточного хлора на уровне 1 - 3 мг/л. При необходимости сокращения времени хлорирования концентрацию активного хлора следует увеличить до 20 - 50 мг/л.

3235. Выбор метода или их сочетания осуществляют в зависимости от типа водного объекта, подлежащего дезинфекции. Замкнутые водные системы необходимо чистить и промывать не реже 2 раз в год. При обнаружении в системах легионелл ежеквартально проводят дезинфекционные мероприятия с последующим обязательным бактериологическим исследованием воды.

3236. В МО, гостиницах, офисных помещениях, на транспорте (круизные и другие морские и речные суда) обеззараживанию подлежат места возможного распространения и накопления легионелл - искусственные водные резервуары: кондиционеры, увлажнители, душевые установки, плавательные бассейны, ванны для бальнеопроцедур.

3237. Для обеззараживания промышленных или бытовых водных резервуаров, градирен, прудов-отстойников, систем оборотного водоснабжения применяется следующая схема:

проведение постоянного хлорирования при концентрации 2 - 3 мг/л свободного хлора в течение 24 – 48 часов;

хлорирование меньшими дозами 0,7 - 1,0 мг/л по 1 часу в день.

Применяются дезинфицирующие средства, не содержащие активного хлора, а также другие средства и технологии их применения.

Гигиеническое воспитание населения и обучение
граждан по вопросам профилактики

3238. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о легионеллезе, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и другие средства.

XLIII. Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации

3260. В целях предупреждения возникновения и распространения паразитарных болезней должны проводиться санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе мероприятия по осуществлению производственного контроля, проведению медицинских осмотров, гигиеническому воспитанию и обучению населения.

3261. Мероприятия по санитарной охране территории Российской Федерации, направленные на предупреждение завоза паразитарных болезней из неблагополучных стран осуществляют в соответствии с требованиями главы V Санитарных правил.

3262. Паразитарные болезни человека представляют собой группу инфекционных заболеваний, вызываемых патогенными простейшими, гельминтами или членистоногими. Характеризуются многообразием путей передачи и полиморфностью клинических проявлений. В зависимости от систематической принадлежности возбудителя паразитарные болезни разделяют на протозоозы, гельминтозы и заболевания, вызываемые членистоногими. По особенностям биологического цикла развития подразделяют на: контагиозные паразитозы, трансмиссивные болезни, биогельминтозы и геогельминтозы.

Выявление, регистрация и учет паразитарных болезней

3263. Обследованию на контактные гельминтозы и кишечные протозоозы подлежат: дети, посещающие дошкольные образовательные организации; персонал дошкольных образовательных организаций; учащиеся младших классов, дети, подростки, декретированные и приравненные к ним группы населения при диспансеризации и профилактических осмотрах; дети, подростки по эпидемическим показаниям; дети и подростки, оформляющиеся в организации, осуществляющие образовательную деятельность, организации для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации, в детские отделения больниц; дети всех возрастов детских организаций закрытого типа и круглогодичного пребывания, пациенты детских и взрослых поликлиник и больниц по клиническим показаниям, лица, общавшиеся с больными.

3264. Забор проб биологического материала для исследования на паразитозы проводят медицинские работники медицинских организаций, организаций, осуществляющих образовательную деятельность, организаций для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и иных организаций.

3265. Доставку биологического материала в лабораторию производят в герметичных контейнерах, обеспечивающих его сохранность и безопасность при транспортировании.

3266. Лабораторные исследования на наличие возбудителей паразитозов осуществляют юридические лица и индивидуальные предприниматели.

3267. Организацию и проведение плановых обследований детей, посещающих организации, осуществляющие образовательную деятельность, организации для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей обеспечивают руководители таких

организаций.

3268. В целях ежегодного планового обследования детей на паразитозы руководители организаций, осуществляющих образовательную деятельность, совместно с медицинскими организациями (государственной или частной системы здравоохранения) разрабатывают график забора и доставки проб биологического материала на исследование.

3269. При выявлении лиц, пораженных паразитозами, должностные лица Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации принимают решение о проведении эпидемиологического расследования, в том числе при необходимости с привлечением специалистов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в субъекте Российской Федерации» и (или) иного учреждения Роспотребнадзора. По итогам расследования заполняются карты эпидемиологического расследования случая паразитарного заболевания.

3270. Инвазированные лица подлежат лечению в амбулаторных или стационарных условиях на основании их информированного добровольного согласия и с учетом права на отказ от медицинского вмешательства.

3271. В целях активного выявления и предупреждения распространения паразитарных болезней проводят плановые профилактические обследования должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным, медицинским и бытовым обслуживанием населения (далее – декретированные группы населения).

3272. При угрозе возникновения и распространения паразитарных заболеваний должностные лица, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, выдают гражданам, юридическим лицам и индивидуальным предпринимателям предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических мероприятий, в том числе в рамках лабораторного обследования и медицинского наблюдения, и выполнения работ по дезинфекции, дезинвазии, дезинсекции и дератизации.

3273. Организация и проведение плановых и по эпидемическим показаниям обследований декретированных групп населения на наличие паразитарных болезней обеспечивают руководители организаций и индивидуальные предприниматели по месту их работы.

3274. За всеми выявленными инвазированными лицами устанавливают медицинское наблюдение в соответствующих медицинских организациях.

3275. Снятие с диспансерного учета осуществляют после проведения лечения и получения отрицательных результатов лабораторного исследования биологического материала.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения паразитарных болезней

3276. В целях предупреждения возникновения и распространения паразитарных болезней органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

непрерывное наблюдение за эпидемическим процессом с целью оценки ситуации в популяции людей и в объектах окружающей среды;

постоянную оценку масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости паразитарных болезней;

выявление тенденций эпидемического процесса;

выявление регионов, областей, населенных пунктов с высоким уровнем заболеваемости и риском заражения;

выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости паразитарными болезнями на территории; контроль и обоснованную оценку масштабов их распространенности;

оценку качества и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

планирование последовательности мероприятий и сроков их реализации;

разработку прогнозов эпидемиологической ситуации.

3277. Эпидемиологическую диагностику осуществляют с помощью ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости.

3278. Многолетний ретроспективный эпидемиологический анализ (проводят не менее чем за 5 лет) предусматривает:

анализ многолетней динамики заболеваемости (пораженности);

анализ заболеваемости по территориям;

анализ заболеваемости по возрастным группам, полу, контингентам населения;

анализ эпидемических очагов паразитарных болезней по конкретным нозологическим формам;

анализ по факторам риска с учетом источников и факторов передачи паразитозов;

анализ лабораторной диагностики паразитозов;

выводы и предложения по разработке профилактических мероприятий.

3279. Ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости паразитозами проводят ежегодно.

3280. Оперативный эпидемиологический анализ проводят при эпидемическом подъеме заболеваемости или регистрации эпидемических очагов групповой заболеваемости. Эпидемиологический анализ включает постоянное наблюдение за динамикой заболеваемости с учетом определенного этиологического агента, оценку санитарно-эпидемиологической ситуации, формулирование предварительного и окончательного эпидемиологического диагноза с установлением причин, и условий подъема заболеваемости или формирования эпидемического очага.

3281. По эпидемическим показаниям территориальными органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, принимается решение о кратности и объеме лабораторных исследований почвы, сточных вод и их осадков, вод поверхностных водоемов, которые используются для целей рекреации и в качестве источников хозяйственно-питьевого водоснабжения, вод плавательных бассейнов, питьевой воды на различных этапах водоподготовки.

Требования к мероприятиям по профилактике отдельных групп паразитарных болезней

3282. Малярия представляет собой группу антропонозных, протозойных, трансмиссивных болезней человека, возбудители которых передаются самками комаров рода *Anopheles*. Характеризуются преимущественным поражением ретикулогистиоцитарной системы и эритроцитов, проявляющимся рецидивирующими пароксизмами лихорадки, спленомегалией, гепатомегалией и анемией. Вызывается паразитическими простейшими рода *Plasmodium*. Возбудителями малярии являются одноклеточные микроорганизмы, относящиеся к типу *Protozoa*, классу *Sporozoa*, отряду *Haemosporidea*, семейству *Plasmodiidae*, роду *Plasmodium*. Для человека патогенны четыре вида этого рода: *P. vivax* (возбудитель трехдневной малярии), *P. ovale* (возбудитель трехдневной малярии типа овале), *P. malariae* (возбудитель малярии четырехдневной) и *P. falciparum* (возбудитель тропической малярии). В настоящее время установлено, что малярию у человека в Юго-Восточной Азии вызывают также некоторые виды плазмодиев приматов. Источник инвазии при малярии – человек, в периферической крови которого имеются половые формы малярийных плазмодиев (гамонты). Источником инвазии может быть больной малярией с первичными или повторными проявлениями и

паразитоноситель. В естественных условиях возбудителей малярии человека передают только самки комаров рода *Anopheles*, однако возможна трансфузионная передача при переливании крови от донора - паразитоносителя или при манипуляциях инструментами, контаминированными кровью больного.

3283. Малярия распространена на территориях тропического и субтропического поясов. Особое эпидемиологическое значение имеют тропическая малярия в связи с высокой летальностью среди неиммунных лиц при несвоевременной диагностике и трехдневная малярия, возбудители которой способны сохраняться в гепатоцитах в форме гипнозоитов в течение 36 месяцев с последующим формированием поздних рецидивов.

3284. Лабораторная диагностика малярии основана на прямом обнаружении возбудителя в периферической крови при исследовании толстой капли и тонкого мазка.

3285. Сбор и анализ данных о местных или завозных случаях малярии осуществляют медицинские организации и органы, уполномоченные осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор.

3286. Комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) противомалярийных мероприятий определяется территориальными органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в соответствии с таблицей 1.

Таблица 1

Основные противомалярийные мероприятия

Наименование мероприятий		При отсутствии инфекции	При завозе инфекции в период, когда возможна передача	В активных очагах
I. Лечебно-профилактические				
1. Выявление случаев малярии				
активный метод		-	+	+
пассивный метод		+	+	+
2.	Предварительное лечение лихорадящих лиц при вероятности заболевания тропической малярией	+	+	+
3.	Лечение больных и (или) паразитоносителей	-	+	+
4.	Эпидемиологическое обследование очага	-	+	+

5.	Химиопрофилактика сезонная, межсезонная	-	-	+
6.	Проверка достоверности отсутствия малярии	+	+	-
II. Энтомологические и дезинсекционные мероприятия				
1.	Мониторинг за переносчиком	+	+	+
2.	Расчет сроков сезона эффективной заражаемости комаров и сезона передачи малярии	+	+	+
3.	Наблюдение за местами выплода и динамикой их площадей, паспортизация водоемов на территории населенных пунктов и в радиусе 3 км с ежегодным пополнением данных	+	+	+
4.	Предупреждение образования анофелогенных водоемов и сокращение площади существующих	+	+	+
5.	Защита населения от укусов комаров с помощью репеллентов, защитной одежды и электрофумигирующих устройств	-	+	+
6.	Обработка помещений инсектицидами	-	-	+
7.	Обработка анофелогенных водоемов ларвицидами	+	+	+
8.	Энтомологический контроль качества ларвицидных и имагоцидных обработок	-	+	+
III. Подготовка кадров		+	+	+
IV. Санитарно-просветительная работа среди населения		-	+	+

3287. Организацию и проведение мероприятий по профилактике малярии на территории субъекта Российской Федерации осуществляют органы и учреждения Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, а также другие заинтересованные ведомства, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, местного самоуправления в муниципальных образованиях.

3288. При организации противомалярийных мероприятий обеспечивают наличие в медицинских организациях неснижаемого запаса противомалярийных средств для

лечения всех видов малярии, в том числе примахина (в медицинских организациях), и проведение дезинсекционных мероприятий по уничтожению комаров (имаго, личинок) на территориях, где возможна передача трехдневной малярии.

3289. Проведение мероприятий по профилактике малярии в активном очаге трехдневной малярии осуществляют в течение 3 лет, ввиду возможного появления больных малярией после длительной инкубации.

3290. Организации, командирующие сотрудников в страны субтропического и тропического пояса, или туристические агентства, организующие путешествия в эти страны, информируют выезжающих:

о возможности заражения малярией и необходимости соблюдения мер профилактики (защита от укусов комаров и употребление химиопрофилактических препаратов, эффективных в стране пребывания);

о необходимости немедленного обращения за квалифицированной медицинской помощью при возникновении лихорадочного заболевания во время пребывания в эндемичной стране;

о необходимости после возвращения при возникновении любого лихорадочного заболевания обращаться к врачу и сообщать ему о сроках пребывания в странах субтропического и тропического пояса и приеме химиопрофилактических препаратов.

3291. Специалистов, командируемых в страны субтропического и тропического пояса в местности, где отсутствует доврачебная помощь, обеспечивают курсовой дозой противомалярийных препаратов.

3292. Сотрудников транспортных организаций, выполняющих рейсы в страны, где распространена тропическая малярия, а также спасателей и военнослужащих, временно находящихся в указанных странах, обеспечивают укладкой, содержащей противомалярийные профилактические препараты и средства защиты от укусов комаров. Указанным лицам проводят химиопрофилактику.

3293. Военнослужащим пограничных войск и общевойсковых соединений, которые проходят службу на территории стран, где распространена трехдневная малярия, за 14 календарных дней до демобилизации или выезда из эндемичных районов на территорию Российской Федерации проводят курс профилактического лечения против малярии.

3294. Обследованию на малярию подлежат:

лица, прибывшие из эндемичных по малярии местностей или посетившие эндемичные страны в течение последних трех лет, при повышении температуры, с любым из следующих симптомов на фоне температуры тела выше 37 °С: увеличение печени,

селезенки, желтушность склер и кожных покровов, герпес, анемия;

лица с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение 5 дней;

больные с установленным диагнозом, но с продолжающимися периодическими подъемами температуры, несмотря на проводимое специфическое лечение;

лица, проживающие в активном очаге, при любом повышении температуры.

Мероприятия по профилактике гельминтозов, передающихся через мясо и мясные продукты

3295. Основными паразитарными болезнями, передающимися через мясо и мясную продукцию, являются трихинеллез и тениидозы.

3296. Трихинеллёз является природно-очаговым зоонозным заболеванием. Это остро и хронически протекающая болезнь свиней, других всеядных, плотоядных, грызунов и человека, вызываемая личиночными стадиями нематоды *Trichinella spiralis*. Заражение человека происходит при употреблении в пищу мяса и мясной продукции, содержащих личинки трихинелл. Распространен повсеместно, потенциальным источником инвазии является мясо более 60 видов диких и домашних плотоядных животных. В клинической картине трихинеллеза ведущими синдромами являются: лихорадочный, отечный, мышечный, абдоминальный. Диагностика включает: сбор и анализ данных эпидемиологического анамнеза; клиническое обследование с использованием инструментальных методов; проведение лабораторных серологических и специальных паразитологических исследований. Клинический диагноз ставят на основании данных о длительности инкубационного периода, наличия клинических симптомов и лабораторных данных (эозинофилия и лейкоцитоз, положительные результаты серологических исследований).

3297. В случае выявления больного с симптомами, соответствующими клинике трихинеллеза, врач (фельдшер) обязан собрать эпидемиологический анамнез и зарегистрировать данные в медицинской карте больного. При выявлении больного трихинеллезом или лиц с подозрением на заболевание руководитель медицинской организации обязан в течение 2 часов сообщить об этом по телефону и, в течение 12 часов, направить экстренное извещение в территориальный орган Роспотребнадзора. Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение на больного трихинеллезом в территориальный орган Роспотребнадзора.

3298. Территориальный орган Роспотребнадзора при получении извещения об измененном (уточненном) диагнозе информируют об этом медицинскую организацию по месту выявления больного, подавшую первоначальное экстренное извещение.

3299. Каждый случай трихинеллеза подлежит регистрации и учету по месту его выявления в медицинских организациях с отметкой в журнале учета инфекционных заболеваний.

3300. Полноту, достоверность и своевременность регистрации и учета случаев заболеваний (подозрений на заболевание), а также оперативное и полное информирование о них территориальных органов и учреждений Роспотребнадзора обеспечивает руководитель медицинской организации по месту выявления больного.

3301. В случае регистрации группового заболевания трихинеллезом руководитель Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации обязан представить внеочередное донесение в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

3302. Мероприятия по борьбе требуют комплексного подхода и информационного взаимодействия между медицинскими сотрудниками и специалистами в области ветеринарии. Комплексный план по борьбе с трихинеллезом составляется совместно территориальными органами и учреждениями Роспотребнадзора, территориальными отделами ветеринарии, охотоведческими организациями и органами местного самоуправления. План должен включать противоэпидемические и профилактические мероприятия.

3303. Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения трихинеллеза осуществляют на основании результатов эпидемиологического и эпизоотологического мониторинга и эпидемиологической диагностики.

3304. Тениидозы (тениаринхоз, тениоз). Возбудитель тениаринхоза – бычий (невооруженный) цепень (*Taeniarhynchus saginatus*). Развитие тениид происходит со сменой двух хозяев. Окончательный хозяин тениаринхоза – человек, промежуточный хозяин– корова, реже – буйвол, зебу, як, северный олень. Возбудитель тениоза — свиной цепень (*Taenia solium*). Окончательный хозяин – человек, промежуточный – свинья, реже другие млекопитающие, в том числе человек (цистицеркоз).

3305. Тениидозы распространены повсеместно и приурочены к районам с развитым животноводством (разведением крупного рогатого скота, свиней). Источником инвазии является больной человек, выделяющий во внешнюю среду инвазионные элементы (членики, онкосферы), которыми заражается промежуточный хозяин, а затем

через недостаточно термически обработанное мясо, содержащее инвазионную личиночную стадию возбудителя (цистицерки), происходит передача инвазии здоровому человеку. Клиническая картина тениидозов разнообразна. В ряде случаев отмечается отсутствие клинических проявлений заболевания и единственной жалобой больных является указание на выделение члеников во время дефекации и вне ее. Для массового обследования населения наиболее эффективным методом диагностики является опрос о самопроизвольном отхождении члеников (анамнестический метод). Из методов лабораторной диагностики применяют исследование материала из перианальных складок (перианальный соскоб), для исследования кала используют методы обогащения (флотации и седиментации).

3306. Профилактические мероприятия проводят комплексно медицинские сотрудники и специалисты в области ветеринарии. Профилактика направлена на предупреждение заражения животных, предупреждение заражения людей, активное выявление и лечение больных лиц. Санитарные мероприятия предусматривают благоустройство населенных пунктов, крестьянских, фермерских хозяйств, устройство туалетов, в том числе на полевых станах, загонах. Для водопоя скота следует отводить водоемы, которые не загрязняются необеззараженными сточными водами. Лиц из групп особого риска заражения (сельскохозяйственные работники) систематически обследуют на пораженность гельминтами и проводят их дегельминтизацию. Профилактика заражения людей осуществляют путем проведения ветеринарно-санитарной экспертизы (далее – ВСЭ) мяса.

3307. Юридические лица, а также индивидуальные предприниматели обеспечивают:

безопасность мяса и мясной продукции в процессе ее производства и реализации в соответствии с требованиями технических регламентов;

проведение профилактических дезинвазионных и дератизационных мероприятий на территориях животноводческих ферм и комплексов, боен, складов мясных продуктов, на предприятиях пищевой промышленности, общественного питания, объектах торговли, реализующих пищевую продукцию, и на других объектах, имеющих особое эпидемиологическое значение;

информирование медицинских, ветеринарных и охотоведческих организаций о случаях выявления гельминтозов, передающихся через мясо, среди диких и сельскохозяйственных животных, а также о случаях заболевания людей.

Мероприятия по профилактике гельминтозов, передающихся через рыбу, ракообразных, моллюсков, земноводных, пресмыкающихся и продукты их переработки

3308. Основными гельминтозами, передающимися через рыбу, ракообразных, моллюсков и продукты их переработки, являются описторхозы, дифиллоботриозы, анизакидоз, спарганоз, нанофиетоз, метагонимоз, парагонимоз.

3309. Возбудителями описторхозов и клонорхоза являются трематоды *Opisthorchis felineus*, *Opisthorchis viverrini*, *Opisthorchis* (*Clonorchis*) *sinensis*. Окончательными хозяевами и источниками инвазии описторхов являются млекопитающие, в том числе человек. Развитие возбудителей происходит со сменой двух промежуточных хозяев (моллюски, рыба семейства карповых, при клонорхозе дополнительно семейств бычковых и сельдевых, креветки). Человек заражается при употреблении в пищу рыбы и рыбной продукции, содержащих жизнеспособные личинки (метацеркарии) описторхов. Описторхозы распространены на всей территории Евразии. Заболевание у человека протекает в двух клинических формах: острой и хронической. Клинические проявления острого описторхоза обусловлены аллергическими реакциями на фазу миграции личинки гельминта, клиника хронического описторхоза – симптомами поражения желчевыводящих путей, печени, поджелудочной железы паразитированием половозрелой особи. Диагноз описторхоза устанавливается на основании выявления в фекалиях яиц описторхов методами седиментации и (или) обнаружением яиц возбудителя при микроскопии дуоденального содержимого. В острой стадии описторхоза используют иммуноферментный анализ с целью выявления специфических антител класса М.

3310. Возбудителем дифиллоботриоза человека являются лентецы: широкий (*Diphyllobotrium latum*) и дальневосточный (*D. dendriticum*). Биологический цикл развития происходит со сменой трех промежуточных хозяев. Окончательным хозяином и источником инвазии являются хищные млекопитающие и человек. Заражение человека происходит в результате употребления в пищу рыбы хищных пород, содержащих инвазионные личинки (плероцеркоиды) дифиллоботриид. Инвазия протекает с минимальными признаками диспептических явлений или бессимптомно, характеризуется периодическим отхождением стробилы паразита (1 раз в 3-4 месяца). Диагноз устанавливается на основании паразитологического исследования стробилы гельминта, обнаружения яиц дифиллоботриид в кале или материале из перианальных складок.

3311. Рыба практически любых видов, пресноводные и морские ракообразные, а также земноводные и пресмыкающиеся являются потенциальными источниками заражения человека, редко встречающимися паразитозами (парагонимоз, нанофиетоз,

анизакидоз, метагонимоз, спарганоз).

3312. Профилактические мероприятия проводят комплексно медицинские сотрудники, специалисты в области ветеринарии и рыбоохраны. Профилактика направлена на предупреждение фекального загрязнения водоемов, предупреждение заражения людей, активное выявление и лечение больных лиц. Санитарные мероприятия предусматривают благоустройство прибрежных зон в соответствии с требованиями Водного кодекса. Профилактику заражения людей осуществляют путем проведения ВСЭ, санитарно-паразитологического контроля в рыбоперерабатывающих и торговых организациях, предприятиях общепита.

3313. С целью выявления возбудителей гельминтозов в намеченном участке (зоне) пресноводного водоема исследуют по 25 особей каждого вида промежуточных и дополнительных (промыслового размера) хозяев возбудителей биогельминтозов.

3314. В аккредитованных испытательных лабораториях исследуют по 20 особей промыслового размера дополнительных хозяев возбудителей биогельминтозов, распространенных на этой территории. При отрицательном результате число исследуемых экземпляров рыб увеличивают до 40. После подтверждени отрицательного результата водоем считается благополучным. Рыба, выловленная в таких водоемах, допускается на реализацию без ограничений. Последующие исследования в этом водоеме проводят через 3 года.

3315. Наибольшее эпидемиологическое значение имеют виды рыб семейства карповых: язь, елец, линь, красноперка, плотва, лещ, зараженность которых личинками описторхисов достигает 60 - 100%. Эти виды рыб, выловленные из водоемов эндемичных по описторхозу территорий, подлежат исследованию по паразитологическим показателям только после предварительного обеззараживания.

3316. При выявлении больного биогельминтозами или лиц с подозрением на заболевание работники медицинских организаций информируют территориальные органы, уполномоченные на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

3317. Комплексный план по борьбе с биогельминтозами, передающимися через рыбу, составляют совместно территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора, территориальные отделы ветеринарии, территориальные органы Федерального агентства по рыболовству и органы местного самоуправления. План должен включать противоэпидемические и профилактические мероприятия.

Мероприятия по профилактике эхинококкозов

3318. Эхинококкозы человека вызываются паразитированием в тканях и органах личиночных стадий цестод рода *Echinococcus,* из которых наиболее значимыми являются возбудитель эхинококкоза однокамерного – эхинококк однокамерный *Echinococcus granulosus* и возбудитель альвеококкоза (эхинококкоза многокамерного) – эхинококк многокамерный *Echinococcus multilocularis*. Инвазия характеризуется длительным хроническим течением, тяжелыми органными и системными нарушениями, обширностью поражения внутренних органов и тканей, приводящими к инвалидности и даже к гибели больного. После заражения заболевание длительное время протекает бессимптомно. Клинические проявления соответствуют нарушению функции органа или системы, пораженных ларвоцистами.

3319. Окончательными хозяевами *Echinococcus granulosus* являются: собака, волк, реже – шакал, лисица, енотовидная собака, корсак, а промежуточными – широкий круг различных травоядных и всеядных животных, включая основные виды сельскохозяйственных животных (овцы, козы, крупный рогатый скот, свиньи, лошади, ослы и другие). Окончательные хозяева *Alveococcus multilocularis* – песец, лисица, собака, реже – волк, корсак, енотовидная собака, в единичных случаях – кошки. Промежуточные хозяева – в основном, дикие мышевидные грызуны (ондатры, полевки и иные). В биологии эхинококков человек играет роль промежуточного хозяина. Механизм заражения человека – фекально-оральный. Заражение происходит при попадании в желудочно-кишечный тракт онкосфер эхинококков с продуктами питания или шерстью животных, контаминированных инвазионными яйцами гельминтов.

3320. Обязательными методами обследования больных с подозрением на эхинококкозы являются ультразвуковые и рентгенологические методы обследования, используют серологические методы с целью выявления специфических антител к возбудителям эхинококкозов.

3321. Организация профилактических мероприятий за эхинококкозами включает:

оперативное слежение (мониторинг) за эпидемиологической ситуацией;

эпидемиологический анализ информации об эхинококкозах на территории за определенный промежуток времени (данные о заболеваемости населения, числе хирургических операций по поводу эхинококкозов, инвалидности, смертности, экономическому ущербу, характеру и объему санитарно-гигиенических и лечебно-профилактических мероприятий);

гигиеническое воспитание с использованием средств массовой информации;

регулирование содержания животных семейств псовых, кошачьих, их плановой профилактической дегельминтизации.

3322. Объектами санитарно-гельминтологических исследований являются места содержания собак, животноводческие хозяйства, а также домовладения.

3323. Предупреждение заражения человека и сельскохозяйственных животных включает:

обеспечение дегельминтизации приотарных, оленегонных, ездовых и других собак на территории городов и поселков;

обеспечение органами местного самоуправления и юридическими лицами учета и регистрации собак, регулирования численности бродячих собак путем их отлова и содержания в специальных питомниках. При реализации региональных программ, комплексных планов санитарно-эпидемиологического благополучия населения организация и проведение указанных мероприятий относится к полномочиям органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

3324. Группы риска заражения возбудителем эхинококкозов (охотники, чабаны, оленеводы, пастухи, работники звероферм, животноводческих хозяйств, зоопарков, заготовители пушнины, работники меховых мастерских, специалисты в области ветеринарии, лица, занятые отловом собак, владельцы собак, работники заповедников, заказников, лесничеств, сборщики и закупщики грибов, ягод, а также члены их семей) при проведении профилактических и периодических медицинских осмотров, диспансеризации подлежат обследованию на эхинококкозы.

3325. На территориях, эндемичных по эхинококкозам, при плановых медицинских осмотрах лабораторному и инструментальному обследованию подлежит население старше 3 лет.

Мероприятия по профилактике дирофиляриоза

3326. Дирофиляриозы водят в группу филяриатозов и являются единственными в умеренном климате гельминтозами с трансмиссивным путем передачи. Возбудители – *Dirofilaria repens* (возбудитель подкожного дирофиляриоза), *Dirofilaria immitis* (возбудитель висцерального, плевролегочного дирофиляриоза). Окончательные хозяева дирофилярий – плотоядные животные семейств псовых, кошачьих, виверровых. Основными источниками инвазии для человека служат зараженные домашние собаки, редко – кошки. Передача и распространение дирофиляриоза осуществляется комарами родов *Aedes*, *Culex* и *Anopheles*. Человек является факультативным хозяином. Диагноз устанавливают клинически при визуализации подвижного паразита под кожей больного

или же при морфологическом исследовании биологического материала после оперативного удаления гельминта.

3327. Профилактика заражения человека и животных дирофиляриями основана на прерывании трансмиссивной передачи инвазии: истребление комаров, выявление и дегельминтизация инвазированных домашних собак, предотвращение контакта комаров с домашними животными и человеком.

3328. В городах и сельских населенных пунктах в местах, где формируются очаги дирофиляриоза (парковая зона, зона отдыха людей и выгула собак, питомники собак), специалисты - энтомологи учреждений Роспотребнадзора обеспечивают наблюдение за фенологией, экологией и видовым составом переносчиков дирофилярий, определяют сроки выплода и массового вылета комаров.

3329. В очагах дирофиляриоза проводят сплошную обработку водоемов – деларвацию, жилые и нежилые помещения обрабатывают инсектицидами.

3330. Обследование и дегельминтизация инвазированных домашних собак и кошек проводят в весенне-летний период. Неинвазированным собакам в эндемичной зоне для предотвращения заболевания дирофиляриозом проводят химиопрофилактику.

3331. Для предотвращения контакта домашних животных и человека с комарами применяют репелленты длительного действия.

3332. Разъяснительную работу с населением о профилактике дирофиляриоза проводят медицинские работники с использованием средств массовой информации.

Мероприятия по профилактике геогельминтозов (аскаридоз, трихоцефалез, токсокароз)

3333. Геогельминтозы представляют собой группа гельминтозов, у возбудителей которых созревание яиц проходит в почве. Заражение ими происходит при заглатывании инвазионных яиц окончательными хозяевами. Наиболее актуальными являются: аскаридоз (*Ascaris lumbricoides*), трихоцефалез (*Trichocephalus trichiurus*), токсокароз (*Toxocara canis*, *Toxocara cati*).

3334. Возбудители геогельминтозов передаются через растительную, плодоовощную, плодово-ягодную продукцию, а также через объекты внешней среды (почва, вода), контаминированные инвазионными яйцами гельминтов. Клинические проявления инвазии антропонозными геогельминтами связаны с признаками нарушения функции желудочно-кишечного тракта. Диагноз устанавливают на основании выявления в кале методами флотации и (или) седиментации яиц паразитов, а также по факту отхождения аскарид. Клинические проявления токсокароза неспецифичны и варьируют от

бессимптомных и скрытых форм до манифестных. Критериями диагноза являются данные лабораторных исследований: эозинофилия, лейкоцитоз, выявление специфических антител в серологических реакциях.

3335. Очаги аскаридоза, трихоцефалеза различают по степени их экстенсивности, определяемой уровнем пораженности населения и числом микроочагов.

3336. Руководители организаций, занимающиеся выращиванием и реализацией овощей, фруктов, зелени и продуктов их переработки, обеспечивают безопасность выпускаемой продукции по санитарно-паразитологическим показателям.

3337. Противоэпидемические мероприятия по профилактике аскаридоза и трихоцефалеза включают:

выявление источников инвазии и установление микроочагов;

эпидемиологическое обследование очага при выявлении геогельминтозов;

оздоровление микроочагов и очагов геогельминтозов;

лечение инвазированных (с контролем эффективности через 14 календарных дней после дегельминтизации, трехкратно с интервалом 7-10 календарных дней) и обследование жителей микроочага (в течение 2-х лет ежегодно);

санитарно-паразитологический мониторинг объектов окружающей среды в каждом очаге (контрольные точки устанавливают в ходе эпидемиологического расследования);

дезинвазию почвы, жидких бытовых отходов;

запрещение применения необезвреженных фекалий в качестве удобрений;

наблюдение за очагом (микроочагом) аскаридоза в течение 2-х лет (микроочаг снимают с учета через 2 года при отсутствии регистрации инвазированных лиц, а также отрицательных результатах санитарно-паразитологического исследования почвы).

3338. Решение по проведению дезинвазии объектов и объему мероприятий по оздоровлению очага принимают территориальные органы Роспотребнадзора.

3339. Мероприятия по профилактике аскаридоза, трихоцефалеза и токсокароза включают:

анализ пораженности, заболеваемости населения;

предупреждение загрязнения яйцами гельминтов почвы и выращиваемых на ней овощей, фруктов, ягод, столовой зелени, а также блюд из них, употребляемых в пищу без термической обработки;

санитарно-паразитологический контроль за безопасностью растительной продукции;

санитарно-паразитологический контроль источников водоснабжения населения;

санитарно-паразитологический контроль за качеством дезинвазии сточных вод и их осадков, применяемых для орошения или производства агрохимикатов (органических удобрений);

санитарно-паразитологический контроль за качеством дезинвазии сточных вод и их осадков, применяемых для орошения и удобрения сельскохозяйственных угодий и теплиц;

контроль численности собак в населенных пунктах, профилактическая и плановая их дегельминтизация не реже 1 раза в квартал;

выделение на территории домовладений площадок для выгула собак и обеспечение их надлежащего состояния;

дезинвазию песка в песочницах и предупреждение загрязнения их фекалиями собак и кошек;

санитарную очистку территорий населенных пунктов;

соблюдение личной гигиены в быту, общественных местах, а также при контакте с почвой, песком и растительной продукцией;

гигиеническое воспитание и обучение;

разработку комплексных планов по профилактике паразитарных болезней, в том числе геогельминтозов.

Мероприятия по профилактике энтеробиоза и гименолепидоза

3340. Группа контагиозных антропонозных гельминтозов. Возбудителем энтеробиоза является *Enterobius vermicularis*, гименолепидоза – *Hymenolepis nana*. Распространены повсеместно, особенно в регионах с сухим теплым климатом, неблагополучными социально-экономическими условиями и низким уровнем санитарно-гигиенической культуры. Основным источником заражения является инвазированный человек, выделяющий инвазионные яйца паразитов. Заражение здорового человека происходит при заглатывании яиц гельминтов (фекально-оральный механизм передачи); факторами передачи являются руки, обсемененные яйцами гельминтов, предметы обихода, игрушки, продукты питания, объекты окружающей среды (почва, вода). В передаче инвазии в качестве механического переносчика могут играть роль мухи и тараканы. На предметах обихода, в том числе игрушках, постельных принадлежностях, ковровых покрытиях и других, возбудитель энтеробиоза сохраняет жизнеспособность до 21 дня, на объектах окружающей среды – в верхних слоях почвы, песка (в том числе игровых площадок, песочниц) - до 14 дней, в водопроводной и сточной воде - до 7 календарных дней. Яйца возбудителя гименолепидоза сохраняют жизнеспособность на предметах обихода 60-70 часов, в воде до 1 месяца, 3 часа на зелени и овощах. При

температуре плюс 22–28 °С и снижении влажности до 60% яйца остриц сохраняют жизнеспособность до 8 дней. Возбудитель энтеробиоза устойчив к различным дезинфицирующим средствам. Устойчивость яиц остриц во внешней среде увеличивается по мере их созревания. Инвазия энтеробиоза и гименолепидоза характеризуется аллергическими, диспептическими явлениями, нередко протекает бессимптомно. Для энтеробиоза характерен перианальный зуд. Диагноз устанавливают на основании клинических проявлений, эпидемиологического анамнеза (выявление факта заболевания гельминтозом у членов семьи, других детей в школе или детском саду), обнаружения яиц остриц в материале из перианальных складок и яиц карликового цепня в фекалиях при исследовании методами седиментации, флотации.

3341. Профилактика энтеробиоза и гименолепидоза включает следующий комплекс мероприятий:

выявление больных и паразитоносителей;

обследование декретированных групп населения;

лечение выявленных инвазированных лиц и химиопрофилактика контактных лиц;

санитарно-паразитологический контроль эпидемически значимых объектов, в том числе воды бассейнов, песка песочниц, воды питьевой, помещений, оборудования, инвентаря, игрушек, предметов обихода, пищеблоков и других в организованных детских коллективах;

мониторинг за циркуляцией возбудителей энтеробиоза и гименолепидоза в группах повышенного риска заражения (дети и персонал организованных детских коллективов, декретированные контингенты);

осуществление санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий (дезинвазия поверхностей в помещениях, мягкой мебели, ковров, игрушек, предметов обихода, уборочного инвентаря, фекалий; объектов окружающей среды – воздуха в помещениях, воды питьевой и воды бассейнов, песка в песочницах; обеззараживание рук).

определение уровня риска заражения в соответствии с эпидемиологической ситуацией и результатами санитарно-паразитологического контроля и (или) уровнем пораженности обследованных лиц в очаге;

разработку комплексных планов, целевых программ по профилактике энтеробиоза и гименолепидоза;

гигиеническое воспитание и обучение населения.

3342. Выявление больных и (или) паразитоносителей проводится при профилактических, плановых, предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотрах (исследование фекалий и материала из

перианальных складок).

3343. Обследованию на энтеробиоз и гименолепидоз подлежат:

воспитанники дошкольных образовательных организаций;

работники дошкольных образовательных организаций;

учащиеся младших классов (с 1 по 4 класс);

дети, подростки, декретированные группы населения по эпидемическим показаниям и при диспансеризации и профилактических осмотрах;

дети, при оформлении в дошкольные образовательные организации, организации для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные организации;

амбулаторные и стационарные больные детских поликлиник и больниц;

лица, контактировавшие с больным или паразитоносителем;

лица, получающие допуск для посещения плавательного бассейна.

3344. Плановые профилактические обследования детей и обслуживающего персонала в дошкольных образовательных организациях и 1-4 классах общеобразовательных организаций проводятся 1 раз в год (после летнего периода) и (или) по эпидемиологическим показаниям.

3345. Периодическому профилактическому плановому обследованию на энтеробиоз и гименолепидоз подлежат декретированные группы населения - один раз в год.

3346. Противоэпидемические мероприятия в очаге включают:

выявление источников инвазии;

выявление путей и факторов передачи;

оценку эпидемиологической ситуации с учетом степени риска заражения;

лечение больных;

санацию очагов энтеробиоза, в том числе дезинвазионные мероприятия.

3347. Дезинвазия поверхностей, предметов и объектов окружающей среды осуществляется различными способами согласно приложению 35 к Санитарным правилам. По завершению дезинвазионных мероприятий проводятся санитарно-паразитологические исследования, по результатам которых выносится решение о необходимости дополнительных противоэпидемических мероприятий.

3348. При выявлении больных энтеробиозом или гименолепидозом в организованных коллективах первичные меры (организация дезинвазионных мероприятий) проводят медицинские работники учреждения или его администрация.

3349. Эпидемиологическое расследование очага гельминтоза проводится

органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, с целью установления границ очага, оценки эпидемиологической ситуации с учетом степени риска заражения, определения путей и факторов передачи возбудителя, а также условий, способствовавших возникновению очага.

3350. Лица, инвазированные острицами и карликовым цепнем, подлежат лечению в амбулаторных или стационарных условиях (при необходимости изоляции по эпидемиологическим показаниям).

3351. Инвазированных острицами и карликовым цепнем лиц, относящихся к декретированным группам населения, на период лечения переводят на другую работу. При невозможности перевода таких работников временно (на период лечения и контрольного лабораторного обследования) отстраняют от работы.

3352. Дети, инвазированные острицами и карликовым цепнем, не допускаются в дошкольные образовательные организации на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

3353. Контрольное обследование больных энтеробиозом проводят 3-кратно с интервалом в 1-2 календарных дня. Первое контрольное обследование проводят через 6-7 календарных дней после окончания курса лечения. Первое контрольное обследование больных гименолепидозом проводят через две недели после лечения, а затем ежемесячно в течение 6 месяцев.

3354. При плановых профилактических обследованиях детей на энтеробиоз в организованных коллективах в случае выявления 10% и более инвазированных острицами на период лечения из детского коллектива не отстраняют. Химиопрофилактику при наличии информированного согласия проводят одновременно всем детям и персоналу препаратами, разрешенными для этих целей в соответствии с инструкцией на препарат.

Мероприятия по профилактике кишечных протозоозов (лямблиоз, амебиаз, криптоспоридиоз, балантидиаз, бластоцистоз и другие)

3355. Большинство кишечных протозойных заболеваний, за исключением балантидиаза и криптоспоридиоза, являются антропонозными инфекциями. Источник заражения кишечными простейшими *Lamblia intestinalis* (возбудитель лямблиоза) и *Entamoeba histolytica* (возбудитель амебиаза) – человек. Наибольшую эпидемическую опасность, в качестве источника инфекции, представляют больные хроническими формами протозоозов в межрецидивный период и здоровые носители. Балантидиаз – зоонозная инвазия, основным источником заражения которой являются свиньи.

Возбудитель – инфузория *Balantidium coli*. Основным источником криптоспоридиоза (*Criptosporidium parvum*) является молодняк сельскохозяйственных животных (телята, ягнята, поросята, козлята и другие), у которых инвазия протекает как тяжелая острая, часто с летальным исходом, кишечная инфекция.

3356. В организме человека и животных возбудители кишечных протозоозов паразитируют в вегетативных формах. Попадая во внешнюю среду, они формируют цистные формы, способные сохранять жизнеспособность в течение нескольких недель, а иногда и нескольких месяцев.

3357. Механизм передачи кишечных протозойных инвазий – фекально-оральный. В пищеварительный тракт человека цисты (и вегетативные формы) попадают с пищевыми продуктами и водой, через грязные руки. На продукты цисты простейших попадают с загрязненных рук цистовыделителей, переносятся мухами и тараканами. При удобрении почвы огородов (садов) фекалиями человека, свиней и крупного рогатого скота, поливе необезвреженными сточными водами цисты попадают на овощи, ягоды, фрукты. Цистами могут быть загрязнены предметы обихода, разделочные столы, ножи, кухонная и столовая посуда, оборудование, дверные ручки и иные.

3358. Клинические проявления чаще всего сопровождаются диспептическими симптомами и варьируют от легких и бессимптомных форм (лямблиоз, криптоспоридиоз) до тяжелых язвенно-некротических форм колита (амебиаз, балантидиаз). Диагноз устанавливают на основании обнаружения в фекалиях и (или) биоптатах двенадцатиперстной или толстой кишок трофозоитов возбудителей методом нативного мазка или цист/ооцист простейших в окрашенных мазках или при исследовании методами седиментации.

3359. Группами риска заражения являются дети младшего дошкольного и школьного возраста, а также страдающие иммунодефицитными состояниями, работники животноводческих ферм, лица, вернувшиеся из стран тропического и субтропического климата, высокоэндемичных по амебиазу.

3360. Профилактические мероприятия включают:

анализ заболеваемости взрослого и детского населения;

обследование эпидемически значимых контингентов населения: дети и персонал организованных детских коллективов – при приеме в организацию и далее 1 раз в год, декретированные группы населения – при поступлении на работу и далее 1 раз в год, лица, контактировавшие с больными, а также стационарные и амбулаторные больные;

санитарно-паразитологический контроль в помещениях организованных детских коллективов, организаций общественного питания;

охрану водоемов от загрязнения сточными водами, поверхностными стоками;

санитарно-паразитологический контроль за качеством питьевой воды и воды поверхностных водных объектов;

кипячение воды, применение фильтрующих устройств и дезинфицирующих средств при децентрализованном водоснабжении, в том числе из естественных водоемов, употребление бутилированной воды;

соблюдение режимных санитарно-эпидемиологических требований в медицинских организациях;

соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в организованных детских коллективах;

гигиеническое обучение декретированных групп населения, в том числе работников дошкольных образовательных организаций;

соблюдение правил содержания животных, обеспечивающих защиту от заражения протозоозами;

разработка комплексных планов по профилактике кишечных протозоозов.

3361. Противоэпидемические мероприятия включают:

выявление больных и (или) паразитоносителей (лабораторное исследование копроматериала от лиц с высоким риском заражения);

эпидемиологическое обследование очага при выявлении случаев кишечных протозоозов;

лечение в амбулаторных или стационарных условиях лиц, инвазированных кишечными протозоозами (при необходимости изоляции по эпидемиологическим показаниям);

отстранение от работы на период лечения и контрольного лабораторного обследования (или перевод на другую работу) лиц, инвазированных кишечными протозоозами, относящихся к декретированным группам населения;

запрещение допуска в дошкольные образовательные организации детей, инвазированных кишечными протозоозами, на период лечения и проведения контрольного лабораторного обследования.

Требования к мероприятиям по профилактике заболеваний человека, вызванных членистоногими

3362. Среди паразитов кожи человека эпидемиологическое значение имеют клещ *Sarcoptes scabei* (возбудитель чесотки), возбудители педикулеза – головная вошь (*Pediculus humanus capitis*), платяная вошь (*Pediculus humanus corporis*) и лобковая вошь

(*Phtyrus pubis*). Распространены повсеместно, клинически проявляются кожным зудом, расчесами в местах локализации паразитов. Диагноз устанавливают на основании паразитологического исследования материала из соскобов кожных покровов (при чесотке) или самих паразитов (при инвазии вшами).

3363. Мероприятия по профилактике педикулеза и чесотки включают:

плановые осмотры населения на педикулез;

обеспечение организованных коллективов (дошкольные образовательные организации, организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, стационарные организации отдыха детей и их оздоровления) сменным постельным бельем, средствами личной гигиены, дезинфекционными и моющими средствами;

оснащение дезинфекционным оборудованием и обеспечение дезинфекционными средствами медицинских организаций, приемников-распределителей, организаций систем социального обеспечения, следственных изоляторов, домов ночного пребывания, мест временного пребывания мигрантов, санитарных пропускников, бань, прачечных.

3364. Осмотру на педикулез и чесотку подлежат:

воспитанники дошкольных образовательных организаций, – ежемесячно;

обучающиеся, по образовательным программам начального общего образования, - ежемесячно; обучающиеся по образовательным программам основного общего образования и среднего общего образования - после каждых каникул и ежемесячно выборочно 4-5 классов;

студенты профессиональных образовательных организаций и образовательных организаций высшего образования – 4 раза в год;

воспитанники организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей - еженедельно;

дети, выезжающие на отдых в оздоровительные организации, – до отъезда;

дети, находящиеся в детской оздоровительной организации, – еженедельно;

больные, поступающие на стационарное лечение, – при поступлении и далее 1 раз в 7 календарных дней;

лица, находящиеся в организациях системы социального обеспечения, – 2 раза в месяц;

амбулаторные больные – при обращении;

работники организаций – при проведении диспансеризации и профилактических осмотров.

3365. При выявлении педикулеза у лиц, поступивших в стационар, в приемном отделении проводят санитарную обработку.

3366. При поступлении детей в организованный детский коллектив проводится осмотр на педикулез и чесотку.

3367. Детей, пораженных педикулезом, направляют для санации с отстранением от посещения организованного детского коллектива. Допуск детей в организованный детский коллектив после санации разрешается только при наличии медицинской справки об отсутствии педикулеза.

3368. Учащихся общеобразовательных организаций при обнаружении педикулеза на время проведения лечения отстраняют от посещения организации. Допуск в организации, осуществляющие образовательную деятельность разрешается после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей медицинской справкой.

3369. За лицами, контактировавшими с больным педикулезом, устанавливают медицинское наблюдение сроком на 1 месяц с проведением осмотров 1 раз в 10 календарных дней с занесением результатов осмотра в журнал.

3370. Результаты осмотра на педикулез и чесотку лиц, поступающих на стационарное лечение и (или) обращающихся на амбулаторный прием, регистрируют в медицинских документах.

3371. При обнаружении чесотки у детей, посещающих дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации, престарелых, инвалидов, лиц, проживающих в общежитиях, членов многодетных семей, мигрантов, лиц без определенного места жительства проводят обработку (в том числе нательного и постельного белья) по заявкам организаций и лиц. Дезинфекционные обработки проводят организации, имеющие лицензию на данный вид деятельности.

3372. Лица, у которых выявлены лобковые вши, направляются в кожно-венерологический диспансер по месту жительства с целью подтверждения диагноза и проведения комплекса противоэпидемических мероприятий.

3373. Детей дошкольного и школьного возраста при обнаружении чесотки отстраняют от посещения дошкольных образовательных организаций и общеобразовательных организаций на время проведения лечения. Допуск в организации, осуществляющие образовательную деятельность разрешается только после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий с подтверждающей медицинской справкой.

3374. Врач с учетом эпидемиологической обстановки определяет необходимость профилактического лечения лиц, контактировавших с больным чесоткой. Лечение проводят лицам, находившимся в контакте с больным, а также из организаций, где

зарегистрировано несколько случаев заболевания чесоткой или в процессе наблюдения за очагом (в течение 1 месяца) выявлены новые больные. В организациях, осуществляющих образовательную деятельность, где профилактическое лечение контактных лиц не проводилось, осмотр кожных покровов обучающихся осуществляют трижды с интервалом в 10 календарных дней.

3375. При выявлении в организации чесотки проводится текущая дезинфекция.

Мероприятия по профилактике демодекоза

3376. Демодекоз представляет собой паразитарную инвазию, вызываемую паразитированием условно-патогенного клеща – железницы угревой (*Demodex folliculorum* и *Demodex brevis*). Преимущественно клещ локализуется на лице: веки, кожа лица, область надбровных дуг, лоб, носогубные складки и подбородок, наружный слуховой проход. Диагноз устанавливают на основании обнаружения клеща и его яиц в соскобе с кожи лица или секрете сальных желез.

3377. Профилактические мероприятия включают:

соблюдение общих гигиенических норм (парикмахерские, косметологические кабинеты, бани, сауны, бассейны, аквапарки и другие);

соблюдение правил личной гигиены при уходе за кожей лица и глазами;

обследование на демодекоз групп риска: работников медицинских организаций (сотрудники клинико-диагностических лабораторий, окулисты, дерматологи и другие), парикмахеров, косметологов.

3378. Противоэпидемические мероприятия:

выявление больных и (или) паразитоносителей при медицинских осмотрах, по эпидпоказаниям и (или) при обращении в медицинские организации;

проведение обеззараживания от возбудителей демодекоза оборудования, материалов, рабочих поверхностей в парикмахерских, косметологических кабинетах и других;

контроль за обработкой оборудования, материалов, рабочих поверхностей в помещениях бань, саун, парикмахерских, косметологических кабинетов и других в соответствии с действующими требованиями.

Мероприятия по профилактике паразитарных болезней,
передающихся через укусы насекомых и клещей

3379. С целью предупреждения заболеваемости паразитарными болезнями, передающимися через укусы насекомых и клещей, юридическими лицами,

индивидуальными предпринимателями проводится комплекс профилактических мероприятий:

благоустройство парков, скверов, кладбищ, территорий оздоровительных организаций, иных мест массового пребывания людей;

акарицидная обработка территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных организаций, баз отдыха, включая домашних и сельскохозяйственных животных;

дератизационные мероприятия с целью снижения численности прокормителей клещей (диких грызунов) на расчищенных территориях;

дезинсекционные профилактические (противоэпидемические) мероприятия с целью снижения численности кровососущих насекомых, с учетом результатов энтомологического мониторинга, в том числе в местах формирования очагов трансмиссивных болезней (водоемов вблизи населенных пунктов и рекреационной зоне, территорий выгула и содержания собак, в жилых и нежилых помещениях и других);

обработка инсектоакарицидными препаратами широкого спектра действия собак и кошек;

обучение населения методам индивидуальной защиты человека и домашних животных от кровососущих насекомых и клещей.

3380. Органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, обеспечивают плановый энтомологический мониторинг объектов окружающей среды (в том числе территорий водоемов, мест рекреации) с целью слежения за циркуляцией кровососущих насекомых и клещей (переносчиков паразитарных болезней) и прогнозирования энтомологической ситуации.

Требования к мероприятиям по охране окружающей среды от загрязнения возбудителями паразитарных болезней

3381. Профилактические мероприятия по обеспечению охраны окружающей среды от контаминации возбудителями паразитарных болезней организуют и осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, а также индивидуальные предприниматели и юридические лица на принадлежащей им территории.

3382. Профилактические, в том числе дезинвазионные мероприятия с использованием инструментального контроля технологических параметров обеззараживания, проводят на очистных сооружениях хозяйственно-бытовых, производственных, смешанных стоков непрерывно, вне зависимости от результатов санитарно-паразитологического контроля (планового, мониторингового,

производственного). Санитарно-паразитологические исследования на этих объектах осуществляют с целью контроля эффективности дезинвазии (приложение 36 к Санитарным правилам).

3383. На других объектах (территории населенных пунктов, рекреационные территории, общественные пляжи, территории дошкольных образовательных организаций и общеобразовательных организаций, площадки для выгула животных и иные) в случае обнаружения возбудителей паразитарных заболеваний проводят противоэпидемические мероприятия по обеспечению охраны окружающей среды с последующими санитарно-паразитологическими исследованиями для контроля эффективности дезинвазии.

3384. В целях недопущения попадания материала, способного содержать жизнеспособных возбудителей паразитарных болезней, на объекты окружающей среды, потенциально являющиеся факторами передачи паразитозов, в том числе почву населенных мест, рекреационные зоны, зоны повышенной посещаемости населением, организации воспитания и обучения, отдыха и оздоровления детей; питьевую воду; воду поверхностных водоемов, прибрежных вод морей; сбрасываемые сточные воды и осадки сточных вод (перед использованием их полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам, направляемых на полив, либо используемых в качестве технической воды) выполняются мероприятия по профилактике загрязнения жизнеспособными яйцами и личинками гельминтов, цистами (ооцистами) кишечных патогенных простейших, которые включают:

обеззараживание (дегельминтизацию и дезинвазию);

водоотведение населенных пунктов;

обустройство люфт-клозетов, туалетов с водонепроницаемыми выгребами, своевременным обеззараживанием (дезинвазией) и вывозом их содержимого в неканализованных населенных пунктах, фермерских, индивидуальных хозяйствах, местах отдыха населения, территорий содержания и убоя скота;

осуществление производственного контроля сточных вод и их осадков на очистных сооружениях канализации, животноводческих комплексах, фермах по паразитологическим показателям (приложение 36 к Санитарным правилам);

применение любых разрешенных доступных технологий на функционирующих объектах, а также при их реконструкции и строительстве новых (сооружений по очистке и обеззараживанию хозяйственно-бытовых, промышленных и смешанных стоков; локальных очистных сооружений канализации, не имеющих водоотведения в

общесплавную канализацию; локальных очистных сооружений для ливневых, талых и паводковых вод);

предупреждение паразитарного загрязнения продукции при сборе, транспортировании, хранении и реализации овощей, ягод, столовой зелени и прочей продукции растительного и животного происхождения в торговой сети, на рынках и в организациях общественного питания.

3385. В целях предупреждения обсеменения почвы возбудителями паразитарных болезней осуществляют:

внесение в почву только гарантированно обезвреженных от возбудителей паразитозов органических удобрений на основе осадков сточных вод, навоза и помета животных, в том числе при использовании внутрипочвенных методов внесения;

применение осадка сточных вод, навоза и помета животных для удобрения сельскохозяйственных угодий и теплиц без обработки, обеспечивающей обеззараживание, не допускается.

3386. В целях предупреждения обсеменения воды поверхностных водоемов и прибрежных вод морей возбудителями паразитозов, проводят следующие мероприятия:

организация зарегулирования ливневого, талого стока селитебных территорий в общегородскую канализационную систему;

организация отвода паводковых и ливневых стоков с территорий населенных мест, в пруды-накопители или биологические пруды с целью предварительной обработки и дезинвазии перед сбросом в водоемы;

сброс в поверхностные водоемы, прибрежные воды морей сточных вод хозяйственно-бытового водоотведения, железнодорожного транспорта, фановых, ливневых и паводковых стоков только гарантированно обеззараженных (не содержащих жизнеспособных яиц гельминтов и цист патогенных простейших);

организация глубоководных выпусков, обеззараженных от паразитарных агентов сточных вод при сбросе их в моря в районах водопользования;

строительство и содержание благоустроенных уборных по берегам поверхностных водоемов и прибрежных зон морей;

недопущение вывоза и складирования на поверхности ледяного покрова водных объектов осадков сточных вод, твердых коммунальных отходов.

3387. В целях профилактики паразитарных болезней при техногенных авариях и чрезвычайных ситуациях проводят:

оценку эпидемиологической ситуации на месте с определением масштаба и границ чрезвычайной ситуации для принятия управленческих решений (в первый день после устранения технических причин аварии);

отбор проб почвы на загрязненной и сопредельной территориях для санитарно-паразитологических исследований в зависимости от площади затопления (в первый день после устранения технических причин аварии);

индикацию возбудителей паразитарных болезней;

оценку результатов лабораторных исследований;

организацию дезинвазионных мероприятий;

контроль качества проведенных мероприятий по обеззараживанию территорий, включая санитарно-паразитологические исследования почвы и воды;

мониторинговые санитарно-паразитологические исследования почвы в течение 2-х лет в очагах и микроочагах геогельминтозов;

слежение за заболеваемостью населения, проживающего на территории загрязнения, в течение 2-х лет, при отсутствии регистрации случаев заболеваний в очагах и микроочагах геогельминтозов.

3388. Для очистки и обеззараживания питьевой воды проводят комплекс мероприятий, гарантирующий отсутствие в питьевой воде, подаваемой в распределительные сети, возбудителей паразитарных болезней с обязательным контролем параметров технологического процесса и текущей оценкой эффективности конечного результата путем проведения соответствующих санитарно-паразитологических исследований.

3389. С целью дезинвазии/обеззараживания нечистот (фекалий), твердых коммунальных отходов, сточных вод и их осадков, ливневых стоков, почвы(песка), игрушек, белья, прочих предметов обихода и объектов окружающей среды применяют любые доступные методы (химические, физические, биологические и комбинированные), обладающие подтвержденными дезинвазионными свойствами, с обязательным контролем параметров технологического процесса (в том числе температура, дозировка, экспозиция) и оценкой эффективности конечного результата путем проведения соответствующих санитарно-паразитологических исследований.

Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики паразитарных болезней

3390. Гигиеническое воспитание и обучение проводят при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций,

деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения при приеме на работу и в дальнейшем с периодичностью 1 раз в 2 года. Оно должно включать подробную информацию о контагиозных гельминтозах, противоэпидемических мероприятиях в очаге, мерах профилактики.

3391. Профессиональная гигиеническая подготовка и аттестация указанных выше категорий работников проводится специалистами организаций, имеющих лицензию на медицинскую деятельность по гигиеническому воспитанию, осуществляющих профессиональную гигиеническую подготовку и аттестацию указанных выше категорий работников.

3392. Гигиеническое воспитание населения включает подробное информирование населения о паразитарных болезнях, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием бюллетеней, средств массовой информации, информационно-коммуникационной сети «Интернет».

3393. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики паразитарных болезней организуют и проводят органы и учреждения Роспотребнадзора, органы государственной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, медицинские организации, центры медицинской профилактики.

XLIV. Профилактика инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

3394. К инфекциям, связанным с оказанием медицинской помощи (ИСМП), относят любое инфекционное заболевание, развившееся у пациента в связи с оказанием ему любых видов медицинской помощи (в медицинских организациях, осуществляющих оказание медицинской помощи в стационарных условиях, амбулаторно, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и вне медицинской организации, в организациях социального обслуживания, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, санаторно-оздоровительных организациях и других), а также случаи заражения инфекционными болезнями медицинских работников в результате их профессиональной деятельности.

3395. Внутрибольничные инфекции (ВБИ) представляют собой любые инфекционные заболевания (состояния), возникшие в МО (и не имевшиеся до обращения за медицинской помощью, в том числе в инкубационном периоде) и проявившиеся в условиях МО или вне МО в течение периода инкубации, а также инфекционное

заболевание (состояние) сотрудника МО вследствие его инфицирования при выполнении трудовых обязанностей. Внутрибольничные инфекции являются частью ИСМП.

3396. Диагноз ИСМП устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

3397. Возбудителями ИСМП могут быть: бактерии, риккетсии, вирусы, прионы, грибы, простейшие, эктопаразиты. Наиболее часто этиологическими агентами ИСМП являются условно-патогенные микроорганизмы из группы ESCAPE: Enterococcus, Staphylococcus aureus, Acinetobacter spp., Pseudomonas aeruginosa, Clostridium difficile, представители семейства Enterobacteriaceae (Escherichia coli, Klebsiella pneumonia, Enterobacter spp., Proteus spp.).

3398. Среди возбудителей ИСМП идентифицируют:

бактерии: Staphylococcus spp., Streptococcus spp., Enterococcus spp., Pseudomonas spp., Escherichia spp., Klebsiella spp., Enterobacter spp., Acinetobacter spp., Serratia spp., Proteus spp., Citrobacter spp.. Clostridium spp., Mycobacterium spp., Salmonella spp., Shigella spp., Yersinia spp., Legionella spp. и другие.

вирусы: ВИЧ, вирусы гепатитов B, C, D, A, ротавирусы, норовирусы, энтеровирусы, вирусы гриппа и других ОРВИ, кори, краснухи, эпидемического паротита, герпеса, цитомегаловирусы, коронавирусы (SARS-CoV, MERS-CoV) и другие.

грибы: Candida spp., Aspergillus spp. и другие.

простейшие: Cryptosporidium spp., Pneumocystis carinii и другие.

эктопаразиты: Pediculus spp.; Sarcoptes scabici и другие.

3399. ИСМП могут быть обусловлены как экзогенным, так и эндогенным инфицированием. Некоторые из микроорганизмов вызывают различные клинические формы ИСМП, другие выделяются при определенных клинических состояниях, поражают определенные группы пациентов.

3400. При возникновении ИСМП, обусловленных патогенными микроорганизмами, требуется проведение противоэпидемических мероприятий согласно требованиям Санитарных правил к профилактике отдельных инфекционных болезней.

3401. Основными формами ИСМП являются:

Гнойно-септические инфекции новорожденных (ГСИ новорожденных): бактериальный менингит, сепсис, остеомиелит, омфалит, инфекции кровотока, пиодермия, импетиго, панариций, паронихий, мастит, неонатальная инфекция мочевых путей, конъюнктивит и дакриоцистит, пневмонии.

Гнойно-септические инфекции родильниц (ГСИ родильниц): сепсис, инфекции соска и молочной железы, связанные с деторождением, острый перитонит, инфекция

хирургической акушерской раны, расхождение швов после кесарева сечения, расхождение швов промежности, инфекции мочевых путей после родов, инфекции органов дыхания, осложняющие роды и послеродовой период.

Инфекции в области хирургического вмешательства (ИОХВ).

Инфекции кровотока (ИК): инфекции, связанные с инфузией, трансфузией и лечебной инъекцией, иммунизацией. Среди инфекций кровотока выделяют катетер-ассоциированные инфекции кровотока (КАИК).

Инфекции мочевыводящих путей (ИМВП). Среди них выделяют катетер-ассоциированные инфекции мочевыводящих путей.

Инфеции нижних дыхательных путей (ИНДП). Среди них выделяют ИВЛ-ассоциированные ИНДП.

Острые кишечные инфекции (ОКИ), в том числе острые гепатиты А и Е.

Другие сальмонеллезные инфекции.

Воздушно-капельные инфекции (ВКИ).

Туберкулез впервые выявленный, активные формы.

Парентеральные инфекции: ВИЧ, гепатиты В и С.

3402. Случаи инфекционных заболеваний, возникшие до поступления в МО, проявившиеся или выявленные при поступлении (после поступления в пределах инкубационного периода данной нозологической формы), называются заносами инфекции и не относятся к ИСМП. При заносе инфекционных заболеваний необходимо проводить комплекс противоэпидемических мероприятий согласно требованиям Санитарных правил к профилактике отдельных инфекционных болезней.

3403. Источники ИСМП - пациенты, медицинские работники, а также лица, ухаживающие за больными и посетители. Наиболее значимыми источниками инфекции являются больные манифестными формами, в том числе внутриутробного характера заражения (ВУИ), носители антибиотикорезистентных штаммов микроорганизмов, а также медицинский персонал с патологией верхних и нижних дыхательных путей, мочевыводящего и желудочно-кишечного трактов, кожи и подкожной клетчатки.

3404. Механизмы передачи ИСМП: естественный (фекально-оральный, аспирационный, контактный, транслокация) и искусственный (артифициальный: ассоциированный с инвазивными и неинвазивными лечебно - диагностическими процедурами и манипуляциями, в том числе трансплантация органов, тканей).

3405. Факторами передачи являются: руки медперсонала, белье, медицинское оборудование (аппараты ИВЛ, гемодиализа, эндоскопы и другие), инструменты, средства ухода за больными, инъекционные растворы (в первую очередь в многодозовых

флаконах), повторно используемые одноразовые медицинские изделия, воздух и другие. Руки персонала играют наибольшее эпидемиологическое значение в передаче инфекции (более 50%).

3406. К причинам, способствующим росту заболеваемости ИСМП, относятся нарушения в организации работы МО, санитарно-техническом состоянии, материальном обеспечении и соблюдении противоэпидемического режима.

3407. Неудовлетворительные архитектурно-планировочные решения:

несоответствие состава и площади помещений;

перекрест технологических потоков;

отсутствие механической приточно-вытяжной вентиляции.

3408. Нарушения в организации работы МО:

превышение норм коечной емкости палат;

отсутствие разделения по нозологическим формам;

совместное размещение детей и взрослых пациентов;

аварийные ситуации на водопроводной и канализационной системах, перебои и отсутствие в подаче горячей и холодной воды, нарушения в тепло- и энергоснабжении;

нарушения в работе приточно-вытяжной вентиляции.

3409. Недостаточное материально - техническое оснащение:

недостаток медицинских изделий, в том числе одноразовых (катетеры, санационные системы, дыхательные трубки и другие);

нехватка оборудования, перевязочного материала, лекарств;

перебои в поставке белья, моющих и дезинфицирующих средств.

3410. Нарушения противоэпидемического режима:

несоблюдение цикличности заполнения палат;

несвоевременный перевод новорожденных и родильниц в соответствующие стационары;

повторное использование одноразовых медицинских изделий, неиндивидуальное использование средств ухода за больными, емкостей для питья, кормления, обработки кожных покровов и глаз;

нарушение правил текущей и заключительной дезинфекции, стерилизации и другие.

Выявление, учет и регистрация случаев ИСМП

3411. Случаи ИСМП подлежат регистрации, учету и статистическому наблюдению[63].

3412. Руководители медицинских организаций, выявивших больного, должны обеспечить полноту, достоверность и своевременность учета случая ИСМП, а также оперативное сообщение о них в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3413. Каждый случай ИСМП подлежит регистрации в журнале учета инфекционных заболеваний по месту их выявления и месту инфицирования пациента в медицинских организациях, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Учет всех случаев ИСМП ведется по месту инфицирования пациента.

3414. В случае выявления ИСМП после выписки или перевода пациента в другой стационар, МО, выявившая ИСМП, должна передавать информацию в территориальные органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, которые в течение 12 часов передают информацию о зарегистрированных ИСМП в МО по месту предполагаемого инфицирования.

3415. Групповыми заболеваниями следует считать 5 и более случаев ИСМП, связанных одним источником инфекции и (или) общими факторами передачи, в том числе заражение среди пациентов и персонала (суммарно).

3416. О возникновении групповых заболеваний ИСМП любой этиологии МО сообщает в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в соответствии с установленным порядком представления внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера[64].

3417. Заболевания новорожденных инфекциями, вызванные условно патогенной флорой и выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и (или) в течение 7 дней после выписки, подлежат учету в данном стационаре. Генерализованные формы (сепсис, гематогенный остеомиелит, менингит) учитываются в течение месяца после рождения ребенка.

---

[63] Приказ Росстата от 29.12.2018 № 792 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека федерального статистического наблюдения за санитарным состоянием субъекта Российской Федерации».

[64] Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера» (зарегистрировано Минюстом России 24.03.2016, регистрационный № 41525)

3418. Заболевания родильниц инфекциями, вызванные условно патогенными микроорганизмами и связанные с родами (эндометрит, пиелонефрит, гнойный мастит, сепсис, перитонит и другие), выявленные в период пребывания в акушерском стационаре и (или) в течение 30 дней после родов, подлежат учету акушерским стационаром.

3419. Гнойно-воспалительные заболевания, связанные с оказанием хирургической медицинской помощи (ИОХВ), имеют максимальный инкубационный период 30 календарных дней после оперативного вмешательства, а при наличии имплантата в месте операции – год и более.

Лабораторная диагностика

3420. Лица с подозрением на ИСМП из числа пациентов или персонала должны быть обследованы лабораторно в целях идентификации возбудителя, вызвавшего заболевание, и определения чувствительности к антибиотикам любым из доступных методов диагностики. При выделении патогенов из группы ESCAPE с множественной и экстремальной устойчивостью к антибиотикам проводится определение устойчивости к дезинфицирующим средствам. Обследование персонала проводится по эпидемиологическим показаниям.

3421. Для лабораторной диагностики ИСМП могут использоваться бактериологический, молекулярно-генетический, серологический и другие методы исследования.

3422. Для проведения лабораторной диагностики применяются тест-системы, зарегистрированные в Российской Федерации.

3423. Взятие, транспортирование, доставка в лабораторию для исследования биологического материала осуществляются в соответствии с требованиями главы IV Санитарных правил.

3424. Взятие материала следует проводить непосредственно из патологического очага (по возможности до начала антибактериальной терапии), а также во время операции по поводу повторной ревизии операционной раны.

3425. Показания к взятию материала на бактериологическое исследование при подозрении на ИОХВ:

повторная ревизия операционной раны;

подозрение на послеоперационное осложнение любого генеза:

гнойно-септическое,

кровотечение (в связи с возможностью лизиса сосудов в результате гнойного поражения);

несостоятельность швов;

парез кишечника в послеоперационном периоде;

операции по поводу гнойных процессов.

3426. При вяло текущих гнойно-воспалительных ранах, свищевых ходах и подобных процессах преимущественно проводятся обследования пациентов на актиномицеты, дрожжевые и плесневые грибы.

3427. При невыясненной бактериальной этиологии заболевания пациента обследуют на вирусы и других возбудителей инфекционных заболеваний с учетом клинической картины.

3428. К клиническому образцу должно быть приложено направление, содержащее следующие сведения: характер материала, фамилия, имя, отчество и возраст больного, название отделения, номер истории болезни, диагноз заболевания, дата и время взятия материала, данные о проводимой антибактериальной терапии, подпись врача, направляющего материал на анализ.

Организация и проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в организациях, осуществляющих медицинскую деятельность

3429. В целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП и других инфекционных заболеваний в МО должны проводится предусмотренные санитарными правилами санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе по осуществлению производственного контроля, принятию изоляционных мер в отношении больных (носителей) ИСМП и других инфекционных заболеваний, прерыванию путей передачи (дезинфекционные мероприятия), профилактических мер среди медицинского персонала (проведению предварительных и периодических медицинских осмотров и организации иммунопрофилактики).

Руководитель медицинской организации или уполномоченное им лицо (заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам, врач-эпидемиолог или заместителя руководителя МО по лечебной работе/медицинской части) должен обеспечить организацию и контроль выполнения комплекса профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий по профилактике и борьбе с ИСМП в МО.

В целях профилактики возникновении и распространения ИСМП разрабатываются планы профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике возникновения и распространения отдельных инфекционных заболеваний (в том числе гнойно-воспалительных), а также комплекс первичных противоэпидемических мероприятий на случай выявления больного инфекционным заболеванием и план

производственного контроля по выполнению требований санитарного законодательства, которые утверждаются руководителем организации. План профилактических и противоэпидемических мероприятий по профилактике отдельных инфекционных заболеваний может входить отдельным разделом в план производственного контроля.

Проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий осуществляет медицинский персонал под руководством лица, ответственного за работу по профилактике ИСМП.

В МО должны быть разработаны стандарты операционных процедур (СОП), в которых с учетом условий и возможностей медицинских организаций, особенностей клинических отделений, предусматриваются основные требования (стандарт) проводимых манипуляций с позиций эпидемиологической безопасности и критериев оценки качества медицинской помощи. Персонал проходит обучение по данным СОП с последующей проверкой их соблюдения.

С целью контроля за ИСМП локальным актом организации создается комиссия по профилактике ИСМП, которая может входить в состав врачебной комиссии МО. В своей деятельности комиссия руководствуется положением, разработанным и утверждённым для конкретного учреждения. В состав комиссии входят заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/ врач-эпидемиолог, заместители руководителя МО по профильным направлениям, главная медицинская сестра, заведующие профильными отделениями, заведующий микробиологической лабораторией (врач-бактериолог), клинический фармаколог/заведующий аптекой, врач-инфекционист, заведующий патологоанатомическим отделением/патологоанатом, другие специалисты. Заседания комиссии проводят не реже одного раза в квартал.

3430. Для организаций малого и среднего бизнеса приказом руководителя МО могут быть назначены лица, ответственные за работу по профилактике ИСМП или эта работа может проводиться специалистом (врачом-эпидемиологом, санитарным врачом или врачом-дезинфектологом).

Основными задачами комиссии являются: эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП, разработка и организация профилактических и противоэпидемических мероприятий, оценка их эффективности, широкое оповещение или информирование медицинского персонала об эпидемиологической обстановке в МО, ее отдельных подразделениях, результатах микробиологического мониторинга, организация разработки СОПов по манипуляциям, имеющим эпидемиологическое значение, организация обучения медицинского персонала и проведение тренингов, координация

профилактических и противоэпидемических мероприятий с руководством и всеми службами МО, а также взаимодействие с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3431. С целью профилактики возникновения ИСМП и других нежелательных состояний (токсических, аллергических и других) запрещается:

повторное использование медицинских изделий однократного применения;

использование медицинских изделий и лекарственных средств с истекшим сроком годности, а также с нарушением условий хранений и транспортировки, указанным производителем;

повторная стерилизация медицинских изделий однократного применения с истекшим сроком годности.

Профилактические мероприятия проводят исходя из положения, о том, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатиты В, С, ВИЧ-инфекция и других).

3432. Для пациентов, госпитализированных по экстренным показаниям, аналогичные обследования проводят в условиях стационара.

3433. Разрешается посещение пациентов родственниками, знакомыми. Порядок посещения медицинской организации и ее подразделений, в том числе палатных отделений и отделений реанимации, устанавливает администрация МО в виде локального нормативного акта.

3434. Для проведения инъекций в палатах необходимо использовать мобильную тележку, в конструкции которой предусмотрено разделение стерильных и использованных медицинских изделий. При невозможности использования тележки допустимо использование чистых, обеззараженных лотков. Комплектация нескольких наборов для инъекций, используя стерильную пеленку в один лоток, возможна, если обеспечить технологию, не допускающую нарушение правил асептики и предусмотреть емкость для безопасного сброса отходов класса Б, либо проводить инъекции одновременно одному пациенту.

3435. При поступлении в стационар пациентов осматривают на педикулез с отметкой в истории болезни, при необходимости они проходят санитарную обработку в приемном отделении, включающую: принятие душа или ванны, стрижку ногтей и другие процедуры, в зависимости от результатов осмотра. После санитарной обработки пациенту выдается комплект чистого нательного белья, пижама/халат, тапочки. Личную одежду и обувь оставляют в специальной упаковке с вешалками (полиэтиленовые мешки, чехлы из плотной ткани) в помещении для хранения вещей пациентов или передают его

родственникам (знакомым). В стационарах (отделениях), где предусмотрены прогулки для пациентов, хранение верхней одежды может осуществляться в специальных помещениях/шкафах непосредственно в отделениях, в том числе в палатах. Допускается нахождение больных в стационарах в домашней одежде.

Личную одежду больных инфекционными и паразитарными заболеваниями, лиц, пораженных педикулезом, подвергают камерной дезинфекции в случаях, предусмотренных нормативными документами, делают отметку в истории болезни.

В отделении больному выдают мыло, полотенце, стакан (чашка, кружка), при необходимости - поильник, плевательницу, подкладное судно с подставкой. Разрешается использовать собственные предметы личной гигиены. Подкладное судно после использования подлежит немедленному удалению из палаты, опорожнению и мойке. Одноразовые подкладные судна пациентов неинфекционных стационаров и отделений относятся к медицинским отходам класса А. В инфекционных стационарах одноразовые подкладные судна, гигиенические прокладки и памперсы относятся к отходам класса Б.

3436. Гигиеническая обработка больных (при отсутствии медицинских противопоказаний) должна осуществляться не реже 1 раза в 7 календарных дней с отметкой в истории болезни; в детских отделениях и отделениях психиатрического и психосоматического профиля одновременно проводят осмотр на педикулез. Гигиенический уход за тяжелобольными (умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта и иные гигиенические процедуры) проводят утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела. Для тяжелобольных предусматривается специальное оборудование для гигиенической обработки.

3437. Гигиеническая обработка кожных покровов пациентов отделений реанимации и интенсивной терапии проводится не менее 2 раз в день с использованием разрешенных для этих целей моющих и антисептических средств.

3438. Накануне операции пациент принимает душ с отметкой в истории болезни.

3439. Периодически должны быть организованы стрижка и бритье больных.

3440. Смена белья пациентам должна проводиться по мере загрязнения, регулярно, но не реже 1 раза в 7 календарных дней. Загрязненное белье подлежит немедленной замене. Смена постельного белья пациентам реанимационных отделений проводится не реже 1 раза в день. Смену постельного белья родильницам следует проводить 1 раз в 3 календарных дня, нательного белья и полотенец - ежедневно, подкладных пеленок – не менее 4-5 раз в день и по необходимости. Допускается использование гигиенических прокладок фабричного изготовления.

3441. Перед возвращением пациента в палату после операции производят обязательную смену белья.

3442. В операционных, акушерских стационарах (родильных блоках и других помещениях с асептическим режимом, а также в палатах для новорожденных) должно применяться стерильное белье. Для новорожденных допускается использование подгузников промышленного производства.

3443. При проведении лечебно-диагностических манипуляций, в том числе в условиях амбулаторно-поликлинического приема пациента обеспечивают индивидуальным комплектом белья (простыни, подкладные пеленки, салфетки, бахилы), в том числе разовым в соответствии со спецификой манипуляции.

3444. Кожные покровы пациентов подлежат обеззараживанию перед медицинскими манипуляциями (обработка операционного и инъекционного полей, локтевых сгибов доноров, санитарная обработка кожных покровов).

3445. Обработку кожи операционного поля осуществляют двукратным протиранием, последовательно, двумя раздельными стерильными салфетками (тампонами), смоченными спиртсодержащим кожным антисептиком, до его полного увлажнения. Предпочтение следует отдавать спиртсодержащим кожным антисептиком с красителем для визуального определения границы обработанного участка. Для этих целей не используют кожные антисептики, содержащие смягчающие, увлажняющие и питающие кожу компоненты.

3446. Не следует удалять волосы перед операцией, если волосы возле или вокруг операционного поля не будут мешать её проведению. Если их необходимо удалять, то следует делать это непосредственно перед операцией, используя хирургические клиперы.

3447. Перед обработкой антисептиком кожу операционного поля следует тщательно вымыть и очистить ее и прилегающие области для устранения явных загрязнений.

3448. Кожный антисептик при обработке неповрежденной кожи перед операцией следует наносить концентрическими кругами от центра к периферии, а при наличии гнойной раны – от периферии к центру. Подготовленная область должна быть достаточно велика, чтобы в случае необходимости продолжить разрез или сделать новые разрезы для установки дренажей.

3449. Для ограничения операционного поля (в том числе мест катетеризации магистральных сосудов) применяют стерильные простыни, полотенца, салфетки. Может также использоваться специальная хирургическая пленка с антимикробным покрытием, через которую делают разрез кожи.

3450. Обработка инъекционного поля предусматривает обеззараживание кожи с помощью спиртосодержащего антисептика, предназначенного для этих целей, в месте инъекций (подкожных, внутримышечных, внутривенных) и взятия крови. Обработку инъекционного поля проводят двукратно, стерильной салфеткой, смоченной спиртсодержащим кожным антисептиком или способом орошения антисептиком (аэрозольным методом). Время обеззараживания должно соответствовать рекомендациям по применению конкретного антисептика. При необходимости место инъекции закрывается стерильным сухим шариком (салфеткой).

3451. Для обработки локтевых сгибов доноров используют те же кожные антисептики, что и для обработки операционного поля.

3452. Для проведения инъекций применяются кожные антисептики на основе спиртов, а для детей в возрасте до 7 лет - кожные антисептики на основе этилового спирта.

3453. Санитарная обработка кожных покровов пациентов предназначена для удаления загрязнений и снижения количества резидентной микрофлоры.

3454. Санитарную обработку кожных покровов проводят накануне оперативного вмешательства или при уходе за пациентом.

3455. Для санитарной обработки кожных покровов используют кожные антисептики, не содержащие спиртов, обладающие моющим эффектом.

3456. Всю поверхность тела, либо отдельный участок кожи протирают салфеткой или тампоном, смоченным кожным антисептиком либо готовой к применению салфеткой, пропитанной кожным антисептиком.

3457. Пациенты и посетители проводят гигиеническую обработку рук с использованием мыла и воды или спиртсодержащего антисептика в следующих случаях:

до и после контакта с поврежденными участками кожи, повязками, слизистыми оболочками, использованными медицинскими изделиями;

при входе в палату;

перед выходом из палаты;

перед едой;

после посещения туалета.

3458. Пациенты и посетители обязаны подчиняться требованиям медицинского персонала в части соблюдения правил внутреннего распорядка и требований гигиены рук.

3459. Персонал МО должен проходить предварительные медицинские осмотры (обследования) при поступлении на работу (далее - предварительные осмотры) и периодические медицинские осмотры[65].

3460. Обязательному медицинскому освидетельствованию при поступлении на работу и при периодических медицинских осмотрах (1 раз в год) с целью выявления ВИЧ-инфекции подлежат:

медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) центров по профилактике и борьбе со СПИДом, специализированных отделений и структурных подразделений, занятых непосредственным обследованием, диагностикой, лечением, обслуживанием, а также проведением судебно-медицинской экспертизы и другой работы с лицами, инфицированными вирусом иммунодефицита человека, имеющие с ними непосредственный контакт;

научные работники, специалисты, служащие и рабочие научно-исследовательских учреждений, производств по изготовлению медицинских иммунобиологических препаратов и других организаций, работа которых связана с материалами, содержащими вирус иммунодефицита человека;

медицинские работники стационаров (отделений) хирургического профиля;

персонал лабораторий, осуществляющий обследование населения на ВИЧ-инфекцию и исследование крови и биологических материалов, полученных от лиц, инфицированных вирусом иммунодефицита человека.

3461. При приеме на работу и далее 1 раз в год (дополнительно - по клиническим и эпидемиологическим показаниям) подлежит обследованию на маркеры вирусов гепатитов В и С медицинский персонал организаций, осуществляющих заготовку, переработку, хранение и обеспечение безопасности донорской крови и её компонентов, отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии, хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реанимационных, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов поликлиник, диспансеров (в том числе процедурных, прививочных), клинико-диагностических лабораторий, персонал станций и отделений скорой помощи, перинатальных центров, центров медицины катастроф, ФАПов, здравпунктов.

3462. Обследование медицинского персонала родильных домов (отделений), перинатальных центров, отделений патологии новорожденных, недоношенных, детских больниц (отделений), хирургических стационаров (отделений), на носительство

---

[65] Приказ Минздрава России от 28.01.2021 № 29н.

золотистого стафилококка и других условно-патогенных микроорганизмов проводят только по эпидемиологическим показаниям.

3463. При обнаружении у вновь поступающих на работу и работающих носительства патогенных микроорганизмов вопрос о допуске их к работе и необходимом лечении решается.

3464. Не допускаются к работе медицинские работники:

с активными формами туберкулеза. Решение о допуске к профессиональной деятельности переболевших туберкулезом принимает врачебная комиссия специализированной фтизиатрической организации;

с лихорадкой, острыми воспалительными и гнойными процессами или обострением хронических гнойно-воспалительных заболеваний.

3465. Профилактическая иммунизация персонала МО проводится в соответствии с национальным и региональным календарями профилактических прививок, календарем прививок по эпидемиологическим показаниям, а также в соответствии с постановлениями главного государственного санитарного врача по субъекту Российской Федерации.

Для предотвращения вредного влияния биологического фактора на здоровье медицинского персонала в действующих МО в перевязочных для гнойных и ожоговых больных при недостаточной эффективности работы механической приточно-вытяжной вентиляции должно быть предусмотрено устройство обеззараживания воздуха.

3466. Медицинский персонал должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, медицинскими костюмами, шапочками, сменной обувью в соответствии с табелем оснащения, но не менее 3 комплектов спецодежды на одного работающего.

При проведении манипуляций/операций, сопровождающихся образованием брызг крови, секретов, экскретов, персонал надевает маски, приспособления для защиты глаз (очки, щитки). Предпочтение отдают средствам защиты однократного применения.

В операционных и родовых залах врачи и другие лица, участвующие в операции или приеме родов, должны работать в стерильных халатах и бахилах, специальной обуви, шапочках, перчатках и медицинских масках.

В перевязочных, процедурных, отделениях новорожденных, ожоговых отделениях, гематологических отделениях, отделениях трансплантологии, отделениях хирургической реанимации при проведении инвазивных манипуляций используют перчатки и медицинские маски.

Использование масок обязательно во всех отделениях в период эпидемиологического неблагополучия. Медицинские маски используются при

непрерывном применении не более 3-х часов, повторное использование многоразовых масок без стирки и дезинфекции не допускается. Одноразовые использованные маски относят к отходам класса Б.

Стирка спецодежды персонала осуществляют централизованно и раздельно от белья пациентов.

3467. Смена спецодежды в подразделениях хирургического и акушерского профиля, отделениях реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ), отделениях трансплантации, отделениях для лиц с иммунодефицитными состояниями, в процедурных и перевязочных кабинетах, осуществляется ежедневно и по мере загрязнения; в учреждениях терапевтического профиля - 2 раза в неделю и по мере загрязнения. Сменная обувь персонала должна быть из нетканого материала, доступного для дезинфекции. Внешние поверхности сменной обуви подлежат дезинфекции с той же периодичностью, что и спецодежда дезинфицирующими средствами, разрешенными для этих целей.

3468. В подразделениях хирургического и акушерского профилей, а также отделениях реанимации и интенсивной терапии сменная одежда и обувь должны быть предусмотрены также и для медицинского персонала других подразделений, оказывающего консультативную и другую помощь, а также для инженерно-технических работников.

3469. Персонал должен быть обеспечен средствами индивидуальной защиты (СИЗ) в необходимом количестве и соответствующих размеров (перчатками, масками, очками, щитками, респираторами, фартуками, нарукавниками и другими) в зависимости от профиля отделения и характера проводимой работы.

3470. В ходе проведения манипуляций персонал не должен вести записи, использовать телефон, персональные мобильные устройства и другие предметы, не имеющие отношения к выполнению процедуры или осмотру пациента, а также принимать пищу на рабочем месте.

3471. Нахождение персонала в рабочей медицинской одежде и рабочей обуви за пределами МО не допускается.

3472. При загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводят следующие мероприятия:

при загрязнении кожи рук выделениями, кровью необходимо вымыть руки мылом и водой; тщательно высушить руки одноразовым полотенцем; дважды обработать спиртсодержащим антисептиком или 70% спиртом;

руки в загрязненных перчатках обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать спиртсодержащим антисептиком или 70% спиртом. Использованные перчатки удаляют как медицинские отходы класса Б;

при уколах и порезах перчатки обработать салфеткой, смоченной дезинфицирующим средством, снять перчатки, руки вымыть и дважды обработать 70% спиртом, смазать ранку 5% спиртовой настойкой йода, заклеить поврежденные места лейкопластырем;

при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на слизистую глаз, носа и рта: ротовую полость, слизистую оболочку носа и глаз обильно промывают водой (не тереть);

при попадании крови и других биологических жидкостей пациента на халат, одежду: снять рабочую одежду и погрузить в дезинфицирующий раствор или в герметичном мешке направить для стирки с дезинфекцией в прачечную, осуществляющую стирку больничного белья.

3473. В МО должен быть организован учет травм и чрезвычайных ситуаций (порезы, уколы, попадание крови на видимые слизистые, поврежденные кожные покровы и другие), связанных с профессиональной деятельностью персонала, с указанием проведенных профилактических мероприятий (экстренная профилактика). При получении травм, в том числе микротравм (уколы, порезы), с возникновением риска инфицирования, ответственный за профилактику парентеральных инфекций в МО организуют регистрацию аварии и профилактические мероприятия в соответствии с Санитарными правилами.

Правила обработки рук медицинского персонала

3474. В зависимости от выполняемой медицинской манипуляции и требуемого уровня снижения микробной контаминации кожи рук медицинский персонал осуществляет обработку рук по одному из способов – гигиенической обработки рук или обработки рук хирургов (а также других лиц, участвующих в выполнении оперативных вмешательств). Для удаления загрязнений и сопутствующего снижения микробной контаминации рук осуществляют гигиеническое мытье рук мылом (в том числе с антимикробными свойствами) и водой. При гигиенической обработке рук мыло и спиртсодержащий антисептик не должны быть использованы вместе.

3475. Для обработки рук используются средства, разрешенные для применения.

3476. МО разрабатывает стандартную операционную процедуру (СОП) по обработке рук в зависимости от вида работ, применяемых конкретных гигиенических средств и кожных антисептиков, проводит обучение и тренинги медицинских работников, внедряет систему приверженности гигиене рук медицинских работников и пациентов путем удобного размещения дозаторов, обеспечения индивидуальными флаконами с кожными антисептиками и контролирует выполнение СОП.

3477. Для достижения эффективного мытья и обеззараживания рук необходимо соблюдать следующие условия: коротко подстриженные ногти, отсутствие лака на ногтях, отсутствие искусственных ногтей, отсутствие на руках колец, перстней и других ювелирных украшений. Перед обработкой рук необходимо снять часы, браслеты и другие. Для высушивания рук применяют чистые тканевые полотенца или бумажные салфетки однократного использования, в санитарно-бытовых помещениях, помещениях приема пищи также допускается использовать электросушители или бесконтактные устройства для сушки рук; при обработке рук хирургов используют стерильные тканевые салфетки.

3478. Медицинский персонал должен быть обеспечен в достаточном количестве эффективными средствами для мытья, обеззараживания рук; для снижения риска возникновения контактных дерматитов - средствами по уходу за кожей рук (кремы, лосьоны, бальзамы и другие). При выборе кожных антисептиков, моющих средств и средств для ухода за кожей рук следует учитывать индивидуальную переносимость медицинских работников.

3479. В медицинских организациях должны быть созданы условия для мытья и гигиенической обработки рукснижающей количество микроорганизмов до безопасного уровня, с применением спиртовых антисептиков для пациентов и посетителей (наличие мыла или дозаторов с моющим средством для рук и кожным антисептиком в местах общего пользования, при входе в палатные отделения, палаты, туалеты, буфетные отделения, столовые).

3480. Гигиеническую обработку рук осуществляют медицинские работники на всех этапах оказания медицинской помощи, работники пищеблоков, других подразделений, связанных с оказанием медицинской помощи, а также осуществляющих уборку помещений, обслуживание оборудования, другие работы в помещениях, предназначенных для оказания медицинской помощи, пациенты и члены их семей, другие лица при посещении пациентов и уходе за ними.

3481. Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком проводят способом втирания в кожу кистей рук (готовое к применению средство, раствор, гель) в количестве, рекомендуемом инструкцией по применению, с обработкой кончиков пальцев, кожи

вокруг ногтей, между пальцами. Длительность обработки определяется инструкцией по применению, в ходе обработки необходимо поддержание рук во влажном состоянии.

3482. Гигиеническую обработку рук кожным антисептиком проводят:

до и после непосредственного контакта с пациентом;

после контакта с секретами или экскретами организма, слизистыми оболочками, повязками; перед выполнением инвазивных процедур (до контакта с инвазивным оборудованием);

после контакта с медицинским оборудованием и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от пациента;

при переходе от более контаминированного микроорганизмами участка тела пациента к менее контаминированному при оказании медицинской помощи пациенту;

перед надеванием медицинских перчаток и после их снятия.

3483. Кожные антисептики для обработки рук должны быть доступны на всех этапах лечебно-диагностического процесса. В подразделениях с высокой интенсивностью ухода за пациентами и нагрузкой на персонал (отделения реанимации и интенсивной терапии и другие) дозаторы с кожными антисептиками для обработки рук должны размещаться в удобных для применения персоналом местах (у входа в палату, у постели больного и других). Следует также предусматривать возможность обеспечения медицинских работников индивидуальными емкостями (флаконами) небольших объемов (100 мл) с кожным антисептиком.

3484. При использовании любого дозатора новую порцию антисептика (или мыла) наливают после дезинфекции, промывания водой и высушивания дозатора. Нельзя доливать средство в дозатор. Дозатор с антисептиком должен иметь соответствующую маркировку.

Использование перчаток

3485. В медицинских организациях при оказании отдельных видов медицинских услуг обязательным является использование медицинских перчаток.

3486. Медицинские перчатки необходимо надевать:

во всех случаях, когда возможен контакт с кровью или другими биологическими субстратами, в том числе во время уборки помещений;

при контакте со слизистыми оболочками;

при контакте с поврежденной кожей;

при контакте с агрессивными жидкостями;

при использовании колющих и режущих инструментов;

при проведении инвазивных диагностических и лечебных манипуляций.

3487. Перчатки надевают после полного высыхания антисептика на коже рук. При наличии на руках микротравм, царапин, ссадин место повреждения заклеивается лейкопластырем.

3488. Стерильные хирургические перчатки должны использоваться при выполнении всех видов оперативных вмешательств. Стерильные диагностические перчатки следует использовать при введении стерильного устройства в стерильные полости организма, постановке центрального катетера, проведении стерильных эндоскопических вмешательств.

3489. Нестерильные диагностические перчатки допускается использовать при выполнении неинвазивных диагностических процедур, а также внутрикожных, подкожных и внутримышечных инъекций, катетеризации периферических вен, внутривенных вливаний, постановке периферического венозного катетера, при проведении нестерильных эндоскопических вмешательств, при работе в клинико-диагностических, бактериологических лабораториях, а также при обработке загрязненных медицинских инструментов и материалов.

3490. После снятия перчаток следует провести гигиеническую обработку рук кожным антисептиком. Новую пару перчаток надевать на высохшие руки.

3491. Использованные перчатки после парентеральных манипуляций, в том числе перевязок, удаляют как медицинские отходы класса Б.

3492. При наличии риска инфицирования гемоконтактными инфекциями во время вмешательств с высоким риском нарушения целостности перчаток необходимо использовать двойные перчатки с индикатором нарушения целостности перчатки.

3493. При приеме родов, характеризующихся возможностью биологического загрязнения кожных покровов в ходе ручного обследования родовых путей (в том числе ручное отделение последа), применяют перчатки с удлиненной манжетой.

3494. При выполнении ортопедических вмешательств следует использовать двойные перчатки или перчатки повышенной плотности.

3495. Кольчужные перчатки используют при оперативных вмешательствах с высоким риском пореза, в том числе на костях (травматология, хирургия).

3496. При выполнении микрохирургических манипуляций следует использовать перчатки с высоким коэффициентом сцепления с поверхностью либо микротекстурированные перчатки.

3497. При интраоперационной внутриполостной химиотерапии, работе с костным цементом и другими химически агрессивными веществами следует использовать

хирургические перчатки из синтетических эластомеров (полихлоропрен, нитрил и иные материалы с аналогичными характеристиками).

3498. С целью снижения риска послеоперационных осложнений у пациентов (спаек, гранулем, келоидных рубцов и иных) и контактного дерматита у медицинского персонала следует при всех видах оперативных вмешательств использовать неопудренные перчатки.

Обработка рук хирургов

3499. Для обработки рук хирургов используют спиртсодержащие кожные антисептики.

3500. Обработку рук хирургов проводят в случаях:

выполнения любых оперативных вмешательств или других процедур, манипуляций любой продолжительности, сложности, локализации;

катетеризации магистральных сосудов;

установки инвазивного/дренажного устройства;

пункции тканей, полостей, сосудов, спинномозговых каналов;

выполнения стерильных эндоскопических манипуляций;

приема родов.

Обработку рук хирургов проводят все участвующие в проведении оперативных вмешательств, родов, катетеризации магистральных сосудов.

3501. Обработка рук хирургов проводится в два этапа:

1) I этап - мытье рук жидким мылом и водой, а затем высушивание стерильным полотенцем (салфеткой);

2) II этап - обработка спиртсодержащим антисептиком кистей рук, запястий и предплечий способом втирания в кожу (до его полного высыхания).

3502. До нанесения кожного антисептика осуществляют мытье кистей рук и предплечий теплой проточной водой с жидким мылом без антимикробных компонентов, без применения щеток в течение двух минут. Затем руки высушивают (промокают) одноразовой стерильной тканевой салфеткой или стерильным полотенцем.

3503. Следуя определенному алгоритму, кожным антисептиком обрабатывают кисти рук, запястья и предплечья. Кожный антисептик наносят отдельными порциями, равномерно распределяют и тщательно втирают в кожу. Количество антисептика, кратность обработки и её продолжительность должны соответствовать инструкции по применению кожного антисептика. Длительность обработки определяется инструкцией по

применению, в ходе обработки необходимо поддержание рук во влажном состоянии. Стерильные перчатки надевают сразу после полного высыхания антисептика на коже рук.

3504. Алгоритмы (стандарты, стандартные операционные процедуры – СОП) всех эпидемиологически значимых лечебных и диагностических парентеральных манипуляций должны включать в себя применяемые средства и способы обработки рук и средств их защиты при выполнении соответствующих манипуляций.

Требования к проведению противоэпидемических мероприятий

3505. При выявлении случаев инфекционных заболеваний в МО заместитель руководителя по санитарно-эпидемиологическим вопросам /заместитель руководителя по лечебной работе/ врач-эпидемиолог с участием специалистов профильных отделений МО проводит комплексное эпидемиологическое расследование, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия, и организует проведение первичных противоэпидемических мероприятий в соответствии с планом, разработанным для каждой группы инфекций.

3506. При подозрении или выявлении у пациента, находящегося на стационарном лечении, инфекционного заболевания, он подлежит изоляции в соответствии с законодательством Российской Федерации до решения вопроса о его переводе в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

3507. При выявлении инфекционных заболеваний, вызванных патогенными микроорганизмами, в стационарах неинфекционного профиля больные подлежат переводу в инфекционное отделение (инфекционный стационар).

3508. При возникновении послеоперационных осложнений, вызванных условно-патогенными микроорганизмами, пациента переводят в отделение гнойной хирургии. При отсутствии отделения гнойной хирургии пациент должен быть изолирован в отдельную палату.

3509. Независимо от внутрибольничного или внутриутробного (ВУИ) характера заражения, новорожденный с признаками гнойно-воспалительного заболевания представляет собой источник инфекции, требующий незамедлительной изоляции и госпитализации в другой профильный стационар (или отделение) в соответствии с законодательством Российской Федерации, а также проведения комплекса противоэпидемических мероприятий, предусмотренного в данном случае.

3510. Вопрос о внутриутробном или внутрибольничном характере заражения решают при участии госпитального эпидемиолога.

3511. В отношении пациентов с инфекцией любой локализации, независимо от срока ее возникновения, вызванной метициллин (оксациллин) резистентными стафилококками, ванкомицин-резистентными энтерококками, грамотрицательными микроорганизмами - продуцентами бета-лактамаз расширенного спектра действия – БЛРС, микроорганизмами с множественной лекарственной устойчивостью требуются разработка и проведение целенаправленных лечебных, профилактических и противоэпидемических мероприятий с проведением изоляции и санации пациента в соответствии с законодательством Российской Федерации. Для ухода за этими пациентами выделяют отдельный персонал. При работе с данной категорией больных медицинский персонал должен соблюдать следующие барьерные мероприятия:

в шлюзе при входе в палату надевает маску, спецодежду, перчатки и снимает после проведения манипуляций при выходе из шлюза;

предметы ухода, а также стетоскоп, термометр используются индивидуально для данного пациента;

перевязка пациента проводится в палате;

при входе и выходе из палаты персонал обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком;

после выписки пациента проводят заключительную дезинфекцию, включающую камерное обеззараживание постельных принадлежностей, обеззараживание воздуха и поверхностей и генеральную уборку помещений;

после заключительной дезинфекции и генеральной уборки в палате проводится лабораторное обследование объектов окружающей среды на санитарно-показательную и целевую (выявленную у пациента) микрофлору. Заполнение палаты проводят после получения удовлетворительных результатов микробиологического исследования.

3512. В родовспомогательных учреждениях в случае возникновения групповых гнойно-воспалительных заболеваний среди новорожденных и родильниц (5 случаев в пределах 7 дней) прекращают прием беременных и рожениц, решается вопрос о закрытии акушерского стационара (отделения) по эпидемическим показаниям. Экстренно развертывают резервное помещение для приема рожениц и беременных. Определяют стационар для госпитализации заболевших новорожденных с необходимыми условиями для их изоляции, организации круглосуточной реанимационной помощи и интенсивной терапии.

3513. Проводится комплексное эпидемиологическое расследование специалистами органов и учреждений, уполномоченных осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, и госпитальным эпидемиологом с участием

неонатолога, акушера-гинеколога, направленное на выяснение причин сложившегося неблагополучия и разработку мероприятий по ликвидации групповых заболеваний.

3514. По результатам эпидемиологического расследования делают заключение о причинах группового заболевания, типе эпидемического процесса, источниках инфекции, ведущих путях и факторах передачи возбудителей инфекции, обусловивших возникновение заболеваний. С учетом этого заключения разрабатывают и проводят комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации групповых случаев ИСМП, включающий применение средств специфической и неспецифической профилактики.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП

3515. В целях предупреждения возникновения и распространения ИСМП в МО проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

обеспечение активного своевременного выявления, учета и регистрации ИСМП у пациентов на основе клинических, лабораторных, эпидемиологических и патологоанатомических данных;

проведение оперативного и ретроспективного анализа заболеваемости, летальности, включающих, анализ по клиническим формам, возрастной структуре, отделениям, тяжести течения (легкая, средняя, тяжелая), степени чистоты оперативных вмешательств («чистые», «условно-чистые», загрязненные» и «грязные»), причинам, способствующим возникновению ИСМП, видам медицинских вмешательств (операции, роды, катетеризация, ИВЛ и другие), характеру инфицирования (эндогенный или экзогенный);

выявление причин, групп и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП у отдельных категорий пациентов в различных типах учреждений здравоохранения;

эпидемиологический анализ заболеваемости ИСМП медицинского персонала с выявлением ведущих причин и факторов, способствующих возникновению и распространению ИСМП;

оценку эпидемиологической безопасности лечебно-диагностического процесса (данные о хирургических и других инвазивных манипуляциях, родах) с учетом факторов риска (количество ИВЛ-дней, количество катетеро-дней (уринарных и (или) магистральных сосудов и других);

мониторинг использования антибиотиков в различных отделениях и типах организаций здравоохранения;

осуществление микробиологического мониторинга за возбудителями ИСМП с видовой идентификацией (типирование) возбудителей ИСМП, выделенных от пациентов, персонала, из объектов внешней среды, определение спектра устойчивости выделенных штаммов к антибиотикам и дезинфицирующим средствам с целью разработки рациональной стратегии и тактики их применения;

эпидемиологическую и гигиеническую оценку больничной среды, условий пребывания пациентов и работы медицинского персонала в МО;

оценку эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий;

прогнозирование эпидемической ситуации.

3516. Врач, выявивший заболевание ИСМП, формулирует диагноз в истории болезни, и информирует лицо, отвечающего за регистрацию случая инфекционного заболевания в журнале учета инфекционных болезней, а также доводит информацию до заместителя руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместителя руководителя по лечебной работе/ врача-эпидемиолога в целях своевременной организации и проведения противоэпидемических или профилактических мероприятий.

3517. Руководитель/заместитель руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместитель руководителя по лечебной работе/ врач-эпидемиолог совместно с руководителями структурных подразделений в рамках эпидемиологического надзора организует:

активное выявление ИСМП и других инфекционных заболеваний и их ежедневный учет преимущественно на основе данных истории болезней по структурным подразделениям, включая данные лабораторно-инструментальных исследований;

проведение эпидемиологического расследования каждого случая ИСМП с определением причин;

проведение микробиологического мониторинга в подразделениях МО;

контроль соблюдения санитарно-противоэпидемического режима в МО.

3518. Эта работа проводится на основе ежедневной информации из всех функциональных подразделений (отделений):

о случаях ИСМП и других инфекционных заболеваний среди пациентов, медицинского персонала;

о результатах микробиологических исследований материала от пациентов (этиологическая расшифровка) и персонала;

о результатах санитарно-бактериологических исследований внешней среды, включая данные по устойчивости эпидемиологических штаммов (штаммов, вызвавших заболевание или занимающих первые два места при ранжировании по частоте выявления) к дезинфицирующим средствам;

о нарушениях санитарно- противоэпидемического режима.

3519. На основе полученных данных, лицо, отвечающее за работу по профилактике ИСМП, устанавливает причины возникновения ИСМП разрабатывает и предлагает руководству МО план противоэпидемических мероприятий для принятия неотложных мер, организует профилактические и противоэпидемические меры на основе результатов эпидемиологической диагностики, а также организует контроль выполнения профилактических и противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные и стерилизационные.

3520. Оперативный (текущий) и ретроспективный эпидемиологический анализ предусматривает изучение заболеваемости ИСМП по локализации патологического процесса, этиологии, срокам развития, факторам риска.

3521. Оперативный (текущий) анализ заболеваемости ИСМП проводят на основании данных ежедневной регистрации инфекционных заболеваний по первичным диагнозам. В ходе оперативного анализа заболеваемости проводят оценку текущей эпидемиологической обстановки, выявление рисков, способствующих возникновению ИСМП и решают вопрос о благополучии или осложнении эпидемиологической ситуации, эффективности проводимых мер или необходимости их корректирования.

3522. Для выявления закономерностей эпидемического процесса, фонового уровня заболеваемости, основных источников инфекции, ведущих путей и факторов передачи в МО проводят ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП, который является основой для разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий, соответствующих конкретной эпидемиологической обстановке в данном стационаре (отделении).

3523. Ретроспективный анализ заболеваемости ИСМП, позволяющий определить круг источников инфекции и провести мероприятия, направленные на ограничение их роли в распространении ИСМП, предусматривает:

анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения;

анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;

сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;

изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;

анализ оперативных и других вмешательств и частоты заболеваний, связанных с ними (стратифицированные показатели);

анализ динамики соотношения локализованных и генерализованных форм;

определение удельного веса групповых заболеваний и анализ вспышечной заболеваемости;

анализ летальности по локализации патологического процесса и этиологии.

3524. С целью корректного расчета показателей заболеваемости необходимо использовать информацию о количестве проведенных операций и других манипуляций, представляющих собой факторы риска возникновения ИСМП за определенный промежуток времени (месяц, квартал, год) у всех пациентов, вне зависимости от наличия или отсутствия ИСМП.

3525. Для корректного сравнения показателей частоты различных форм ИСМП их расчет проводится с учетом факторов риска, в том числе типа операции, количества ИВЛ-дней, катетеро-дней, тяжести состояния пациента.

3526. Помимо интенсивных показателей заболеваемости – заболеваемость на 100 пациентов, 100 операций (кумулятивная инцидентность), рассчитывают плотность инцидентности на 1000 пациенто-дней госпитализации.

Для учета действия факторов риска рассчитывают стратифицированные показатели, позволяющие оценить степень воздействия ряда факторов риска (плотность инцидентности). В целях сравнения заболеваемости в разных отделениях и стационарах с различной длительностью действия фактора риска стратифицированные показатели учитывают длительность действия фактора риска, в том числе частоту инфекций нижних дыхательных путей на 1000 пациенто-дней искусственной вентиляции легких у пациентов, подвергавшихся искусственной вентиляции легких (ИВЛ); инфекций кровотока на 1000 пациенто-дней сосудистых катетеризаций у пациентов, подвергавшихся катетеризации сосудов; инфекций мочевыводящих путей на 1000 пациенто-дней уринарных катетеризаций у пациентов, подвергавшихся катетеризации мочевого пузыря.

3527. При проведении эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП в отделениях и стационарах хирургического профиля и ОРИТ необходимо следующее:

1) о каждом выявленном пациенте с ИСМП лечащий врач отражает в истории болезни следующую информацию (в том числе в электронной форме):

дата рождения;

отделение;

дата поступления;

перенесенную(ые) операцию(ии);

дата(ы) операции(ий);

время начала и окончания операции (ий);

состав хирургической бригады;

номер операционной;

номер палаты до и после операции;

количество койко-дней, проведенных в реанимационном отделении

дата заболевания (выявления) ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других;

дату регистрации ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других;

тип операции (плановая, экстренная), степень контаминации раны (чистая, условно-чистая, загрязненная, грязная);

оценка тяжести состояния пациента (легкая, средняя, тяжелая);

диагноз в соответствии с МКБ действующего пересмотра и по видам инфекции (поверхностная инфекция разреза, глубокая инфекция в области хирургического вмешательства, инфекция полости/органа);

количество ИВЛ-дней;

количество катетеро-дней (уринарных и (или) магистральных сосудов);

количество календарных дней парентерального питания;

2) оперативный анализ заболеваемости ИСМП (ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других) должен проводится с учетом:

сроков возникновения заболевания после операции;

места проведения операции (номер операционной);

длительности операции;

времени, прошедшего с момента поступления до операции;

продолжительности пребывания в стационаре;

места нахождения в послеоперационном периоде (реанимационное, палатное);

профилактического применения антибиотиков (периоперационная профилактика) и последующей антимикробной терапии;

типа операционной раны по степени контаминации (класса раны);

оценки тяжести состояния пациента;

результатов клинических микробиологических исследований пациента;

результаты микробиологических исследований медицинских изделий после использования у пациента (эндотрахеальная трубка, дистальный фрагмент катетера и иные);

данных микробиологического мониторинга в отделении нахождения пациента (реанимационное, палатное);

нарушения противоэпидемического режима (недостаточная обеспеченность одноразовыми медицинскими изделиями, погрешности при обработке медицинского оборудования или медицинских изделий и другие) в период нахождения пациента.

3) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других должен предусматривать:

анализ многолетней динамики заболеваемости с определением тенденции (рост, снижение, стабилизация) и темпов роста или снижения по отношению к выявленной в течении предыдущих 2-3 лет базовой заболеваемости;

анализ годового, помесячного уровней заболеваемости;

сравнительную характеристику заболеваемости по отделениям;

изучение структуры заболеваемости по локализации патологического процесса и этиологии;

анализ по видам оперативных вмешательств;

распределение заболеваемости по срокам клинических проявлений (во время пребывания в стационаре и после выписки);

анализ данных о формировании госпитальных штаммов;

определение удельного веса вспышечной заболеваемости в общей структуре ИСМП;

анализ летальности (по локализации патологического процесса и этиологии), уровень летальности и удельный вес умерших от ИОХВ, ИМВП, ИК, ИНДП и других;

3528. При проведении эпидемиологического анализа заболеваемости ИСМП в акушерских стационарах (отделениях) необходимо следующее:

1) оперативный анализ заболеваемости в акушерских стационарах (отделения) необходимо проводить с учетом:

даты родов;

сроков возникновения заболевания;

локализации патологического процесса;

этиологии;

видам медицинских вмешательств;

перемещения в пределах стационара (из палаты в палату, из отделения в отделение);

даты выписки или перевода в другой стационар;

длительности пребывания в стационаре.

результатов исследование последа для прогнозирования развития ИСМП родильниц и новорожденных;

2) групповыми заболеваниями следует считать появление 5 и более внутрибольничных заболеваний новорожденных, родильниц и персонал (суммарно), возникающих в пределах одного инкубационного периода и связанных одним источником инфекции и (или) общими факторами передачи;

3) группами риска возникновения ИСМП среди родильниц необходимо считать женщин:

с хориоамнионитом в родах;

с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями;

с иммунодефицитными состояниями;

с болезнями мочеполовой системы, в том числе кольпитами;

с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (инфекционные осложнения предыдущей беременности, привычное невынашивание и другие);

после оперативного родоразрешения (кесарево сечения);

с кровотечениями в послеродовом периоде.

К группам риска возникновения ИСМП среди новорожденных необходимо относить:

недоношенных;

переношенных;

родившихся у матерей с хроническими соматическими и инфекционными заболеваниями или перенесших острое инфекционное заболевание во время беременности;

после оперативного родоразрешения;

с врожденными аномалиями развития;

с родовой травмой;

с синдромом дыхательных расстройств;

с хронической внутриутробной гипоксией и асфиксией в родах;

с патологией родов (длительный безводный период и другие);

при проведении искусственной вентиляции легких;

родившихся у матерей, страдающих алкоголизмом, наркоманией;

4) к факторам риска возникновения ИСМП новорожденных и родильниц необходимо относить: инвазивные лечебно-диагностические вмешательства (катетеризация сосудов, мочевыводящих путей, эндоскопические исследования, трансфузии, пункции, инъекции), ИВЛ, искусственное вскармливание и другие. Имеет

значение кратность и длительность процедур. При абдоминальном родоразрешении важно учитывать в экстренном или плановом порядке оно проводится. Назначение инвазивных процедур должно быть обосновано;

4) для профилактики ИСМП необходимо учитывать предпосылки и предвестники эпидемиологического неблагополучия в акушерском стационаре и проводить целенаправленные профилактические мероприятия до начала осложнения эпидемиологической обстановки и появления групповых заболеваний. К предвестникам осложнения эпидемиологической ситуации относят следующие:

факты поздней выписки новорожденных из роддома (после 5-го дня);

увеличение доли детей, переводимых на второй этап выхаживания;

появление генерализованных форм ИСМП;

увеличение доли диагнозов ВУИ среди всех инфекционных диагнозов новорожденных;

увеличение частоты инвазивных вмешательств (катетеризация центральных вен, ИВЛ и другие);

смена вида циркулирующей микрофлоры у новорожденных и её идентичность с изолятами, выделенными из внутрибольничной среды;

выделение преимущественно одного вида возбудителя;

появление микробных ассоциаций;

увеличение количества изолированных культур и числа локусов, из которых они выделяются;

возникновение двух и более случаев заболеваний, эпидемиологически связанных между собой;

рост числа воспалительных заболеваний у родильниц, в том числе после оперативных пособий в родах;

рост числа воспалительных и инфекционных заболеваний среди медицинского персонала.

5) При выявлении предпосылок возникновения эпидемиологического неблагополучия госпитальный эпидемиолог (при отсутствии - заместитель по лечебной работе) оперативно доводит всю информацию до сведения главного врача акушерского стационара и организаций, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор. Администрация и персонал акушерского стационара принимает меры по устранению нарушений, усиливая весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

6) При невозможности устранения причин, способствующих росту заболеваемости ИСМП, в том числе наличие грубых нарушений противоэпидемического режима, ставят вопрос о прекращении работы акушерского стационара.

3529. Микробиологический мониторинг позволяет определить этиологическую структуру ИСМП, обнаружить циркуляцию госпитальных штаммов, оценить качество дезинфекционных мероприятий, а также выявить предвестники эпидемиологического неблагополучия, своевременно и целенаправленно провести профилактические мероприятия. В каждой МО должен быть разработан и внедрен в работу протокол микробиологического мониторинга (в виде СОП).

3530. Микробиологический мониторинг осуществляет микробиологическая лаборатория МО, при ее отсутствии могут привлекаться аккредитованные организации.

3531. В рамках микробиологического мониторинга приоритетным в части выявления эпидемических рисков является анализ результатов исследований материала, взятого из патологических локусов пациентов после «чистых» и «условно – чистых» оперативных вмешательств при подозрении и/ или возникновении ИСМП. Микроорганизмы одного вида, выделенные в одном отделении, или после схожих операций (манипуляций), при ранжировании, занимающие первые или вторые места по частоте высева, будут свидетельствовать с большой долей вероятности о госпитальном характере данной микрофлоры и необходимости принятия целенаправленных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

3532. Для выявления госпитальных штаммов и их циркуляции на объектах больничной среды (факторы передачи инфекции экзогенного генеза) проводят тестирование выделенных штаммов от больных и из внешней среды на чувствительность/резистентность к антимикробным средствам (антибиотикам, дезинфицирующим средствам).

3533. Санитарно-бактериологические исследования внутрибольничной среды проводят по эпидемиологическим показаниям, а также в соответствии с планом производственного контроля, утвержденным руководителем организации по каждому отделению, с кратностью, предусмотренной санитарными правилами или локальными нормативными актами, но не реже 1 раз в 6 месяцев. Объем санитарно-бактериологических исследований определяется эпидемиологической необходимостью. Приоритетным следует считать контроль качества обработки рук медицинского персонала, контроль стерильности инструментов, инъекционных растворов, перевязочного и шовного материала.

3534. В связи с тем, что бактерии на абиотических поверхностях (медицинское оборудование, мебель, инструментарий, включая эндоскопы) могут находиться в форме микробных ассоциаций – биологических пленок, дополнительно 1 раз в 6 месяцев и по эпидемическим показаниям проводят процедуры индикации и разрушения (деструкции) матрикса биопленок с последующим выявлением свободноживущих микроорганизмов.

3535. Объектами исследования при проведении санитарно-бактериологического контроля являются:

воздушная среда;

предметы внутрибольничной среды, рабочие поверхности, медицинское оборудование в том числе для наркоза, для экстракорпорального кровообращения, кувезы для новорожденных, посуда в пищеблоках (буфетных), помещения для приготовления детских смесей и для сбора и хранения грудного молока;

медицинские изделия (медицинские инструменты, перевязочный и шовный материал и другие) на стерильность;

лекарственные формы;

грудное молоко, детские питательные смеси, молокоотсосы для индивидуального применения, емкости для сбора сцеженного грудного молока, емкости для детских смесей, растворы для питья новорожденных, средства для ежедневного туалета новорожденных;

руки персонала,

оборудование для стерилизации;

дезинфекционные камеры;

химические средства для дезинфекции;

белье;

рабочие поверхности и оборудование пищеблока (буфетных), посуда.

3536. Взятие проб с поверхностей различных объектов осуществляют методом смывов (не менее 5 смывов в одном помещении), проб воздуха - аспирационным методом.

3537. В плановом порядке исследования проводят на санитарно-показательную микрофлору - стафилококки, бактерии группы кишечной палочки.

3538. По эпидемическим показаниям перечень и объем исследований определяют в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой и предполагаемым этиологическим агентом (микроорганизмы из группы ESCAPE: Enterococcus, Staphylococcus aureus, Acinetobacter spp., Pseudomonasaeruginosa, Enterobacteriaceae (E. coli, K. pneumonia, Enterobacter spp., Proteus spp.).

3539. Медицинские изделия, подлежащие контролю на стерильность, направляют в микробиологическую лабораторию в упаковке, в которой проводилась стерилизация. Их

доставляют в лабораторию с соблюдением требований к срокам и условиям транспортировки проб для санитарно-бактериологических исследований.

3540. При расследовании групповых заболеваний для выявления источников инфекции, путей и факторов передачи проводят внутривидовое типирование микроорганизмов, выделенных от больных, медицинского персонала, объектов окружающей среды с применением молекулярно-генетических методов идентификации.

3541. Микробиологическая лаборатория должна располагать следующей информацией, которая при необходимости представляется заместителю руководителя МО по санитарно-эпидемиологическим вопросам/заместителю руководителя по лечебной работе/врачу-эпидемиологуэпидемиологу для осуществления оперативного и ретроспективного анализа и разработки профилактических и противоэпидемических мероприятий:

количество клинических образцов, направленных на исследование из каждого отделения;

количество выделенных и идентифицированных микроорганизмов, включая дрожжевые грибки (отдельно по каждому из видов);

количество выделенных микробных ассоциаций;

количество микроорганизмов, тестированных на чувствительность к каждому из антибиотиков;

чувствительности выделенных микроорганизмов к дезинфицирующим средствам, применяемым в отделении.

Организация дезинфекционных мероприятий в медицинских организациях

3542. В целях профилактики ИСМП в МО осуществляют дезинфекционные и стерилизационные мероприятия, которые включают в себя работы по профилактической и очаговой дезинфекции, дезинсекции, дератизации, а также, дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации медицинских изделий.

3543. Руководитель МО должен обеспечить организацию и проведение дезинфекционных (дезинфекция, дезинсекция, дератизация) и стерилизационных (предстерилизационная очистка, стерилизация) мероприятий, а также обучение персонала по данным вопросам.

3544. Дезинфекции подлежат объекты, которые могут служить факторами передачи ИСМП: медицинские изделия (включая медицинское оборудование), руки персонала, кожные покровы (операционное и инъекционное поле) пациентов, кожа локтевых сгибов доноров, предметы ухода за больными, воздух в помещениях класса

чистоты А, Б и В, постельные принадлежности, посуда, рабочие поверхности медицинских столов, стоек, тележек, каталок, мебель, приборы, аппараты, больничный текстиль, уборочный инвентарь, медицинские отходы. Выделения больных (моча, фекалии) и биологические жидкости (мокрота, кровь и другие) допускается без предварительного обеззараживания сливать в систему централизованной канализации.

3545. Для проведения дезинфекционных и стерилизационных мероприятий МО должны быть обеспечены моющими и дезинфицирующими средствами, средствами для предстерилизационной очистки и стерилизации различного назначения, кожными антисептиками, стерилизационными упаковочными материалами, а также средствами контроля (в том числе экспресс-индикаторами), необходимым дезинфекционным и стерилизационным оборудованием.

3546. Для проведения профилактической и текущей дезинфекции в присутствии пациентов применяют малоопасные (IV класса опасности) дезинфекционные средства.

3547. При использовании дезинфектантов в присутствии пациентов (профилактическая и текущая дезинфекция) запрещается обеззараживание поверхностей растворами дезинфицирующих средств способом орошения (только способом протирания).

3548. Необходимо иметь отдельные емкости с рабочими растворами дезинфицирующих средств, используемых для обработки различных объектов:

отдельно для каждого этапа обработки медицинских изделий (предварительная очистка, дезинфекция, предстерилизационная/окончательная очистка (для отдельных дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по их применению этапы дезинфекции и предстерилизационной/окончательной очистки могут быть совмещены), ДВУ/стерилизация);

для дезинфекции поверхностей в помещениях, мебели, аппаратов, приборов и оборудования, санитарно-технического оборудования, предметов ухода за больными;

для обеззараживания уборочного материала, отходов классов Б и В.

3549. Емкости с рабочими растворами дезинфицирующих средств должны быть снабжены плотно прилегающими крышками, иметь четкие надписи с указанием средства, его концентрации, назначения, даты приготовления.

3550. Профилактическая дезинфекция осуществляется в трех формах: плановой, по эпидемиологическим и по санитарно-гигиеническим показаниям.

3551. Плановую профилактическую дезинфекцию в МО проводят систематически с целью снижения микробной обсемененности объектов внутрибольничной среды и предупреждения возможности накопления микроорганизмов; предупреждения

распространения микроорганизмов через медицинские изделия, руки медицинского персонала и кожные покровы пациентов, поверхности в помещениях, приборы, оборудование, предметы ухода за больными, воздух иные; освобождения помещений МО и окружающей территории от членистоногих и грызунов.

3552. При плановой профилактической дезинфекции в МО проводится:

обеззараживание всех видов поверхностей внутрибольничной среды, обеспечивающее гибель санитарно-показательных бактерий и уменьшение контаминации микроорганизмами различных объектов, в том числе воздуха, предметов ухода за больными, посуды и других;

обеззараживание изделий медицинского назначения (поверхностей, каналов и полостей) с целью умерщвления бактерий и вирусов (в том числе возбудителей парентеральных вирусных гепатитов, ВИЧ-инфекции); обеззараживанию подлежат все изделия медицинского назначения, включая эндоскопы и инструменты к ним, после их использования у пациента;

дезинфекция высокого уровня эндоскопов (ДВУ), используемых в диагностических целях (без нарушения целости тканей, то есть при "нестерильных" эндоскопических манипуляциях), обеспечивающая гибель всех вирусов, грибов рода Кандида, вегетативных форм бактерий и большинства споровых форм микроорганизмов;

гигиеническая обработка рук медицинского персонала;

обработка рук хирургов и других лиц, участвующих в проведении оперативных вмешательств и приеме родов;

обработка операционного и инъекционного полей;

полная или частичная санитарная обработка кожных покровов;

обеззараживание медицинских отходов классов Б и В;

дезинсекция, обеспечивающая освобождение или снижение численности членистоногих в помещении и на окружающей территории;

дератизация, обеспечивающая освобождение помещений от грызунов и снижение их численности на окружающей территории.

3553. Для профилактической дезинфекции при обработке поверхностей в помещениях по противобактериальному (кроме возбудителей туберкулеза) режиму используют химические дезинфицирующие средства, предназначенные для этих целей и имеющие соответствующие режимы в инструкции по применению дезинфицирующего средства. При проведении профилактической дезинфекции по эпидемиологическим показаниям выбор ДС осуществляют с учетом результатов исследования

чувствительности к ДС циркулирующей в отделении эпидемиологически значимой микрофлоры.

3554. Поверхности в помещениях, приборы, оборудование обеззараживают способом протирания. Для этих целей преимущественно используются дезинфицирующие средства с моющими свойствами, для совмещения процесса обеззараживания объекта с его мойкой в один этап, либо после дезинфекции включать этап последующей влажной уборки с применением моющих средств.

3555. При необходимости экстренной обработки небольших по площади или труднодоступных поверхностей возможно применение дезинфицирующих средств в готовой форме, в том числе на основе спиртов с коротким временем обеззараживания (способом орошения с помощью ручных распылителей) или способом протирания растворами дезинфицирующих средств, или готовыми к применению дезинфицирующими салфетками.

3556. Предметы ухода за пациентами (подкладные клеенки, фартуки, чехлы матрасов из полимерной пленки и клеенки) дезинфицируют способом протирания салфетками, смоченными растворами дезинфицирующих средств. Кислородные маски, рожки от кислородной подушки, шланги электровакуумных отсосов, судна, мочеприемники, емкости эмалированные, медицинские термометры, наконечники для клизм, резиновые клизмы и другие обеззараживают способом погружения в раствор дезинфицирующего средства с последующим промыванием водой. Для обработки предметов ухода за пациентами возможно использование моюще-дезинфицирующих машин, разрешенных для применения, в случае их наличия в отделениях.

3557. Профилактическую дезинфекцию по эпидемиологическим показаниям проводят с целью предотвращения распространения возбудителей ИСМП и их переносчиков в отделениях (палатах) из соседних отделений (палат).

3558. Её осуществляют с учетом эпидемиологических особенностей конкретной нозологической формы ИСМП (инкубационный период, устойчивость и длительность выживания возбудителя на объектах, имеющих наибольшее эпидемиологическое значение) и режимов применения средств обеззараживания (дезинфекции, при необходимости – дезинсекции, дератизации).

3559. Профилактическую дезинфекцию по санитарно-гигиеническим показаниям проводят как разовое мероприятие в помещениях МО, находящихся в неудовлетворительном санитарном содержании по методике проведения генеральных уборок.

3560. Генеральную уборку осуществляют с целью удаления загрязнений и снижения микробной обсемененности в помещениях организаций. Проведение генеральной уборки фиксируют в журнале произвольной формы.

3561. Генеральные уборки в операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом проводят не реже одного раза в 7 календарных дней дезинфицирующими средствами по режимам, обеспечивающим гибель бактерий, вирусов и грибов.

3562. Генеральные уборки в палатных отделениях (кроме инфекционных), врачебных кабинетах, административно-хозяйственных помещениях, отделениях и кабинетах физиотерапии и функциональной диагностики и других проводят не реже одного раза 30 календарных дней дезинфицирующими средствами по режимам, предусмотренным для профилактики и борьбы с бактериальными инфекциями, а в инфекционных отделениях – по режимам, рекомендованным для конкретных возбудителей.

3563. При генеральной уборке проводят мытье, очистку и обеззараживание поверхностей помещений (в том числе труднодоступных), дверей (в том числе наличников), окон (с внутренней стороны), плинтусов, мебели, оборудования (в том числе осветительных приборов), аппаратуры с использованием моющих и дезинфицирующих средств (или дезинфицирующих средств с моющими свойствами) с последующим обеззараживанием воздуха.

3564. Текущие уборки в МО неинфекционного профиля, кроме помещений с асептическим режимом, проводят с применением моющих средств (без использования дезинфицирующих средств). Текущие уборки в МО проводятся не реже 2 раз в день. В операционных блоках, перевязочных, процедурных, манипуляционных, стерилизационных и других помещений с асептическим режимом текущую уборку помещений проводят с применением дезинфицирующих средств по режимам эффективным для профилактики вирусных инфекций.

3565. В операционных между операциями проводят текущую дезинфекцию рабочих поверхностей с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов.

3566. При возникновении в стационаре (отделении) ИСМП, а также в стационарах (отделениях) инфекционного профиля при текущей уборке применяют дезинфицирующие средства по режиму, эффективному в отношении возбудителя соответствующей инфекции.

3567. В медицинских организациях в целях профилактики распространения госпитальных клонов (штаммов) микроорганизмов, локализации и ликвидации эпидемических очагов ИСМП возможно использование биологического метода дезинфекции с использованием бактериофагов. Дезинфекция биологическим методом с использованием бактериофагов применяется в эпидемиологически значимых специализированных отделениях медицинских организаций (отделения интенсивной терапии и реанимации, ожоговые, хирургические и иные), где использование химических дезинфицирующих средств ограничено невозможностью регулярного освобождения помещений от больных, насыщенностью этих отделений большим количеством сложных медицинских аппаратов и систем слежения за функциями пациентов.

Для дезинфекции биологическим методом применяют препараты лечебно-профилактических бактериофагов, которые содержат комплексы поликлональных вирулентных (строго литических) бактериальных вирусов, вызывающих гибель гомологичных видов бактерий. Для дезинфекции используются жидкие препараты лечебно-профилактических бактериофагов, зарегистрированные на территории Российской Федерации.

Перед дезинфекцией с использованием бактериофага проводят предварительное изучение его литической активности и оценка чувствительности к нему конкретного вида бактерий.

3568. Очаговую дезинфекцию проводят при выявлении источника инфекции (больные, носители) в стационарах (отделениях), амбулаторно-поликлинических и других МО любого профиля с учетом эпидемиологических особенностей инфекции и механизма передачи ее возбудителя.

Очаговую дезинфекцию осуществляют в формах текущей и заключительной очаговой дезинфекции с включением этапа влажной уборки с применением моющих средств.

Целью очаговой дезинфекции является предупреждение распространения возбудителей инфекций от больных (носителей) через объекты, имевшие контакт с больными или с их выделениями.

При очаговой дезинфекции обеззараживают различные объекты, имеющие эпидемиологическое значение в передаче возбудителя; проводят гигиеническую обработку рук медицинского персонала, полную или частичную обработку кожных покровов пациентов, при необходимости – дезинсекцию и дератизацию.

3569. Текущую очаговую дезинфекцию проводят при наличии источника инфекции (заболевшего ИСМП пациента). Обеззараживают объекты внутрибольничной

среды в окружении больного с момента выявления у него внутрибольничной инфекции и до выписки (или перевода в другое отделение/стационар).

3570. В ходе текущей очаговой дезинфекции проводят систематическое обеззараживание потенциально контаминированных выделений больного и всех объектов внутрибольничной среды, с которыми больной имел контакт: медицинские изделия, предметы ухода, посуда, белье, поверхности в помещениях, в том числе мебели и оборудования, обеззараживание медицинских отходов класса Б и В.

3571. При текущей очаговой дезинфекции медицинский персонал проводит гигиеническую обработку рук, полную или частичная обработку кожных покровов пациента.

3572. Заключительную очаговую дезинфекцию проводят после выписки, смерти или перевода больного в другое отделение или стационар с целью обеззараживания объектов внутрибольничной среды, с которыми он контактировал в процессе пребывания в стационаре.

3573. В ходе заключительной очаговой дезинфекции обеззараживают поверхности в помещениях, в которых находился пациент, места общего пользования, поверхности оборудования и приборы, медицинские изделия, предметы ухода за больным, медицинские отходы. После заключительной дезинфекциив помещениях проводят влажную уборку с применением моющих средств. Заключительную дезинфекцию проводят в отсутствие пациентов, при этом персонал, выполняющий обработку, должен использовать средства индивидуальной защиты (респиратор, защитные очки, перчатки, фартук).

При проведении заключительной дезинфекции следует применять средства с широким спектром антимикробного действия. Обработку поверхностей осуществляют способом протирания, орошения или аэрозольным методом с применением генераторов аэрозолей. Конкретная норма расхода дезинфицирующих средств определяется инструкцией по их применению.

При заключительной дезинфекции постельные принадлежности (матрасы, подушки, одеяла), нательное белье и вещи больного (по показаниям), выдаваемые ему перед выпиской, обеззараживают в дезинфекционных камерах. При наличии на матрасах и подушках чехлов из влагонепроницаемых материалов, их обеззараживают раствором дезинфицирующего средства способом протирания. Допускается дезинфицировать обувь из резин и пластика погружением в разрешенные для этого растворы дезинфицирующих средств.

По показаниям проводят полную или частичную санитарную обработку кожных покровов больных перед выпиской. Обеззараживают санитарный транспорт, перевозивший больного. При необходимости проводят дезинсекцию и дератизацию.

3574. Воздух помещений следует обеззараживать с помощью разрешенных для этой цели оборудования и (или) химических средств, применяя следующие технологии:

воздействие ультрафиолетовым излучением с помощью открытых и комбинированных бактерицидных облучателей (включая импульсные установки), применяемых в отсутствие людей, закрытых облучателей, в том числе рециркуляторов, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей. Необходимое число облучателей для каждого помещения определяют расчетным путем с учетом объема помещения, типа и производительности установки. Экспозицию облучения рассчитывают согласно нормам и регистрируют в журнале учеты работы облучателя. Суммарный срок эксплуатации не должен превышать указанный в паспорте производителя. При использовании бактерицидных облучателей открытого или комбинированного типа выключатели должны быть выведены за пределы помещений;

воздействие аэрозолями дезинфицирующих средств в отсутствие людей с помощью специальной распыляющей аппаратуры (генераторы аэрозолей) при проведении дезинфекции по типу заключительной и при проведении генеральных уборок;

воздействие озоном с помощью установок – генераторов озона в отсутствие людей при проведении заключительной дезинфекции и при проведении генеральных уборок;

воздействие постоянных электрических полей, позволяющих проводить обеззараживание воздуха в присутствии людей;

применение бактериальных фильтров, в том числе электрофильтров, как встроенных в систему вентиляции, так и в виде специальных установок;

возможно использование других технологий с применением специального оборудования, разрешенного к применению.

Технология обработки и режимы обеззараживания воздуха изложены в санитарных правилах, а также в инструкциях по применению дезинфекционных средств и руководствах по эксплуатации оборудования, предназначенного для обеззараживания воздуха в помещениях.

3575. В МО должен быть не менее чем месячный запас дезинфицирующих средств различного химического состава и назначения в соответствии с расчетной потребностью.

3576. Хранение дезинфицирующих средств допускается в специально отведенных местах, соответствующих обязательным требованиям, в оригинальной упаковке

изготовителя отдельно от лекарственных препаратов, в местах, недоступных детям. Не допускается использование дезинфицирующих средств с истекшим сроком годности.

3577. В целях предупреждения и своевременного выявления резистентных к дезинфицирующим средствам штаммов микроорганизмов следует проводить мониторинг устойчивости эпидемиологически значимых штаммов к применяемым дезинфицирующим средствам. По результатам исследования принимают решение о необходимости ротации дезинфицирующего средства (последовательная замена дезинфицирующего агента из одной химической группы на ДВ из другой химической группы) после предварительной оценки чувствительности госпитального штамма к вновь выбранному ДС.

3578. Требования к проведению дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий.

3579. Медицинские изделия многократного применения подлежат последовательно: дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации, последующему хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

3580. МО должны быть обеспечены медицинской техникой и медицинскими изделиями в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между манипуляциями у пациентов.

3581. Медицинские изделия после применения подлежат дезинфекции независимо от дальнейшего их использования (изделия однократного и многократного применения). Дезинфекцию можно проводить физическими и химическими методами. Выбор метода зависит от особенностей изделия и его назначения.

3582. Изделия однократного применения утилизируют в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиям к обращению с медицинскими отходами

3583. При выборе дезинфекционных средств необходимо учитывать рекомендации изготовителей медицинских изделий, касающиеся воздействия конкретных средств на материалы этих изделий.

3584. Для дезинфекции медицинских изделий применяют дезинфицирующие средства, обладающие широким спектром антимикробного (вирулицидное, бактерицидное, фунгицидное – с активностью в отношении грибов рода Candida) действия. Выбор режимов дезинфекции проводят по наиболее устойчивым микроорганизмам – между вирусами или грибами рода Candida. В туберкулезных медицинских организациях – по микобактериям туберкулеза, при этом средства должны быть тестированы на Mycobacterim terrac. В микологических стационарах (кабинетах) – по режимам, эффективным в отношении дерматофитов.

3585. Дезинфекцию изделий выполняют ручным (в специально предназначенных для этой цели емкостях) или механизированным (моюще-дезинфицирующие машины, ультразвуковые установки) способами.

3586. Для предотвращения контаминации возбудителями ИСМП дезинфицирующих растворов их многократное использование для дезинфекции медицинских изделий допускается в течение рабочей смены, если их внешний вид не изменился (включая мутность, хлопья, осадок, изменение цвета) вне зависимости от наличия рекомендаций по срокам использования рабочих растворов дезинфицирующих средств, указанных в инструкциях по их применению.

3587. При проведении дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации растворами химических средств медицинские изделия погружают в рабочий раствор средства (или готовое к применению средство) (далее – «раствор») с заполнением каналов и полостей. Разъемные изделия погружают в разобранном виде, инструменты с замковыми частями замачивают раскрытыми, сделав этими инструментами в растворе несколько рабочих движений.

3588. Объем емкости для проведения обработки и объем раствора средства в ней должны быть достаточными для обеспечения полного погружения медицинского изделия в раствор; толщина слоя раствора над изделиями должна быть не менее одного сантиметра.

3589. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех медицинских изделий, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности которых не позволяют применять способ погружения.

3590. Способом протирания дезинфицируют профессиональные («многопользовательские», «госпитальные») глюкометры для экспресс-мониторинга уровня глюкозы в крови, предназначенные для применения у разных пациентов. Их конструкция позволяет без нарушения функциональных свойств применять дезинфицирующие салфетки или обычные тканевые салфетки, увлажненные раствором дезинфицирующего средства, рекомендуемого инструкцией по применению глюкометра. Дезинфицирующие средства используют по противовирусному режиму.

3591. После дезинфекции медицинские изделия многократного применения должны быть отмыты от остатков средства в соответствии с рекомендациями, изложенными в инструкции по его применению.

3592. Критерием качества поведенной дезинфекции является отсутствие высева санитарно-показательных микроорганизмов (золотистый стафилококк и бактерии группы кишечной палочки) в смывах с поверхностей и каналов изделий.

3593. Предстерилизационную очистку изделий осуществляют ручным или механизированным способами путем мытья в растворе моющего средства после дезинфекции или при совмещении мытья с дезинфекцией в одном процессе (в зависимости от применяемого средства) в соответствии с инструкцией по эксплуатации, прилагаемой к конкретному оборудованию.

3594. При проведении предстерилизационной очистки (самостоятельной или совмещенной с дезинфекцией) ручным способом этапами процесса являются:

замачивание (выдерживание) изделий в средстве (в случае готового к применению средства) или в рабочем растворе средства;

мойка каждого изделия в том же средстве/растворе, в котором проводили замачивание, при помощи соответствующих приспособлений (ерши, щетки, ватно-марлевые тампоны, тканевые салфетки, шприцы);

ополаскивание проточной питьевой водой;

ополаскивание дистиллированной водой;

сушка.

3595. Раствор средства для предстерилизационной очистки (самостоятельной или совмещенной с дезинфекцией) при ручном способе очистки можно использовать многократно в течение одной рабочей смены, если это допускается инструкцией по применению средства. При механизированном способе очистки в моюще-дезинфицирующих машинах раствор используется однократно.

3596. Предстерилизационную очистку изделий проводят в централизованном стерилизационном отделении (далее ЦСО), при его отсутствии - по месту проведения манипуляций.

3597. Качество предстерилизационной очистки изделий оценивают путем постановки проб (разрешенных к применению) на наличие остаточных количеств крови, а также путем постановки фенолфталеиновой пробы на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющих средств (только в случаях применения средств, рабочие растворы которых имеют pH более 8,5) в соответствии с инструкциями по применению конкретных средств.

3598. Контроль качества предстерилизационной очистки проводят ежедневно. Контролю подлежат: в ЦСО – 1 % от каждого наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1 % одновременно обработанных изделий каждого наименования, но не менее трех единиц. Результаты контроля регистрируют в журнале.

3599. Стерилизации подвергают все медицинские изделия многократного применения, контактирующие с раневой поверхностью, кровью (в организме пациента или вводимых в него) и (или) инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой пациента, и могут вызвать ее повреждение.

3600. Изделия однократного применения, предназначенные для осуществления таких манипуляций, выпускают в стерильном виде предприятиями-изготовителями.

3601. Запрещается повторное использование изделий однократного применения или использование их после истечения срока годности, указанного производителем.

3602. Стерилизацию изделий проводят в ЦСО, при его отсутствии - в отделениях МО.

При соблюдении требований к стерильности медицинских изделий и обеспечению эпидемиологической безопасности процессов транспортировки медицинских изделий до и после обработки допускается привлечение для проведения стерилизации медицинских изделий сторонних организаций (аутсорсинг), осуществляющих стерилизацию медицинских изделий в ЦСО с полным циклом обработки медицинских изделий, оборудованном в соответствии с требованиями санитарных правил и имеющем достаточные производственные мощности.

3603. Стерилизацию медицинских изделий осуществляют физическими (паровой, воздушный, инфракрасный) или химическими (применение растворов химических средств, газовый, плазменный) методами, используя для этого соответствующие стерилизующие агенты и типы оборудования. Выбор необходимого метода стерилизации зависит от особенностей стерилизуемых изделий. Стерилизацию осуществляют по режимам, указанным в инструкции по применению конкретного средства и в руководстве по эксплуатации стерилизатора конкретной модели.

Физические методы стерилизации.

Паровым методом стерилизуют общие хирургические и специальные инструменты, детали приборов, аппаратов из коррозионностойких металлов, стекла, бельё, перевязочный материал, изделия из резин, латекса и отдельных видов пластмасс.

Воздушным методом стерилизуют хирургические, гинекологические, стоматологические инструменты, детали приборов и аппаратов, в том числе изготовленные из коррозионно-нестойких металлов, изделия из силиконовой резины. Перед стерилизацией воздушным методом изделия (после предстерилизационной очистки) высушивают в сушильном шкафу при температуре 85°С до исчезновения

видимой влаги. Использование сушильных шкафов для стерилизации воздушным методом запрещается.

3604. Химический метод стерилизации с применением растворов химических средств, обладающих спороцидной активностью, в том числе применяют для стерилизации изделий, в конструкции которых использованы термолабильные материалы, не позволяющие использовать иные доступные методы стерилизации. Для химической стерилизации применяют растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств, обладающих спороцидным действием.

Не применяют для этих целей средства на основе катионных поверхностно-активных веществ (КПАВ): четвертичные аммониевые соединения (ЧАС), гуанидины, третичные амины, фенолы и спирты, так как они не обладают спороцидным действием.

3605. Для стерилизации медицинских изделий многократного применения и ДВУ эндоскопов используют рабочие растворы химических средств стерилизации со следующим содержанием ДВ:

глутаровый альдегид – не менее 2,0%;

ортофталевый альдегид – не менее 0,55%;

перекись водорода – не менее 6%;

надуксусная кислота – не менее 0,2%.

Во избежание разбавления рабочих растворов, в том числе используемых многократно, погружаемые в них изделия должны быть сухими.

При стерилизации растворами химических средств, все манипуляции проводят, соблюдая правила асептики; используют стерильные емкости для стерилизации и отмывания изделий стерильной питьевой водой от остатков средства. Изделия промывают согласно рекомендациям, изложенным в инструкции по применению конкретного средства.

При стерилизации химическим методом с применением растворов химических стерилизующих средств, отмытые стерильной водой простерилизованные изделия используют сразу по назначению или помещают на хранение в стерильную стерилизационную коробку с фильтром, выложенную стерильной простыней, на срок не более 3 календарных дней.

3606. Газовым методом стерилизуют изделия из различных, в том числе термолабильных материалов, используя в качестве стерилизующих средств окись этилена, формальдегид и другие, разрешенные к применению средства. Перед стерилизацией газовым методом, после предстерилизационной очистки, с изделий удаляют видимую влагу. Стерилизацию осуществляют в соответствии с режимами применения средств для

стерилизации конкретных групп изделий, а также согласно инструкциям (руководствам) по эксплуатации стерилизаторов, зарегистрированных и разрешенных к применению на территории Российской Федерации.

Не допускается использование для стерилизации эндоскопической техники и других термолабильных изделий пароформалиновых камер и озоновых стерилизаторов.

3607. Химическим методом с применением паров перекиси водорода в специально предназначенных, в том числе плазменных, стерилизаторах стерилизуют хирургические, эндоскопические инструменты, эндоскопы, оптические устройства и приспособления, волоконные световодные кабели, зонды и датчики, электропроводные шнуры и кабели и другие изделия из металлов, латекса, пластмасс, стекла и кремния.

3608. В стоматологических МО (кабинетах) допускается применять гласперленовые стерилизаторы, в которых стерилизуют боры различного вида и другие мелкие инструменты при полном погружении их в среду нагретых стеклянных шариков. Запрещается использовать данный метод для стерилизации рабочих частей более крупных стоматологических инструментов, которые невозможно полностью погрузить в среду нагретых стеклянных шариков.

3609. Инфракрасным методом стерилизуют стоматологические и некоторые другие инструменты из металлов.

3610. При воздушном и инфракрасном методах допускается стерилизация инструментов в неупакованном виде (в открытых лотках), после чего их сразу используют по назначению.

3611. При паровом, воздушном, газовом методах, а также при использовании паров перекиси водорода изделия стерилизуют в упакованном виде, используя упаковочные материалы в соответствии с инструкцией по применению (однократно или многократно). Сроки хранения определяется видом упаковочного материала, согласно инструкции по его применению, и указываются на упаковке.

3612. Запрещается использовать деформированные стерилизационные коробки, с поломанными замками, а также фильтрами, у которых исчерпан ресурс по допустимой кратности применения или истек срок годности.

3613. Хирургическое белье, перевязочный материал необходимо укладывать в стерилизационные коробки (далее-коробки) рыхло, свободно, параллельно движению пара (на ребро), перпендикулярно крышке коробки; плотность заполнения коробки - 2/3 объема. Стерилизационные коробки с ватой не следует ставить вблизи двери стерилизатора и зоны подачи пара.

3614. Выдачу простерилизованных коробок следует проводить после их полного остывания. На коробках указывают дату стерилизации.

3615. Для доставки в отделения упаковки со стерильными изделиями необходимо помещать в транспортную тару (закрытые контейнеры, мешки), предотвращающую загрязнение и механическое повреждение при транспортировке. Преимущество следует отдавать закрытым контейнерам.

3616. Стерильные упаковки необходимо хранить на полках в закрывающихся шкафах, избегая попадания прямых солнечных лучей. Не допускается хранение стерильных упаковок, в том числе стерилизационных коробок со стерильными изделиями на подоконниках, во влажных местах, рядом с раковинами.

3617. Стерилизация медицинских изделий в неупакованном виде допускается при децентрализованной системе обработки в следующих случаях:

стерилизации изделий растворами химических средств;

при стерилизации металлических инструментов термическими методами (гласперленовый, инфракрасный, воздушный, паровой) в портативных стерилизаторах.

Все изделия, простерилизованные в неупакованном виде, необходимо сразу использовать по назначению, перенос их из кабинета в кабинет запрещается. Не допускается хранение неупакованных простерилизованных изделий в воздушном стерилизаторе и их использование на следующий день после стерилизации.

3618. При необходимости, инструменты, простерилизованные в неупакованном виде одним из термических методов, после окончания стерилизации допускается хранить в разрешенных к применению бактерицидных камерах, оснащенных ультрафиолетовыми бактерицидными лампами в течение срока, указанного в руководстве по эксплуатации оборудования, а в случае отсутствия таких камер – на стерильном столе не более 6 часов.

3619. Медицинские изделия, простерилизованные в стерилизационных коробках, допускается использовать там, где их открывают один раз (операционные, перевязочные), в остальных случаях необходимо использовать одноразовые упаковочные материалы. На ярлыках стерилизационных коробок необходимо отмечать дату и время вскрытия.

3620. Бактерицидные камеры, оснащенные ультрафиолетовыми лампами, допускается применять только с целью хранения инструментов для снижения риска их вторичной контаминации микроорганизмами в соответствии с инструкцией по эксплуатации. Запрещается применять такое оборудование с целью дезинфекции или стерилизации изделий, а также использовать медицинскую мебель со встроенными ультрафиолетовыми лампами.

3621. Все манипуляции по накрытию стерильного стола в операционных и перевязочных проводят в стерильном халате, медицинской шапочке, маске и перчатках, с использованием стерильных простыней. Делают отметку о дате и времени накрытия стерильного стола. Стерильный стол накрывают не более чем на 6 часов, при этом, все инструменты должны быть полностью покрыты стерильной тканью.

3622. Не использованные в течение этого срока материалы и инструменты со стерильного стола направляют на повторную стерилизацию.

3623. Не допускается использование медицинских изделий с истекшим сроком хранения после стерилизации.

3624. В МО должен использоваться шовный материал, выпускаемый в стерильном виде в упаковке производителя. Запрещается обрабатывать и хранить шовный материал в этиловом спирте.

3625. Флаконы с растворами для парентерального введения перед использованием визуально проверяют на мутность, наличие частиц, трещин и срок годности. Перед введением иглы во флакон резиновые пробки протирают 70%-м раствором спирта. На этикетках многодозовых флаконов указывается дата и время вскрытия, содержимое таких флаконов используют не более 6 часов с момента вскрытия, если иное не предусмотрено интрукцией к препарату.

3626. Учет стерилизации медицинских изделий ведут в журнале по учетной статистической форме.

3627. Контроль стерилизации включает контроль работы стерилизаторов, проверку значений параметров режимов стерилизации и оценку ее эффективности.

3628. Контроль работы стерилизаторов проводят физическим, химическим и бактериологическим методами:

физическим – с использованием контрольно-измерительных приборов;

химическим – с использованием химических индикаторов;

бактериологическим – с использованием биологических индикаторов.

3629. Стерилизаторы подлежат бактериологическому контролю после их установки (ремонта), а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

3630. Эффективность работы стерилизаторов подтверждается отсутствием роста тест-культуры в биологических индикаторах в сочетании с удовлетворительными результатами контроля физическим и химическим методами.

3631. Техническое обслуживание, гарантийный и текущий ремонт стерилизаторов осуществляют специалисты сервисных служб.

3632. Стерильность медицинских изделий оценивают на основании результатов бактериологических исследований. Критерием эффективности является 100% гибель микроорганизмов всех видов.

3633. Кратность контроля стерильности изделий медицинского назначения – не реже 1 раза в полгода. В соответствии с правилами внутреннего распорядка (локальными нормативными актами) или СОП кратность может быть увеличена (1 раз в месяц или 1 раз в квартал).

3634. Контроль качества дезинфекции, предстерилизационной очистки и стерилизации медицинских изделий проводят ответственные лица в рамках производственного контроля, а также органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Обеспечение эпидемиологической безопасности при эндоскопических вмешательствах.

3635. Эндоскопические вмешательства являются малоинвазивными, высокоинформативными и эффективными медицинскими услугами, направленными на диагностику (эндоскопическое обследование) и лечение (эндоскопическая манипуляция, в том числе эндоскопическое оперативное вмешательство) различных заболеваний.

3636. Эндоскопические вмешательства выполняются с использованием эндоскопического оборудования, в том числе эндоскопов и инструментов к ним самостоятельно или в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем).

3637. Эндоскопы в процессе использования контактируют со слизистыми оболочками и (или) проникают в стерильные органы, ткани и полости организма. По назначению они подразделяются на эндоскопы для проведения нестерильных и стерильных эндоскопических вмешательств.

3638. Нестерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через естественные пути в органы, в норме содержащие собственную микрофлору (желудочно-кишечный тракт, дыхательные пути).

3639. Стерильными считаются вмешательства, при которых эндоскоп вводится через проколы, разрезы кожных и слизистых покровов в кровяное русло, стерильные полости или ткани организма, а также в стерильные в норме органы (матка, мочевой пузырь) через естественные пути.

3640. При дезинфекции высокого уровня (далее - ДВУ) обеспечивается гибель вегетативных форм бактерий (в том числе микобактерий), грибов, оболочечных и безоболочечных вирусов и некоторого количества спор бактерий. ДВУ эндоскопов

проводится ручным способом или механизированным способом в моюще-дезинфицирующей машине (далее - МДМ).

Организация и контроль мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, связанных с эндоскопическими вмешательствами

3641. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в структурных подразделениях медицинских организаций, выполняющих эндоскопические вмешательства и (или) проводящих обработку и хранение эндоскопического оборудования, направлены на недопущение передачи возбудителей инфекционных болезней пациентам и персоналу.

3642. В структурных подразделениях медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, локальным актом руководителя организации должны быть определены лица, ответственные за организацию и проведение противоэпидемических мероприятий, в том числе за качество обработки эндоскопического оборудования.

3643. Руководителем эндоскопического отделения или врачом эндоскопического кабинета должна разрабатываться рабочая инструкция по обработке эндоскопов, имеющихся на оснащении структурного подразделения, которая согласовывается с эпидемиологом и утверждается руководителем медицинской организации. Указанная инструкция должна разрабатываться на основании положений настоящих санитарных правил, эксплуатационной документации на эндоскопы и на оборудование, предназначенное для их обработки и хранения, инструкций по применению используемых химических средств очистки, дезинфекции и стерилизации.

3644. Стандартные операционные процедуры (далее СОПы) подготовки медицинских изделий для эндохирургических вмешательств к повторному использованию составляются заведующим (старшей медицинской сестрой) ЦСО и старшей медицинской сестрой операционного блока на основании требований настоящих санитарно-эпидемиологических правил, эксплуатационной документации изготовителя медицинских изделий и технических средств очистки, дезинфекции и стерилизации, инструкций по применению используемых химических средств очистки, дезинфекции и стерилизации. СОПы согласовываются с эпидемиологом и утверждаются руководителем МО.

3645. Медицинские работники, непосредственно связанные с проведением эндоскопических вмешательств и обработкой эндоскопического оборудования (врачи и медицинские сестры), должны проходить не реже одного раза в 5 лет повышение квалификации на базе организаций, имеющих лицензию на образовательную

деятельность, по дополнительным профессиональным программам, включающим вопросы обеспечения эпидемиологической безопасности эндоскопических вмешательств.

3646. Мероприятия по контролю за выполнением требований настоящих санитарных правил, в том числе проведение инструментального и лабораторного контроля качества обработки эндоскопического оборудования, включаются в Программу (план) производственного контроля медицинской организации.

3647. Каждому гибкому эндоскопу для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств присваивается идентификационный код (номер), включающий сведения о его модели и серийном номере. Идентификационный код эндоскопа должен указываться в протоколе эндоскопического вмешательства или в журнале записи оперативных вмешательств, в графе особые отметки журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, в журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств.

3648. Каждый цикл обработки эндоскопа должен быть документирован.

3649. В журнале контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств (приложение 34 к Санитарным правилам) должны указываться:

дата обработки эндоскопа;

идентификационный код (номер) эндоскопа;

результаты теста на герметичность;

наименование средства для окончательной очистки ручным способом;

время начала и окончания процесса окончательной очистки ручным способом;

результаты контроля качества очистки;

способ ДВУ эндоскопа (ручной или механизированный). При ручном способе обработки должны быть указаны: название средства и контролируемые параметры режима его применения (температура и концентрация раствора, результаты экспресс контроля уровня содержания в нем действующего вещества (далее - ДВ), время начала/окончания дезинфекционной выдержки). При механизированном способе обработки должны быть указаны: порядковый номер или марка МДМ (при наличии в отделении нескольких единиц техники для обработки эндоскопов), номер используемого режима обработки, наименование средств очистки и ДВУ; концентрация раствора и результаты экспресс контроля уровня содержания ДВ в средстве ДВУ многократного применения, время завершения цикла обработки в МДМ;

фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

3650. Качество очистки эндоскопов, предназначенных для стерильных

вмешательств, а также инструментов для проведения стерильных и нестерильных вмешательств должно отмечаться в журнале учета качества предстерилизационной обработки.

3651. В журнале контроля стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств ручным способом (приложение 37 к Санитарным правилам), который заполняется в стерилизационном помещении операционного блока или профильного хирургического отделения, должны указываться:

дата и время начала обработки;

наименование и количество всех стерилизуемых изделий, в том числе оптического прибора, головки видеокамеры, световода;

номер медицинской карты стационарного больного или медицинской карты пациента, получающего медпомощь в амбулаторных условиях, для которого эти медицинские изделия использовались;

наименование стерилизующего средства и контролируемые параметры режима его применения (температура и концентрация раствора, результаты экспресс контроля уровня содержания ДВ в растворе/готовом средстве многократного применения, время стерилизационной выдержки);

время завершения стерилизации и упаковки стерилизованных изделий;

фамилия, имя, отчество и подпись медицинского работника, проводившего обработку.

3652. При проведении стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств в стерилизационном помещении операционного блока или в централизованном стерилизационном отделении (далее - ЦСО) с использованием стерилизационного оборудования параметры стерилизации регистрируются в журнале контроля работы стерилизатора.

3653. При стерилизации инструментов для проведения нестерильных эндоскопических вмешательств ручным способом в дезинфекционно-стерилизационном или стерилизационном помещении эндоскопического отделения данные о процессе стерилизации фиксируется в журнале контроля стерилизации медицинских изделий для эндохирургических вмешательств ручным способом (приложение 37 к Санитарным правилам) за исключением указания номера медицинской карты пациента.

3654. Транспортировка эндоскопов для нестерильных вмешательств по коридорам между помещениями эндоскопического отделения и за его пределами должна осуществляться в закрытом виде в жестких контейнерах или на лотках, которые подлежат дезинфекции после каждого использования.

3655. Транспортировка жесткого эндоскопа для эндохирургических вмешательств в ЦСО должна осуществляться отдельно от инструментов в специальной решетчатой корзине (сетчатом лотке, контейнере) с эластичными креплениями для его надежной фиксации и обеспечения сохранности оптики.

Требования к циклу обработки эндоскопов и инструментов к ним

3656. Эндоскопы для нестерильных эндоскопических вмешательств и принадлежности к ним (клапаны, заглушки, колпачки) непосредственно после использования подлежат последовательно:

предварительной очистке;

окончательной очистке или окончательной очистке, совмещенной с дезинфекцией;

дезинфекции высокого уровня;

хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

3657. Эндоскопическое оборудование, в том числе эндоскопы для стерильных эндоскопических вмешательств, все инструменты многоразового использования для стерильных и нестерильных вмешательств непосредственно после использования подлежат последовательно:

предварительной очистке;

предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией;

стерилизации;

хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию.

3658. Цикл обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств нельзя прерывать. После каждого использования в полном объеме должны быть выполнены все процессы обработки эндоскопа, в том числе подвергнуты обработке все каналы независимо от того были они использованы при проведении вмешательства или нет. При оказании медицинской помощи эндоскопическим методом за пределами базовой МО и отсутствии условий для проведения окончательной очистки и ДВУ эндоскопа выполнение этих процессов может быть отсрочено до возвращения эндоскопа в МО.

3659. Процесс стерилизации эндоскопов и инструментов к ним разрешается перенести на следующую рабочую смену при условии проведения их эффективной предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, и тщательной сушки.

Требования к планировке, оборудованию и санитарному содержанию помещений структурных подразделений медицинских организаций, выполняющих нестерильные эндоскопические вмешательства

3660. Эндоскопическое отделение (кабинет) должно иметь следующие помещения:

Кабинет(ы) врача(ей);

Раздельные эндоскопические манипуляционные (в зависимости от видов проводимых вмешательств) для проведения:

бронхоскопии,

исследований верхних отделов желудочно-кишечного тракта,

исследований нижних отделов желудочно-кишечного тракта;

вспомогательные помещения.

3661. Сочетанное исследование верхних и нижних отделов желудочно-кишечного тракта под седацией допускается проводить в одной манипуляционой. Выход пациента из седации должен осуществляться под медицинским контролем.

3662. Моечно-дезинфекционные помещения или моечно-дезинфекционный блок: моечная, дезинфекционно-стерилизационная и помещение (зона) для хранения чистых эндоскопов.

3663. Ретроградная холангиопанкреатография проводится в эндоскопической манипуляционной или в рентгеноперационной, соответствующей требованиям норм радиационной безопасности.

3664. При манипуляционной для проведения исследований нижних отделов пищеварительного тракта предусматривается наличие санитарного узла.

3665. Манипуляционная для проведения бронхоскопии (класс чистоты «Б») оборудуется системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока воздуха. Подаваемый воздух должен подвергаться очистке и обеззараживанию с эффективностью не менее 95%.

3666. Помещение, в котором проводятся эндоскопические вмешательства, должно быть оборудовано раковиной для мытья рук медицинских работников. Использование раковины для других целей недопустимо.

3667. Предварительная очистка использованных эндоскопов и инструментов к ним выполняется в том же помещении, где проводилось вмешательство.

3668. Окончательная очистка или окончательная очистка при совмещении с дезинфекцией, а также дезинфекция высокого уровня эндоскопов проводятся в

специально оборудованном моечно-дезинфекционном помещении (помещение для обработки эндоскопов) или моечно-дезинфекционном блоке (блок для обработки эндоскопов).

3669. Предстерилизационная очистка при совмещении с дезинфекцией инструментов проводится в ЦСО или в зоне очистки моечно-дезинфекционного помещения отдельно от эндоскопов ручным способом или с использованием ультразвуковых очистителей.

3670. Помещение для обработки эндоскопов оборудуется общеобменной приточно-вытяжной вентиляцией и местной вытяжной вентиляцией с удалением паров растворов на уровне моечных ванн.

3671. Для обеспечения эффективности ДВУ и сохранности эндоскопа в моечно-дезинфекционном (дезинфекционно-стерилизационном) помещении устанавливаются дополнительные средства очистки водопроводной воды, в том числе антибактериальные фильтры в МДМ и (или) при подаче воды в моечную ванну для финального ополаскивания эндоскопов после ДВУ.

3672. Расположение технологического оборудования в моечно-дезинфекционном помещении должно обеспечивать поточность выполнения всех этапов обработки эндоскопов в соответствии с требованиями настоящих санитарных правил. Во вновь проектируемых медицинских организациях предусматриваются планировочные решения, исключающие перекрест потоков чистых и грязных эндоскопов.

3673. Помещение для обработки эндоскопов функционально разделяется на условно грязную зону, предназначенную для проведения окончательной очистки как самостоятельного процесса или при совмещении с дезинфекцией, и условно чистую зону, где проводится дезинфекция высокого уровня, сушка и хранение эндоскопов. В крупных эндоскопических отделениях при централизации обработки эндоскопов выделяют моечно-дезинфекционный блок с отдельными помещениями для проведения окончательной очистки эндоскопов и предстерилизационной очистки и дезинфекции инструментов многоразового использования; ДВУ эндоскопов и, при необходимости, стерилизации инструментов ручным способом; хранения эндоскопов.

3674. В помещении для обработки эндоскопов устанавливается раковина для мытья рук медицинского персонала. Не допускается использовать ее для других целей.

3675. Зона окончательной очистки эндоскопов (или помещение для окончательной очистки эндоскопов) должна оборудоваться:

столом (тележкой) для контейнеров (лотков) с использованными эндоскопами;

моечными ваннами емкостью не менее 10 литров, подключенными к канализации и

водоснабжению; количество моечных ванн определяется исходя из принятого алгоритма обработки и максимальной рабочей нагрузки в эндоскопическом отделении (кабинете);

столом для проведения теста на качество окончательной очистки;

стеллажами (шкафами) для хранения нестерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, салфетки, моющие и дезинфицирующие средства).

3676. Зона ДВУ и хранения эндоскопов (помещения для ДВУ и хранения эндоскопов) должна оборудоваться и оснащаться:

емкостями для проведения ДВУ в растворе химического средства объемом не менее 10 литров и (или) МДМ;

моечными ваннами для удаления остатков средства ДВУ с/из эндоскопов для гастроинтестинальных исследований;

емкостями для ополаскивания бронхоскопов (при использовании стерильной воды - стерильными, в других случаях - продезинфицированными);

столами для сушки и упаковки обработанных эндоскопов;

шкафами для хранения эндоскопов или шкафами для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде;

стеллажами (шкафами) для хранения стерильных расходных материалов (простыни, пеленки, перчатки, чехлы для эндоскопов).

3677. Все виды шкафов для хранения обработанных эндоскопов подлежат очистке и дезинфекции раствором химического средства в бактерицидном режиме не реже 1 раза в неделю, если иное не предусмотрено инструкциями по их эксплуатации.

3678. Стерилизация инструментов к эндоскопам, загубников, щеток многоразового использования и иных медицинских изделий ручным или механизированным способом должна проводиться в стерилизационном (дезинфекционно-стерилизационном) помещении эндоскопического отделения, которое соответствует классу чистоты Б, или в ЦСО.

3679. Уборка и профилактическая дезинфекция в манипуляционных для нестерильных эндоскопических вмешательств и в моечно-дезинфекционном помещении должны проводиться по мере загрязнения, но не реже одного раза в смену или 2 раз в день. После каждого пациента поверхность кушетки (стола) для исследований, с которой он контактировал, должна подвергаться дезинфекции. Генеральная уборка с применением дезинфицирующих средств по бактерицидному режиму проводится 1 раз в неделю.

Требования к помещениям, предназначенным для проведения стерильных эндоскопических вмешательств, обработки использованных при данном виде вмешательств эндоскопов и инструментов

3680. Стерильные эндоскопические вмешательства должны проводиться в операционных, малых операционных медицинских организаций или в эндоскопических манипуляционных (класс чистоты Б) профильных хирургических отделений.

3681. Предварительная очистка эндоскопического оборудования (оптический прибор, головка видеокамеры, световод, инструменты, комплект силиконовых трубок) в операционном блоке или малой операционной должна осуществляться после завершения оперативного вмешательства в зоне, в которой проводится предварительная очистка хирургического инструментария.

3682. Предварительная очистка гибких и жестких эндоскопов, а также инструментов к ним, использованных для проведения стерильных вмешательств с диагностической и (или) лечебной целью, должна проводиться в эндоскопической манипуляционной профильных хирургических отделений сразу после завершения исследований.

3683. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, эндоскопов для стерильных вмешательств и инструментов должна проводиться в помещении разборки и мытья инструментов операционного блока, в моечно-дезинфекционном помещении хирургического отделения, в ЦСО. Транспортировка эндоскопов (оптический прибор, головка видеокамеры, световод) к месту выполнения обработки осуществляется отдельно от инструментов и должна исключать возможность их механического повреждения.

3684. Стерилизация эндоскопов для проведения стерильных эндоскопических вмешательств и инструментов проводится:

ручным способом в стерилизационном помещении (класс чистоты «Б») операционного блока, хирургического отделения;

механизированным способом с использованием стерилизационного оборудования в стерилизационном помещении (класс чистоты «Б») операционного блока, хирургического отделения, ЦСО.

3685. Эндосколы и инструменты, подвергнутые стерилизации, хранят в асептических условиях.

3686. Текущая уборка и дезинфекция в помещениях, где осуществляются стерильные эндоскопические вмешательства, должна проводиться после каждого

вмешательства. Генеральная уборка - 1 раз в неделю.

Требования к оборудованию, средствам и материалам для обработки эндоскопического оборудования

3687. При обработке эндоскопов и прочих медицинских изделий в составе эндоскопических и эндохирургических комплексов (систем), а также инструментов к эндоскопам должны использоваться изделия медицинской техники (стерилизаторы, моющие машины, МДМ, ультразвуковые очистители и другие), моющие и дезинфицирующие средства, разрешенные к применению для этих целей в Российской Федерации.

3688. Моюще-дезинфицирующие машины (МДМ) для обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств допускается использовать с валидированными и указанными в эксплуатационной документации на МДМ химическими средствами очистки и дезинфекции. Средства ДВУ многократного применения должны быть обеспечены химическими индикаторами или другими средствами контроля уровня содержания ДВ в растворе/готовом средстве. Внесение производителем МДМ в эксплуатационную документацию дополнительных средств очистки и ДВУ возможно после проведения испытаний в испытательно-лабораторном центре, аккредитованном на данный вид исследований.

3689. При выборе средств очистки, дезинфекции (в том числе ДВУ) для ручного способа обработки, а также средств и методов стерилизации должны учитываться рекомендации изготовителей эндоскопов и инструментов, касающиеся воздействия конкретного средства (стерилизующего агента) на материалы этих медицинских изделий. Не допускается использовать методы и режимы стерилизации эндоскопов и инструментов к ним, не указанные в эксплуатационной документации на конкретные медицинские изделия, т.к. это ведет к выходу их из строя (поломке).

3690. Не допускается применение для очистки или очистки, совмещенной с дезинфекцией, дезинфицирующих средств, которые в рекомендованных режимах оказывают фиксирующее действие на органические загрязнения, в том числе содержащих в своем составе спирты и альдегиды.

3691. Растворы моющих средств для очистки эндоскопов на основе ферментов и (или) поверхностно-активных веществ применяются однократно. Растворы дезинфицирующих средств в режиме очистки, совмещенной с дезинфекцией, применяются до изменения внешнего вида, но не более одной рабочей смены.

3692. Для ДВУ эндоскопов применяются растворы альдегидсодержащих,

кислород-активных и некоторых хлорсодержащих средств (анолиты, получаемые в МДМ для обработки эндоскопов) в спороцидной (стерилизующей) концентрации.

3693. Для стерилизации эндоскопов и инструментов применяют:

паровой, газовый и плазменный методы;

растворы альдегидсодержащих, кислородактивных и некоторых хлорсодержащих средств в спороцидной (стерилизующей) концентрации.

3694. Запрещается использовать для стерилизации эндоскопов и инструментов к ним озоновые стерилизаторы и пароформалиновые камеры.

3695. Длительность применения рабочих растворов и готовых к применению средств ДВУ и стерилизации многократного применения (в пределах срока годности) определяется концентрацией ДВ, которая должна контролироваться химическими индикаторами (тест полосками) с кратностью не реже одного раза в смену. Не допускается для тестирования концентрации ДВ в одном средстве использовать химические индикаторы от другого средства, содержащего то же действующее вещество. Средства, не обеспеченные химическими индикаторами, необходимо использовать однократно.

3696. При многократном применении (в пределах срока годности) рабочего раствора или готового к применению средства ДВУ и стерилизации для предотвращения его разбавления при ручном способе обработки медицинские изделия перед погружением в раствор должны просушиваться.

3697. Емкости с рабочими растворами средств для стерилизации и ДВУ должны быть снабжены крышками, иметь надписи с указанием названия средства, его концентрации, назначения, даты приготовления, срока годности.

3698. Для готовых к применению средств должно указываться название, назначение, дата начала его применения, срока годности.

Требования к технологии обработки и хранению эндоскопического оборудования

3699. Обработка гибких эндоскопов для нестерильных эндоскопических вмешательств после их использования должна проводиться в следующей последовательности:

1) процесс предварительной очистки внешних поверхностей вводимой трубки, промывка каналов; для видеоэндоскопа (при наличии указаний в инструкции изготовителя) – герметизация электронного коннектора с использованием защитного колпачка;

2) визуальный осмотр эндоскопа и проверка на герметичность. Негерметичный эндоскоп не подлежит дальнейшей обработке и использованию;

3) процесс окончательной очистки или окончательной очистки, совмещенной с дезинфекцией, включает следующие этапы:

погружение эндоскопа в раствор моющего или моюще-дезинфицирующего средства с заполнением всех каналов через вспомогательные приспособления (ирригатор, адаптеры, промывочные трубки) на время, указанное в инструкции на средство;

очистка салфетками внешних поверхностей эндоскопа, очистка щетками клапанов, гнезд клапанов и биопсийного порта, торцевой оптики, механизма инструментального подъемника (при наличии) и открытых для доступа каналов;

промывка моющим или моюще-дезинфицирующим раствором всех каналов эндоскопа через вспомогательные приспособления (не менее 90 мл для системы каналов биопсия/аспирация, воздух/вода и 30 мл для вспомогательных каналов);

ополаскивание внешних поверхностей, клапанов и каналов эндоскопа водой питьевого качества (не менее 90 мл для системы каналов биопсия/аспирация, воздух/вода и 30 мл для вспомогательных каналов) с использованием тех же вспомогательных приспособлений, что для очистки;

сушка внешних поверхностей чистым материалом и каналов продувкой (аспирацией) воздухом. Промывные воды после очистки и ополаскивания эндоскопов должны сливаться в централизованную канализацию без предварительного обеззараживания.

4) проверка качества очистки эндоскопа осуществляется в соответствии с пунктом 3725 Санитарных правил. Тестированию подлежит каждый 10 из очищенных эндоскопов, но не менее 1 в смену;

5) процесс ДВУ эндоскопа при ручном способе обработки включает следующие этапы:

дезинфекционная выдержка при полном погружении эндоскопа в раствор дезинфекционного средства в соответствии с требованиями Санитарных правил. Все каналы должны быть принудительно заполнены раствором, пузырьки воздуха с наружных поверхностей должны быть удалены салфеткой;

ополаскивание эндоскопа проводится согласно инструкции по применению конкретного средства, предназначенного для ДВУ. Системы каналов биопсия/аспирация и воздух/вода промываются не менее 90 мл воды, дополнительные каналы – не менее 30 мл воды. Эндоскопы для гастроинтестинальных исследований должны ополаскиваться водой не ниже питьевого качества, бронхоскопы - водой стерильной или очищенной на антибактериальных фильтрах. Порция воды для ополаскивания эндоскопа всегда используется однократно;

удаление влаги с внешних поверхностей эндоскопа при помощи стерильного материала; из каналов - продувкой воздухом или активной аспирацией воздуха. Для более полного удаления влаги из каналов эндоскопа обработка завершается промыванием 70% этиловым спиртом, отвечающим требованиям фармакопейной статьи, или 70% изопропиловым спиртом 2 класса микробиологической чистоты, и продувкой воздухом;

6) обработка эндоскопов механизированным способом проводится в соответствии с эксплуатационной документацией на оборудование. Перед каждым циклом обработки эндоскопа в МДМ проводится его окончательная очистка ручным способом, если в инструкции к МДМ нет других указаний. При отсутствии в МДМ функции промывки спиртом, этот этап проводится вручную после завершения полного цикла обработки.

7) обработка в МДМ определенных моделей эндоскопов проводится при наличии адаптеров для подключения всех каналов к оборудованию. При отсутствии в МДМ адаптера для подключения дополнительного канала (элеваторного, для подачи CO_2 или воды) этот канал должен пройти полную обработку вручную до начала цикла в МДМ;

8) после завершения обработки эндоскоп подлежит повторному использованию или хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию;

9) в течение рабочей смены обработанный эндоскоп в собранном виде может храниться в асептических условиях до очередного использования не более 3-х часов. Эндоскоп, не использованный в течение указанного периода, повторно подвергается ДВУ;

10) между рабочими сменами эндоскоп должен храниться в разобранном виде, упакованным в стерильный материал или неупакованным в шкафу для сушки и хранения эндоскопов в асептической среде. Срок хранения эндоскопов в шкафу для сушки и хранения в асептической среде указывается в инструкции по эксплуатации шкафа. Срок хранения эндоскопов, упакованных в стерильные тканевые чехлы, не должен превышать 72 часа. После истечения указанного срока хранения эндоскоп подлежит ДВУ повторно;

11) не допускается хранение эндоскопов в шкафах под действием прямых ультрафиолетовых лучей или на кронштейнах в открытом виде;

12) емкость (контейнер, бачок) для воды, предназначенной для очистки линз, крышка и соединительные шланги к ней в конце рабочей смены подлежат очистке, сушке и стерилизации. Перед использованием и далее в течение рабочей смены емкость заполняется стерильной водой;

13) аспирационная банка в процессе работы заполняется не более чем на 3/4 объема. После каждого опорожнения она подлежит дезинфекция способом погружения и очистке. На каждый аспирационный отсос предусматривается не менее двух банок.

3700. Обработка гибких эндоскопов для проведения стерильных эндоскопических

вмешательств после их использования должна проводиться в следующей последовательности:

1) визуальный осмотр эндоскопа и проверка на герметичность. Негерметичный эндоскоп не подлежит дальнейшей обработке и использованию;

2) процесс предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, выполняется аналогично процессу окончательной очистки, совмещенной с дезинфекцией;

3) проверка качества предстерилизационной очистки эндоскопа осуществляется в соответствии с пунктом 3725 Санитарных правил. Тестированию подлежит каждый обработанный эндоскоп;

4) стерилизация гибких эндоскопов проводится в растворах химических средств ручным способом или механизированным способом в низкотемпературных стерилизаторах, которые не имеют ограничений к использованию для конкретной модели и серии эндоскопа (по материалам; количеству, длине и диаметру каналов);

5) процесс стерилизации эндоскопов ручным способом включает следующие этапы:

стерилизационная выдержка в растворе дезинфекционного средства при полном погружении эндоскопа и принудительном заполнении каналов через вспомогательные приспособления, а также удалении пузырьков воздуха с наружных поверхностей;

ополаскивание эндоскопа стерильной водой в соответствии с инструкцией по применению конкретного стерилизующего средства. Внутренние каналы ополаскиваются через вспомогательные приспособления не менее 90 мл стерильной воды каждый. Стерильная вода и стерильные контейнеры для воды используются однократно.

сушка наружных поверхностей эндоскопа стерильными салфетками, каналов - воздухом под давлением или аспирацией воздуха. Дополнительная сушка каналов спиртом не проводится;

6) отмытые от остатков стерилизующего средства и высушенные изделия перекладываются в стерильную стерилизационную коробку, выложенную стерильной тканью. Допустимый срок хранения простерилизованных изделий – не более 72 часов.

3701. Обработка жестких эндоскопов, блока управления видеокамерой и блока видеоголовки, световодов и вспомогательного оборудования для стерильных вмешательств включает предварительную очистку, предстерилизационную очистку, совмещенную с дезинфекцией, и стерилизацию.

3702. Обработка жесткого эндоскопа должна проводиться в следующей последовательности:

1) предварительная очистка внешних поверхностей эндоскопа от видимых

загрязнений проводится при помощи безворсовой салфетки в воде или растворе нейтрального моющего средства, каналы (при наличии) промываются при помощи специальных приспособлений (спринцевальные трубки, промывочные шприцы или моечный пистолет с насадками);

2) предстерилизационная очистка при совмещении с дезинфекцией жестких эндоскопов и принадлежностей к ним проводится ручным способом и механизированным способом в МДМ. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, механизированным способом выполняется в МДМ химическими средствами или химическими средствами и термическим методом, которые рекомендованы изготовителем эндоскопического оборудования. Эндоскоп должен быть помещен в решетчатую корзину (сетчатый лоток), надежно зафиксирован эластичными креплениями и подключен к системе ирригации машины (при наличии канала). Процесс предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, при ручном способе обработки эндоскопа после полного демонтажа его съемных деталей включает:

дезинфекционную выдержку в моюще-дезинфицирующем растворе при полном погружении в раствор и принудительном заполнении каналов (при наличии);

механическую очистку внутренних каналов (при наличии) и съемных деталей эндоскопа при помощи щеток и проволочных очистителей соответствующего размера;

промывку каналов при помощи специальных приспособлений;

ополаскивание эндоскопа водой питьевого качества и дистиллированной водой, в том числе каналов (при наличии) при помощи специальных приспособлений;

наружные поверхности эндоскопа просушиваются мягкой тканью, каналы - воздухом при помощи воздушного пистолета. Дополнительно 70% спиртом просушиваются оптические поверхности, если это указано в инструкции изготовителя.

3) после завершения предстерилизационной очистки, совмещенной с дезинфекцией, проверяется качество очистки в соответствии с пунктом 3725 Санитарных правил, а также качество изображения в соответствии с инструкцией по эксплуатации, выполняются процедуры ухода;

4) перед автоматическим циклом стерилизации эндоскоп тщательно сушится и укладывается в стерилизационный контейнер, рекомендованный изготовителем для обеспечения эффективности выбранного метода стерилизации и сохранности изделия во время процесса стерилизации, а также в процессе последующей транспортировки и хранения;

5) процесс стерилизации эндоскопа ручным способом должен проводиться в соответствии с Санитарными правилами.

3703. Обработка блока управления видеокамерой и блока видеоголовки (блок видеоголовки с интегрированным оптическим адаптером (объективом), видеоголовка с винтовым соединением и с оптическим адаптером или без него, а также сам оптический адаптер) начинается сразу после отсоединения сетевого штекера. Блок управления видеокамерой протирается одноразовой салфеткой, смоченной в дезинфицирующем средстве, не содержащем альдегиды, спирты или другие фиксирующие биологические загрязнения компоненты. Видеоголовка, объектив и кабель видеоголовки после визуальной проверки на наличие разрывов и трещин подвергаются предварительной очистке в растворе нейтрального моющего средства.

Процесс предстерилизационной очистки указанного эндоскопического оборудования при совмещении с дезинфекцией включает:

погружение в моюще-дезинфицирующий раствор на время дезинфекционной выдержки;

удаление загрязнений с видеоголовки и объектива мягкой щеткой (безворсовой тканью);

ополаскивание дистиллированной водой;

сушку чистой безворсовой тканью.

3704. Стерилизация медицинских изделий, указанных в пункте 3703 Санитарных правил, должна проводиться в соответствии с рекомендациями изготовителя паровым, газовым или плазменным методами. Перед стерилизацией проводится проверка на чистоту оптики и штекера камеры, сушка стеклянных поверхностей 70% спиртом, осмотр на наличие повреждений.

Для повышения сохранности видеоголовки и кабеля, защиты их от загрязнения биологическим материалом во время проведения оперативного вмешательства используются прозрачные одноразовые полимерные непроницаемые для жидкостей, в том числе биологических, чехлы. Перед надеванием одноразовых стерильных чехлов данные медицинские изделия должны пройти все процессы обработки в соответствии с инструкцией изготовителя (предстерилизационная очистка, дезинфекция, стерилизация).

3705. 3D видеолапароскопы перед надеванием одноразового стерильного чехла или защитного тубуса с чехлом должны пройти все процессы цикла обработки в соответствии с инструкцией изготовителя. Повторное использование одноразовых чехлов или тубусов недопустимо.

3706. Предварительная очистка стекловолоконных и жидкостных световодов заключается в удалении салфеткой видимых загрязнений в растворе нейтрального моющего средства. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией,

проводится ручным или механизированным способами. Перед стерилизацией световод тщательно сушится, стеклянные поверхности дополнительно просушиваются 70% спиртом, проводится функциональный тест. Стекловолоконные световоды стерилизуются методами, указанными в пункте 3693 Санитарных правил. Жидкостные световоды стерилизуются газовым методом или в растворах химических средств.

3707. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, аспирационной банки и комплекта многоразовых силиконовых трубок, которые являются принадлежностями к отсасывающему (промывающему насосу или помпе), после каждой эндоскопической операции проводится ручным или механизированным способом, стерилизация - паровым методом по режиму, рекомендованному изготовителем.

3708. Обработка силиконовых трубок ручным способом должна проводиться в соответствии с пунктом 3712 Санитарных правил.

3709. Помпа после отключения от сети протирается салфеткой, смоченной в растворе дезинфицирующего средства, не содержащего спирты.

3710. Обработка инсуффляционного прибора с принадлежностями проводится в следующей последовательности:

3711. Прибор после отключения от сети протирается одноразовой салфеткой, смоченной в растворе дезинфицирующего средства, не содержащего спирты. Использованные одноразовые антибактериальные CO_2-газовые фильтры относятся к медицинским отходам класса «Б».

3712. Комплект многоразовых силиконовых трубок подвергается:

предварительной очистке в растворе моющего средства;

предстерилизационной очистке, совмещенной с дезинфекцией, ручным или механизированным способом с использованием специальных приспособлений для беспрепятственного промывания внутренних полостей трубок потоком моюще-дезинфицирующего средства; разборный колпачок датчика давления подвергается дезинфекции и очистке в разобранном виде;

ополаскиванию дистиллированной водой;

сушке внутренних полостей воздухом и наружных поверхностей тканью;

осмотру на чистоту, целостность и проверке на герметичность;

упаковке и стерилизации паровым методом.

3713. Комплект трубок для артроскопии всегда используется однократно и не подлежит повторной обработке. Комплекты одноразовых трубок не подлежат повторной обработке и после использования удаляются как медицинские отходы класса Б.

3714. При подготовке эндоскопического оборудования к хирургическим

эндоскопическим вмешательствам в целях предотвращения инфицирования пациентов и контаминации прибора на каждую операцию на разъеме для инсуффляции устанавливается одноразовый стерильный антибактериальный CO2-газовый фильтр.

3715. Для предотвращения инфицирования персонала во время проведения лапароскопических вмешательств должно использоваться устройство для фильтрации аэрозольных частиц, выделяющихся из брюшной полости вместе с CO_2 через троакар в процессе десуффляции.

3716. Срок хранения простерилизованных эндоскопов и инструментов к ним определяется выбранным методом стерилизации, видом и сроком годности упаковочного материала.

Требования к технологии обработки инструментов к эндоскопам

3717. Обработка инструментов должна проводиться отдельно от эндоскопов. Для предварительной очистки инструменты непосредственно после использования погружаются в раствор нейтрального моющего средства. Рабочие части инструментов к сложным эндохирургическим комплексам, в том числе относящимся к роботам, непосредственно после использования погружаются в специальные пробирки с моющим раствором до начала проведения предстерилизационной очистки и дезинфекции.

3718. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, инструментов к эндоскопам осуществляется ручным и механизированным способом.

3719. Предстерилизационная очистка, совмещенная с дезинфекцией, механизированным способом выполняется в ультразвуковых очистителях (далее - УЗО) или в МДМ. Не допускается использование УЗО для очистки медицинских изделий со стеклянными оптическими деталями.

3720. Процесс предстерилизационой очистки, совмещенной с дезинфекцией, при ручном способе обработки проводится в следующей последовательности:

дезинфекционная выдержка в растворе моюще-дезинфицирующего средства при полном погружении разобранного инструмента и принудительном заполнении внутренних каналов и полостей (при наличии);

очистка наружных поверхностей инструмента с помощью салфеток, щеток; промывка узких внутренних каналов (при наличии) при помощи специальных приспособлений (спринцевальных трубок, промывочных шприцев или моющих пистолетов с соответствующими насадками);

механическая очистка внутренних каналов (при наличии) при помощи щеток и

проволочных очистителей;

повторная промывка внутренних каналов (при наличии) раствором моюще-дезинфицирующего средства при помощи специальных приспособлений;

ополаскивание дистиллированной водой наружных поверхностей и промывка внутренних каналов (при наличии) инструмента при помощи специальных приспособлений.

3721. Наружные поверхности инструментов сушатся тканью, внутренние полости - воздухом при помощи воздушного пистолета с насадками.

3722. После завершения предстерилизационной очистки инструментов к эндоскопам осуществляется контроль качества ее проведения в соответствии пунктом 3725 Санитарных правил. Проводят осмотр на целостность, функциональные тесты и процедуры ухода в соответствии с инструкцией изготовителя.

3723. При выборе методов стерилизации учитываются рекомендации изготовителя инструментов. Процесс стерилизации инструментов к эндоскопам ручным способом должен проводиться в порядке, установленном пунктом 3700 Санитарных правил.

Контроль качества очистки, дезинфекции высокого уровня
и стерилизации эндоскопов и инструментов к эндоскопам

3724. В медицинской организации должен осуществляться контроль качества очистки, ДВУ и стерилизации эндоскопов и инструментов к ним.

3725. Для оценки качества очистки эндоскопов и инструментов к ним ставится азопирамовая или другая регламентированная для этой цели проба. Для оценки качества ополаскивания изделий от щелочных растворов ставится фенолфталеиновая проба.

3726. Процесс окончательной/предстерилизационной очистки в МДМ медицинских изделий, предназначенных для проведения эндоскопических вмешательств, в том числе эндоскопов для нестерильных и стерильных вмешательств, должен быть валидирован. Для этой цели используются тесты, разрешенные к применению на территории Российской Федерации.

3727. Плановый бактериологический контроль качества обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств проводится в соответствии с планом производственного контроля ежеквартально. Критерием эффективности ДВУ является отсутствие роста бактерий группы кишечной палочки, золотистого стафилококка, синегнойной палочки, плесневых и дрожжевых грибов, а также других условно-патогенных и патогенных микроорганизмов. При этом условии показатель общей микробной обсемененности биопсийного канала должен быть менее 50 КОЕ/мл.

3728. Внеплановые бактериологические исследования смывов с эндоскопа для нестерильных вмешательств должны проводиться при подозрении на нарушение герметичности аппарата, после его ремонта или по эпидемическим показаниям.

3729. При проведении планового микробиологического контроля эффективности цикла обработки эндоскопа для отбора смывов используется стерильная дистиллированная вода и тампоны, смоченные в стерильной дистиллированной воде. Смывы отбираются с обработанного и просушенного эндоскопа в зоне ДВУ моечно-дезинфекционного помещения или в дезинфекционно-стерилизационном помещении до начала работы. Микробиологическому исследованию подлежат образцы смывов с поверхностей вводимой части эндоскопа, клапанов, гнезд клапанов, смывная жидкость из биопсийного канала.

3730. При проведении микробиологических исследований образцов проб с обработанного эндоскопа по эпидемическим показаниям в качестве смывной жидкости используют стерильный нейтрализатор к применяемому средству ДВУ. Дополнительно проводится микробиологическое исследование пробы воды, используемой для финального ополаскивания. Объем исследований определяется эпидемиологом.

3731. Критерием эффективности стерилизации эндоскопов, головки видеокамеры, световодов, комплектов силиконовых трубок и инструментов является отсутствие роста микрофлоры в смывах, отобранных с простерилизованных медицинских изделий в асептических условиях.

3732. Плановому (не реже 2 раз в год) микробиологическому контролю подлежит качество самодезинфекции МДМ. Смывы с различных участков машины отбираются непосредственно после завершения цикла самодезинфекции тампонами, смоченными в стерильной дистиллированной воде. Критерий эффективности - отсутствие роста вегетативных форм микроорганизмов в исследуемых образцах смывов.

3733. По эпидемическим показаниям пробы с разных участков МДМ отбираются после завершения очередного цикла обработки эндоскопа тампонами, смоченными в стерильном нейтрализаторе к применяемому средству ДВУ. Контролю на предмет микробной контаминации подлежат раствор средства (готовое к применению средство) ДВУ многократного применения и вода для финального ополаскивания.

Порядок проведения эпидемиологического расследования случаев инфекционных заболеваний, предположительно связанных с эндоскопическими вмешательствами

3734. При возникновении случая инфекционного заболевания, предположительно связанного с эндоскопическим вмешательством, должно проводиться эпидемиологическое

расследование.

3735. При расследовании случая инфекции, вызванной патогенными бактериями:

1) устанавливается следующая информация о пациенте: дата заболевания, результаты бактериологического исследования клинического материала с характеристикой выделенного штамма микроорганизма, серологических и других лабораторных методов исследования; дата (или даты) эндоскопического вмешательства в пределах инкубационного периода заболевания;

2) проводится обследование подразделений медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства, в ходе которого оцениваются: соответствие фактической обработки эндоскопов требованиям настоящих санитарных правил, рабочей инструкции или СОПов, утвержденных в медицинской организации; применяемые средства очистки и ДВУ; обеспечение контроля параметров цикла ДВУ/стерилизации; качество предстерилизационной очистки и дезинфекции инструментов; компетенция персонала, проводившего обработку эндоскопов, наличие у них удостоверений о повышении квалификации по вопросам профилактики инфекций, связанных с эндоскопическими вмешательствами;

3) анализируются результаты планового микробиологического контроля эффективности обработки эндоскопов за год, предшествующий эпидемиологическому расследованию;

4) для установления предполагаемого источника инфекции и выявления пациентов, находившихся в том же риске инфицирования, что и пострадавший, проводятся следующие мероприятия:

на основании данных журнала контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, журнала регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, журнала записи оперативных вмешательств в стационаре составляется список пациентов, которые были обследованы (оперированы) до пострадавшего пациента тем же эндоскопом, в пределах срока, определенного эпидемиологом в соответствии с этиологией заболевания;

устанавливается инфекционный статус пациентов, включенных в вышеуказанный список, по данным медицинской документации и дополнительно проведенным лабораторным исследованиям. Пациент, инфицированный микроорганизмом того же вида, рассматривается в качестве предполагаемого источника инфекции;

осмотр и, при необходимости, лабораторное обследование медицинских работников, непосредственно участвовавших в проведении эндоскопического вмешательства пострадавшему пациенту и в обработке эндоскопа и инструментов к нему;

выявляется прямая связь пострадавшего (пострадавших) с предполагаемым источником инфекции (если он выявлен) путем доказательства идентичности бактерий одного вида, выделенных из клинического материала, с использованием культуральных (видовая идентификация с определением антибиотикограммы), а при наличии возможности молекулярно-генетических методов лабораторных исследований;

после даты эндоскопического вмешательства подтвержденного источника инфекции выявляют всех пациентов, которые в течение периода, определенного эпидемиологом, были обследованы тем же эндоскопом, в связи с чем находились в том же риске инфицирования, что и пострадавший; устанавливают их инфекционный статус по медицинской документации или по результатам проведенных скрининговых исследований. Пациенты, имевшие клинически выраженное инфекционное заболевание или колонизацию одного или нескольких биотопов тем же возбудителем (идентичность устанавливают при наличии возможности молекулярно-генетическими методами) учитываются как пострадавшие;

5) в качестве вероятных факторов передачи возбудителя инфекции при проведении нестерильного эндоскопического вмешательства рассматриваются эндоскоп, инструменты к эндоскопу, МДМ, руки медицинского персонала. Для выявления фактора передачи возбудителя инфекции проводятся следующие мероприятия:

оценка герметичности эндоскопа, которым обследовался пострадавший, и проведение по эпидемическим показаниям микробиологического контроля эффективности его обработки с идентификацией до вида выделенных микроорганизмов. Выделение из смывов, отобранных из каналов и (или) с внешних поверхностей эндоскопа и съемных деталей, микроорганизма идентичного возбудителю инфекционной болезни у пострадавшего будет свидетельствовать о том, что данный эндоскоп явился фактором передачи инфекции;

определяется вид использованного инструмента по протоколу эндоскопического исследования; оценивается соблюдение технологии обработки для инструмента многоразового использования, в том числе метод стерилизации; анализируются предшествующие результаты планового микробиологического контроля инструментов на стерильность; проводится внеплановый микробиологический контроль на стерильность инструментов; оценивается возможность или устанавливается факт повторного использования одноразового инструмента;

выявляется МДМ (при использовании механизированного способа обработки), в которой обрабатывался эндоскоп, используя журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств; проводятся микробиологические исследования по

эпидемическим показаниям смывов с различных участков машины и проб рабочего раствора дезинфицирующего средства (при многократном применении) и воды для финального ополаскивания на предмет микробной контаминации. Выделение из отобранных проб микроорганизма идентичного возбудителю инфекционной болезни у пострадавшего даст основание рассматривать МДМ как фактор передачи инфекции.

3736. Расследование случаев инфекций, вызванных условно-патогенными бактериями (далее - УПБ) и связанных с диагностическими эндоскопическими обследованиями или хирургическими вмешательствами, выполненными эндоскопическим доступом, проводится по аналогии с инфекциями, вызванными патогенными бактериями. Дополнительно оцениваются данные об эпидемической обстановке и результатах микробиологического мониторинга по медицинской организации в целом. Инфекции, вызванные УПБ, подлежат регистрации при возникновении в период от 48 часов до 30 календарных дней от момента проведения эндоскопического вмешательства.

3737. Для определения идентичности культур бактерий одного вида, выделенных из клинического материала от инфицированных пациентов, а также в смывах с предполагаемых факторов передачи инфекции, проводится сравнение их культуральных свойств, антибиотикограмм, а при наличии возможности дополнительно используют молекулярно-генетические методы исследования.

3738. При эпидемиологическом расследовании случая инфицирования пациента вирусом гепатита В (ВГВ) или вирусом гепатита С (ВГС), предположительно связанного с нестерильным эндоскопическим вмешательством, необходимо собрать следующие данные о пациенте: дата заболевания, дата последнего, предшествующего заболеванию, исследования сыворотки крови на маркеры вирусных гепатитов и (или) выявления дезоксирибонуклеиновой кислоты (далее - ДНК) и (или) рибонуклеиновой кислоты (далее - РНК) с документально подтвержденным отрицательным результатом; наличие вакцинации против гепатита В (даты введения вакцины и препарат); дата (даты) эндоскопического вмешательства в пределах максимального инкубационного периода.

3739. При рассмотрении эндоскопа как вероятного фактора передачи возбудителя инфекции должны проводиться следующие мероприятия:

изучаются все аспекты обработки эндоскопов;

составляется карта эндоскопических вмешательств (очередность проведенных вмешательств различных видов) и по журналу контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств, журналу регистрации исследований, выполняемых в отделе, отделении, кабинете эндоскопии, или журналу записи оперативных вмешательств в стационаре выявляются пациенты, которые в течение 3-месячного (для ВГВ) или 2-

недельного (для ВГС) срока до даты эндоскопического вмешательства инфицированного пациента обследовались (оперировались) тем же эндоскопом;

изучается медицинская документация выявленных пациентов для получения данных о наличии (отсутствии) у них гепатита В (С) до момента госпитализации в медицинскую организацию; лицам, не имеющим таких сведений, проводятся дополнительные исследования на маркеры ВГВ, при необходимости - выявление ДНК (РНК) и генотипа вируса.

3740. Пациент, у которого вирус гепатита того же генотипа, что и у пострадавшего, был выявлен до даты эндоскопического исследования пострадавшего, может рассматриваться как предполагаемый источник инфекции. Для доказательства его прямой связи с пострадавшим необходимо провести молекулярно-генетические исследования вирусов по определению их идентичности.

3741. Серонегативные пациенты, обследованные после предполагаемого (установленного) источника инфекции тем же эндоскопом в пределах 3-х месяцев для ВГВ и 2-х недель для ВГС, рассматриваются в качестве лиц, подвергшихся риску инфицирования наравне с пострадавшим. Выявление у них в пределах максимального инкубационного периода после эндоскопического исследования маркеров ВГВ является основанием для проведения углубленного клинико-лабораторного обследования с использованием молекулярно-генетических методов верификации вируса для подтверждения (исключения) связи с источником инфекции и инфицированным пациентом.

3742. Если эндоскопическое исследование проводилось с использованием седативных препаратов, выясняется наименование препаратов и их расфасовка (однодозовая, многодозовая). При использовании одного флакона препарата для заболевшего и других пациентов (независимо от вида проведенного эндоскопического исследования) проводится исследование их крови на маркеры ВГВ, а у серопозитивных лиц - выделение ДНК (РНК) вирусов. Для доказательства связи между пациентами, инфицированными вирусом одного генотипа, дополнительно используются молекулярно-генетические методы исследований.

Требования к охране здоровья медицинского персонала структурных подразделений медицинской организации, выполняющих эндоскопические вмешательства

3743. Перед допуском к работе, связанной с выполнением эндоскопических вмешательств или обработкой эндоскопического оборудования, медицинские работники обязаны пройти специальную первичную подготовку по правилам обработки эндоскопов

и инструктаж на рабочем месте по охране здоровья.

3744. Медицинские работники структурных подразделений, выполняющих эндоскопические вмешательства, должны быть обеспечены медицинской одеждой (халаты, пижамы, шапочки) в соответствии с табелем оснащения (не менее трех комплектов на одного работающего) и средствами индивидуальной защиты (водонепроницаемые фартуки, нарукавники, очки или щитки, маски или респираторы, одноразовые перчатки) в достаточном количестве.

3745. Смена медицинской одежды (халат или пижама, шапочка) персонала отделения (кабинета) внутрипросветной эндоскопии должна проводиться по мере загрязнения, но не реже 2 раз в неделю; персонала хирургических (эндоскопических) отделений (кабинетов), выполняющих хирургические эндоскопические вмешательства, - по мере загрязнения, но не реже 1 раза в день.

3746. Перед проведением каждого нестерильного эндоскопического вмешательства персонал, участвующий в нем, проводит гигиеническую обработку рук и надевает средства индивидуальной защиты (одноразовая маска, защитные очки/экран, одноразовые медицинские перчатки, водонепроницаемые халат или одноразовый фартук).

3747. Перед проведением каждого стерильного эндоскопического вмешательства персонал, участвующий в нем, обрабатывает руки по методике обработки рук хирургов, надевает шапочку, маску, стерильные халат и перчатки.

3748. Персонал, проводящий очистку эндоскопов, обязан надеть средства индивидуальной защиты, включающие: одноразовые перчатки из химически устойчивого материала; защитные очки/экран, маску; халат или накидку (с длинными рукавами, непромокаемые) или одноразовый водонепроницаемый фартук с рукавами (нарукавниками).

3749. Для предотвращения образования и распыления микробных аэрозолей при обработке эндоскопов и канальных инструментов процедуры ручной очистки проводятся при полном погружении изделий в раствор, в том числе при использовании моющих пистолетов, давление жидкости в которых устанавливают на минимально достаточном уровне. Сушка каналов эндоскопов для нестерильных вмешательств после проведения окончательной очистки проводится способом аспирации воздуха или продувки воздухом после закрытия салфетками мест выхода каналов.

3750. Для снижения риска инфицирования персонала и обеспечения надежности обработки гибких эндоскопов для нестерильных вмешательств применяется механизированный способ с использованием МДМ. При большом обороте эндоскопов (одновременное проведение обработки трех и более эндоскопов одного вида)

механизированный способ обработки эндоскопов является обязательным.

3751. Для предупреждения травм от инструментов к эндоскопам с колюще-режущими поверхностями необходимо минимизировать контакт персонала с необработанными инструментами, используя контейнеры с перфорированными вкладками, МДМ и УЗО. Запрещается использовать инъекционные иглы для забора патологического материала из браншей биопсийных щипцов.

3752. Случаи травмирования медицинского персонала на всех этапах подготовки к стерилизации инструментов к эндоскопам с колюще-режущими поверхностями должны регистрироваться в журнале учета травм и аварийных ситуаций.

3753. Медицинский персонал при наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или мокнущего дерматита на время заболевания отстраняется от выполнения эндоскопических вмешательств, обработки эндоскопов и контакта с ними.

Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) хирургического профиля

3754. Профилактические и противоэпидемические мероприятия в отношении ИСМП должны проводиться во всех видах МО (отделений, кабинетов), использующих хирургические методы лечения и диагностики. Для комплексной и эффективной организации мероприятий по профилактике ИСМП (ИОХВ) в хирургических стационарах (отделениях) необходимо учитывать, как санитарно-эпидемиологические требования, так и клинические подходы.

3755. В целях достижения эпидемиологической безопасности перед проведением плановых операций необходимо:

на догоспитальном уровне обеспечить выявление и санацию очагов имеющейся у пациента хронической инфекции;

максимально сокращать сроки пребывания пациента в стационаре (отделении) в предоперационный период;

при госпитализации для плановых оперативных вмешательств не повторять исследования, проведенные на догоспитальном уровне, чтобы не увеличивать парентеральную нагрузку на пациента и срок пребывания пациента в стационаре.

3756. Сроки выписки пациентов из хирургического стационара (отделения) определяют состоянием их здоровья.

3757. Состав и площадь помещений палатных отделения хирургического профиля определяют в зависимости от числа и профиля коек.

3758. В отделениях с двумя палатными секциями (не более, чем по 30 коек) процедурные и перевязочные предусматривают в каждой секции.

3759. Очередность перевязок планируют с учетом чистоты раны. Перевязки пациентам, имеющим гнойное отделяемое, проводят в септической перевязочной, при ее отсутствии, в асептической перевязочной после перевязок пациентов, не имеющих гнойного отделяемого или непосредственно в одно-коечной палате. Осмотр пациентов проводят в перчатках и фартуках, в том числе одноразовых.

3760. Для пациентов, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, организуют отделения дневного пребывания больных (далее – ОДПБ). Первичный прием (оформление) в ОДПБ осуществляют в приемно-смотровом отделении. В ОДПБ соблюдают санитарно-противоэпидемический режим в соответствии с порядком, определенным законодательством Российской Федерации для стационаров (отделений) хирургического профиля.

3761. Персонал проводит гигиеническую обработку рук, обработку рук хирургов, кожи операционного, инъекционного поля в соответствии с требованиями Санитарных правил.

3762. Для снижения частоты развития ИОХВ в послеоперационном периоде проводят периоперационную антибиотикопрофилактику. При выборе препаратов для периоперационной антибиотикопрофилактики следует отдавать предпочтение антибактериальным средствам, активным в отношении наиболее вероятных возбудителей ИОХВ в данной МО (отделении), в соответствии с локальными протоколами периоперационной антибиотикопрофилактики на основе микробиологического мониторинга или Национальными клиническими рекомендациями.

3763. Периоперационная антибиотикопрофилактика показана при всех операциях с «условно-чистыми» и «загрязненными» ранами. При операциях с «чистыми» ранами антибиотикопрофилактика проводится в случаях, когда потенциальная инфекция представляет серьезную угрозу жизни и здоровью больного (протезирование клапанов сердца, аорто-коронарное шунтирование, имплантация суставов), а также при наличии у больного факторов риска ИОХВ: сахарный диабет, ожирение или истощение, цирроз печени, алкоголизм, наркомания, хроническая почечная недостаточность (ХПН), иммуносупрессия (терапия глюкокортикоидами, цитостатиками, ВИЧ), спленэктомия. При «грязных» ранах периоперационная профилактика не проводится, а проводится необходимая антибиотикотерапия.

3764. С целью достижения эффективной концентрации антибактериального препарата в тканях и в сыворотке крови в момент разреза кожи, антибиотики для

профилактики ИОХВ следует вводить внутривенно в интервале от 30 до 60 минут до разреза кожи или в течение 2 часов до разреза при применении ванкомицина. Максимальная продолжительность профилактического введения антибиотика не должна превышать 24 часов после окончания операции. В большинстве случаев для эффективной профилактики достаточно одной дозы антибиотика. Дополнительные дозы могут быть оправданы при продолжительных (более 3 часов) операциях. Продление профилактики после хирургического вмешательства до 48 - 72 часов возможно при кардиохирургических операциях, трансплантации органов, эндопротезировании суставов.

3765. В каждой МО разрабатывают и утверждают руководителем протокол периоперационной антибиотикопрофилактики на основании национальных и международных рекомендаций и с учетом данных локального микробиологического мониторинга.

3766. При выявлении случая ИОХВ выбор антибиотика для лечения, осуществляют с учетом данных микробиологического мониторинга микробного пейзажа отделения (учитывается чувствительность господствующей микрофлоры отделения).

3767. Антибиотикотерапию пациенту не проводят антибиотиками, используемыми для профилактики и не предотвратившими осложнение.

3768. Участие госпитального эпидемиолога, клинического фармаколога, бактериолога в консилиумах, разборах историй болезни по вопросам тактики лечения и ведения пациентов с ИОХВ является обязательным.

3769. В зависимости от степени контаминации раны микроорганизмами во время операции выделяют:

чистые раны (неинфицированные операционные раны без признаков воспаления) - в результате плановых оперативных вмешательствах на органах, не обладающих собственной микрофлорой;

условно чистые раны (операционные раны, проникающие в дыхательные пути, пищеварительный тракт, половые или мочевыводящие пути) - в результате плановых операций на органах, обладающих собственной микрофлорой;

загрязненные (контаминированные) раны – раны при экстренных операциях, загрязненные в результате травмы с нарушением кожных покровов и слизистых оболочек (в том числе с нарушением целостности желудочно-кишечного тракта и других органов, обладающих собственной микрофлорой);

грязные (инфицированные) раны (операционные раны, в которых микроорганизмы, вызвавшие послеоперационную инфекцию, присутствовали в операционном поле до начала операции) - в результате операций по поводу гнойных процессов.

3770. Особенности профилактики ИСМП (ИОХВ) в операционных блоках и перевязочных.

3771. Операционные блоки должны быть размещены в помещениях, оборудованных автономной системой приточно-вытяжной вентиляции и кондиционирования, обеспечивающей нормируемые параметры микроклимата и чистоту воздуха. При размещении операционного блока изолированно от других лечебных корпусов необходимо предусмотреть удобные утепленные переходы, соединяющие операционный блок с другими лечебно-диагностическими и клиническими подразделениями. Операционные для неотложной хирургии могут размещать в составе приемных отделений.

3772. При условии соблюдения зонирования помещений по чистоте, обеспечения эффективной работы механической приточно-вытяжной вентиляции, нормативных параметров микроклимата и микробиологической чистоты воздушной среды, разделения технологических потоков, применения отделочных материалов, предназначенных для стерильных помещений, операционные блоки допускается не разделять на септические и асептические.

3773. В операционной допускается размещение одного операционного стола. Исключение составляют методики, где технологией предусмотрено установка сразу нескольких столов, при этом должны быть обеспечена профилактика перекрестного инфицирования пациентов.

3774. Зону общебольничного режима (после шлюза) отделяют от остальных помещений операционного блока «красной чертой». Вход персонала других отделений за «красную черту» запрещен. При необходимости, персонал других отделений должен проходить в операционный блок через санитарные пропускники, с соблюдением всех требований санитарной обработки.

3775. В операционные блоки предусматривают раздельные входы для пациентов (через шлюз) и персонала (через санитарный пропускник). В операционные персонал входит через предоперационные, пациентов доставляют через помещение подготовки больного (наркозная) или из коридора операционного блока.

3776. Для новых и реконструируемых организаций в малые операционные амбулаторно-поликлинических организаций, а также отделений стационара, пациент входит через шлюз, а персонал через предоперационную.

3777. В операционных предусматривают автоматически закрывающиеся двери (доводчики, фотоэлементы, прочее). Все двери операционной должны оставаться закрытыми за исключением тех случаев, когда есть необходимость перемещения

оборудования, персонала или больного. Лечебно-диагностическое оборудование в операционных по возможности должно крепиться на консолях. Число персонала, которому разрешено входить в операционную, особенно после начала операции, должно быть сведено к минимуму. По заданию на проектирование для обучения студентов должна быть предусмотрена трансляция операций в другое помещение.

3778. Операционные должны быть пронумерованы и функционально разделены с учетом необходимого оборудования и степени чистоты оперативного вмешательства.

3779. В операционных блоках санитарные пропускники для персонала (мужской и женский) следует проектировать каждый в составе трех смежных помещений. Первое помещение, оборудованное душем, санузлом и дозатором с раствором антисептика. В данном помещении приходящий персонал снимает спецодежду, в которой работал в отделении, принимает душ и проводит гигиеническую обработку рук. Во втором помещении персонал надевает чистые хирургические костюмы, разложенные в ячейках по размерам, специальную обувь, бахилы и выходит из санпропускника в коридор операционного блока, далее в предоперационную. После проведения операций персонал возвращается в санпропускник через третье помещение, в котором устанавливают контейнеры для сбора использованного белья (халатов, хирургических костюмов, масок, шапочек, бахил). Далее персонал проходит в первое помещение, где, при необходимости, принимает душ, надевает спецодежду для работы в отделении и выходит из операционного блока.

3780. При подготовке стерильных столов необходимо соблюдать меры асептики:

стол предварительно моют и дезинфицируют способом протирания одним из средств, рекомендованных для дезинфекции поверхностей в помещениях;

простыни, используемые для подготовки стерильных столов, перед стерилизацией проверяют на целостность материала. При наличии повреждений их следует заменить. Альтернативой является использование стерильного одноразового хирургического белья или стерильных одноразовых специальных комплектов.

3781. Перед извлечением простерилизованных материалов и инструментов (до вскрытия стерилизационных коробок/упаковок):

визуально оценивают плотность закрытия крышки стерилизационной коробки или целостность стерилизационной упаковки однократного применения;

проверяют цвет индикаторных меток химических индикаторов, в том числе на стерилизационных упаковочных материалах;

проверяют дату стерилизации;

на бирке бикса, упаковочном пакете ставят дату, время вскрытия и подпись вскрывавшего.

3782. Перед подготовкой стерильных столов операционная сестра обрабатывает руки спиртосодержащим кожным антисептиком по технологии обработки рук хирургов, надевает стерильные халат и перчатки.

3783. При подготовке большого инструментального стола две стерильные простыни, каждая из которых сложена вдвое, раскладывают на левую и правую половины стола местами сгиба – к стене. Простыни располагают «внахлест» таким образом, чтобы по центру стола края одной простыни заходили на другую простыню не менее чем на 10 см, а края простыней со всех сторон стола свисали не менее чем на 15 см. Поверх этих простыней выстилают третью простыню в развернутом виде так, чтобы её края свисали не менее чем на 25 см. Стол с разложенными на нем инструментами, сверху накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое по длине простынного полотна, или двумя простынями в развернутом виде.

3784. Большой инструментальный стол накрывают один раз в день непосредственно перед первой операцией. Во время работы инструменты и материалы с большого инструментального стола разрешается брать в стерильных перчатках с помощью стерильного корнцанга/пинцета. После проведенной операции на большой инструментальный стол дополнительно, пополняя из стерильной укладки, выкладывают инструменты и материалы, необходимые для следующей операция.

3785. При подготовке малого инструментального рабочего стола его накрывают стерильной простыней, сложенной вдвое, а затем стерильной пеленкой в развернутом виде, края которой должны равномерно свисать со всех сторон стола. Выкладывают стерильные инструменты и материалы, и сверху накрывают их стерильной пеленкой, сложенной вдвое. Альтернативой является использование простыни-чехла однократного применения из нетканого, воздухопроницаемого материала, устойчивого к проникновению жидкостей.

3786. Малый инструментальный рабочий стол после каждой операции накрывают заново для следующей операции.

3787. Приоритетной заменой большого инструментального стола являются индивидуальные укладки на каждую операцию, включая стандартный набор инструментов и отдельно упакованные инструменты, вскрываемые перед началом операции.

3788. В операционной использованные медицинские инструменты сбрасывают в емкости, покрытые чистой простыней, и удаляют после каждой операции. При большой

длительности операции допускается нахождение использованных инструментов в операционной до 6 часов (в зависимости от длительности операции). В этих случаях в целях предотвращения высыхания загрязнений, использованные инструменты орошают специальными аэрозолями. После операции многоразовые инструменты подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Доставку использованных необеззараженных инструментов в ЦСО проводят в закрытых влагостойких контейнерах.

3789. При подготовке к использованию наркозно-дыхательной аппаратуры с целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру используют специальные бактериальные фильтры, предназначенные для оснащения указанной аппаратуры. Установку и замену фильтров осуществляют в соответствии с инструкцией по применению конкретного фильтра. Для заполнения резервуаров увлажнителей следует использовать стерильную дистиллированную воду. Съемные детали аппаратов дезинфицируют так же, как медицинские изделия из соответствующих материалов.

3790. Члены операционной бригады входят на территорию операционного блока через санпропускник, где принимают душ и меняют одежду на операционные костюмы и шапочки, надевают соответствующую обувь (бахилы).

3791. Члены операционной бригады перед входом в зону строгого режима надевают маски (предпочтительно однократного применения), закрывающие нос, рот и область подбородка, и проходят в предоперационную, где проводят обработку рук хирургов по технологии, указанной в главе I настоящих санитарных правил. После этого члены операционной бригады надевают стерильные халаты и перчатки с помощью медицинской сестры. Перчатки надевают после надевания стерильного халата. Анестезиологи (врач, медсестра) должны работать в чистой рабочей одежде (операционные костюмы, шапочки, соответствующая обувь или бахилы, надетые в санпропускнике) и стерильных перчатках.

3792. Хирургические халаты, используемые в операционном блоке, должны быть воздухопроницаемы и устойчивы к проникновению влаги. Преимущество следует отдавать разовым халатам.

3793. Перевязочная должна быть обеспечена необходимым количеством стерильных инструментов и расходных материалов. Наборы для проведения перевязок должны быть индивидуальными.

3794. Стерильный перевязочный стол накрывается так же, как в операционной и используют не более 6 часов. На каждую перевязку накрывают «малый» перевязочный

стол. При наличии индивидуальных стерильных наборов стерильный стол можно не накрывать, при этом в составе набора предусматривается стерильная салфетка.

3795. Перевязочный стол для пациента (кушетка) дезинфицируют способом протирания и накрывают чистой простыней (пеленкой), предпочтительно однократного применения, перед каждой новой перевязкой.

3796. Снятие повязки проводит медицинская сестра перевязочной в чистых (нестерильных) перчатках, которые меняет после каждого пациента.

3797. Лечащий врач (оперирующий хирург) проводит перевязку в стерильных перчатках, которые меняет при каждой перевязке.

3798. Все предметы со стерильного перевязочного стола берут стерильным корнцангом (пинцетом). В целях предотвращения вторичной контаминации «рабочей поверхности» корнцанга/пинцета (дистальная часть браншей) в операционной и перевязочной располагают корнцанг/пинцет на краю стерильного стола так, чтобы «рабочая поверхность» инструмента находилась под стерильной пеленкой, а поверхность, которая соприкасается с руками персонала (кольцевые ручки корнцанга или проксимальный конец пинцета) несколько выступала за край стерильного стола. Либо корнцанг/пинцет должен находиться в стерильном лотке, покрытом стерильной пеленкой, из-под которой выступают кольцевые ручки корнцанга или проксимальный конец пинцета. Если корнцанг или пинцет входят в стерильный операционный набор их сбрасывают с другими инструментами после окончания операции (перевязки) для обработки и стерилизации. Пинцет или корнцанг менять через три часа использования. Данные инструменты подлежат незамедлительной замене, если имеется контаминация рабочих поверхностей биологическими жидкостями пациента, либо произошло нарушение стерильности.

3799. По окончании перевязки отработанный материал, использованные перчатки, одноразовые халаты, пеленки сбрасывают в емкость для сбора отходов класса Б.

3800. В конце рабочего дня проводят уборку перевязочной с обеззараживанием воздуха и рабочих поверхностей. Для проведения уборок имеется промаркированный инвентарь и уборочный текстиль.

Требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП в отделениях (палатах) реанимации и интенсивной терапии

3801. Состав и площадь помещений отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) определяются числом и профилем коек структурных подразделений МО.

3802. При строительстве новых МО и по возможности при реконструкции действующих в целях профилактики ИСМП, связанных с пребыванием пациентов в реанимационных отделениях хирургического профиля, предусмотреть возможность изолированного размещения пациентов.

3803. В составе ОРИТ должен предусматриваться изолятор (боксированная палата).

3804. Необходимо выделение отдельных помещений и закрепление среднего медицинского персонала для ухода за пациентами, требующими длительного реанимационного пособия (реанимационный зал), и для ухода за пациентами, поступающими в отделение для выхода из наркоза и кратковременного наблюдения в послеоперационном периоде (палаты).

3805. Должно быть обеспечено раздельное пребывание пациентов с асептическими и септическими заболеваниями в отдельных палатах или отсеках.

3806. Персонал реанимационного отделения обеспечивается специальной одеждой (комплект из блузы и брюк, шапочки, тапочек, халата) с ежедневной сменой комплектов.

Сотрудники других отделений, проводящие лечебно-диагностические манипуляции у реанимационных больных, при входе в реанимационное отделение, надевают одноразовый халат, который после выхода из ОРИТ помещают в отходы класса Б.

3807. При входе и выходе из реанимационной палаты персонал обрабатывает руки кожным антисептиком.

3808. После выписки больного из отделения прикроватную тумбочку, кровать обрабатывают дезинфицирующим раствором. Постельные принадлежности (матрас, подушка, одеяло) подвергают камерной дезинфекции. При наличии на матрасах влагонепроницаемых чехлов, их протирают растворами дезинфицирующих средств.

3809. Перед поступлением больного кровать заправляют чистым комплектом постельных принадлежностей (матрас, простыня, подушка, наволочка, одеяло, пододеяльник). Смена постельного белья проводится ежедневно, а также при его загрязнении.

3810. В целях профилактики пролежней необходимо ежедневно проводить обработку кожи пациентов, применять противопролежневые матрацы, специальные прокладки, изменять положение тела. Полную обработку кожи пациентов проводить не менее 2-х раз в день.

3811. В каждой МО разрабатывают и внедряют в работу протокол катетеризации и ухода за внутрисосудистыми периферическими и центральными венозными и

артериальными катетерами (в виде СОП). Постановку сосудистых катетеров и уход за ними должен проводить персонал, обученный соответствующей стандартной операционной процедуре.

3812. При установке центральных венозных и артериальных катетеров (ЦВК и ЦАК) медицинские работники выполняют максимальные барьерные меры предосторожности: обрабатывают руки (по типу обработки рук хирургов), надевают шапочку, маску, стерильный халат и стерильные перчатки. Накрывают пациента полностью, от головы до ног, стерильной хирургической простынёй с отверстием для операционного поля. Чрескожное введение центральных катетеров проводят в помещении с асептическим режимом.

3813. Место ввода катетера обрабатывают кожным антисептиком до постановки катетера. После того как кожа была очищена кожным антисептиком, место постановки катетера не пальпируют.

3814. С целью обеспечения ежедневного контроля состояния раны, надежной фиксации ЦВК, минимизации механических повреждений кожи при смене повязки и защиты раны входного отверстия катетера от контаминации извне, предпочтительнее использовать прозрачную полупроницаемую повязку (наклейку, остающуюся на коже несколько дней). У пациентов с длительными сроками постановки ЦВК следует использовать прозрачную адгезивную полупроницаемую повязку с антисептиком. Специальные стерильные непрозрачные повязки можно использовать в исключительных случаях (в том числе в случае экстренной катетеризации центральной вены, и при недоступности прозрачных повязок/наклеек). Такая повязка должна быть заменена при первой возможности на прозрачную. Стерильные марлевые повязки не обладают барьерной функцией, и их не следует применять.

3815. В истории болезни указывают место, дату постановки катетера и дату его удаления. Ежедневно ведется учет катетеро-дней по отделению (для расчета стратифицированных показателей действия факторов риска.

3816. Перед любой манипуляцией с катетером персонал обрабатывает руки спиртсодержащим кожным антисептиком и надевает перчатки. Для введения растворов через катетер используют стерильные одноразовые шприцы.

3817. Необходимо ежедневно инспектировать место постановки катетера через неповрежденную прозрачную повязку. Если повязка мешает осмотру и пальпации места катетеризации, ее удаляют и после осмотра накладывают новую. В случае появления признаков инфицирования катетера (гиперемия, болезненность при пальпации, патологическое отделяемое вокруг катетера, лихорадки неясного генеза), необходимо

удалить катетер, его дистальный конец, находящийся в кровяном русле (не менее 5 см) направляют на бактериологическое исследование.

3818. Назначение катетеризации мочевого пузыря проводят по строгим клиническим показаниям. Удаление катетеров должно проводиться в максимально короткие сроки.

3819. Катетеризацию мочевого пузыря выполняют две медицинские сестры, одна из которых непосредственно выполняет манипуляцию введения катетера, а вторая ей ассистирует.

3820. Следует использовать одноразовые стерильные катетеры.

3821. Введение растворов для ультразвукового или рентгенологического исследования мочевого пузыря должно проводиться через стерильный катетер, установленный непосредственно перед обследованием (в том числе у пациентов с цистостомой).

3822. Перед постановкой катетера периуретральную область тщательно обрабатывают водным антисептиком. Катетеризацию проводят в стерильных перчатках. Необходимо закрепить катетер для ограничения его подвижности в уретре.

3823. Для сбора мочи следует применять закрытые дренажные системы.

3824. Для предотвращения нарушения целости дренажной системы используют дренажные системы со специальным портом для взятия анализов; при их отсутствии мочу берут стерильным шприцем, не отсоединяя сумки;

3825. Не проводят рутинного промывания мочевого пузыря.

3826. Для опорожнения мочеприемника у каждого пациента необходимо использовать индивидуальные контейнеры.

3827. Замену катетера производят по строгим показаниям (в том числе обструкция катетера, необходимость проведения исследований с заполнением мочевого пузыря).

3828. Для снижения риска контаминации мочеприемника и предупреждения рефлюкса мочи емкость для сбора мочи должна находиться ниже уровня кровати пациента (но выше уровня пола).

3829. При использовании дыхательной аппаратуры необходимо вести учет ИВЛ-дней по отделению.

3830. Для снижения эпидемиологического риска необходимо удалять эндотрахеальные, трахеостомические и (или) энтеральные (назо-, оро-, гастральные, интестинальные) трубки немедленно по устранении клинических показаний.

3831. Во время проведения ИВЛ необходимо обеспечивать подъем головного конца кровати на 30-45 градусов при отсутствии противопоказаний.

3832. Следует обеспечивать постоянное удаление секрета из надманжеточного пространства и контролировать давление в манжете – целевой уровень давления 25-30 см вод. ст.

3833. Для профилактики орофарингеальной колонизации следует проводить необходимый туалет полости рта в зависимости от состояния больного, но не реже 2 раз в день.

3834. Замену трахеостомической трубки следует выполнять в асептических условиях.

3835. При выполнении санации трахеобронхиального дерева следует надевать одноразовые перчатки.

3836. При использовании открытых систем для аспирации секретов дыхательных путей следует применять стерильные санационные катетеры однократного применения с использованием одного катетера для одной санации. Повторное использование санационных катетеров и закрытых систем (кроме применения у одного пациента в течение срока их использования) запрещается.

3837. У пациентов с прогнозируемой длительностью ИВЛ более 48 часов, с целью уменьшения контаминации предметов окружения пациента и риска экзогенного инфицирования нижних дыхательных путей, необходимо отдавать предпочтение закрытым системам для санации. Длительность использования закрытой системы для санации трахеи у одного пациента принимается в соответствии с инструкцией производителя.

3838. Для проведения санации трахеобронхиального дерева у каждого пациента используется индивидуальная вакуум-система.

3839. С целью профилактики перекрестного инфицирования запрещается использовать одну и туже вакуумную систему для санации трахеобронхиального дерева у нескольких больных. Емкость вакуум-отсоса необходимо опорожнять и дезинфицировать по мере наполнения, но не реже 1 раза в смену. Приоритетными для выбора являются емкости для сбора секретов дыхательных путей однократного применения.

3840. Повторное использование систем для аспирации секретов дыхательных путей, в том числе у одного и того же пациента запрещается.

3841. Расходные материалы, соприкасающиеся с дыхательными путями больного (эндотрахеальные трубки, трахеостомические канюли, катетеры для аспирации секрета трахеобронхиального дерева) должны быть стерильны.

3842. Не следует без особых показаний (загрязнение, нарушение функционирования и иные) производить замену дыхательного контура, исходя из

продолжительности его применения, при использовании контура у того же самого пациента. Предпочтение следует отдавать использованию дыхательных контуров однократного применения. Длительность применения контура принимают в соответствии с инструкцией производителя. Следует своевременно удалять любой конденсат в контуре.

3843. Съемные детали аппаратов наркозно-дыхательной аппаратуры дезинфицируют так же, как медицинские изделия из соответствующих материалов. Обеззараживание наркозно-дыхательных аппаратов проводят с учетом рекомендаций, изложенных в инструкции по эксплуатации аппаратов конкретных моделей.

3844. С целью предотвращения перекрестного инфицирования пациентов через наркозно-дыхательную аппаратуру необходимо использовать вирусно-бактериальные дыхательные фильтры однократного применения, предназначенные для оснащения указанных аппаратов. Увлажнители при этом заполняют стерильной водой через закрытые капельницы. Воду меняют по мере использования.

3845. С целью увлажнения дыхательной смеси при проведении ИВЛ у взрослых следует отдавать предпочтение тепловлагообменным фильтрам. Смена фильтра проводится в соответствии с рекомендациями производителя либо чаще в случае его загрязнения или обтурации. При наличии у пациента бронхо-обструктивного синдрома, повышенной вязкости мокроты, склонности к обтурации искусственных дыхательных путей возможно применение активного увлажнения дыхательной смеси. Для заполнения резервуара активного увлажнения используют стерильную воду. Система «емкость со стерильной водой – дыхательный контур» должна всегда оставаться закрытой.

Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) акушерского профиля, перинатальных центров

3846. Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях акушерских стационаров, перинатальных центров и стационаров для лечения детей должны предусматриваться специальные помещения отдельные от пищеблоков, буфетных и столовых, для сцеживания грудного молока, помещения для сбора и хранения материнского грудного молока, а также помещения для приготовления детских смесей.

3847. Акушерский стационар (отделение) может иметь послеродовое отделение с совместным и (или) раздельным пребыванием матери и ребенка. Соотношение тех и других палат определяется заданием на проектирование.

3848. Количество коек в палатах совместного пребывания должно быть не более 2 материнских и 2 детских. В послеродовых палатах раздельного пребывания количество

коек для родильниц должно быть не более 4 и соответствовать количеству коек в палатах для новорожденных.

3849. В отделении для новорожденных акушерских стационаров палаты могут группироваться в отсеки не более чем на 20 кроваток с остекленными перегородками между палатами и коридором отделения.

3850. В родильных домах с совместным пребыванием матери и ребенка необходимо предусматривать палаты интенсивной терапии для матерей и детей, а также детскую палату для здоровых новорожденных.

3851. В акушерских стационарах и отделениях, при наличии обсервационных коек, прием рожениц с подозрением на инфекционное заболевание осуществляют через блок помещений обсервационного приема с отдельным входом.

3852. Во вновь строящихся и реконструируемых зданиях в составе приемных отделений необходимо предусматривать индивидуальные родовые боксы, при наличии которых, обсервационное отделение в структуре учреждения может не выделяться. В этом случае следует предусматривать возможность планировочной изоляции части палат для экстренного развертывания обсервационного отделения.

3853. Отделения второго этапа выхаживания предусматривают в составе перинатальных центров и детских стационаров, при наличии приемно-смотровых боксов и соблюдения принципов изоляции.

3854. Планировка отделений второго этапа выхаживания (в том числе хирургической коррекции врожденных патологий, неврологической коррекции новорожденных) возможна по двум вариантам:

совместное круглосуточное пребывание матери и ребенка (не менее 30% мест);

дневное пребывание матери в палатах новорожденных.

3855. При использовании второго варианта для приходящих родителей следует предусмотреть фильтр при входе в секцию и помещение для отдыха и приема пищи, санитарный узел.

3856. В перинатальном центре должны быть предусмотрены палаты (отделения) для проведения реанимационных мероприятий и интенсивной терапии новорожденным, роженицам и родильницам.

3857. Акушерский стационар (отделение) не менее одного раза в год должен закрываться для проведения плановой дезинфекции, в том числе при необходимости – для текущего ремонта (но не менее чем на 14 календарных дней). Открытие стационара, закрывавшегося по эпидемиологическим показаниям, допускается по согласованию с

органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3858. При планировке перинатального центра, позволяющей обеспечить поэтажную изоляцию и соблюдение технологических потоков, допускается поэтажное закрытие перинатального центра для плановой дезинфекции с последующим открытием по согласованию с органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

3859. Запрещается прием в акушерский стационар женщин с послеродовыми осложнениями.

3860. Сроки выписки из акушерского стационара определяют состоянием здоровья матери и ребенка. В эпидемиологическом отношении возможна ранняя выписка на 3 или 4 день после родов, в том числе до отпадения пуповины у новорожденного.

3861. После выписки пациентов в освободившейся палате проводят уборку по типу заключительной дезинфекции, постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции или обработке растворами дезинфицирующих средств при наличии водонепроницаемых чехлов.

3862. Акушерский стационар обязан информировать о выписке родильницы и ребёнка женскую консультацию и детскую поликлинику по фактическому месту проживания для осуществления последующего патронажа.

3863. Порядок посещения беременных и родильниц родственниками устанавливает администрацией акушерского стационара (отделения).

3864. Присутствие мужа (близких родственников) при родах возможно при наличии индивидуальных родильных залов с учетом состояния женщины. Родственники, присутствующие при родах, должны быть в сменной одежде и обуви. Порядок обследования таких лиц соответствуют порядку обследования лиц, планово поступающих в стационар.

3865. Для персонала должен быть предусмотрен отдельный вход, раздевалка со шкафчиками для личной и санитарной одежды, душевые, туалеты. Санитарная одежда меняется ежедневно.

3866. Во всех отделениях акушерского стационара ежедневно проводят влажную уборку с применением моющих и дезинфицирующих средств.

3867. Противоэпидемические мероприятия в отделениях (палатах) для ВИЧ-инфицированных пациенток и их новорожденных проводят по типу режима отделений для больных вирусным гепатитом В. При манипуляциях (операциях) у ВИЧ-инфицированных пациенток используют инструменты и другие медицинские изделия

одноразового применения. При их отсутствии инструменты многократного использования подлежат дезинфекции по режиму, установленному для профилактики парентеральных гепатитов, с последующей стерилизацией.

3868. Медицинский персонал, принимающий роды и осуществляющий уход в послеродовом периоде, в том числе за ВИЧ-инфицированной родильницей и ее новорожденным, должен:

соблюдать меры личной безопасности (работа в перчатках при проведении всех манипуляций, правил обработки рук, при приеме родов - использование защитных очков или экранов);

соблюдать меры предосторожности при работе с колющими, режущими инструментами, иглами;

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

убедиться в целостности укладки экстренной профилактики парентеральных инфекций для оказания первичной медико-санитарной помощи, скорой медицинской помощи, специализированной медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи при подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией;

выполнять манипуляции в присутствии второго специалиста, который может в случае разрыва перчаток или пореза продолжить ее выполнение;

при аварийных ситуациях (порезы и уколы инструментами, контаминированными кровью и другими биологическими жидкостями, в том числе от ВИЧ-инфицированных пациентов, больных гепатитом В, С или сифилисом, а также попадание крови и других биологических жидкостей на слизистые ротоглотки, носа и глаз), провести экстренную профилактику.

3869. При поступлении беременной женщины в акушерский стационар (отделение) вопрос о госпитализации в физиологическое или обсервационное отделение «мать-дитя» решается на основании данных обменной карты, опроса и осмотра поступающей в стационар женщины. Следует обеспечить изоляцию потоков беременных и рожениц, поступающих в физиологическое и обсервационное отделения. Для приема гинекологических больных необходимо иметь отдельное помещение.

3870. При поступлении роженицы проводят медицинский осмотр и санитарную обработку. Бритье кожи наружных половых органов и постановка очистительной клизмы проводят при необходимости. Душ назначают всем пациентам, выдают индивидуальный

комплект белья (рубашка, полотенце, подкладная пеленка, халат). Разрешается использовать личную чистую одежду и обувь.

Профилактические и противоэпидемические мероприятия в родовом блоке

3871. В родильных домах с преимущественно совместным пребыванием матери и ребёнка, а также во всех вновь строящихся акушерских стационарах предусматривается функционирование индивидуальных родовых залов, в родильных домах с раздельным пребыванием матери и ребёнка, не имеющих индивидуальных родовых залов, соблюдают цикличность заполнения предродовых палат и родовых залов. Допускается устройство родового блока по типу «семейной комнаты».

3872. В предродовой палате каждой роженице выделяют индивидуальное судно. Судно, кровать и скамеечка имеют единый маркировочный номер. Допускается использование матрацев и подушек в герметичных клеенчатых чехлах, которые обеззараживают дезинфицирующим раствором.

3873. Перед переводом в родовой зал роженицу переодевают в индивидуальный (одноразовый) стерильный комплект (рубашка, косынка, бахилы).

3874. В родовом зале прием родов осуществляют поочередно на разных кроватях. После родов все объекты, используемые при родах, обрабатывают с применением дезинфицирующих средств по режимам, эффективным для профилактики парентеральных вирусных гепатитов. При наличии нескольких родовых залов прием родов осуществляют поочередно в каждом из них.

3875. В индивидуальном родовом зале женщина находится в течение трёх периодов родов: первый период родов, роды и ранний послеродовый период (2 часа).

3876. Акушерка (врач) перед приемом родов готовится как для хирургической операции.

3877. При приеме родов персонал использует стерильный комплект одежды предпочтительнее одноразового пользования.

3878. Новорожденного принимают в стерильную пеленку. Для первичной обработки новорожденного используют стерильный индивидуальный комплект. Через 1 минуту после рождения производят пережатие и пересечение пуповины. Перед наложением пластиковой скобы (или лигатуры) персонал проводит обработку рук спиртовым кожным антисептиком. Место наложение зажима обрабатывается 70% этиловым спиртом.

3879. Первичный туалет новорожденного проводят в родильном зале сразу после его рождения. Ребенка вытирают теплой стерильной пеленкой и выкладывают на живот

матери для контакта кожа-к-коже с последующим прикладыванием к груди. Ребенка на животе у матери укрывают стерильной (хлопчатобумажной) сухой теплой пеленкой и одеялом.

3880. Обработку кожных покровов новорожденного проводят только в случае загрязнения кожных покровов новорожденного меконием или кровью, которые смывают тёплой водопроводной водой.

3881. Профилактику инфекционных заболеваний глаз у новорожденного проводят с использованием эритромициновой или тетрациклиновой мази, 20% раствора сульфацила натрия (альбуцид), 1% раствора нитрата серебра в индивидуальной упаковке.

3882. После взвешивания и одевания новорожденного весы и пеленальный стол протирают раствором дезинфицирующего средства. Всё оборудование, используемое при оказании первичной помощи новорожденному, обеззараживают дезинфицирующими растворами по режиму, обеспечивающему гибель бактерий, вирусов и грибоврода Кандида. Для отсасывания слизи у новорожденного используют стерильные баллоны и катетеры одноразового применения.

3883. Послеродовое физиологическое отделение с совместным и раздельным пребыванием матери и ребенка.

3884. Послеродовое физиологическое отделение должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. Возможна организация палат с совместным пребыванием матери и ребенка и в обсервационном отделении.

3885. Для совместного пребывания матери и ребенка оборудуют одно- или двухместные палаты. Заполнение палаты происходит в течение 24 часов.

3886. Палаты послеродового физиологического отделения с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют циклично, синхронно с палатами детского отделения в течение не более 3 календарных дней.

3887. Постельное белье меняют каждые 3 календарных дня, рубашка и полотенце - ежедневно, подкладные пеленки для родильницы - по необходимости. Допускается использование индивидуальных гигиенических прокладок и одноразового белья у матерей и одноразовых подгузников промышленного производства у новорожденных.

Палаты новорожденных

3888. Палаты новорожденных с раздельным пребыванием матери и ребенка заполняют синхронно с палатами послеродового физиологического отделения в течение не более 3 календарных дней.

3889. В отделениях (палатах) совместного пребывания матери и ребенка и при наличии небольшого количества детей в отделении (палате) новорожденных при раздельном пребывании проводят грудное вскармливание по «требованию» младенца.

3890. Все медицинские изделия многоразового использования, в том числе изделия, применяемые для ухода за новорожденными (глазные пипетки, шпатели и иные), подлежат дезинфекции и стерилизации.

3891. При проведении манипуляций используют стерильные ватные тампоны в отдельных укладках для каждого новорожденного. Вскрытая и неиспользованная укладка подлежит повторной стерилизации. Для взятия стерильного материала используют стерильные пинцеты (корнцанги), которые меняют после каждого новорожденного. В отделениях для новорожденных используют одноразовые клизмы.

3892. Для новорожденных используют лекарственные формы в мелкой расфасовке и (или) однократного применения.

3893. При заборе крови у новорожденных (для клинических исследований) применяется одноразовый инструмент.

3894. Недопустимо применение искусственных способов для ускорения процесса отпадения пуповинного остатка у новорожденных.

3895. Лечение детей с признаками инфекции (в том числе внутриутробной) в отделении новорожденных и перевод их в обсервационное отделение запрещается. Новорожденных с подозрением на инфекционное заболевание переводят в отдельную палату (изолятор), а затем в отделение патологии новорожденных для последующего лечения.

3896. Хранение вакцины против гепатита В, а также хранение и разведение вакцины БЦЖ осуществляют в отдельных помещениях.

3897. Порядок сбора, пастеризации, хранения грудного молока, приготовления и хранения молочных смесей.

3898. В акушерских стационарах предусматривают молочную комнату для сбора и пастеризации грудного молока и приготовления молочных смесей, состоящую не менее чем из трех помещений: а именно, для сбора и подготовки посуды, для стерилизации посуды и для приготовления смесей. Сбор и дезинфекция использованной посуды, бутылочек должны проводиться в специально выделенном помещении. Помещения должны быть оборудованы раковинами для мытья посуды и инвентаря, сушилками для посуды, раковинами для мытья рук с бесконтактными (локтевые, сенсорные, педальные и другие, но не кистевые) смесителями и дозаторами для кожного антисептика и жидкого

мыла. При входе в эти помещения персонал должен использовать специально выделенную спецодежду. Доступ посторонних лиц в эти помещения запрещается.

3899. В отделениях реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) и отделениях патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) выделяют соответствующим образом оборудованные помещения (место) для сцеживания грудного молока.

3900. Емкости для сбора грудного молока, молокоотсосы, стеклянные воронки, бутылочки, соски, пустышки для новорожденных, перед стерилизацией тщательно моют с применением моющих средств, разрешенных для мытья детской посуды, ополаскивают проточной питьевой водой и просушивают. Сетки для молочной посуды обеззараживают методом протирания тканевой салфеткой, смоченной раствором дезинфицирующего средства, разрешенного к применению для обеззараживания столовой посуды.

3901. Для кормления новорожденного используют сцеженное грудное молоко его матери. При использовании обогатителей грудного молока их добавляют к сцеженному молоку непосредственно перед кормлением ребенка.

3902. Условия допуска матерей к сбору грудного молока, его хранению, требования к посуде, расходным материалам для сбора и хранения грудного молока, подготовка матерей к процедуре сцеживания, закладка на хранение, кормление новорожденного, подготовка и кормлению сцеженным молоком, действия медицинского персонала, помогающего матерям и контролирующим процесс сбора и хранения молока должны соответствовать инструкции, утвержденной руководителем МО. Инструкции по сбору, хранению и использованию сцеженного грудного молока для питания новорожденных и грудных детей должны быть направлены на минимизацию рисков микробной контаминации продукта и максимальное сохранение пищевой и биологической ценности грудного молока в процессе его сбора, хранения и отсроченного использования для питания новорожденных и грудных детей.

3903. Для сцеживания грудного молока матерям выдают стерильную посуду.

3904. Сбор грудного молока для отсроченного кормления новорожденных и грудных детей осуществляется под контролем медицинской сестры, имеющей специальную подготовку по вопросам грудного вскармливания. Сведения о собранном молоке заносятся в журнал в произвольной форме.

3905. Закрытые емкости с грудным молоком должны храниться в специально предназначенном холодильнике при температуре (4±2) ^{0}С не более 24 часов от момента сцеживания. Емкости с грудным молоком маркируются с указанием данных женщины, даты и временем сбора молока. Допускается хранение сцеженного молока при комнатной

температуре (но не выше 25 ^{0}С в темном месте не более 2 часов) для использования при следующем кормлении ребенка, оставшееся при этом молоко охлаждению и хранению не подлежит.

3906. Индивидуальные промаркированные емкости со сцеженным охлажденным молоком, хранящиеся в холодильнике, под контролем медицинского работника допускается дополнять до объема не более 150 мл предварительно охлажденными до (4±2)^{0}С новыми порциями сцеженного молока от одной и той же матери (при наличии возможности сцеживать молоко несколько раз в день) от момента сцеживания первой порции в течение не более чем 24 часов. Кратность добавления молока в одну и ту же емкость – не более 5 раз за 24 часа.

3907. Охлажденное сцеженное грудное молоко в количестве не более 150 мл, хранящееся в индивидуальных промаркированных емкостях в холодильнике не более 24 часов (в случае объединения порций – от момента сцеживания первой порции), допускается замораживать при температуре минус 18-40 ^{0}С.

3908. Закрытые емкости (контейнеры) с замороженным грудным молоком могут храниться в специально предназначенном морозильнике при температуре не выше минус 18 ^{0}С в течение не более 3 месяцев.

3909. Для медленного размораживания сцеженного грудного молока следует поместить емкости с замороженным молоком в холодильник (при температуре 4±2 ^{0}С) до полного оттаивания с последующим доведением температуры молока до температуры кормления путем помещения емкости с молоком в теплую проточную воду (при температуре не более 37-40 ^{0}С) на 20 мин.

3910. Для быстрого размораживания сцеженного грудного молока емкость с замороженным молоком можно сразу поставить в теплую проточную воду (при температуре не более 37-40 ^{0}С).

3911. Размороженное и подогретое молоко следует сразу употребить для кормления ребенка. Размороженное и подогретое молоко запрещено хранить при комнатной температуре более 2-х часов. Не подвергавшееся подогреванию размороженное в холодильнике грудное молоко допускается хранить в холодильнике при температуре 4±2 ^{0}С но не более 24 часов от момента размораживания. Неиспользованное в течение 24 часов от момента размораживания для кормления ребенка размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

3912. В случае необходимости отсроченного (более чем 24 часов с момента сцеживания) кормления новорожденного сцеженным грудным молоком замороженное грудное молоко его матери размораживают и подогревают до температуры кормления

ребенка. Допускается хранить не подвергшееся подогреванию размороженное грудное молоко в холодильнике при температуре (4±2) ^{0}С не более 24 часов от момента размораживания, неиспользованное размороженное молоко повторному замораживанию не подлежит и должно быть утилизировано.

3913. В случае необходимости отсроченного кормления новорожденного сцеженным молоком (отделения реанимации и иные), собранное грудное молоко может быть подвергнуто пастеризации.

3914. Молоко разливают в стерильные бутылочки по 30-50 мл (по 100 мл для перинатального центра) для индивидуального использования порционно под заказ, закрывают пробками и пастеризуют на водяной бане в течение 5 - 7 минут от начала закипания воды, уровень воды в которой должен быть не ниже уровня молока в бутылочках. Бутылочки с молоком после пастеризации охлаждают до комнатной температуры, поместив их в емкость с холодной водой и раздают для кормления детей или хранят в специальном холодильнике не более 24 часов.

3915. Пастеризованное молоко, молочные смеси используются для новорожденных по назначению врача при наличии показаний. Запрещается кормление нескольких детей из одной бутылочки. Вода и растворы для питья должны быть в индивидуальной стерильной разовой расфасовке.

3916. Сухие молочные смеси после вскрытия упаковки должны иметь маркировку с указанием даты и времени вскрытия. Разведение смесей производят в стерильной посуде. Допускается использование готовых жидких смесей фабричного производства.

3917. В обсервационное отделение поступают роженицы, родильницы и новорожденные в соответствие с показаниями в случае отсутствия индивидуальных родильных залов или палат. Показаниями к приему беременных и рожениц являются:

лихорадочное состояние (температура тела 37,6 °С и выше без клинически выраженных других симптомов);

инфекционная патология, в том числе:

острые воспалительные заболевания и хронические воспалительные заболевания в стадии обострения (пиелонефрит, цистит, бронхит, пневмония, отит, пиодермия и другие);

острые респираторные заболевания (грипп, ангина и другие);

ВИЧ-инфекция, сифилис, вирусные гепатиты В, С, Д, гонорея, герпетическая инфекция;

туберкулез (любой локализации при отсутствии специализированного стационара). Беременных и рожениц с открытой формой туберкулеза госпитализируют в специализированные родильные дома (отделения), при отсутствии таковых - в боксы или

изоляторы обсервационного отделения с последующим переводом после родов в противотуберкулезный стационар;

прерывание беременности по медицинским и социальным показаниям с 20 недель беременности;

внутриутробная гибель плода, грубые аномалии развития плода, требующие досрочного родоразрешения;

отсутствие медицинской документации и данных об обследовании рожениц;

роды вне лечебного учреждения (в течение 24 часов после родов).

3918. Переводу в обсервационное отделение из других отделений акушерского стационара подлежат беременные, роженицы и родильницы, имеющие:

повышение температуры тела в родах и раннем послеродовом периоде до 38 °С и выше (при трехкратном измерении через каждый час);

лихорадку неясного генеза (температура тела выше 37,6 °С), продолжающуюся более 24 часов.

проявления экстрагенитальных инфекционных заболеваний, не требующих перевода в специализированный стационар (острая респираторная инфекция, ангина, герпес).

Лечение послеродовых воспалительных осложнений осуществляют в условиях гинекологического стационара (отделения).

3919. Переводу и госпитализации в обсервационное отделение подлежат:

новорожденные, матери которых переведены из физиологического послеродового отделения в обсервационное;

новорожденные с видимыми врожденными и некурабельными пороками развития, не нуждающиеся в срочном хирургическом лечении;

дети, родившиеся вне родильного дома.

3920. Новорожденных с ИСМП и ВУИ переводят в детский стационар или перинатальный центр.

3921. В случае перевода новорожденного в обсервационное отделение вместе с ним переводят и родильницу.

3922. В обсервационном отделении пациенток необходимо размещать в палаты по нозологическим формам заболеваний, беременных - отдельно от родильниц.

3923. При необходимости перехода в обсервационное отделение медицинский персонал меняет халат, надевает бахилы. Для этого у входа в отделение должны быть одноразовые халаты, емкости с бахилами.

3924. Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных, а также у беременных с гепатитом В, С, сифилисом осуществляют в родильных домах специализированного или общего типа. При этом прием родов производят в специально выделенной палате, предпочтительно в боксе, где родильница с ребенком находится до выписки. При необходимости оперативного вмешательства используют операционную обсервационного отделения.

3925. При ведении родов у ВИЧ - инфицированных беременных через естественные родовые пути проводят обработку влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита - при каждом последующем влагалищном исследовании. При безводном промежутке более 4 часов обработку влагалища хлоргексидином проводят каждые 2 часа.

3926. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде ограничивают проведение процедур, повышающих риск инфицирования плода: родостимуляция; родоусиление; перинео-, эпизиотомия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производят только по жизненным показаниям.

3927. Отделения реанимации и интенсивной терапии для новорожденных (ОРИТН) и патологии новорожденных и недоношенных (ОПНН) перинатального центра должны иметь самостоятельный набор помещений, изолированный от родовспомогательных и других отделений.

3928. В ОРИТН и ОПНН допускается перевод новорожденных из других отделений перинатального центра или других акушерских стационаров. Перевод новорожденных из ОРИТН и ОПНН в послеродовые отделения перинатального центра или других акушерских стационаров не допускается.

В случае, если перинатальный центр принимает в ОПНН и ОРИТН новорожденных из других акушерских стационаров при входе в отделение предусматривают наличие помещений приема.

Все диагностические и лечебные процедуры лечащий или дежурный врач и медицинская сестра осуществляют непосредственно в палате. Процедурный и физиотерапевтический кабинеты предназначены только для подготовки к лечебным или диагностическим мероприятиям.

Перед осмотром каждого ребенка и проведением манипуляций персонал проводит обработку рук. После осмотра ребенка в кувезе персонал проводит обработку рук

антисептиком перед закрытием кувеза. Преимущественно применяется педальное управление кувезом.

Для осмотра новорожденных в каждой палате предусматривают пеленальный стол, оборудованный матрасом с подогревом и лампой лучистого тепла.

Термометрию проводят электронным термометром. Для осмотра зева используют одноразовый шпатель.

При отделениях предусматривают помещения для фильтра (опрос, осмотр и термометрия), переодевания и отдыха приходящих матерей (других родственников по уходу). Матери (другие родственники), перед входом в отделения надевают чистую сменную одежду, допускается использование чистой домашней одежды. В отделения запрещено приводить несовершеннолетних детей.

Каждый случай инфекционного заболевания (врожденного и постнатального), в том числе вызванного условно-патогенными микроорганизмами, у ребенка, поступившего или находящегося в ОРИТН или ОПНН, подлежит учету и регистрации.

ОПНН должно быть организовано преимущественно по принципу совместного пребывания матери и ребенка. В ОРИТН дети находятся без матерей, но допускается посещение ребенка родителями.

Матери, находящиеся в отделении совместно с ребенком, не должны посещать другие палаты отделения или другие отделения перинатального центра. В палатах ОРИТН и ОПНН запрещается хранить продукты питания, сумки, верхнюю одежду, пользоваться посторонними электроприборами, мобильными телефонами.

3929. В акушерском стационаре систематически проводят дезинфекционные мероприятия, при этом обработка кувезов проводится в следующем порядке.

3930. Дезинфекцию кувезов осуществляют дезинфицирующими средствами, в инструкциях по применению которых есть рекомендации по обеззараживанию кувезов.

3931. Для дезинфекции кувезов не допускают применение хлорактивныхсредств, а также средств, содержащих в своем составе альдегиды, фенол и его производные.

3932. Дезинфекцию наружных поверхностей кувезовс целью профилактики ИСМП осуществляют ежедневно одновременно с проведением текущих уборок по режиму, обеспечивающему гибель грамотрицательных и грамположительных бактерий.

3933. Обработку внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят по типу заключительной дезинфекции в отдельном хорошо проветриваемом помещении, оснащенном ультрафиолетовыми облучателями или другими устройствами обеззараживания воздуха, разрешенными к применению. Обеззараживание внутренних поверхностей и приспособлений кувезов проводят перед поступлением ребенка.

3934. Обработку кувезов проводят после перевода новорождённого, но не реже 1 раза в 7 календарных дней. Обработку кувезов следует проводить с учетом документации по эксплуатации кувеза, прилагаемой к конкретной модели.

3935. Перед обработкой кувеза его необходимо выключить, опорожнить водяной бачок увлажнителя, в случаях, предусмотренных инструкцией по эксплуатации кувеза, поменять фильтры отверстия кабины, через которое в кувез поступает воздух.

3936. Дезинфекцию поверхностей кувезов проводят способом протирания, различных приспособлений - погружением в растворы дезинфицирующих средств по режимам (концентрация раствора, время дезинфекционной выдержки), рекомендованным для профилактики и борьбы с бактериальными, вирусными и грибковыми инфекциями, выбирая из них наиболее жесткий для данного средства (более высокие концентрации рабочих растворов и более длительное время обеззараживания) с последующим промыванием водой в соответствии с режимами, рекомендованными для изделий медицинского назначения.

3937. После дезинфекции кувеза остатки дезинфицирующего раствора следует удалить многократным протиранием (смыванием) стерильными салфетками или стерильной пеленкой, обильно смоченными стерильной водой (100-150 мл). После каждого смывания необходимо поверхности вытирать насухо. По окончании обработки кувезы следует проветривать в течение времени, рекомендованном для конкретного используемого средства.

3938. По окончании обработки, кувез закрывают крышкой и включают аппарат. Перед тем, как поместить ребенка, увлажняющую систему кувеза заливают стерильной дистиллированной водой.

Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в стационарах (отделениях) инфекционного профиля

3939. Здания стационаров инфекционного профиля, располагают на расстоянии не менее 100 метров от территории жилой застройки.

3940. Инфекционный корпус отделяется от других корпусов полосой зеленых насаждений.

3941. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции допускается размещение инфекционных отделений в одном здании с другими отделениями.

3942. Инфекционные стационары (отделения) в составе многопрофильных больниц должны иметь отдельное приемное отделение.

3943. В жилых и общественных зданиях не допускается размещение МО, оказывающих медицинскую помощь больным инфекционными заболеваниями.

3944. На территории медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях по профилю «Инфекционные болезни», «Фтизиатрия» не допускается размещение объектов, организаций, функционально не связанных с осуществлением лечебно-диагностического процесса и обеспечением деятельности данной медицинской организации.

3945. При строительстве новых инфекционных стационаров (отделений) или реконструкции действующих следует все отделения предусматривать боксированными. В акушерских отделениях инфекционного профиля должны быть оборудованы родовые боксы.

3946. На выезде из «грязной» зоны территории инфекционного стационара (корпуса) предусматривается площадка или помещение для дезинфекции санитарного транспорта.

3947. При въезде на территорию стационара указательными и световыми сигналами обозначают направление к приемному отделению, смотровым боксам. В соответствующих местах помещают светящиеся ночью вывески: «приемное отделение», «бокс N», «место дезинфекции транспорта».

3948. Графики движения больных, персонала, транспорта, особенно связанных с «грязными» маршрутами, предусматривают максимально короткими.

3949. Проход персонала в здания инфекционного стационара (отделения), а также выход из них должен быть организован со стороны «чистой» зоны. Проход персонала из «грязной» зоны в «чистую» должен осуществляться через санитарные пропускники.

3950. Выписываемый (здоровый) пациент из боксов должен выходить в «чистую» зону.

3951. Доставка пищи из пищеблока, белья из прачечной в инфекционный стационар (отделение) должна быть организована по поверхности территории больницы. Соединение корпусов тоннелями не допускается.

3952. Въезд на хозяйственный двор стационара должен быть обособлен от въезда больных в приемное отделение и проходить в стороне от лечебных корпусов.

3953. Выезд от патологоанатомического корпуса должен проходить в стороне от мест пребывания больных и осуществляться через специальные ворота, без пересечения территорий стационара; он может быть совмещен также с хозяйственным выездом.

Требования к зданиям, сооружениям и помещениям инфекционных стационаров (отделений)

3954. В составе инфекционного стационара (корпуса) предусматривают дезинфекционное отделение. При отсутствии собственного дезинфекционного отделения необходима установка дезинфекционной камеры для дезинфекции постельных принадлежностей, одежды, белья. Камерная дезинфекция постельных принадлежностей, одежды, белья из инфекционного стационара (корпуса) в других организациях не допускается.

3955. В инфекционных стационарах для размещения больных следует предусматривать боксы или боксированные палаты, количество которых определяется с учетом мощности учреждения исходя из следующего расчета: - до 60 коек - 50 % боксов на 1-2 койки, 50 % боксированных палат на 1 -2 койки. - 60-100 коек - 40 % боксов на 1-2 койки, 60 % боксированных палат на 1 -2 койки. - более 100 коек для взрослых - 12% боксов на 1-2 койки, 88 % боксированных палат на 1 -2 койки. - более 100 коек для детей - 20% боксов на 1-2 койки, 80 % боксированных палат на 1 -2 койки.

3956. Больных распределяют по палатам в соответствии с нозологическими формами, с учетом сроков течении заболевания.

3957. Палаты (боксированные палаты) в отделениях должны быть со шлюзом и санузлом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием вытяжки над притоком, обеспечивающей нормативную чистоту воздуха.

3958. В стационаре, где развернуто инфекционное отделение, необходимо обеспечить возможность проведения этиологической диагностики в отношении вероятных (с учетом клинических проявлений) возбудителей (бактерий, вирусов и других) или их маркеров с отбором материала для исследований в течение первых 24 часов с момента поступления больного или от момента выявления признаков инфекционного заболевания, или иные сроки, регламентированные для конкретных нозологических форм заболеваний.

3959. Для обслуживающего персонала в отделении выделяют бытовые помещения (в том числе раздевалка, душевая, комната для приема пищи и отдыха, туалет).

3960. Верхнюю одежду и обувь персонала хранят в индивидуальных шкафах раздельно от рабочей одежды (платье или костюмы, медицинская шапочка или косынка, тапочки).

3961. В отделке предпочтительно использовать материалы, обладающие бактерицидными свойствами.

Требования к вентиляции инфекционных стационаров (отделений)

3962. В инфекционных стационарах (отделениях) вытяжные вентиляционные системы должны оснащаться устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки (Н11-Н14).

3963. Боксы и боксированные палаты оборудуют автономными системами вытяжной вентиляции с преобладанием вытяжки воздуха над притоком и установкой на вытяжке устройств обеззараживания воздуха или фильтров тонкой очистки. При установке обеззараживающих устройств непосредственно на выходе из помещений, возможно объединение воздуховодов нескольких боксов или боксированных палат в одну систему вытяжной вентиляции.

3964. В существующих зданиях, при отсутствии в инфекционных отделениях приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением, должна быть оборудована естественная вентиляция с обязательным оснащением каждого бокса и боксированной палаты устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность обеззараживания (инактивации) по санитарно-показательным микроорганизмам не менее чем на 95% на выходе.

3965. Изоляция пациентов с инфекционными болезнями, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории (чума, желтая лихорадка, вирусные геморрагические лихорадки и другие) допускается только в боксах с системой механической приточно-вытяжной вентиляции, при этом фильтр (устройство обеззараживания) должен быть установлен на выходе воздуховода удаляемого воздуха из бокса.

Порядок приема и санитарной обработки больных инфекционных стационаров (отделений)

3966. В каждом инфекционном стационаре или инфекционном отделении многопрофильных больниц должно быть приемное отделение, где необходимо иметь не менее двух смотровых боксов. Каждый смотровой бокс должен иметь самостоятельный изолированный наружный вход.

3967. Прием инфекционных больных проводят индивидуально. Одновременное ожидание двух или более больных в одном помещении не допускается. Если инфекционный больной нуждается в лечении в реанимационном отделении, то его направляют туда, минуя приемное отделение.

3968. Приемное отделение должно быть обеспечено: предметами ухода за больными, запасом чистых мешков для укладки в них одежды и белья больных, баком с

крышкой для хранения вещей больных до отправки их в дезинфекционную камеру, комплектами белья для поступающих больных, достаточным количеством мыла в одноразовой фасовке, индивидуальных мочалок, машинками для стрижки волос, ножницами для стрижки ногтей, ведрами для сбора волос с плотно закрывающимися крышками, емкостями для сбора рвотных масс и испражнений, дезинфицирующими ковриками для обеззараживания обуви при входе и выходе из смотрового бокса.

3969. Приемное отделение или боксы для приема больных оснащают оборудованием для обеззараживания воздуха, разрешенным к работе в присутствии людей.

3970. В боксах, смотровых кабинетах необходимо наличие средств индивидуальной защиты (халаты, шапочки, маски/респираторы) для медицинских работников. При входе в смотровые боксы медицинский персонал переодевает халат, шапочку и маску (при капельных инфекциях), которые снимает при выходе.

3971. В смотровом боксе проводят осмотр больного, собирают эпидемиологический анамнез (данные о перенесенных инфекционных заболеваниях, наличие контактов с другими инфекционными больными или нахождение в другом стационаре, выезд в другие страны, пребывание в районах, эндемичных по инфекционным (паразитарным) заболеваниям, наличие прививок от вакциноуправляемых инфекций и иные данные). Данные эпидемиологического анамнеза, регистрируют в истории болезни. Здесь же, при наличии показаний, у пациента отбираются пробы биологического материала (с учетом предполагаемого инфекционного заболевания) для этиологической лабораторной диагностики.

3972. После осмотра пациента направляют в смежное помещение смотрового бокса для проведения санитарной обработки. Санитарную обработку больного проводят в зависимости от назначения врача и состояния больного. При тяжелом состоянии больного ограничиваются частичной обработкой или влажным протиранием отдельных частей тела.

3973. Обеззараживанию в дезинфекционной камере подлежат личные вещи пациентов со следующими нозологиями (чума, холера, другие заболевания, вызванные возбудителями I и II группы патогенности, возвратный тиф, эпидемический сыпной тиф, болезнь Бриля, лихорадка Ку (легочная форма), сибирская язва, высоко контагиозные вирусные геморрагические лихорадки, брюшной тиф, паратифы, туберкулез, проказа, дифтерия, грибковые заболевания волос, кожи и ногтей (микроспория, трихофития, руброфития, фавус, чесотка).

3974. После прохождения санитарной обработки больной получает чистое больничное белье, халат (пижаму), тапочки.

3975. Транспорт, доставивший инфекционного больного, подвергают обеззараживанию силами персонала стационара на территории больницы на специально отведенной площадке или в шлюзе приемного отделения. О дезинфекции санитарного транспорта делают запись в журнале приема больных и выдают эвакуатору талон за подписью дежурной медицинской сестры приемного отделения или ставят штамп на путевке водителя о проведенном обеззараживании.

Распределение больных по отделениям инфекционных стационаров

3976. На основании поставленного диагноза и данных о контактах с инфекционным заболеванием больного направляют в соответствующее отделение.

3977. При наличии диагностического отделения отдельных больных в случае сомнительного диагноза задерживают в этом отделении до уточнения диагноза и перевода в соответствующие отделения. Пациентов с воздушно-капельными инфекциями или с подозрением на эти инфекции помещают преимущественно в боксы, снабженные автономной вентиляцией.

3978. В стационаре, где нет диагностического отделения, больного с неуточненным диагнозом помещают в отдельную палату или бокс.

3979. В случае выяснения контакта пациента с другой воздушно-капельной инфекцией его также помещают в одно-коечную или боксированную палату.

3980. При отсутствии центральной канализации в стационаре (отделении) больных с кишечными инфекциями обеспечивают индивидуальными промаркированными горшками (или подкладными суднами). Маркировка индивидуальной посуды для выделений должна соответствовать номеру кровати больного.

3981. Больных в отделении распределяют таким образом, чтобы вновь поступающие не находились в одной палате с выздоравливающими или больными с осложнениями. По возможности проводят одномоментное заполнение палат и одновременную выписку.

Выписка больных инфекционных стационаров

3982. Выписку больных проводят в выписной комнате, куда приносят продезинфицированные личные вещи выздоровевшего.

3983. Все выписывающиеся из инфекционных отделений проходят санитарную обработку.

3984. При организации питания пациентов инфекционных стационаров (отделений) должен предусматриваться прием пищи больными в палатах.

Посуду после приема пищи собирают в буфетной отделения на отдельном столе, освобождают от остатков пищи, подвергают дезинфекции (обеззараживанию) химическим (растворы дезинфицирующих средств, в том числе в моечной машине) по режимам для соответствующих инфекций или термическим способами (кипячение, обработка в суховоздушном стерилизаторе и другие).

Обеззараженную посуду моют, просушивают на специально выделенном чистом столе в сетках и хранят в шкафу.

Остатки пищи сбрасывают в специальный бак с крышкой и обеззараживают химическим (растворы дезинфицирующих средств) по режимам для соответствующих инфекций или термическим способами (кипячение и другие).

Требования к обеззараживанию постельных принадлежностей и белья инфекционных стационаров (отделений)

3985. Грязное белье больных собирают в баки с педальным устройством или ведра с крышками с вложенными вовнутрь клеенчатыми мешками. В этих же мешках белье доставляют в специальную комнату для разборки.

3986. Стирку белья МО инфекционного профиля осуществляют только в собственных или в специализированных прачечных для стирки больничного белья.

3987. Дезинфекцию белья проводят в собственной или специализированной прачечной путем обработки белья в стиральных машинах с применением соответствующих режимов (термическая дезинфекция) или дезинфицирующих растворов.

3988. Постельное и нательное белье, полотенце меняют один раз в неделю послегигиенической ванны или душа и по мере загрязнения с отметкой в истории болезни.

3989. После выписки инфекционного больного постельное белье собирают в специальные мешки для дезинфекции и стирки, постельные принадлежности и верхнюю больничную одежду отправляют для камерного обеззараживания, кровать протирают дезинфицирующим раствором и до поступления следующего больного не застилают.

Требования к организации труда в инфекционных стационарах (отделениях) и профилактика инфекционных заболеваний среди медицинского персонала

3990. На работу в инфекционные стационары (отделения) принимают лиц не моложе 18 лет.

3991. Больных открытыми формами туберкулеза, венерическими и инфекционными кожными болезнями на работу в инфекционные больницы и отделения не принимают.

3992. Медицинский персонал инфекционного стационара (отделения) должен быть вакцинирован в рамках Национального календаря прививок и календаря прививок по эпидемиологическим показаниям против дифтерии, столбняка, кори, краснухи, вирусного гепатита В, гриппа, шигеллеза, менингококковой инфекции.

3993. Со всем вновь принимаемым на работу персоналом должен проводиться вводный инструктаж по безопасности условий труда и правилам выполнения своих функциональных обязанностей, с учетом специфических особенностей работы в инфекционном стационаре (отделении), мероприятиям по предупреждению заражения и по соответствующему поведению персонала. В дальнейшем не реже 1 раз в год должен проводиться повторный инструктаж по правилам личной профилактики и технике безопасности.

3994. Смена спецодежды медицинского персонала в подразделениях инфекционного профиля осуществляется ежедневно и по мере загрязнения.

3995. Медицинский персонал не должен выходить в спецодежде за пределы МО инфекционного профиля и надевать личную верхнюю одежду на спецодежду, а также выносить спецодежду домой для любых целей.

Общие требования к организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в инфекционных стационарах (отделениях)

3996. Необходимо выделение отдельного уборочного инвентаря для каждого бокса в приемном отделении. В палатных отделениях отдельный уборочный инвентарь выделяют для административных кабинетов, кабинетов для проведения медицинских манипуляций. Для группы палат пациентов с одинаковой нозологической формой выделяется один уборочный инвентарь. Для дезинфекции туалетов в палатах и боксах отделений выделяется отдельный уборочный инвентарь.

3997. Уборочный материал маркируют и применяют по назначению. После использования уборочный инвентарь обеззараживают.

3998. Уборку палат (боксов), дезинфекцию уборочного инвентаря проводят по режиму соответствующей инфекции.

3999. При входе в бокс, где лежит инфекционный больной, и при выходе из него персонал обязан вытирать ноги о губчатый или поролоновый коврик, смоченный дезинфицирующим раствором.

4000. При входе в палату к больным капельными инфекциями, а в периоды, неблагополучные по заболеваемости гриппом, во все палаты, персонал обязан надевать одноразовые маски, закрывающие рот и нос.

4001. В инфекционных отделениях, в которых из-за малой численности инфекционных больных имеется общий медицинский персонал, последний обязан:

носить маски при посещении палат больных инфекциями дыхательных путей и соблюдать очередность в обслуживании инфекционных больных: соответственно трансмиссивными, кишечными, капельными инфекциями;

при входе в бокс надевать второй халат, при выходе снимать его и проводить гигиеническую обработку рук кожными антисептиками.

4002. Текущую профилактическую дезинфекцию и влажную уборку (пол, мебель, радиаторы, подоконники) в палатах, коридорах и других помещениях инфкционных стационаров (отделений) проводят 2 раза в день с применением дезинфицирующих средств по режиму соответствующей инфекции, а заключительную - после одномоментной выписки больных из палаты или после выписки больного из изолированного бокса (палаты), перед текущим ремонтом, при перепрофилировании палаты, отделения.

4003. Генеральную уборку в палатах проводят после выписки больных (после заключительной дезинфекции), но не реже 1 раза в 7 календарных дней с тщательным протиранием предметов и поверхностей (пол, окна, двери, стены, осветительная арматура) по режиму соответствующей инфекции или с применением аэрозольного способа дезинфекции (в отсутствии больных).

4004. Промаркированный уборочный инвентарь (емкости, салфетки, швабры, держатели мопов и другие) для уборки палат, коридоров и туалетов дезинфицируют и хранят отдельно.

4005. Для обеззараживания воздуха в палатах устанавливают установки обеззараживания воздуха, разрешенные к работе в присутствии людей. Расчет количества устновок проводят в соответствии с паспортом к каждой марке облучателя.

4006. В отделениях кишечных инфекций и вирусных гепатитов в случае отсутствия централизованных или локальных сооружений по обеззараживанию сточных вод обеззараживание выделений проводят в туалете в подкладных суднах, ночных горшках или в специально приспособленных для этого емкостях (баки, ведра и иные).

4007. После обеззараживания и удаления выделений посуду дезинфицируют в специальных промаркированных баках с плотно закрывающимися крышками и моют.

4008. Тапочки после выписки больного обеззараживают в дезинфекционных камерах или в дезинфицирующем растворе по фунгицидному режиму.

4009. Игрушки в детских отделениях допускают только новые и легко моющиеся: резиновые или пластмассовые. Игрушки ежедневно обеззараживают в специально выделенных маркированных емкостях методом погружения в один из растворов дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению. Игрушки не должны переходить от одного ребенка к другому без предварительного обеззараживания. Игрушки из отделений родителям не возвращают, о чем последних предупреждают заранее.

4010. Посещение больных инфекционных стационаров (отделений) родственниками запрещаются.

4011. Справки о состоянии больных инфекционных стационаров (отделений) родственникам дает лечащий врач в специально выделенном для этого помещении.

4012. Допуск матерей в отделение инфекционного стационара для ухода за детьми, кроме детей грудного возраста, производят в каждом отдельном случае при получении разрешения заведующего отделением.

4013. Сопровождающие по уходу за ребенком проходят инструктаж, санитарную обработку, надевают больничную одежду и должны выполнять правил, установленные в инфекционном стационаре (отделении).

4014. В отделениях кишечных инфекций сопровождающим проводят бактериологическое обследование на носительство возбудителей кишечных инфекций.

4015. Передачи больным инфекционных стационаров (отделений) принимают в пределах разрешенного ассортимента и количества продуктов.

Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в медицинских организациях (подразделениях) стоматологического профиля

4016. В целях соблюдения противоэпидемического режима врач должен работать в сопровождении среднего медицинского персонала, осуществляющего обработку рабочих мест, дезинфекцию, а также, в случае отсутствия централизованной стерилизационной, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения.

4017. Все стоматологические кабинеты должны быть обеспечены изделиями медицинской техники и медицинского назначения в количестве, достаточном для бесперебойной работы с учетом времени, необходимого для их обработки между

манипуляциями у пациентов: на каждое рабочее место врача-стоматолога – не менее 6 наконечников (по два угловых, прямых, турбинных), на каждое посещение – индивидуальный смотровой стоматологический комплект, состоящий из набора инструментов (лоток, зеркало стоматологическое, пинцет зубоврачебный, зонд стоматологический), пакет с ватными валиками, пакет с пинцетом (для работы со стерильными инструментами, необходимыми для каждого пациента). При необходимости набор доукомплектовывают другими инструментами (зонд стоматологический пуговчатый, зонд пародонтологический градуированный, гладилки, шпатель, экскаваторы и другие).

4018. Стерильные изделия выкладывают на стоматологический столик врача (на стерильный лоток или стерильную салфетку) непосредственно перед манипуляциями у конкретного пациента.

4019. Под рабочей поверхностью стола (на полке, в ящике), допускается размещать приборы и аппараты для проведения различных стоматологических манипуляций, пломбировочные материалы.

4020. Нагрудные салфетки после каждого пациента подлежат смене. Одноразовые салфетки собираются как отходы класса Б, многоразовые сдаются в стирку.

4021. Для ополаскивания рта водой используют одноразовые или многоразовые стаканы индивидуально для каждого пациента.

4022. Дезинфекцию поверхностей предметов, находящихся в зоне лечения (столик для инструментов, кнопки управления, клавиатура, воздушный пистолет, светильник, плевательница, подголовник и подлокотники стоматологического кресла) проводят после каждого пациента. Для этих целей используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в присутствии пациентов, обладающие широким спектром антимикробного действия.

4023. Дезинфекцию, предстерилизационную очистку и стерилизацию изделий медицинской техники и медицинского назначения проводят с учетом особенностей стоматологической практики.

4024. Дезинфекцию способом протирания допускается применять для тех изделий медицинской техники и медицинского назначения, которые не соприкасаются непосредственно с пациентом или конструкционные особенности, которых не позволяют применять способ погружения (наконечники, переходники от турбинного шланга к наконечникам, микромотор к механическим наконечникам, наконечник к скелеру для снятия зубных отложений, световоды светоотверждающих ламп). Обработку наконечников после каждого пациента допускается проводить следующим образом: канал

наконечника промывают водой, прочищая с помощью специальных приспособлений (мандрены и иные), и продувают воздухом; наконечник снимают и тщательно протирают его поверхность (однократно или двукратно – до удаления видимых загрязнений) тканевыми салфетками, смоченными питьевой водой, после чего обрабатывают одним из разрешенных к применению для этой цели дезинфицирующих средств (с учетом рекомендаций фирмы-производителя наконечника), а затем в паровом стерилизаторе.

4025. Дезинфекцию стоматологических оттисков, заготовок зубных протезов проводят после применения у пациентов перед направлением в зуботехническую лабораторию и после их получения из зуботехнической лаборатории непосредственно перед применением. Выбор дезинфицирующего средства обусловлен видом оттискного материала. После дезинфекции изделия промывают питьевой водой для удаления остатков дезинфицирующего средства.

4026. Обеззараживание стоматологических отсасывающих систем проводят после окончания работы, для чего через систему прокачивают раствор дезинфицирующего средства, рекомендованного для этих целей; заполненную раствором систему оставляют на время, указанное в инструкции по применению средства. После окончания дезинфекционной выдержки раствор из системы сливают и промывают ее проточной водой.

4027. Полировочные насадки, карборундовые камни, предметные стекла подлежат дезинфекции, очистке и стерилизации.

4028. В физиотерапевтическом отделении дезинфекции подвергают съемные десневые и точечные электроды, тубусы к аппарату КУФ (коротковолновый ультрафиолетовый облучатель), световоды лазерной установки, стеклянные электроды к аппарату дарсонвализации. Для аппликаций во рту используют стерильный материал.

4029. Стерилизации подвергают все инструменты и изделия, контактирующие с раневой поверхностью, кровью или инъекционными препаратами, а также отдельные виды медицинских инструментов, которые в процессе эксплуатации соприкасаются со слизистой оболочкой и могут вызвать ее повреждения:

стоматологические инструменты: пинцеты, зонды, шпатели, экскаваторы, штопферы, гладилки, коронкосниматели, скеллеры, стоматологические зеркала, боры (в том числе с алмазным покрытием) для всех видов наконечников, эндодонтические инструменты, штифты, стоматологические диски, фрезы, разделительные металлические пластинки, матрицедержатели, ложки для снятия оттисков, инструменты для снятия зубных отложений, пародонтальные хирургические инструменты (кюретки, крючки разных модификаций иные), инструменты для пломбирования каналов зуба (плагеры,

спредеры), карпульные шприцы, различные виды щипцов и кусачек для ортодонтического кабинета, пылесосы;

ультразвуковые наконечники и насадки к ним, наконечники, съемные гильзы микромотора к механическим наконечникам, канюли к аппарату для снятия зубного налета;

хирургические инструменты: стоматологические щипцы, кюретажные ложки, элеваторы, долота, наборы инструментов для имплантологии, скальпели, корнцанги, ножницы, зажимы, гладилки хирургические, шовные иглы;

лотки для стерильных изделий медицинского назначения, инструменты для работы со стерильным материалом, в том числе пинцеты и емкости для их хранения.

4030. Наконечники, в том числе ультразвуковые, и насадки к ним, эндодонтические инструменты с пластмассовыми хвостовиками стерилизуют только паровым методом.

4031. Инфракрасным методом стерилизуют изделия из металлов: стоматологические щипцы, стоматологические микрохирургические инструменты, боры твердосплавные, головки и диски алмазные, дрильборы, каналонаполнители и другие.

4032. В виду того, что для обработки и стерилизации карпульных шприцев многоразового применения необходима их разборка, при которой возможна травма иглой персонала, следует использовать одноразовые карпульные шприцы, с последующим обеззараживанием или обезвреживанием их как отходы класса Б.

Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению мер профилактики ИСМП и противоэпидемических мероприятий в прочих медицинских организациях и ФАП

4033. Медицинские работники должны выполнять мероприятия по профилактике ИСМП, предусмотренные санитарными правилами.

4034. Все помещения, оборудование, медицинский и другой инвентарь должны содержаться в чистоте.

4035. Влажная уборка помещений (обработка полов, мебели, оборудования, подоконников, дверей) должна осуществляться не менее 2 раз в день с использованием моющих и дезинфицирующих средств, разрешенных к использованию.

4036. Мытье оконных стекол должно проводиться по мере необходимости, но не реже 2 раз в год.

4037. Промаркированный уборочный инвентарь (можно цветном): ведра, тазы, салфетки, швабры, держатели мопов используют по назначению, обрабатывают и хранят в выделенном помещении (в шкафу вне медицинских кабинетов).

4038. Генеральную уборку помещений с обработкой стен, полов, оборудования, инвентаря, светильников проводят по графику не реже 1 раза в месяц.

4039. Генеральную уборку (мойка и дезинфекция), процедурных и других помещений с асептическим режимом, проводят один раз в неделю.

4040. В случае выявления пациента с инфекционными заболеваниями (подозрением) после его изоляции (госпитализации) проводят заключительную дезинфекция по режиму, предусмотренному для соответствующей инфекции с последующей влажной уборкой с применением моющих средств, либо при использовании моюще-дезинфицирующих средств мойку и дезинфекцию проводят в один этап.

4041. В основных помещениях следует регулярно в плановом порядке проводить текущий ремонт помещений. Устранение возникших дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, следов сырости, плесени, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и иное) должно проводиться незамедлительно.

4042. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

4043. В помещениях ФАП, амбулаторий не должно быть синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов.

4044. Проведение профилактической обработки (дезинфекции, дезинсекции, дератизации) помещений против синантропных членистоногих, крыс и мышевидных грызунов должно осуществляться в соответствии с требованиями санитарных правил.

4045. Медицинские изделия многократного применения, которые в процессе эксплуатации могут вызвать повреждение кожи, слизистой оболочки, соприкасаться с раневой поверхностью, контактировать с кровью или инъекционными препаратами, подлежат дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации. Допускается проведение стерилизации на местах.

4046. Стирку белья осуществляют в специальных прачечных или прачечной в составе медицинской организации. Режим стирки белья должен соответствовать гигиеническим нормативам.

4047. Допускается оборудование мини-прачечной в здании ФАП, амбулатории. Мини-прачечная должна иметь не менее двух помещений: для сбора, временного

хранения и стрики белья второе для сушки, глажения и временного хранения чистого белья.

4048. Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности осуществляют в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями.

4049. Урны, установленные для сбора мусора у входа в здание, в местах отдыха и на территории очищают от мусора ежедневно и содержат в чистоте.

4050. Контейнеры для сбора твердых коммунальных отходов устанавливают на площадке с твердым покрытием, закрывают крышками, регулярно очищают, моют и дезинфицируют после каждого опорожнения.

4051. В основных функциональных, производственных помещениях должны быть обеспечены гигиенические нормативы параметров микроклимата и воздушной среды.

4052. Персонал должен проходить предварительные при поступлении на работу и периодические медицинские осмотры и профилактические прививки в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4053. Медицинский персонал ФАПа, амбулатории должен быть обеспечен комплектами сменной одежды: халатами, шапочками или косынками, масками, сменной обувью (тапочками) в количестве, обеспечивающем смену одежды не менее 2 раз в неделю. Хранение ее надлежит осуществлять в индивидуальных шкафчиках, обеспечивающих раздельное хранение личной (домашней) и рабочей (санитарной) одежды, обуви и головных уборов.

4054. В наличии постоянно должен быть комплект санитарной одежды для экстренной ее замены в случае загрязнения.

4055. Немедицинский персонал, выполняющий работу (в том числе временную) должен иметь сменную одежду и обувь.

4056. Врачи, фельдшера, медицинские сестры, акушерки должны быть обеспечены средствами индивидуальной защиты (перчатки, маски и иные). Все манипуляции, связанные с контактом с кровью и другими биологическими жидкостями проводить в перчатках.

4057. Обработку рук медицинский персонал проводит в соответствии с Санитарными правилами.

4058. Профилактические мероприятия при загрязнении кожи и слизистых работника кровью или другими биологическими жидкостями, а также при уколах и порезах проводятся в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации.

Санитарно-эпидемиологические особенности подразделений различного профиля

4059. Эпидемиологическая задача приемного отделения: не допустить поступления пациента с признаками инфекционного заболевания в палатное отделение стационара общего профиля. С этой целью осматривают кожные покровы и слизистые, зев, измеряют температуру, проводят осмотр на педикулез с отметкой в истории болезни, собирают эпидемиологический и прививочный (по показаниям) анамнез. Приемное отделение оснащают термометрами и шпателями в количестве, соответствующему числу поступающих пациентов. В случае подозрения на инфекционное заболевание пациента изолируют в диагностическую палату при приемном отделении или бокс до установки диагноза или перевода в инфекционное отделение (больницу).

4060. В приемно-карантинном отделении психиатрического стационара проводится взятие материала для микробиологических исследований на дифтерию и группу кишечных инфекций (в случае отсутствия документально подтвержденных результатов). Пациент находится в приемно-карантинном отделении (или боксе) до получения результатов исследования.

4061. Палатные отделения стационаров неинфекционного профиля, в том числе дневные.

4062. Палатная секция должна быть непроходной. При входе в палатное отделение/палатную секцию следует предусматривать шлюз. Количество коек в палатной секции определяется заданием на проектирование, но не более 30. Вместимость палат, следует принимать не более 4 коек.

4063. В отделениях с двумя палатными секциями предусматривют не менее 2 процедурных, а в отделениях хирургического профиля – не менее двух перевязочных.

4064. В палатных отделениях строящихся и реконструируемых стационаров предусматривают одноместные палаты для изоляции хирургических пациентов – носителей полирезистентной (панрезистентной) микрофлоры. Это палаты с барьерными функциями: со шлюзом с подпором воздуха, возможностью создания отрицательного давления в палате (переключение системы вентиляции, когда вытяжка преобладает над притоком). При палате предусматривается санузел с унитазом, умывальником и душем с гибким шлангом (в дневных стационарах душ предусматривается по заданию на проектирование). Санузлы и уборные, доступные для инвалидов-колясочников,

оборудуют приспособлениями (поручнями, стойками, откидными сидениями), облегчающими тяжелобольным пользование санитарными приборами.

4065. В дневных стационарах, расположенных в зданиях с палатными отделениями стационара, поток пациентов дневного стационара приравнивается к амбулаторно-поликлиническому и должен быть отделен от стационарных пациентов.

4066. В туберкулезном стационаре необходимо предусматривать боксированные палаты с барьерными функциями для больных туберкулезом, вызванным возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью.

4067. Перепрофилирование специализированных туберкулезных больниц, противотуберкулезных диспансеров, иных специализированных туберкулезных учреждений и входящих в их состав отдельно стоящих зданий, сооружений (далее – объектов) осуществляется в зависимости от степени потенциального риска загрязнения (заражения) микобактериями туберкулеза (МБТ) территории и помещений.

4068. Степень потенциального риска распространения туберкулеза зависит от клинической формы туберкулеза (легочной или внелегочной туберкулез, открытая или закрытая формы) у пациентов, которым оказывалась медицинская помощь, а также от срока закрытия специализированного туберкулезного учреждения, который прошел от выписки последнего пациента.

4069. По степени потенциального риска загрязнения микобактериями туберкулеза объекты разделяются на классы:

класс А (неопасные) – объекты, не предназначенные и не использовавшиеся для обследования, лечения, размещения больных туберкулезом (административные корпуса, аптеки, проходные, гаражи, мастерские, пищеблоки, другие объекты подобного назначения);

класс Б (потенциально опасные) – объекты, в которых осуществлялось обследование, лечение, размещение больных с внелегочными формами туберкулеза;

класс В (опасные) - объекты, в которых осуществлялось обследование, лечение, размещение больных с легочными формами туберкулеза, больных туберкулезом, вызванных возбудителем с множественной лекарственной устойчивостью; микробиологические и клинико-диагностические лаборатории, патологоанатомические отделения, очистные сооружения.

4070. При наличии в здании нескольких помещений (отделений), отнесенных к различным классам опасности, все здание должно быть отнесено к наиболее опасному классу из числа представленных в здании.

4071. Решение о перепрофилировании специализированных туберкулезных больниц, противотуберкулезных диспансеров, иных специализированных туберкулезных учреждений и входящих в их состав отдельно стоящих зданий, сооружений принимается органами управления здравоохранением при участии органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при этом определяется класс потенциального риска загрязнения объекта микобактериями туберкулеза и порядок проведения работ по перепрофилированию с учетом следующих требований:

для объектов класса А (неопасные) перепрофилирование и передача права собственности осуществляется только после проведения заключительной дезинфекции здания силами специализированной организации;

для объектов класса Б (потенциально опасные) перепрофилирование и передача права собственности осуществляется только после проведения заключительной дезинфекции здания силами специализированной организации с последующим капитальным ремонтом объекта, в ходе которого полностью демонтируется система вентиляции (включая воздуховоды), деревянные полы, рамы, двери, облицовочные панели, другие деревянные, пористые конструкции, удаляется штукатурка, плиточные покрытия, краска;

для объектов класса В (опасные) решение о перепрофилировании и передаче права собственности принимается органами управления здравоохранением субъекта Российской Федерации при участии органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации после проведения следующих мероприятий: на объекте осуществляется заключительная дезинфекция, после чего объект консервируется на срок не менее трех лет.

4072. По истечении срока консервации проводится капитальный ремонта объекта, в ходе которого полностью демонтируется система вентиляции (включая воздуховоды), деревянные полы, рамы, двери, облицовочные панели, другие деревянные, пористые конструкции, удаляется штукатурка, плиточные покрытия, краска; после завершения капитального ремонта повторно проводится заключительная дезинфекция;

перепрофилирование объектов класса Б и В, размещенных в деревянных постройках не допускается, неиспользуемые объекты демонтируются, строительные конструкции сжигаются;

после проведения заключительной дезинфекции осуществляется контроль ее эффективности с использованием лабораторных методов контроля;

при перепрофилировании стационарных учреждений туберкулезного профиля в целом проводится рекультивация почвы (обеззараживание и перекопка на глубину 10-15 см) на территории рекреаций, а также на площади снесенных зданий и площадок после вывоза строительного мусора.

4073. Палатные отделения для пациентов с муковисцидозом, онкогематологическими заболеваниями, ожогами, реципиентов отделений трансплантологии. Вместимость палат указанных подразделений должна быть не более 2 коек. Больные распределяются по палатам в соответствии с нозологическими формами, с учетом сроков течения заболевания и цикличности заполнения палат.

4074. Работа отделений организуется по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.

4075. Палаты в отделениях должны быть со шлюзом и санузлом, оборудованы системой приточно-вытяжной вентиляции с преобладанием притока над вытяжкой, обеспечивающей чистоту воздуха. При отсутствии механической приточно-вытяжной вентиляции, должны быть предусмотрены другие устройства, обеспечивающие необходимую чистоту воздуха: установки обеззараживания воздуха рециркуляционного типа, устройство специальных палаток, оборудование однонаправленного воздушного потока над койкой пациента.

4076. При проектировании новых и реконструируемых зданий стационаров по заданию на проектирование могут предусматриваться условия, обеспечивающие возможность пребывания в стационаре лиц по уходу за тяжелыми пациентами.

4077. При оказании стационарной медицинской помощи больным муковисцидозом (МВ) в специализированных отделениях или центрах пациенты должны госпитализироваться в боксы или боксированные палаты на одного пациента и одного сопровождающего. Работа должна быть организована по принципу максимального оказания медицинской помощи и обслуживания пациентов непосредственно в палате.

4078. Посещение диагностических процедур больными МВ должно быть организовано с максимальным разобщением по времени, с дезинфекцией после приема каждого пациента.

4079. При оказании медицинской помощи больным МВ в амбулаторных условияхв специализированных центрах, кабинетах на базе консультативно-диагностических центров, поликлиник необходимо соблюдение специальных мер по профилактике перекрестного инфицирования:

разделение потоков пациентов согласно результатам микробиологического исследования мокроты или отделяемого из верхних дыхательных путей,

прием больных осуществлять по графику с учетом времени на обработку помещений после каждого пациента.

4080. Пациенты с МВ должны находится в медицинских организациях в масках и не контактировать друг с другом в зонах ожидания.

4081. После приема каждого пациента с МВ проводится дезинфекция помещения и обработка поверхностей, оборудования и дверных ручек.

4082. В амбулаторных центрах муковисцидоза, кабинетах муковисцидоза должен быть обеспечен доступ к средствам дезинфекции рук, бесконтактным диспенсерам.

4083. Врачи, принимающие больных МВ в специализированных центрах, кабинетах, должны быть обеспечены одноразовыми халатами, масками, перчатками.

4084. Амбулаторный прием пациентов с МВ и высевом из мокроты бактерий *Burkholderia cepacia complex*, метициллин-резистентного *Staphylococcus aureus*, *Achromobacter spp.*, а также нетуберкулезных микобактерий должен вестись с разобщением приема от других больных МВ по времени (специальный день) или месту (в отдельном боксе с отдельным входом).

Эндоскопические отделения

4085. Планировка, оборудование и санитарное содержание помещений структурных подразделений медицинских организаций, выполняющих стерильные и нестерильные эндоскопические вмешательства, должны соответствовать санитарно-эпидемиологическим требованиям по профилактике инфекционных заболеваний при эндоскопических вмешательствах. Для соблюдения противоэпидемического режима, эндоскопические отделения должны быть оснащены достаточным количеством эндоскопов, обеспечивающим возможность проведения циклов дезинфекции, очистки, стерилизации или дезинфекции высокого уровня (перед следующим использованием).

Отделения гемодиализа

4086. Допускается проектирование смежных гемодиализных залов для стационарных и амбулаторных пациентов. Для проведения хронического гемодиализа амбулаторным пациентам выделяют самостоятельную зону. В отделении гемодиализа предусматривают клинико-диагностическую экспресс лабораторию, малую операционную и палату интенсивной терапии или используют соответствующие подразделения медицинской организации.

4087. Для пациентов, являющихся носителями маркеров парентеральных инфекционных заболеваний, предусматривают отдельные залы и оборудование.

4088. Процедура острого диализа может проводиться в специальных помещениях отделения гемодиализа, либо в реанимационном отделении, приемном отделении при наличии стационарной или мобильной организации водоподготовки.

4089. Пациенты, находящиеся на хроническом гемодиализе, должны быть привиты против гепатита В.

Отделения переливания и заготовки крови (ОПК)

4090. Отделения переливания и заготовки крови размещают в изолированном блоке помещений с отдельным входом и подъездными путями для автомашин, удобными подходами для доноров, персонала больницы и ОПК. В случае размещения ОПК в отдельно стоящем здании оно должно находиться в зоне неинфекционных корпусов. Между отдельно стоящим зданием ОПК и лечебными корпусами при наличии технической и технологической возможности предусматривается утепленный переход.

4091. В составе ОПК предусматривают следующие основные блоки:

помещения для доноров (вестибюль-гардеробная, регистратура, буфетная, ожидальная, туалет для доноров);

лаборатории (для определения групповой и резус-принадлежности, клинических и биохимических показателей, диагностических маркеров инфекционности, в том числе с использованием молекулярных методов);

блок помещений заготовки крови и ее препаратов (манипуляционная забора крови, манипуляционные для плазмафереза и тромбоцитофереза, бокс с предбокспиком для отделения плазмы крови, центрифужная, отсек для оказания, медицинской помощи донорам, предоперационная для персонала с местом для маркировки флаконов);

помещения карантинизации, хранения и выдачи крови и других трансфузионных сред;

помещение для обеззараживания забракованной крови;

административно-бытовые помещения.

Подразделения скорой и неотложной помощи

4092. Для оказания скорой и неотложной медицинской помощи больным и пострадавшим на месте происшествия необходимо иметь специально оснащенный медицинскими изделиями и оборудованием автотранспорт.

4093. Для станции (подстанции) скорой и неотложной помощи предусмотрен следующий минимальный набор помещений: диспетчерская, комната отдыха бригад, комната хранения и комплектования укладок, санузел. По заданию на проектирование могут также предусматриваться кабинеты для экстренного оказания медицинской помощи, обработки и стерилизации инструментов, гараж и прочие.

4094. Патологоанатомические отделения и отделения судебно медицинской экспертизы.

4095. При соответствующей планировочной изоляции и наличии автономных систем вентиляции патологоанатомическое отделение может быть размещено в лечебном корпусе стационара.

4096. В отделении выделяют следующие зоны: административно-хозяйственная, секционная, лабораторная, инфекционная, ритуальная. В отделении предусматривают не менее трех входов (доставка трупов, вход персонала и посетителей, выдача тел умерших).

4097. В Бюро судебно-медицинской экспертизы (БСМЭ) в секционной и лабораторной зонах дополнительно могут выделяться зоны «грязная, промежуточная и чистая». Зонирование таких помещений определют приказом руководителя Бюро с учетом существующих рисков заражения инфекционным заболеванием или отравления сотрудников. В «грязную» зону включены помещения: предсекционных, секционных залов, вырезки биологического материала, инфекционных секционных помещений, холодильников для хранения трупов и биологического материала, помещений для обработки и временного хранения медицинских отходов класса Б и В, разборки и хранения грязного белья, обеззараживания отходов класса «В», места хранения и обработки уборочного инвентаря для «грязной» зоны, лабораторных помещений для работы с необеззараженным биологическим материалом (работа проводится в одноразовой спецодежде).

4098. «Чистая» зона: кабинеты врачей судебно-медицинских экспертов, среднего и младшего медицинского персонала, смотровые кабинеты для экспертизы живых лиц, комнаты персонала, лабораторные помещения для работы с аппаратурой и заведомо обеззараженным биологическим материалом, санпропускники чистой зоны, помещения для хранения аппаратуры, инструментария, уборочного матери-ала, дезинфицирующих средств, расходных материалов, чистого белья (допускается работа в многоразовой спецодежде и специальной обуви).

4099. «Промежуточная» зона может включать помещения, в которых ограничения устанавливаются в зависимости от величины ожидаемых рисков

(помещения хранения вещественных доказательств, подготовки трупов к выдаче, санпропускники между зонами и иные).

4100. Для обеззараживания воздуха помещения секционных оборудуют бактерицидными облучателями закрытого типа или другими установками для обеззараживания воздуха и поверхности, разрешенными к применению в присутствии людей и обеспечивающими эффективность обеззараживания воздуха по санитарно-показательным микроорганизмам не менее чем на 95% на выходе.

4101. В патологоанатомическом отделении должны быть предусмотрены как минимум две секционные, одна из которых на один секционный стол (в том числе для вскрытия инфицированных трупов), с запасным наружным входом.

4102. Секционные столы должны быть из водонепроницаемого материала с легко очищаемым покрытием (мрамор, мозаичные плиты, оцинкованное железо, нержавеющая сталь), выдерживающим частую обработку дезинфекционными средствами, иметь подводку холодной и горячей воды и сток в канализацию, закрывающийся сеткой-уловителем. Предусматривают наличие трапа в полу секционной.

4103. Работа с секционным материалом должна проводиться с использованием средств индивидуальной защиты (халат, перчатки, фартуки, очки или щитки). В случаях, не исключающих туберкулез, используются средства индивидуальной защиты органов дыхания (респираторы). При подозрении на карантинные инфекции применяют защитные костюмы. В секционных залах должны быть установлены средства обеззараживания воздуха непрерывного действия.

4104. Все работы в комнате хранения вещей умерших и вещественных доказательств проводят в спецодежде с обязательным использованием средств индивидуальной защиты (перчатки, маски, фартуки).

4105. Влажные аутопсийные и биопсийные материалы хранят в специальном помещении (архив влажного аутопсийного и биопсийного материала), в плотно закрытых банках. По истечении срока хранения архивные материалы направляются в крематорий или обезвреживают как отходы класса Г.

Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) проводят в вытяжном шкафу. Скорость движения воздуха в проемах вытяжных шкафов должна быть не менее 0,2-0,5 м/сек.

Лабораторные подразделения

4106. Клинико-диагностические, микробиологические и другие диагностические лаборатории размещают в изолированных непроходных отсеках зданий.

4107. Помещение для взятия материала располагают за пределами блока помещений для исследований.

4108. Размещение и состав помещений микробиологической лаборатории (отделения), клинико-диагностической лаборатории, проводящей исследования с патогенными биологическими агентами (далее ПБА) III - IV групп определяют с учетом требований санитарных правил по безопасности работы с микроорганизмами III - IV групп патогенности (опасности) и возбудителей паразитарных болезней.

4109. Работы с использованием вредных химических веществ (фиксирование материала, розлив формалина, концентрированных кислот, приготовление реактивов, прокаливание, выжигание, измельчение) должны проводиться в вытяжном шкафу. Летучие химические вещества хранят в отдалении от нагревательных приборов и открытого огня. Хранение ядовитых веществ осуществляется в специальных кладовых, в металлических шкафах или сейфах. Кислоты и щелочи хранят в стеклянной закрытой посуде на нижних полках шкафов отдельно от реактивов и красок. При разбавлении концентрированных кислот во избежание разбрызгивания, кислоту добавляют в воду (а не наоборот). Для розлива из емкостей объемом 10-20 л в мелкую тару применяются средства малой механизации (опрокидыватели, сифоны).

Централизованное стерилизационное отделение (ЦСО)

4110. Создание ЦСО при больницах мощностью более 100 коек является обязательным, при больницах мощностью до 100 коек – при наличии хирургических и акушерских стационаров. ЦСО размещают с учетом удобных связей с операционным блоком, отделением реанимации, родовым блоком, обеспечиваемых в том числе вертикальными коммуникациями.

4111. Помещения ЦСО должны быть разделены на три зоны – «грязная», «чистая» и «стерильная». К «грязной» зоне относят помещения приема и очистки медицинских изделий, к «чистой» зоне - помещения упаковки, комплектации и загрузки в стерилизаторы, к «стерильной» зоне - стерильная половина стерилизационной, склад стерильных материалов и экспедиция. Проход в помещения «стерильной» зоны осуществляют через шлюз, который оборудуют раковиной для мытья рук и вешалкой / шкафом для специальной одежды. С учетом мощности ЦСО предпочтение следует отдавать установке стерилизационного оборудования проходного типа, которое размещают между «чистой» и «стерильной» зоной.

4112. В крупных ЦСО следует предусматривать помещение для центрального компьютера, предназначенного для автоматизации производственных процессов и контроля качества стерилизации.

4113. В организациях мощностью менее 25 коек и 50 посещений в смену для обработки изделий медицинского назначения многократного применения допускается оборудование ЦСО с сокращенным набором помещений. При наличии одного помещения расстановку оборудования осуществляют с учетом последовательности технологических процессов, выделяя «грязную» и «чистую» зоны. Прием и выдачу медицинских изделий осуществляют в разные двери (или дверь и передаточное окно). При маленькой мощности и площади помещения (меньше 10 м^2) прием использованных и выдача стерильных изделий может осуществляться по графику.

Дезинфекционное отделение

4114. Дезинфекционное отделение (далее – дезотделение) предназначены для:

централизованного приготовления растворов дезинфицирующих средств;

камерной дезинфекции одежды и белья больных, постельных принадлежностей, мягкого инвентаря;

дезинфекционной обработки кроватей (для вновь строящихся зданий по заданию на проектирование);

комплектования уборочных тележек;

стирки мопов.

Помещения дезотделения должны быть разделены на две зоны: «грязную», где ведутся работы с инфицированными и потенциально инфицированными вещами и больничным текстилем, и «чистую», где работают с обеззараженными вещами и больничным текстилем, и иметь два самостоятельных входа – один для персонала и выдачи обработанных вещей, другой – для приема инфицированных вещей. Дезотделения размещют в нижних этажах, в том числе подземных.

Дезинфекционные камеры подлежат бактериологическому контролю после их установки, ремонта, а также в ходе эксплуатации не реже двух раз в год в порядке производственного контроля.

Станции обработки кроватей предусматривают для вновь строящихся стационаров мощностью свыше 300 коек и перинатальных центров мощностью свыше 100 коек. В задачи станции входит прием использованной кровати из отделения, разборка, передача грязного белья в стирку, камерная дезинфекция постельных принадлежностей, мойка и дезинфекция самой кровати. Перечисленные операции

производят в «грязной» зоне отделения. В «чистой» зоне производят комплектацию чистой кровати чистыми постельными принадлежностями и бельем, временное хранение чистой кровати и передача ее в отделение.

Станцию обработки кроватей размещают в нижних этажах (в том числе подземном) палатного корпуса с учетом обеспечения удобных вертикальных связей (с помощью лифтов) с палатными отделениями.

В составе дезинфекционного отделения располагают помещения или зоны для обработки (стирки и дезинфекции) и подготовки к работе уборочного текстиля (моющих насадок / мопов) и салфеток), хранения и приготовления растворов моющих и дезинфицирующих средств, комплектации уборочных тележек.

Больничные прачечные

4115. Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, оборудованию, содержанию больничных прачечных устанавливаются в соответствии с нормативными документами, регламентирующими работу прачечных, а также технических регламентов.

4116. Производительность следует принимать из расчета 2,3 кг сухого белья на койку в день и 0,4 кг сухого белья на одно посещение амбулаторно-поликлинического отделения (организации).

4117. Стирка белья из отделений инфекционного, в том числе туберкулезного, профиля осуществляется только в собственных или в специализированных прачечных для стирки больничного белья.

4118. Все белье из инфекционных отделений, а также белье, загрязненное биологическими жидкостями и выделениями больных из соматических отделений дезинфицируют и стирают в прачечных. Для этого используют стиральные машины барьерного проходного типа, имеющих 2 окна – загрузочное («грязное») и разгрузочное («чистое»). Слабозагрязненный больничный текстиль, в том числе уборочный текстильный инвентарь можно стирать в машинах непроходного типа.

4119. Стирка белья из отделений неинфекционного профиля осуществляется в собственных (больничных) прачечных или прачечных бытового обслуживания, режим обеззараживания и стирки в которых соответствует технологии обработки белья для медицинской организации. В случае стирки белья в неспециализированных коммунальных прачечных, для белья медицинской организации выделяется отдельная технологическая линия (отдельные машины).

4120. Планировка прачечной должна предусматривать последовательность (поточность) технологического процесса. Не допускается пересечение потоков чистого и грязного белья. Доставка чистого белья и транспортировка грязного проводится разными лифтами. Поступление грязного и выдача чистого белья осуществляется через разные входы и помещения.

4121. Белье, загрязненное выделениями (нательное и постельное белье полотенца, подкладные пеленки, спецодежда медицинского персонала), по возможности освобождают от выделений и собирают в непромокаемые мешки. Обеззараживание загрязненных выделениями и биологическими жидкостями изделий из текстильных материалов осуществляют в прачечных путем замачивания в растворах дезинфицирующих средств (ДС) перед стиркой или в процессе стирки с использованием разрешенных для этих целей ДС в стиральных машинах проходного типа по программе обработки белья в медицинских организациях Стирку больничного белья осуществляют по режимам термической или термохимической дезинфекции в соответствии с инструкциями к дезинфицирующим средствам и стиральному оборудованию. Используются барьерные стиральные машины проходного типа.

4122. Для стирки белья новорожденных и детей до 1 года в прачечной организуют отдельный технологический поток и используют специальные моющие средства, разрешенные для этих целей.

4123. Для стирки спецодежды персонала или небольшого количества белья (салфетки, полотенца для персонала) в медицинских организациях амбулаторно-поликлинического типа, включая дневные стационары, допускается устройство мини-прачечных, состоящих из двух смежных помещений (одно для сбора и стирки, другое для сушки и глажения).

4124. При стирке белья должны быть обеспечены дезинфекция, должное качество стирки и микробиологическая чистота. Микробиологическая чистота белья определяется отсутствием санитарно-показательной микрофлоры (бактерии группы кишечной палочки – БГКП, золотистый стафилококк) в смывах с чистого белья, проводимых в рамках производственного контроля не реже 2 раз в год, по эпидемиологическим показаниям и в ходе контрольных (надзорных) мероприятий.

4125. В МО должен быть предусмотрен обменный фонд больничного белья и постельных принадлежностей в соответствии с обязательными требованиями.

XLV. Профилактика столбняка

4126. Столбняк представляет собой зооантропонозную бактериальную инфекционную болезнь с контактным механизмом передачи возбудителя, характеризующуюся поражением центральной нервной системы с тоническим напряжением скелетной мускулатуры, периодическими генерализованными судорогами и высокой летальностью.

4127. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни и эпидемиологического анамнеза. Лабораторная диагностика столбняка имеет второстепенное значение.

4128. Возбудитель столбняка - Clostridium tetani (C.tetani), спорообразующий анаэроб, продуцирующий один из самых сильных биологических токсинов - тетаноспазмин (летальная доза для человека - 2,5 нг/кг веса), обусловливающий поражение центральной нервной системы и основной судорожный синдром в клинике заболевания.

4129. C. tetani - тонкие, грамположительные, строго анаэробные спорообразующие палочки. Вегетативные формы микроорганизма чувствительны к нагреванию и кислороду. Споры C. tetani, благодаря устойчивости к различным внешним воздействиям, десятки лет могут не только сохраняться в почве, но и при благоприятных условиях вегетировать, создавая стойкие природные эндемичные очаги заражения. Они выдерживают автоклавирование при 121°C в течение 10-15 минут. Споры также относительно устойчивы к фенолу и другим химическим агентам.

4130. Возбудители столбняка встречаются в почвах всего мира, но наиболее часто в плотно населенных областях с теплым, влажным климатом и с почвой, богатой органическими веществами.

4131. Эпидемиологически значимым природным резервуаром и источником C. tetani является почва, особенно загрязненная фекалиями человека и животных.

4132. Возбудитель столбняка не передается от человека к человеку.

4133. Заболеваемость столбняком регистрируется повсеместно в виде спорадических случаев, эпидемических очагов столбняка нет.

4134. Столбняк является одним из заболеваний, эффективно предотвращаемых средствами специфической иммунопрофилактики.

4135. В Российской Федерации ежегодно регистрируется только спорадическая заболеваемость среди старших возрастных групп населения, преимущественно не привитых. Столбняк новорожденных не регистрируется. Пик заболеваемости обычно приходится на весенне-осенний период. Основными группами риска остаются

сельскохозяйственные работники, лица, работающие на дачных и садовых участках, пенсионеры.

4136. Во время военных действий столбняк часто осложняет осколочные ранения.

4137. Механизм и пути передачи возбудителя - контактный - через:

поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки (раны, проколы, занозы, ожоги, обморожения, укусы и другие) в результате чего возникает посттравматический столбняк;

проникающие повреждения желудочно-кишечного тракта при экстренных операциях - постоперационный столбняк;

пуповину при самостоятельных родах (без медицинской помощи) - столбняк новорожденных (пупочный столбняк).

4138. Каждая из этих форм характеризуется особенностями симптоматики, клинического течения и исхода.

4139. Посттравматический столбняк чаще имеет средний инкубационный период 6-14 дней, развивается по классической схеме: тянущие боли по ходу поврежденной части тела, последовательное развитие спазма мимической мускулатуры с появлением страдальческой улыбки (resussardonicus), спазма жевательной мускулатуры с нарушением глотания (trismus), спастическое сокращение мышц затылка, груди, плеч, спины, бедер, что вызывает выгибание позвоночника (opisthotonus). Характерной особенностью является сохранение гипертонуса мышц после приступа. Наблюдается повышение температуры, потливость, тахикардия, нарушение мочеиспускания и дефекации при сохранении сознания. Далее развиваются тонические и клонические судороги, которые захватывают дыхательные мышцы, диафрагму и могут привести к летальному исходу. Летальность при этой форме составляет до 50%.

4140. Постоперационный и постабортальный столбняк может развиваться через 6 - 24 часа, максимум - 3 календарных дня, клиническая картина развивается быстро, часто отсутствуют спазмы мимической и жевательной мускулатуры, сразу появляются судороги всего тела. Летальность при таких формах столбняка достигает 70%.

4141. Пупочный столбняк (наиболее тяжелая форма), которая имеет короткий инкубационный период (от 1 до 3 календарных дней), инициальные симптомы: постоянный крик ребенка, полный отказ от груди, судороги тела с запрокидыванием головы и поджатием рук и ног (поза лягушонка). Летальность - 80 - 90%.

Выявление, регистрация и учет больных столбняком

4142. При подозрении на столбняк больные подлежат немедленной госпитализации в отделение интенсивной терапии (реанимации) в связи с возможностью нарушения жизненно важных функций организма или в хирургические отделения. Пациенты должны быть размещены в отдельных палатах, максимально изолированных от внешних раздражителей, способных спровоцировать судороги.

4143. В направлении на госпитализацию больных столбняком или лиц с подозрением на это заболевание указывают сведения о больном, в том числе: первоначальные симптомы заболевания, проведенное лечение, сведения о профилактических прививках, наличие травм, ран и другие.

4144. При госпитализации больных или лиц с подозрением на заболевание столбняком необходимо соблюдать преемственность в передаче сведений о них на всех этапах оказания медицинской помощи - от момента обращения до госпитализации в стационар.

4145. Выписку больного столбняком проводят после полного клинического выздоровления.

4146. За переболевшим столбняком устанавливается диспансерное наблюдение.

4147. Сбор отчетности о заболеваниях столбняком составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

Мероприятия в очаге столбняка

4148. Противоэпидемические мероприятия в очаге выявленного больного столбняком не проводятся, разобщение контактных лиц не требуется.

4149. Дезинфекция в очаге не проводится.

Организация и проведение эпидемиологического обследования в очаге столбняка

4150. При получении экстренного извещения специалист органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в течение 24 часов проводит эпидемиологическое обследование очага инфекции с уточнением следующих данных:

наличие в анамнезе больного травмы (ожог, обморожение, внебольничный аборт, хирургические операции, роды на дому, укусы диких и домашних животных, хронические язвы наружных покровов, ранения и другие);

даты, места и обстоятельства получения травмы, ожога (число, месяц, год);

вид травмы (бытовая, производственная, дорожно-транспортная, спортивная);

локализации травмы (нижние, верхние конечности, голова, шея, корпус);

характеристики раны (колотая, резаная, рваная, ушибленная, огнестрельная);

места и даты обращения за медицинской помощью по поводу травмы;

полное наименование медицинской организации;

проведение хирургической обработки раны;

проведение специфической профилактики;

введение противостолбнячной сыворотки (количество МЕ), дата;

введение столбнячного анатоксина (доза), дата;

введение противостолбнячной сыворотки (количество МЕ), дата, дополнительно введение столбнячного анатоксина (доза), дата;

введение противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (количество МЕ), дата;

наличие прививок против столбняка до развития заболевания - даты их проведения, название препаратов с указанием дозы, серии, контрольного номера;

состояние здоровья (перенесенные заболевания) в сроки (1 - 3 месяца) до иммунизации, в момент ее проведения и после нее;

причины отсутствия прививок против столбняка (медицинские противопоказания, отказ);

организация работы по профилактике столбняка на территории.

4151. По завершении эпидемиологического расследования сведения о больном вносятся в эпидемиологическую карту обследования очага.

Профилактические мероприятия при столбняке

4152. С целью предупреждения возникновения заболеваний столбняком проводят неспецифическую и специфическую профилактику.

4153. Неспецифическая профилактика направлена на предупреждение травматизма в быту и на производстве, исключение возможности заражения операционных, пупочных и других ран, раннюю и тщательную хирургическую обработку ран.

4154. Специфическая профилактика (иммунопрофилактика) проводится в виде плановой активной иммунизации детей и взрослых и экстренной иммунопрофилактики по поводу травмв в медицинских организациях различного профиля.

4155. Плановую специфическую профилактику против столбняка проводят иммунобиологическими лекарственными препаратами, разрешенными к применению, содержащими очищенный адсорбированный столбнячный анатоксин в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

4156. Экстренную профилактику столбняка проводят при любых травмах с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек, обморожениях и ожогах (термических, химических, радиационных) второй, третьей и четвертой степеней, проникающих повреждениях желудочно-кишечного тракта, прободениях (при хирургических операциях на желудочно-кишечном тракте в стационарах экстренная профилактика не проводится), проникающих травмах ротовой полости, глаза, внебольничных абортах, родах вне медицинских организаций, гангрене или некрозе тканей любого типа, длительно текущих абсцессах, карбункулах, остеомиелитах, укусах животными.

4157. Экстренную профилактику столбняка проводят до 20 календарного дня с момента получения травмы.

4158. Экстренную профилактику столбняка (препараты и схемы их применения) осуществляют в соответствии с нормативными документами. Назначение препаратов для экстренной иммунопрофилактики столбняка проводится дифференцированно в зависимости от наличия документального подтверждения о проведении профилактической прививки или данных иммунологического контроля напряженности противостолбнячного иммунитета, а также с учетом характера травмы.

4159. Экстренную иммунопрофилактику столбняка проводят в виде:

пассивной иммунизации или серопрофилактики противостолбнячным человеческим иммуноглобулином (ПСЧИ), а при его отсутствии - противостолбнячной сывороткой (ПСС);

активно-пассивной профилактики, состоящей из одновременного введения в разные участки тела противостолбнячного человеческого иммуноглобулина (а при его отсутствии - ПСС) и столбнячного анатоксина (АС);

4160. экстренной ревакцинации столбнячным анатоксином (или дифтерийно-столбнячным анатоксином с уменьшенным содержанием антигенов - АДС-м) для стимуляции иммунитета у ранее привитых людей.

4161. Своевременность и полноту проведения экстренной профилактики столбняка обеспечивает медицинский работник, оказывающий медицинскую помощь при травме.

Мероприятия при появлении реакции на введение препаратов, применяемых при экстренной профилактике столбняка

4162. За каждым привитым устанавливают медицинское наблюдение в течение часа после проведения прививки.

4163. Ответственность за полноту, достоверность и своевременность учета случаев осложнений, а также оперативное и полное сообщение о них в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, несет руководитель медицинской организации.

Учет проведенной иммунопрофилактики столбняка

4164. Сведения о пациенте и проведенной ему экстренной профилактике, а также об осложнении, в случае его развития после введения препаратов, применяемых для экстренной профилактики столбняка, вносят в медицинские документы.

Слежение за иммунологической структурой населения к столбняку

4165. С целью контроля за иммунитетом к столбняку среди населения проводят серологический мониторинг.

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия в целях предупреждения возникновения и распространения столбняка

4166. В целях предупреждения возникновения и распространения столбняка органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

оценка эпидемиологической ситуации и прогнозирование тенденций ее развития;

мониторинг заболеваемости населения (по территориям, возрастным и социальным группам населения, профессиональным факторам риска);

оценка эффективности проводимых мероприятий и прогнозирование.

Гигиеническое воспитание и обучение населения по вопросам профилактики столбняка

4167. Работу по организации информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, органы исполнительной власти в сфере охраны здоровья, центры медицинской профилактики, медицинские организации.

4168. В целях пропаганды профилактики столбняка используются культурно-просветительные учреждения, каналы и средства массовой информации (местная печать, радио, телевидение) в сотрудничестве с общественными организациями.

XLVI. Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней

4169. Профилактические прививки проводятся гражданам медицинскими организациями независимо от организационно-правовой формы при наличии у таких организаций лицензий на соответствующую медицинскую деятельность[66].

4170. Руководитель медицинской организации является ответственным за организацию иммунопрофилактики.

4171. В медицинской организации руководителем назначаются лица, ответственные за все разделы работы по организации иммунопрофилактики, в том числе: за подготовку и повышение квалификации медицинских кадров в области иммунопрофилактики; за прием, учет, хранение и выдачу иммунобиологических лекарственных препаратов и мероприятия по обеспечению «холодовой цепи»; за сбор, обеззараживание, хранение и удаление медицинских отходов, образующихся при иммунизации.

4172. Руководитель медицинской организации утверждает планы мероприятий по обеспечению «холодовой цепи»; сбору, обеззараживанию, хранению и удалению медицинских отходов, а также повышению квалификации по иммунопрофилактике.

4173. Не допускается проведение иммунизации на дому, за исключением проведения массовых профилактических прививок по эпидемическим показаниям, а также вакцинации в рамках национального календаря профилактических прививок по социальным показаниям (инвалидам, детям и взрослым в асоциальных семьях, в труднодоступных группах населения- мигранты, кочующее население).

Учетно-отчетная документация

4174. Для проведения иммунопрофилактики в медицинской организации должны быть документы (на бумажном носителе и (или) в электронном виде), обеспечивающие полноту, достоверность и своевременность учета групп населения, подлежащих вакцинации, а также выполненных прививок.

4175. В медицинской организации, обслуживающей детское население, должны быть следующие документы (на бумажном носителе и (или) в электронном виде):

переписи детей по домам и годам рождения - по каждому участку медицинской организации;

---

[66] Федеральный закон от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736; 2020, № 50, ст. 8074)

сводные переписи детей по участкам, отделениям и в целом по медицинской организации;

списки детей, посещающих дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации (по группам или классам);

картотека учетных прививочных форм на неорганизованных (по участкам) и организованных (по организациям) детей, а также на организованных детей, проживающих на территории обслуживания медицинской организации и посещающих дошкольные образовательные организации и общеобразовательные организации на территории других медицинских организаций (по участкам);

журнал миграции населения;

журнал учета новорожденных;

журнал работы иммунологической комиссии;

журнал учета длительных медицинских отводов от профилактических прививок (по участкам, отделениям и организациям);

списки детей, родители которых отказались от профилактических прививок детям (по участкам, отделениям и организациям);

журнал приема пациентов в прививочном кабинете.

4176. В медицинской организации, обслуживающей взрослое население, должны быть следующие документы (на бумажном носителе и (или) в электронном виде):

перечень объектов, где организуются профилактические прививки, расположенных на территории обслуживания медицинской организации (по участкам, отделениям);

списки работающих по каждому объекту со сведениями о профилактических прививках (картотека учетных прививочных форм) и медицинских отводах (отказах) от прививок;

картотека учетных прививочных форм на неработающее население (по участкам, отделениям);

журнал учета длительных медицинских отводов от профилактических прививок (по участкам и организациям);

списки лиц, отказавшихся от профилактических прививок (по участкам и организациям);

журнал работы иммунологической комиссии;

журнал приема пациентов в прививочном кабинете.

4177. Во всех медицинских организациях, проводящих прививки, должны быть следующие документы:

журнал учета профилактических прививок;

журналы поступления и расходования ИЛП;

копии отчетов о расходовании ИЛП;

журналы контроля температурного режима работы холодильников для хранения ИЛП;

журнал учета выданных сертификатов профилактических прививок;

журнал регистрации и учета сильных (необычных) реакций на прививки и поствакцинальных осложнений;

форма экстренного извещения об инфекционном или паразитарном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, поствакцинальном осложнении.

4178. Сведения о профилактических прививках должны заноситься в следующие индивидуальные учетные формы:

история развития ребенка;

медицинская карта ребенка для дошкольных образовательных организаций, общеобразовательных организаций, профессиональных образовательных организаций и организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;

медицинская карта амбулаторного больного;

медицинская карта стационарного больного;

учетная форма профилактических прививок;

история развития новорожденного,

сертификат профилактических прививок.

4179. В медицинской организации, осуществляющей прививки должны быть в наличии следующие отчетные формы:

ежемесячные отчеты о выполненных профилактических прививках в организациях на территории обслуживания поликлиники;

ежемесячных отчеты о расходовании ИЛП;

формы федерального государственного статистического наблюдения «сведения о профилактических прививках» (ежемесячные, ежегодные)

формы федерального государственного статистического наблюдения «сведения о контингентах детей, подростков, взрослых, привитых против инфекционных болезней» (ежегодные).

Планирование профилактических прививок

4180. Планирование профилактических прививок проводится медицинской организацией после уточнения численности обслуживаемого населения (переписи), его

возрастного и профессионального состава, анализа данных индивидуальных учетных форм и медицинских документов, содержащих сведения о выполненных прививках.

4181. На основании прикрепленных к медицинской организации контингентов составляется перепись по домам и перепись по годам рождения по участкам и в целом по медицинской организации.

4182. В переписи по домам и годам рождения, а также в соответствующие компьютерные базы данных, вносят сведения о новорожденных, поступивших из родильных домов, и вновь прибывших детях, а также снимают с учета выбывших детей.

4183. При перемене места жительства учетные формы передаются по новому месту жительства.

4184. В общеобразовательных организациях учет детей проводится после формирования коллективов - с 15 сентября по 1 октября. Списки, заверенные руководителями и (или) медицинскими работниками указанных организаций, представляются в обслуживающие медицинские организации и передаются в прививочную картотеку. Данные переписи сверяются с наличием на каждого ребенка карты профилактических прививок, истории развития ребенка, медицинской карты амбулаторного больного, медицинской карты ребенка для образовательных организаций общего и среднего профессионального образования/ организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей.

4185. При переводе подростков из медицинских организаций, обслуживающих детское население, в медицинские организации, обслуживающие взрослое население, передаются индивидуальные учетные формы, содержащие информацию о всех полученных ранее профилактических прививках (учетная форма профилактических прививок), история развития ребенка и иная медицинская документация.

4186. Для учета взрослого населения ежегодно проводится перепись работающего и неработающего населения. Перепись работающего населения проводится по организациям, расположенным на территории обслуживания медицинской организации.

4187. Руководитель организации назначает лицо, ответственное за организацию иммунизации сотрудников, которым уточняются сведения о прививочном статусе работников на основании представленных ими документов (прививочных сертификатов) о профилактических прививках. Сведения о прививочном статусе работников организации вносятся в списки работающих, обновление списка проводится регулярно с учетом приема и увольнения работающих.

4188. Ответственным лицом ежегодно представляются в медицинские организации списки работающих, заверенные подписью руководителя, с указанием

фамилии, имени и отчества (при наличии), даты рождения, занимаемой должности, сведений о проведенных ранее прививках, имеющихся медицинских отводах (противопоказаниях). Представленные данные вносятся в прививочную картотеку или базу данных АСУИ в медицинской организации.

4189. Перепись неработающего населения должна составляться по каждому дому отдельно с указанием номеров квартир. В перепись включаются все неработающие от 18 лет и старше, фактически проживающие по данному адресу, а также прикрепленные к данной медицинской организации независимо от адреса фактического проживания.

4190. На основании переписи работающего и неработающего населения, состоящего на учете в данной медицинской организации, составляется сводная перепись взрослого населения по медицинской организации.

4191. Годовой план профилактических прививок формируется в соответствии с национальным календарем прививок, календарем прививок по эпидемическим показаниям, на основании полного учета детского и взрослого населения, проведенных ранее профилактических прививок, наличия сведений о длительных медицинских отводах, о перенесенных инфекционных заболеваниях, а также прогнозируемого числа новорожденных.

4192. Годовой план после согласования с территориальными органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, утверждается руководителем медицинской организации и представляется в орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

4193. Органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья формируют сводный план профилактических прививок с разбивкой по муниципальным образованиям и согласовывают его с органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в субъекте Российской Федерации.

4194. С целью выполнения годового плана профилактических прививок в медицинской организации формируется персонифицированный план прививок на текущий месяц, который фиксируется в рабочем журнале или в базе данных АСУИ. Заполнение журнала (плана из базы данных АСУИ) по всем графам создает отчетный документ о выполненных прививках за месяц и причинах невыполнения плана на текущий месяц по каждому пациенту.

4195. Персонифицированные сведения о выполненных прививках в прививочных кабинетах медицинских организаций, обслуживающих детское и взрослое население, в организациях, осуществляющих образовательную, в здравпунктах организаций,

прививочными бригадами в организациях без здравпунктов, поступают в течение месяца по мере их выполнения в прививочную картотеку или базу данных АСУИ через запись в истории развития ребенка или в медицинской карте амбулаторного больного на основании отчетов о профилактических прививках, представленных медицинскими работниками организаций и прививочных бригад, проводивших иммунизацию.

4196. В медицинской организации ежемесячно подводят итоги выполнения и причины невыполнения месячного плана прививок (медицинские отводы, миграция, отказы от прививок, отсутствие ИЛП) по каждому участку организации для принятия соответствующих организационных мер.

4197. Ответственное за проведение иммунопрофилактики лицо в каждой медицинской организации организует формирование сводного отчета о профилактических прививках и отчета о расходовании ИЛП. Отчеты направляются в территориальные органы, уполномоченные осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор и органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья.

Оценка организации работы медицинской организации по иммунопрофилактике

4198. Для оценки организации работы медицинской организации по иммунопрофилактике используются показатели:

уровень охвата профилактическими прививками и своевременность иммунизации детского и (или) взрослого населения на территории обслуживания;

показатели заболеваемости населения на территории обслуживания инфекциями, управляемыми средствами иммунопрофилактики;

структура причин непривитости и их обоснованность;

количество и частота серьезных случаев побочных проявлений после иммунизации, структура причин их возникновения;

количество и частота травм, полученных медработниками при проведении иммунизации.

4199. Уровень охвата своевременной иммунизацией (охват иммунизацией на момент достижения декретированного возраста) в соответствии с национальным календарем профилактических прививок должен быть не менее 95%.

XLVII. Обеспечение безопасности иммунизации

4200. Безопасность иммунизации означает отсутствие при проведении профилактических прививок или при введении иммунобиологических лекарственных препаратов (ИЛП) вредного воздействия на здоровье пациента, медицинского работника, осуществляющего введение ИЛП, а также на здоровье населения, контактирующего с медицинскими отходами, образующимися при проведении профилактических прививок или введении ИЛП. Безопасность иммунизации является одним из основных критериев оценки качества вакцинопрофилактики.

4201. В целях предупреждения возникновения побочных проявлений после иммунизации, а также инфекционных заболеваний с артифициальным механизмом передачи возбудителя при проведении профилактических прививок должна быть обеспечена безопасность:

пациента, которому вводят вакцину;

медицинского персонала, осуществляющего иммунизацию;

населения, проживающего на территории, прилегающей к медицинским или другим учреждениям, где проводятся профилактические прививки.

4202. Безопасность иммунизации обеспечивает руководитель медицинской организации.

4203. На проведение профилактической прививки должно быть получено информированное согласие пациента или его родителя (опекуна). Перед проведением профилактической прививки пациенту или его родителям (опекунам) разъясняется (устно, письменно) необходимость иммунизации, возможные побочные проявления после иммунизации, а также последствия отказа от иммунизации. О проведении профилактических прививок в организациях, осуществляющих образовательную деятельность родители (опекуны) детей, подлежащих иммунизации, должны быть оповещены заранее, должно быть получено их информированное согласие на проведение прививок.

4204. Профилактические прививки проводят медицинские работники, обученные правилам организации и техники проведения прививок, а также приемам неотложной помощи в случае возникновения побочных проявлений после иммунизации и имеющие документальное подтверждение прохождения обучения.

4205. К проведению прививок БЦЖ и кожных проб для диагностики туберкулёза допускаются медицинские работники, прошедшие обучение на базе противотуберкулёзных учреждений и имеющие соответствующее документальное подтверждение прохождения данного обучения.

4206. Случаи серьезных и тяжелых побочных проявлений после иммунизации подлежат расследованию.

Обеспечение безопасности пациента при проведении иммунизации

4207. Профилактические прививки проводят по назначению врача (фельдшера).

4208. Плановая вакцинация граждан предусматривает необходимый порядок введения вакцин в определенной последовательности в сроки, которые определяются Национальным (и региональным) календарем профилактических прививок. При нарушениях сроков иммунизации, предусмотренных Национальным (или региональным) календарем профилактических прививок, их проводят по индивидуальной схеме, в соответствии с обязательными требованиями и инструкциями по применению ИЛП.

4209. Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводят в сроки, предусмотренные календарем прививок по эпидемическим показаниям и инструкциями по применению ИЛП.

4210. Все лица, которым должны проводиться профилактические прививки, предварительно подвергаются медицинскому осмотру с термометрией. Перед иммунизацией собирается анамнез у пациента с целью выявления предшествующих заболеваний, в том числе хронических, контактов с инфекционными больными, индивидуальных особенностей (недоношенность, родовая травма, судороги), наличия реакций или осложнений на предыдущее введение препарата, аллергических реакций на лекарственные препараты, продукты и другое.

4211. Результаты осмотра вносятся в медицинские документы.

4212. Профилактические прививки проводятся гражданам, не имеющим медицинских противопоказаний.

4213. Профилактические прививки проводятся в прививочных кабинетах медицинских организаций, не допускается проведение прививок в процедурных кабинетах за исключением сельских медицинских организаций (фельдшерско-акушерских пунктов), в которых устанавливается график проведения процедур и иммунизации населения, исключающий одновременное их проведение, и предусматривающий обязательную влажную уборку помещения с применением дезинфицирующих средств и обеззараживанием воздуха после проведения процедур до начала иммунизации.

4214. В дошкольных образовательных организациях и общеобразовательных организациях, учреждениях стационарного социального обслуживания с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, интернаты) профилактические прививки проводятся в прививочных кабинетах или в медицинских кабинетах данных организаций.

4215. В местах проведения иммунизации обязательно наличие средств неотложной и противошоковой терапии, а также экстренной профилактики парентеральных инфекций.

4216. Иммунизация на дому или по месту работы/пребывания проводится мобильными прививочными бригадами, обеспеченными медикаментами для оказания неотложной помощи пациентам, укладкой для экстренной профилактики парентеральных инфекций, расходными материалами и тарой для сбора медицинских отходов.

4217. Хранение и транспортирование ИЛП должно осуществляться при соблюдении инструкций по их применению и требований санитарного законодательства. При использовании ИЛП следует придерживаться принципа: вакцины, срок годности которых истекает раньше, должны быть использованы в первую очередь. Следует использовать основные запасы ИЛП до наступления максимально допустимого срока хранения.

4218. В каждой организации, осуществляющей деятельность по транспортированию, хранению и использованию ИЛП, должен быть разработан и утвержден руководителем организации план мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях.

4219. Работники, ответственные за соблюдение температурного режима хранения и транспортирования вакцины, должны владеть навыками практического выполнения плана экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи».

4220. Подготовка ИЛП к введению пациенту осуществляется в соответствии с инструкцией по применению препарата.

4221. Перед использованием любой вакцины или растворителя к вакцине следует проверить наличие этикетки на флаконе или ампуле:

соответствует ли выбранная вакцина назначению врача;

соответствует ли выбранный растворитель данной вакцине;

не истек ли срок годности вакцины и (или) растворителя;

нет ли видимых признаков повреждения флакона или ампулы;

нет ли видимых признаков загрязнения содержимого флакона или ампулы (наличие подозрительных на загрязнение плавающих частиц, изменение окраски, мутности и иные), соответствует ли внешний вид вакцины до и после восстановления (растворения) ее описанию, приведенному в инструкции;

для анатоксинов, вакцины против гепатита В и других сорбированных вакцин или для растворителей - нет ли видимых признаков того, что вакцина (растворитель) подвергалась замораживанию.

4222. Если по какому-либо из перечисленных признаков качество вакцины или растворителя вызывает сомнение - данный препарат использовать нельзя.

4223. Вакцина из многодозных флаконов может использоваться в течение рабочего дня в соответствии с инструкцией по ее применению при соблюдении следующих условий:

забор каждой дозы вакцины из флакона осуществляется с соблюдением правил асептики;

вакцины хранятся при соответствующей температуре (от +2°С до +8°С);

восстановленные вакцины используются немедленно и хранению не подлежат.

4224. Открытые флаконы с вакциной в конце рабочего дня уничтожают в соответствии с обязательными требованиями.

4225. Не допускается смешивание вакцин и растворителей из неполных открытых флаконов.

4226. Для восстановления вакцины в каждом флаконе используется отдельный стерильный шприц со стерильной иглой. Повторное применение шприца и иглы, уже использованных для смешивания растворителя и вакцины, не допускается.

4227. Не разрешается заблаговременный набор вакцины в шприцы и последующее хранение вакцины в шприцах.

4228. Профилактические прививки против туберкулёза и туберкулинодиагностику проводят в отдельной комнате прививочного кабинета, а при ее отсутствии - на специально выделенном столе, в определенные дни и часы. Не разрешается проведение прививок против туберкулёза и туберкулинодиагностики одновременно с другими прививками.

4229. Все профилактические прививки при парентеральном введении препаратов проводят стерильными шприцами и иглами однократного применения.

4230. В случае одновременного проведения одному пациенту нескольких профилактических прививок, каждую вакцину вводят отдельным шприцем и иглой в разные участки тела в соответствии с инструкцией по применению препарата. Не допускается проведение иммунизации вакциной БЦЖ и вакциной против желтой лихорадки одновременно с другими прививками.

4231. Вскрытие ампул, восстановление лиофилизированных вакцин, введение препарата осуществляются в соответствии с инструкциями по их применению при соблюдении правил асептики. Для восстановления лиофилизированных вакцин применяют растворители, произведенные в соответствии с фармакопейной статьей организации на данный медицинский иммунобиологический препарат.

4232. Перед набором сорбированного препарата в шприц необходимо тщательно встряхнуть ампулу (флакон) для лучшего перемешивания.

4233. Для забора каждой дозы вакцины из многодозового флакона используются стерильный шприц со стерильной иглой. Оставлять иглу в крышке флакона для взятия последующих доз вакцины запрещается. Для забора вакцины из флакона используется тот же шприц, который будет использован для инъекции.

4234. Вакцину вводят в дозе, соответствующей инструкции по применению препарата.

4235. Обработка инъекционного поля осуществляется в направлении от центра к периферии салфеткой или тампоном, смоченным антисептиком. Предварительное замачивание и хранение ватных тампонов в растворе антисептика запрещается. Допускается использование салфеток однократного применения с антисептиком, герметично упакованных производителем, зарегистрированных и разрешенных к применению для обработки инъекционного поля.

4236. Инъекцию следует проводить после высыхания антисептика.

4237. Для введения вакцины используется метод, который указан в инструкции по ее применению. Внутримышечные инъекции детям первых лет жизни проводят только в верхненаружную поверхность средней части бедра. Лицам в возрасте старше 3-х лет инъекции вакцины проводятся на границе верхней и средней трети плеча.

4238. В течение 30 минут после введения вакцины за пациентом осуществляется медицинское наблюдение с целью своевременного выявления поствакцинальных реакций и осложнений и оказания экстренной медицинской помощи.

4239. Сроки и длительность медицинского наблюдения определяются сроками наиболее вероятного развития поствакцинальных реакций и осложнений, указанными в инструкции по применению препарата.

4240. Сведения о выполненной профилактической прививки (дата введения препарата, название препарата, производитель, номер серии, доза, дата истечения срока годности, метод и место введения препарата, а по результатам наблюдения - характер реакции) вносятся в медицинские документы. Медицинский работник, проводящий иммунизацию, обеспечивает правильность и достоверность ее регистрации.

Обеспечение безопасности медицинского работника при проведении иммунизации

4241. Медицинский работник при проведении иммунизации, обращении с инъекционным инструментарием, вакцинами и образующимися медицинскими отходами

обязан соблюдать требования, направленные на профилактику инфекций с артифициальным механизмом передачи возбудителя.

4242. Медицинские работники, осуществляющие иммунизацию:

проходят предварительные (при приеме на работу) и периодические медицинские осмотры в соответствии с требованиями законодательства Российской Федерации;

должны быть привиты в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям с учетом эпидемиологической ситуации.

4243. Медицинский персонал должен осуществлять иммунизацию в специальной медицинской одежде (халате и шапочке) и нестерильных диагностических перчатках. Перчатки необходимо менять после каждого пациента. Гигиеническая обработка рук медицинского персонала проводится в соответствии с требованиями Санитарных правил.

4244. Медицинские работники должны владеть безопасной техникой проведения инъекций, исключающей ненужные манипуляции, которые могут привести к травме, в том числе избегать ручных манипуляций с необеззараженными шприцами.

4245. В случае получения работником травмы с нарушением целостности кожных покровов и (или) слизистых, необходимо принять меры экстренной профилактики.

4246. Ответственным лицом факт получения травмы медицинским работником вносится в журнал учета аварийных ситуаций, составляется акт о несчастном случае на производстве с указанием даты, времени, места, характера травмы, применении средств индивидуальной защиты, соблюдении правил техники безопасности, указывают лиц, находившихся на месте травмы, а также примененный метод экстренной профилактики. Акт составляется в 2 экземплярах и хранится 3 года.

4247. Извещение, учет и расследование случаев инфицирования персонала возбудителями инфекционных заболеваний, связанных с профессиональной деятельностью, проводятся в соответствии с законодательством Российской Федерации.

4248. Сбор, временное хранение, транспортирование, уничтожение (утилизацию) медицинских отходов, образующихся при иммунизации, осуществляют в соответствии с установленными санитарным законодательством Российской Федерации требованиями.

Обеспечение безопасности населения, проживающего на территории, прилегающей к организации, где проводится иммунизация

4249. Не допускается контакт с отходами, образующимися при иммунизации, населения, проживающего на территории, прилегающей к медицинским организациям или другим учреждениям, где проводятся профилактические прививки.

4250. Сбор, временное хранение и вывоз отходов следует выполнять в соответствии со схемой обращения с медицинскими отходами, которая разрабатывается в соответствии с требованиями санитарного законодательства и утверждается руководителем организации.

4251. Транспортирование отходов с территории организаций, осуществляющих медицинскую деятельность, производится транспортом специализированных организаций к месту последующего обезвреживания, размещения медицинских отходов с учетом единой централизованной системы санитарной очистки данной административной территории.

XLVIII. Условия транспортирования и хранения иммунобиологических препаратов

4252. Санитарно-эпидемиологические правила устанавливают общие требования к условиям транспортирования и хранения всех групп ИЛП, порядок транспортирования и хранения ИЛП от момента их изготовления до использования в медицинских организациях, а также требования к оборудованию, обеспечивающему сохранность исходного качества и безопасность ИЛП, и порядок использования этого оборудования.

4253. Для сохранения высокого качества и безопасности ИЛП проводится с соблюдением «холодовой цепи») (приложение 38 к Санитарным правилам):

1) первый уровень - доставка ИЛП от организации-изготовителя до организаций оптовой торговли лекарственными средствами, включая этап таможенного оформления;

2) второй уровень - хранение ИЛП организациями оптовой торговли лекарственными средствами и доставка ИЛП до других организаций оптовой торговли лекарственными средствами, городских и районных (сельских) аптечных организаций, медицинских организаций, индивидуальных предпринимателей, имеющих лицензию на фармацевтическую или медицинскую деятельность;

3) третий уровень - хранение ИЛП городскими и районными (сельскими) аптечными организациями, медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую или медицинскую деятельность, и доставка ИЛП до медицинских организаций или их обособленных подразделений (в том числе участковых больниц, амбулаторий, поликлиник, родильных домов) или иных организаций (в том числе медицинских кабинетов организаций,

осуществляющих образовательную деятельность и других организаций), использующих ИЛП, а также розничная реализация ИЛП;

4) четвертый уровень - хранение ИЛП в медицинских организациях или их обособленных подразделениях (в том числе участковых больницах, амбулаториях, поликлиниках, родильных домах), иных организациях (медицинских кабинетах организаций, осуществляющих образовательную деятельность и других организаций), где проводится иммунизация или используются ИЛП.

4254. При транспортировании и хранении ИЛП на всех уровнях «холодовой цепи», а также при применении ИЛП руководитель организации (индивидуальный предприниматель) организует и обеспечивает выполнение установленных Санитарными правилами требований к условиям транспортирования и хранения ИЛП, гарантирующих сохранность качества ИЛП.

4255. В организациях, осуществляющих хранение и транспортирование ИЛП на всех уровнях «холодовой цепи», должны работать специалисты, прошедшие инструктаж по вопросам обеспечения сохранности качества препарата и защиты его от воздействия вредных факторов окружающей среды. Инструктаж специалистов проводится ежегодно с отметкой в специальном журнале.

Требования к температурному режиму транспортирования и хранения ИЛП

4256. При транспортировании и хранении ИЛП должны соблюдаться условия, обеспечивающие сохранность качества препарата и защиту его от воздействия вредных факторов окружающей среды от повреждения групповой, первичной и вторичной упаковки ИЛП.

4257. Не допускается замораживание адсорбированных препаратов, содержащих адъюванты (коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины, дифтерийно-столбнячного анатоксина, вакцин против гепатита В и А, субъединичных гриппозных вакцин, инактивированной вакцины против полиомиелита), а также растворителей для вакцин при их транспортировании и хранении.

4258. На четвертом уровне «холодовой цепи» все ИЛП, в том числе растворители для вакцин, должны храниться в холодильнике при температуре в пределах от +2 °С до +8 °С включительно.

4259. При определении режима транспортирования и хранения ИЛП необходимо руководствоваться инструкцией по его применению.

Требования к оборудованию для «холодовой цепи»

4260. В системе «холодовой цепи» используются следующие виды оборудования:

оборудование для транспортирования ИЛП;

оборудование для хранения ИЛП;

оборудование для контроля температурного режима хранения и транспортирования ИЛП.

4261. Покрытие внутренних и внешних поверхностей оборудования, используемого в системе «холодовой цепи», должно быть устойчиво к действию моющих и дезинфицирующих средств.

4262. Для бесперебойной работы холодильного оборудования и электрических приборов для контроля температурного режима необходимо обеспечить стабильность напряжения в электросетях, осуществляющих энергоснабжение данного оборудования, а также возможность электроснабжения по резервным схемам или автоматическое подключение системы автономного электропитания (электрогенераторов или аккумуляторов).

4263. Запрещается использовать оборудование «холодовой цепи» для совместного с ИЛП хранения и транспортирования продукции, которая может повлиять на качество ИЛП и (или) повредить их упаковку.

4264. Необходимо обеспечить соблюдение сроков эксплуатации и периодичности технического обслуживания оборудования, определенных его производителем.

4265. Оборудование, предназначенное для транспортирования и хранения ИЛП, должно обеспечивать:

требуемый температурный режим или заданный интервал температур в течение всего времени транспортирования и хранения при любой допустимой степени загрузки с учетом сезонных колебаний температуры в конкретной климатической зоне;

размещение максимального запаса ИЛП, который может поступить на данный уровень «холодовой цепи» (при одновременной поставке ИЛП для предсезонной иммунизации); загрузка холодильного оборудования должна обеспечивать циркуляцию воздуха и поддержание необходимого температурного режима;

замораживание и хранение в замороженном состоянии достаточного количества хладоэлементов, используемых в комплекте с термоконтейнерами или в качестве аварийных источников холода в стационарном холодильном оборудовании.

Требования к оборудованию для транспортирования ИЛП

4266. В системе «холодовой цепи» для транспортирования ИЛП используется следующее оборудование:

термоконтейнеры, в том числе сумки-холодильники;

хладоэлементы;

авторефрижераторы.

4267. Для транспортирования обычным (не рефрижераторным) транспортом ИЛП упаковываются в специальные термоконтейнеры, обеспечивающие соблюдение требуемого интервала температур в течение всего времени транспортирования с учетом сезонных колебаний температуры в конкретной климатической зоне.

4268. В зависимости от способа сохранения требуемого интервала температур применяются термоконтейнеры:

активные, рефрижераторного типа с встроенной холодильной установкой;

пассивные, изотермического типа, в которых в качестве хладагентов используются хладоэлементы.

4269. В зависимости от используемого термоматериала и технологии производства пассивные термоконтейнеры подразделяются на термоконтейнеры однократного и многократного применения. Не допускается повторное использование изотермической упаковочной тары однократного применения.

4270. Термоконтейнеры многократного применения должны, сопроводительными документами производителя, содержащими информацию об их технических характеристиках, включая термокарту и инструкцию по применению.

4271. На первом и втором уровнях «холодовой цепи» в случае запланированного использования пассивных термоконтейнеров для экстренных мероприятий в чрезвычайных ситуациях необходимо обеспечить резервный запас хладоэлементов. На третьем и четвертом уровнях «холодовой цепи» термоконтейнеры многократного применения должны быть укомплектованы двойным комплектом хладоэлементов, один из которых используется для загрузки термоконтейнера, другой - замораживается в морозильнике

Термоконтейнеры емкостью до 30 дм^3 включительно (сумки-холодильники) должны обеспечиваться средствами для ручного транспортирования. Термоконтейнеры емкостью более 30 дм^3 до 50 дм^3 включительно (средние термоконтейнеры) должны обеспечиваться средствами, облегчающими их ручное транспортирование. Загруженные большие (свыше 50 дм^3 до 100 дм^3) и сверхбольшие (свыше 100 дм^3) термоконтейнеры

перемещаются с помощью механических транспортных средств.

4272. Запрещается использование термоконтейнеров с механическими повреждениями стенок и (или) крышки как внутри, так и снаружи.

4273. Санитарная обработка термоконтейнеров многократного применения проводится перед загрузкой и после использования с применением моющих средств, а также по мере необходимости с использованием дезинфицирующих средств в соответствии с инструкцией по применению термоконтейнеров.

4274. Загрузка ИЛП производится в термоконтейнер, предварительно охлажденный до температуры от + 2 °С до + 8 °С (если в инструкции к термоконтейнеру не предусмотрен другой режим подготовки).

4275. Для создания необходимой температуры внутри пассивного термоконтейнера используются хладоэлементы. В хладоэлементах могут использоваться жидкие и гелеобразные наполнители.

4276. Хладоэлементы, содержащие в качестве наполнителя воду, должны иметь маркировку «вода».

4277. Хладоэлементы, содержащие другие наполнители, должны иметь маркировку рабочих температур, указанных в инструкции к хладоэлементу. Запрещается использование сухого льда в пассивных термоконтейнерах при транспортировании и хранении ИЛП.

4278. Хладоэлементы используются в соответствии с инструкцией их производителя и требованиями, изложенными в прилагаемых паспорте и (или) инструкции к термоконтейнеру или хладоэлементу.

4279. При транспортировании в одном пассивном термоконтейнере ИЛП различных видов, в том числе не допускающих замораживание, и растворителей к вакцинам, для предотвращения замораживания ИЛП используются кондиционированные (частично размороженные) хладоэлементы с наполнителем из воды либо другие с рабочими температурами в интервале от +2 °С до +8 °С, если иное не предусмотрено инструкцией к термоконтейнеру.

4280. При транспортировании ИЛП в термоконтейнере используется оборудование для контроля температурного режима, которое позволяет установить, были ли нарушения температурного режима в течение всего цикла транспортирования.

4281. Оборудование для контроля температурного режима размещается в каждом термоконтейнере в месте, рекомендованном производителем согласно термокарте, между упаковками с ИЛП. Контроль показаний приборов осуществляется после окончания цикла транспортирования во время выгрузки препаратов.

4282. В пассивных термоконтейнерах применяются термоиндикаторы или терморегистраторы. Активные термоконтейнеры оборудуются встроенными или автономными терморегистраторами.

4283. Для транспортирования ИЛП в упаковке производителя без дополнительных изотермических средств защиты используется авторефрижератор с изотермическим кузовом, оборудованный холодильно-обогревательной установкой с автоматической системой поддержания заданной температуры внутри кузова, оснащенный средствами измерения и контроля температуры, а также теплоизолирующей завесой в дверном проеме кузова.

4284. Кузов авторефрижератора для транспортирования ИЛП оборудуют термометром и терморегистратором. Для обеспечения возможности визуального контроля температуры в кузове рефрижератора в процессе транспортирования ИЛП в кабине водителя размещается средство визуального отображения информации о температурном режиме.

4285. Авторефрижераторы допускается использовать в качестве холодильных или морозильных камер для временного хранения ИЛП в экстренных ситуациях, а также для подготовки термоконтейнеров и хладоэлементов к загрузке.

4286. В качестве дополнительного средства контроля температуры в авторефрижераторе допускается использование термоиндикаторов, которые закладываются в одну или несколько транспортных упаковок с препаратами.

4287. Контроль показаний термоиндикаторов и терморегистраторов осуществляется после окончания каждого этапа транспортирования во время выгрузки препаратов.

4288. Способ размещения коробов в кузове специального авторефрижератора должен обеспечивать свободную циркуляцию воздуха и сохранность ИЛП. В кузовах авторефрижераторов большого объема необходимо размещать ИЛП на паллетах (поддонах).

4289. Погрузка ИЛП производится в предварительно охлажденный (нагретый) до температуры от +2 °С до +8 °С кузов рефрижератора. Разгрузка ИЛП должна проводиться в максимально сжатые сроки.

4290. Транспортное средство должно обеспечиваться дезинфицирующим средством и инструкцией по его применению на случай аварийных ситуаций с возможным нарушением целостности упаковки вакцин (ампул, флаконов).

4291. Санитарная обработка кузовов авторефрижераторов проводится перед и после каждого рейса с применением моющих средств, а также по мере необходимости с

использованием дезинфицирующих средств.

4292. Водители автотранспорта, используемого для транспортирования ИЛП, и (или) экспедиторы должны пройти обучение мерам и способам сохранения ИЛП при транспортировании и погрузке/выгрузке, а также в случае поломки или аварии в пути, и проведению дезинфекционных мероприятий.

Требования к оборудованию для хранения ИЛП

4293. Для хранения ИЛП используется следующее оборудование:

холодильные камеры и комнаты;

морозильные камеры;

холодильники, в том числе холодильники-прилавки;

морозильники, в том числе морозильники-прилавки;

холодильники со встроенной морозильной камерой;

термоконтейнеры, в том числе сумки-холодильники;

хладоэлементы.

4294. Стабильность температурных параметров и регулируемых характеристик оборудования для хранения ИЛП должна подтверждаться термокартой, предоставляемой производителем при поставке каждой новой единицы холодильного оборудования или отчетом о термокартировании, выполненном владельцем в процессе эксплуатации. Данные термокарты должны учитываться при размещении ИЛП внутри холодильного оборудования.

4295. Данные термокарты должны учитываться при размещении ИЛП внутри холодильного оборудования.

4296. Холодильное оборудование необходимо размещать в отапливаемом помещении для предотвращения замораживания лекарственных средств при отрицательных температурах воздуха окружающей среды. В помещении также предусматривается подводка воды с установкой раковины. Площадь помещения определяется в соответствии с габаритами используемого оборудования.

4297. При размещении холодильного оборудования в подвальных и полуподвальных помещениях должны предусматриваться пути надежной эвакуации ИЛП в экстренной ситуации и защита оборудования от возможного затопления водопроводной водой или сточными водами.

4298. Холодильное оборудование должно размещаться таким образом, чтобы обеспечить свободный доступ к нему и выполнение загрузки и выгрузки ИЛП с использованием, при необходимости, средств механизации.

4299. На первом, втором и третьем уровнях «холодовой цепи» для распаковывания, хранения, упаковки и подготовки для дальнейшего транспортирования ИЛП используются холодильные камеры (комнаты).

4300. Холодильные камеры (комнаты) должны оснащаться складским оборудованием, а также приборами измерения и контроля температуры.

4301. Морозильные камеры используются на первом и втором уровнях «холодовой цепи» для ИЛП, которые согласно инструкции по их применению должны храниться в замороженном состоянии.

4302. Холодильная (морозильная) камера (комната), не должна иметь оконных проемов, дверной проем оборудуется изотермической дверью (автоматическими воротами) шириной не менее 70 см. Дверь холодильной (морозильной) камеры (комнаты) должна открываться наружу по ходу пути аварийной эвакуации ИЛП и оборудована запирающим устройством, которое должно открываться как снаружи, так и изнутри. Холодильная (морозильная) камера (комната) оборудуется температурной сигнализацией.

4303. При монтаже новых холодильных (морозильных) камер (комнат) следует устанавливать двойной холодильный агрегат с системой автоматического переключения для переменного использования обоих агрегатов в целях обеспечения гарантии сохранения качества ИЛП в случае поломки одного из устройств. Каждый агрегат должен поддерживать заданную температуру при любых возможных для местного климата окружающих температурных условиях.

4304. Холодильные (морозильные) камеры (комнаты) оборудуются стеллажами, маркированными для каждого вида ИЛП (при отсутствии электронной системы учета). Нижняя полка для размещения лекарственных средств в холодильной камере (комнате) должна находиться на высоте не менее 200 мм от уровня пола с целью предохранения лекарственных средств от переохлаждения и от повреждения при мытье пола. При паллетном хранении не допускается размещение нескольких наименований ИЛП на одном поддоне (паллете). Внутри холодильной камеры (комнаты) должно быть выделено место для упаковки ИЛП и пространство для охлаждения термоконтейнеров. Размещение охлаждаемых термоконтейнеров на полу запрещено.

4305. Загрузка холодильных (морозильных) камер (комнат) должна обеспечивать свободный доступ в любую часть камеры (комнаты) и условия для работы персонала внутри камеры (комнаты), а также свободную циркуляцию воздуха по всему объему в целях обеспечения равномерности распределения температуры.

4306. Холодильные камеры (комнаты) оборудуются терморегистратором, встроенным и автономными термометрами, а также термоиндикаторами.

4307. Датчики встроенного термометра и встроенного терморегистратора (либо автономные терморегистраторы) размещаются по периметру холодильной камеры (комнаты) на уровне средних полок стеллажей не менее чем в двух контрольных точках, определенных производителем холодильной камеры (комнаты) или в соответствии с термокартой.

4308. Автономные термометры и термоиндикаторы размещаются не менее чем в трех контрольных точках: на нижней полке, наиболее удаленной от двери, на средней полке в центре камеры (комнаты) и вблизи двери. Автономные термометры и термоиндикаторы размещаются непосредственно на коробках с ИЛП рядом друг с другом. Точки размещения автономных средств контроля определяются в соответствии с термокартой.

4309. При загрузке холодильных камер (комнат) не разрешается размещение препаратов, замораживание которых недопустимо, термоиндикаторов и автономных термометров на траектории распространения потока холодного воздуха с температурой ниже +2 °С.

4310. Текущая уборка в холодильных камерах (комнатах) осуществляется по мере необходимости; генеральная уборка проводится не реже одного раза в месяц.

4311. Морозильные камеры оборудуются терморегистратором, термоиндикатором, встроенным и автономными термометрами. Все средства температурного контроля должны иметь возможность фиксировать низкие (до -25 °С и ниже) отрицательные температуры.

4312. Датчики встроенного терморегистратора либо автономные терморегистраторы размещаются по периметру морозильной камеры на уровне средних полок стеллажей не менее чем в двух контрольных точках, определенных производителем морозильной камеры или термокартой.

4313. Термоиндикаторы и автономные термометры размещаются в контрольных точках, определенных производителем морозильной камеры или термокартой: наиболее «теплой», подверженной вероятному перегреву (возле двери), и наиболее «холодной».

4314. Текущая уборка в морозильных камерах осуществляется по мере необходимости; генеральная уборка проводится не реже одного раза в месяц. Не допускается наличие инея на стенах морозильной камеры.

4315. Морозильные камеры оборудуются терморегистратором, термоиндикатором, встроенным и автономными термометрами. Все средства температурного контроля должны иметь возможность фиксировать низкие (до -25 °С и ниже) отрицательные температуры.

4316. Датчики встроенного терморегистратора либо автономные терморегистраторы размещаются по периметру морозильной камеры на уровне средних полок стеллажей не менее чем в двух контрольных точках, определенных производителем морозильной камеры или термокартой.

4317. Термоиндикаторы и автономные термометры размещаются в контрольных точках определенных производителем морозильной камеры или термокартой: наиболее «теплой», подверженной вероятному перегреву (возле двери), и наиболее «холодной».

Требования к оборудованию для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи»

4318. Для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи» используются средства измерения температуры и средства выявления (индикации) нарушений температурного режима.

4319. В качестве средства измерения температуры используются термометры в том числе электронные датчики температуры; термографы; терморегистраторы. Допускается использовать термометры, не являющиеся средствами измерения, но обладающие заявленными точностными характеристиками.

4320. Для выявления нарушений температурного режима (выход за пределы заданных температурно-временных условий) используются средства контроля - термоиндикаторы для «холодовой цепи».

4321. Средства измерения температуры (термометры, термографы, терморегистраторы) и средства выявления нарушений температурного режима (термоиндикаторы) должны обеспечивать сквозной непрерывный контроль температурного режима от момента закладки ИЛП в упаковочную тару до их получения пользователями на всех этапах транспортирования и в течение всего периода хранения.

4322. Оборудование для контроля температурного режима в системе «холодовой цепи», регистрирующее и отображающее конкретные значения температуры в конкретный момент времени (термометры, датчики температуры, термографы, терморегистраторы), должно подвергаться периодической поверке в соответствии с законодательством Российской Федерации[67]. Периодичность поверки и калибровки определяется при регистрации конкретного устройства.

4323. Поставщик (перевозчик) ИЛП по требованию получателя ИЛП обязан предоставить документальное подтверждение своевременных поверок указанных

[67] Федеральный закон от 26.06.2008 № 102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2008, № 26, ст. 3021; 2020, № 50, ст. 8074).

приборов. При хранении ИЛП документы, подтверждающие своевременное проведение поверок средств измерения, используемых для контроля температурного режима, должны храниться у должностного лица, ответственного за «холодовую цепь».

4324. Погрешность измерения температуры оборудования для контроля температурного режима на рабочих диапазонах должна быть не более ±0,5 °С. Величина погрешности подтверждается в документах производителя по эксплуатации данного оборудования.

4325. Все документы производителя средств измерения и контроля температуры, содержащие информацию о технических характеристиках, и инструкции по эксплуатации должны быть на русском языке. У терморегистраторов, в том числе подключаемых к персональным компьютерам, графики и распечатки должны содержать информацию о температурном режиме и его нарушениях, а также данные, необходимые для идентификации устройства и периода регистрации.

4326. В системе «холодовой цепи» для измерения и отображения температуры (в пределах погрешности) используются электронные термометры (далее - термометры). Термометры используются во всех типах холодильного оборудования для хранения ИЛП и авторефрижераторах для транспортирования ИЛП.

4327. Термометры, встроенные в холодильную технику, имеют несколько температурных датчиков, расположенных в контрольных точках, обозначенных производителем на термокарте данной единицы оборудования. Автономные термометры не требуют использования дополнительного оборудования при эксплуатации. Автономные термометры должны иметь средства визуального отображения информации (дисплеи). Термометры должны фиксировать значения температуры с интервалом времени между соседними измерениями не более 1 минуты (не менее 60 измерений в час). Длительность интервалов между соседними измерениями температуры должна быть указана производителем (поставщиком) в инструкции или руководстве по эксплуатации к термометру.

4328. Автономные термометры размещаются согласно термокарте в наиболее «холодной» и наиболее «теплой» точках холодильного оборудования.

4329. Контроль показаний каждого термометра осуществляется два раза в день (в начале и в конце рабочего дня). Показания термометров регистрируются в специальном журнале мониторинга температуры, который заполняется отдельно на каждую единицу холодильного оборудования (приложение 39 к Санитарным правилам). В случае, если контроль температуры в холодильном оборудовании осуществляется с помощью системы мониторинга температурного режима, учет показаний приборов регистрации

температурного режима осуществляется в электронном виде с архивацией.

4330. Терморегистратор (далее - терморегистратор) предназначен для измерения, автоматической записи, хранения и воспроизведения на электронном и (или) бумажном носителе значений температуры (в пределах погрешности) с привязкой к реальной шкале времени.

4331. В системе «холодовой цепи» следует использовать терморегистраторы, фиксирующие значения температуры с интервалом времени между соседними измерениями не более 1 минуты (не менее 60 измерений в час). Длительность интервалов между соседними измерениями температуры должна быть указана производителем (поставщиком) в инструкции или руководстве по эксплуатации к терморегистратору.

4332. Терморегистраторы могут быть как встроенными в холодильное оборудование, так и автономными.

4333. Терморегистраторы должны иметь возможность функциональной связи с компьютером для выведения информации на бумажный и внешний электронный носитель.

4334. В системе «холодовой цепи» терморегистраторы используются в следующих случаях.

4335. При транспортировании ИЛП в авторефрижераторах как основное средство контроля температурного режима. В этом случае терморегистраторы могут быть как автономными, так и встраиваемыми. При этом поставщик обязан использовать такие терморегистраторы, которые позволяют оперативно обеспечить получателя ИЛП полным объемом информации о температурных условиях транспортирования от момента начала транспортирования до момента его окончания.

4336. При транспортировании ИЛП в термоконтейнерах большого объема с первого на второй и со второго на третий уровень «холодовой цепи» как дополнительное (при использовании термоиндикаторов) средство контроля температурного режима.

4337. В активных термоконтейнерах терморегистратор является неотъемлемым составляющим узлом термоконтейнера. При этом поставщик обязан использовать такие терморегистраторы, которые позволяют оперативно обеспечить получателя ИЛП полным объемом информации о температурных условиях транспортирования от момента начала транспортирования до момента его окончания. Считывание информации с терморегистраторов осуществляется после каждого цикла (этапа) транспортирования.

4338. При хранении ИЛП в холодильных комнатах и холодильных камерах как основное средство контроля температурного режима. В этом случае терморегистраторы могут быть как автономными, так и неотъемлемым составляющим узлом холодильной

комнаты или холодильной камеры. Считывание информации с терморегистраторов осуществляется периодически, но не реже одного раза в неделю, а также по мере необходимости и при возникновении аварийной ситуации.

4339. Как автономное средство контроля температурного режима для анализа работоспособности холодильного оборудования.

4340. Конструкция терморегистратора должна исключать возможность фальсификации данных измерений температуры. В процессе его эксплуатации для одного цикла измерений не допускается изменение его показаний и не допускается возможность любой промежуточной потери данных измерений.

4341. Оперативная информация о температуре и возникающих нарушениях может отображаться на экране дисплея терморегистратора, а информация о динамике температуры сохраняется на электронном или бумажном носителе. Создание электронной копии и распечатку данных на бумажном носителе следует делать не реже одного раза в неделю при хранении ИЛП либо после окончания этапа транспортирования или при возникновении аварийной ситуации. Данная информация хранится на каждом уровне в течение пяти лет.

4342. Используемые в настоящее время механические термографы в связи с высокой погрешностью измерений при плановой замене оборудования следует заменять на электронные терморегистраторы.

4343. Для однозначного установления и отображения факта нарушения конкретного температурного интервала в течение определенного времени или факта отсутствия такого нарушения в системе «холодовой цепи» применяются автономные электронные термоиндикаторы, предназначенные для контроля «холодовой цепи» (далее - термоиндикатор).

4344. Допускается применение флаконных химических термоиндикаторов (далее - ФТИ) в случаях, если они наносятся на этикетку ИЛП производителем при выпуске препарата. Нанесение ФТИ на последующих этапах хранения и транспортирования ИЛП не допускается.

4345. В системе «холодовой цепи» следует использовать термоиндикаторы, фиксирующие значения температуры с частотой опроса не более 1 минуты (не менее 60 измерений в час). Частота опроса температуры указывается производителем (поставщиком) в инструкции или руководстве по эксплуатации к термоиндикатору.

4346. Для контроля перегрева и замораживания ИЛП и для осуществления анализа характера и причин нарушений в системе «холодовой цепи» следует использовать термоиндикаторы с разными диапазонами температурно-временных пороговых значений,

соответствующих температурной чувствительности различных ИЛП, определенной их производителями.

4347. Каждый термоиндикатор должен иметь собственный идентификационный номер в целях предотвращения возможности фальсификации его показаний. Термоиндикатор должен иметь возможность визуальной индикации/сигнализации о нарушении температурного режима.

4348. Конструкция термоиндикатора должна исключать возможность фальсификации его показаний. В процессе эксплуатации термоиндикатора не допускается изменение и сброс информации с ее потерей. Допускается возможность временного прерывания работы термоиндикатора при условии автоматического сохранения в электронной памяти всех предыдущих нарушений в течение всего срока службы термоиндикатора.

4349. Контроль показаний термоиндикатора должен быть визуальным, простым, однозначным и не требующим дополнительных манипуляций с прибором.

4350. В системе «холодовой цепи» термоиндикаторы используются в следующих случаях.

4351. При транспортировании ИЛП в термоконтейнерах любого объема любым видом транспорта (в том числе и вручную) на всех четырех уровнях «холодовой цепи» как основное средство контроля температурного режима при условии, что время транспортирования препаратов превышает один час (при транспортировании ИЛП в термоконтейнерах большого объема с первого на второй и со второго на третий уровень «холодовой цепи» допускается использование терморегистраторов в качестве средства контроля температурного режима).

4352. При транспортировании ИЛП в авторефрижераторах как дополнительного средства контроля температурного режима при наличии основного средства контроля - терморегистратора.

4353. При хранении ИЛП в холодильных комнатах и холодильных камерах как дополнительное средство контроля температурного режима.

4354. При хранении ИЛП в холодильниках и морозильниках как основное средство контроля температурного режима.

4355. При транспортировании ИЛП контроль показаний каждого термоиндикатора производится при загрузке (отправлении) и выгрузке (получении) препаратов. Показания каждого термоиндикатора с указанием его персонифицированного номера регистрируются в журнале учета движения ИЛП (приложение 40 к Санитарным правилам) или в электронном виде.

4356. Контроль показаний каждого термоиндикатора в оборудовании для хранения ИЛП осуществляется два раза в день. Показания каждого термоиндикатора или терморегистратора с указанием его персонифицированного номера регистрируются в журнале мониторинга температуры, который заполняется отдельно на каждую единицу холодильного оборудования (приложение 39 к Санитарным правилам) или в электронном виде.

4357. При одновременном использовании в одном объеме холодильного оборудования для хранения или транспортирования ИЛП различных типов оборудования контроля температурного режима для получения однозначного результата контроля необходимо использовать согласованное между собой и совместимое по точности контроля оборудование.

Общие требования к организации транспортирования
и хранения ИЛП на всех уровнях «холодовой цепи»

4358. На всех уровнях «холодовой цепи» в журнале (приложение 40 к Санитарным правилам) проводится регистрация поступления и отправления ИЛП в организации с указанием наименования производителя препарата, адреса производства, количества препарата (для вакцин и растворителей к ним - в дозах), серии, даты истечения срока годности, даты поступления (отправления), организации-поставщика, показаний термоиндикаторов и их идентификационных номеров, фамилии, имени, отчества (при наличии) ответственного работника, осуществляющего регистрацию.

4359. Если в оборудовании для транспортирования ИЛП имеется терморегистратор, его показания за все время транспортирования распечатываются на бумажном носителе или в электронном виде и прилагаются к приемочным документам на ИЛП. При наличии термоиндикатора на флаконе (ампуле) с ИЛП, контроль температурного режима хранения ИЛП осуществляется по показаниям имеющегося термоиндикатора на флаконе (ФТИ).

4360. О типе термоиндикатора или автономного терморегистратора, используемых при транспортировании ИЛП, поставщик должен перед отправкой ИЛП письменно (в том числе по факсу или электронной почте) информировать грузополучателя и получить от него подтверждение (устное или письменное) возможности снятия показаний данного оборудования контроля температуры при приемке ИЛП.

4361. Сотрудник, осуществляющий регистрацию поступления и отправления ИЛП, должен пройти инструктаж (на рабочем месте) по вопросам соблюдения условий

хранения и транспортирования ИЛП, работе с холодильным оборудованием и работе с приборами, регистрирующими изменения температурного режима (термометры, термоиндикаторы, терморегистраторы), о чем должна быть сделана соответствующая запись в журнале инструктажа.

4362. На первом, втором и третьем уровнях «холодовой цепи» ежедневно два раза в день, а на четвертом уровне - в рабочие дни в журнале (приложение 39 к Санитарным правилам) или в электронном виде отмечаются показания термометров в холодильных (морозильных) камерах (комнатах), холодильниках (морозильниках), в которых хранятся ИЛП. В том же журнале регистрируются факты планового или аварийного отключения холодильного оборудования от энергоснабжения, поломок и факты нарушения температурного режима с указанием даты и времени отключения.

4363. На первом, втором и третьем уровнях «холодовой цепи» ежедневно два раза в день, а на четвертом уровне - в рабочие дни в журнале (приложение 39 к Санитарным правилам) или в электронном виде отмечаются показания термоиндикаторов, размещенных в холодильных (морозильных) камерах (комнатах) и холодильниках (морозильниках), в которых хранятся ИЛП, с указанием их персонифицированного номера.

4364. В организациях каждого из уровней «холодовой цепи» определяются порядок обеспечения температурного режима хранения и транспортирования ИЛП и обязанности должностных лиц, ответственных за обеспечение «холодовой цепи» на данном уровне, утвержденные распорядительным документом организации (приказом).

4365. Транспортирование ИЛП всеми видами транспорта, кроме авторефрижераторного, осуществляется в термоконтейнерах. Каждый термоконтейнер обеспечивается термоиндикатором, если время транспортирования превышает один час.

4366. При документальном подтверждении нарушения температурного режима при транспортировании на всех уровнях «холодовой цепи» ответственный работник, осуществляющий прием ИЛП и регистрацию соблюдения температурного режима, обязан доложить об этом руководителю и составить соответствующий акт. Решение об отказе в получении ИЛП принимается руководителем организации. Порядок действий получателя при отказе от приемки ИЛП определяется условиями договора между получателем и поставщиком ИЛП.

4367. Отпуск ИЛП при розничной реализации разрешается осуществлять при условии доставки до места непосредственного их использования в термоконтейнере или термосе с соблюдением требований «холодовой цепи». Каждая реализуемая населению доза ИЛП снабжается инструкцией по применению препарата на русском языке, в

котором указаны условия его хранения и транспортирования.

4368. Работник аптеки, осуществляющий розничную продажу ИЛП, проводит инструктаж покупателя о необходимости соблюдения «холодовой цепи» при транспортировании ИЛП, о чем делается отметка на рецепте, заверенная подписью покупателя и продавца, проставляется дата и время отпуска ИЛП.

Общие требования к организации экстренных мероприятий
по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях

4369. В каждой организации, осуществляющей деятельность по транспортированию, хранению и использованию ИЛП, должен быть разработан и утвержден руководителем организации план мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях, который должен предусматривать комплекс мероприятий при возникновении пожара и стихийных бедствий, при полном или локальном отключении энергоснабжения, неисправности холодильного оборудования, включающий:

схему размещения холодильных (морозильных) камер и холодильного оборудования на территории предприятия (учреждения), задействованных для размещения иммунобиологических лекарственных препаратов в повседневном режиме;

схему размещения резервных холодильных (морозильных) камер, холодильного оборудования и термоконтейнеров, используемых только в чрезвычайных ситуациях с расчетом их оптимальной потребности;

схему переключения холодильного оборудования на резервные и автономные источники питания;

расчет потребности холодильного (морозильного) оборудования и термоконтейнеров для обеспечения сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов;

состав аварийно-восстановительных групп (ответственные лица);

должностные обязанности лиц по восстановлению работоспособности холодильного оборудования и энергоснабжения;

должностные обязанности лиц по обеспечению сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов в чрезвычайных ситуациях;

порядок обеспечения сохранности иммунобиологических лекарственных препаратов во время их транспортирования по прямым и кольцевым маршрутам.

4370. С учетом специфики производства (организации) и территориального размещения предприятий (организаций) по производству (хранению)

иммунобиологических лекарственных препаратов, содержание плана может быть расширено.

4371. В плане экстренных мероприятий учитываются все возможные в данной организации, районе, населенном пункте чрезвычайные ситуации.

4372. В плане экстренных мероприятий должны быть четко определены:

порядок и средства оповещения ответственных лиц на случай чрезвычайной ситуации;

порядок действий по обеспечению условий хранения и транспортирования ИЛП и должностные лица, ответственные за эти действия;

места размещения и порядок использования резервного оборудования для «холодовой цепи», в том числе оборудования для контроля температурного режима и автономных источников освещения;

порядок включения и использования системы автономного электропитания;

транспорт для перевозки ИЛП с указанием контактных телефонов ответственных лиц.

4373. Для выполнения плана экстренных мероприятий в чрезвычайных ситуациях на втором, третьем и четвертом уровнях «холодовой цепи» должен быть запас термоконтейнеров, термоиндикаторов (терморегистраторов) и замороженных хладоэлементов.

4374. Для временного размещения ИЛП в чрезвычайных ситуациях может использоваться холодильное оборудование других организаций по согласованию с руководством этих организаций.

4375. При подозрении на замораживание вакцины, содержащей в качестве адъюванта соединение алюминия, необходимо провести тест встряхивания («шейк-тест»), для проведения которого необходимо:

выбрать контрольный образец, представляющий собой флакон с вакциной того же типа и того же номера серии того же производителя и из той же партии, что и вакцина, которую планируется протестировать, и нанести на него отметку «заморожен» (далее – контрольный флакон);

оставить контрольный флакон на ночь при температуре минус 20 °С или до образования льда, после чего необходимо дать содержимому флакона оттаять, исключив его принудительное разогревание;

выбрать флакон из партии вакцины, в отношении которой имеются подозрения на замораживание (далее – тестируемый флакон);

взять контрольный и тестируемый флаконы в одну руку и с силой встряхивать в

течение 10 - 15 секунд;

разместить контрольный и тестируемый флаконы для наблюдения за образованием осадка на столе или другой плоской поверхности, обеспечив одинаковое прохождение света через оба флакона (для проверки уровня осадка допускается переворачивание флакона вверх дном и осуществление наблюдения на уровне шейки флакона).

4376. Вакцина из тестируемой партии не повреждена и пригодна к использованию, если осадок рыхлый, слой надосадочной жидкости тонкий, осадок в тестируемом флаконе образуется медленнее, чем в контрольном флаконе.

4377. Вакцина из тестируемой партии повреждена и не пригодна к использованию, подлежит списанию и уничтожению, если осадок образуется одинаковым образом и с одинаковой скоростью в тестируемом и контрольном флаконах или осадок в тестируемом флаконе образуется быстрее, чем в контрольном флаконе.

4378. Необходимо периодически (не реже одного раза в год) проводить учения по выполнению плана экстренных мероприятий по обеспечению «холодовой цепи» в чрезвычайных ситуациях с задействованием всех специалистов и с анализом работоспособности всего оборудования. По результатам учений следует вносить в план соответствующие коррективы.

Приложение 1
к СП 3.3686-21

ПБА по группам патогенности

Бактерии

I группа

1. *Yersinia pestis*	- чумы

II группа

1. Bacillus anthracis	- сибирской язвы
2. Brucella melitensis	- бруцеллеза
Brucella abortus	
Brucella suis	
Brucella ovis	
Brucella canis	
Brucella neotomae	
Brucella ceti	
Brucella pinnipedialis	
Brucella microti	
Brucella inopinata	
Brucella papionis	
Brucella vulpis	
3. Francisella tularensis	- туляремии
4. Coxiella burnetii	- коксиеллеза (лихорадки Ку)
5. Burkholderia mallei	- сапа
6. Burkholderia pseudomallei	- мелиоидоза
7. Vibrio cholerae O1 токсигенный (O 139)	- холеры
8. *Escherichia coli* O157:H7, O104:H4 и другие серотипы - продуценты веротоксина	- геморрагического колибактериоза, гемолитико-уремического синдрома

III группа

1. Bordetella pertussis	- коклюша
2. Borrelia recurrentis	- возвратного тифа
3. Campylobacter fetus	- абсцессов, септицемий
4. Campylobacter jejuni	- энтерита, холецистита, септицемий
5. Clostridium botulinum	- ботулизма
6. Clostridium tetani	- столбняка
7. Corynebacterium diphtheria	- дифтерии
9. Erysipelothrix rhusiopathiae	- эризипелоида
10. Helicobacter pylori	- гастрита, язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки
11. Legionella pneumophila	- легионеллеза
12. Leptospira interrogans	- лептоспироза
13. Listeria monocytogenes	- листериоза
14. Mycobacterium leprae	- проказы
15. Mycobacterium tuberculosis	
Mycobacterium bovis	- туберкулёза
Mycobacterium avium	
16. Neisseria gonorrhoeae	- гонореи
17. Neisseria meningitides	- менингита
18. Nocardia asteroides	- пневмонии, абсцессов мозга,
Nocardia brasiliensis	- менингоэнцефалитов, менингитов, сепсисов, остеомиелитов
19. Pasteurella multocida	- пневмонии, менингитов и других
20. Proactinomyces israelii	- актиномикоза
21. Salmonella paratyphi A	- паратифа А
22. Salmonella paratyphi B	- паратифа В
23. Salmonella typhi	- брюшного тифа
24. Shigella spp	- дизентерии
25. Treponema pallidum	- сифилиса
26. Yersinia pseudotuberculosis	- псевдотуберкулёза
27. Vibrio cholerae O1 не токсигенный	- диареи
28. Vibrio cholerae non O1 (O139) не	- диареи, раневых инфекций, септицемии и

токсигенный	других

IV группа

1. Aerobacter aerogenes	- энтерита
2. Bacillus cereus	- пищевой токсикоинфекции
3. Bacteroides spp.	- сепсиса, гнойных инфекций головы и шеи, гнойных инфекций ЦНС, стоматоинфекций, гнойных плевритов, гнойных инфекций мягких тканей, параректальных абсцессов, декубитальных язв, язв стопы, остеомиелитов, внутриабдоминальных инфекций
4. Borrelia spp	- клещевого спирохетоза
5. Bordetella bronchiseptica	- бронхосептикоза
Bordetella parapertussis	- паракоклюша
6. Branchamella catarralis	- воспалительных заболеваний нижних и верхних дыхательных путей, хронических бронхитов, уретритов, эндокардитов, менингитов
7. Burkholderia cepacia	- местных воспалительных процессов и сепсиса
8. Burkholderia thailandensis	- местных воспалительных процессов
9. Campylobacter spp.	- гастроэнтерита, гингивита, периодонтита
10. Citrobacter spp.	- местных воспалительных процессов, пищевой токсикоинфекции
11. Clostridium perfringens	
Clostridium novyi	
Clostridium septicum	- газовой гангрены
Clostridium histolyticum	
Clostridium bifermentans	
12. Eikinella corrodens	- перитонзиллярных абсцессов, абсцессов мозга
13. Escherichia coli	- энтерита
14. Eubacterium endocarditidis	- септического эндокардита

15. Eubacterium lentum	- вторичных септицемий,
Eubacterium ventricosum	- абсцессов
16. Enterococcus faecalis	- эндокардитов хронических
Enterococcus faecium	- обструктивных бронхитов, раневых инфекций, септицемий
17. Flavobacterium meningosepticum	- менингита, септицемий
18. Haemophilus influenza	- менингита, пневмонии, ларингита
19. Hafnia alvei	- холецистита, цистита
20. Klebsiella ozaenae	- озены
21. Klebsiella pneumonia	- пневмонии
22. Klebsiella rhinoscleromatis	- риносклеромы
23. Mycobacterium spp.	
Photochromogens	
Scotochromogens	- микобактериозов
Nonphotochromogens	
Rapid growers	
24. Micoplasma genitalium	- воспалительных процессов
Micoplasma hominis	урогенитального тракта, осложнения
Micoplasma urealyticum	беременности
Micoplasma pneumoniae	- воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей, пневмонии
25. Propionibacterium avidum	- сепсиса, абсцессов
26. Proteus spp.	- пищевой токсикоинфекции, сепсиса, местных воспалительных процессов
27. Pseudomonas aeruginosa	- местных воспалительных процессов, сепсиса
28. Salmonella spp.	- сальмонеллёзов
29. Serratia marcescens	- местных воспалительных процессов, сепсиса
30. Staphylococcus spp.	- пищевой токсикоинфекции, септицемии, пневмонии
31. Streptococcus spp.	- сепсиса, тонзиллита, пневмонии, менингита, гломерулонефрита, эндокардита, ревматизма, гнойных инфекций челюстно-некротизирующих фасцитов, миозитов,

	синдрома токсического шока, скарлатины, зубного кариеса, импетиго, рожистых воспалений
32. Vibrio spp. *Vibrio parahaemolyticus* *Vibrio mimicus* *Vibrio fluvialis* *Vibrio vulnificus* *Vibrio alginolyticus*	- диарей, пищевых токсикоинфекций, раневых инфекций, септицемий и другие
33. Yersinia enterocolitica	- энтерита, экстраинтестинального иерсиниоза
34. *Actinomyces albus*	- актиномикоза

Риккетсии

II группа

1. Rickettsia prowazekii	- эпидемического сыпного тифа, болезни Брилла (Брилла-Цинссера)
2. Rickettsia typhi	- крысиного сыпного тифа
3. Rickettsia rickettsii	- пятнистой лихорадки Скалистых гор
4. Orientia tsutsugmushi	- лихорадки цуцугамуши

III группа

1. Rickettsia sibirica	- сибирского клещевого тифа или клещевого сыпного тифа Северной Азии
2. Rickettsia conorii subsp. conorii	- средиземноморской пятнистой лихорадки или марсельской пятнистой лихорадки
3. Rickettsia conorii subsp. indica	- индийского клещевого тифа
4. Rickettsia conorii subsp. caspia	- астраханской пятнистой лихорадки
5. Rickettsia conorii subsp. israelensis	- израильской пятнистой лихорадки
6. Rickettsia akari	- везикулезного или осповидного риккетсиоза
7. Rickettsia australis	- квинслендского клещевого тифа

8. Rickettsia japonica	- японской пятнистой лихорадки
9. Rickettsia africae	- африканской клещевой лихорадки
10. Rickettsia honei	- пятнистой лихорадки острова Флиндерс
11. Rickettsia aeschlimannii	- риккетсиоза, вызываемого Rickettsia aeschlimannii
12. Rickettsia felis	- риккетсиоза, вызываемого Rickettsia felis
13. Rickettsia heilongjiangensis	- риккетсиоза, вызываемого Rickettsia heilongjiangensis
14. Rickettsia helvetica	- риккетсиоза, вызываемого Rickettsia helvetica
15. Rickettsia massiliae	риккетсиоза, вызываемого Rickettsia massiliae
16. Rickettsia parkeri	- риккетсиоза, вызываемого Rickettsia parkeri
17. Rickettsia raoultii	- риккетсиоза, вызываемого Rickettsia raoultii
18. Rickettsia slovaca	- риккетсиоза, вызываемого Rickettsia slovaca
19. Rickettsia tamurae	- риккетсиоза, вызываемого Rickettsia tamurae

Анаплазмы

(семейство Anaplasmataceae, порядок Rickettsiales)

III группа

1. Anaplasma phagocytophilum	- гранулоцитарного анаплазмоза человека
2. Ehrlichia muris	- моноцитарного эрлихиоза человека
3. Neorickettsia sennetsu	- лихорадки сеннетсу

Вирусы

(В связи с отсутствием биноминальной номенклатуры для вирусов обозначения даются в русской транскрипции)

I группа

1. Filoviridae:	
Марбургвирус, и Бундибугио эболавирус, Заир Эболавирус, Судан Эболавирус, Тай Форест эболавирус	- геморрагических лихорадок
2. Arenaviridae:	
вирусы Ласса, Хунин, Мачупо, Себиа, Гуанарито	- геморрагических лихорадок
3. Poxviridae:	
Род Ortopoxvirine	
вирус натуральной оспы (Variola)	- натуральной оспы человека
вирус оспы обезьян (Monkeypox)	- оспы обезьян
4. Herpesviridae:	
обезьяний вирус В	- хронического энцефалита и энцефалопатии

II группа

1. *Togaviridae:*	
вирусы лошадиных энцефалитов (Венесуэльский ВНЭЛ, Восточный ВЭЛ, Западный ЗЭЛ)	-комариных энцефалитов, энцефаломиелитов, энцефаломенингитов
вирусы лихорадок Семлики, Бибару, Эвергладес, Чикунгунья, О'Ньонг-Ньонг, Карельской, Синдбис, реки Росс, Майяро, Мукамбо, Сагиума	- лихорадочных заболеваний
2. *Flaviviridae:*	
вирусы комплекса клещевого энцефалита (КЭ), Алма-Арасан, Апои, Лангат, Негиши, Повассан, Шотландского энцефаломиелита овец	- энцефалитов, энцефаломиелитов
Болезни леса Киассанур, Омской геморрагической лихорадки (ОГЛ)	- геморрагических лихорадок
вирусы комплекса японского энцефалита (ЯЭ), Западного Нила, Ильеус, Росио, Сент-	- энцефалитов, менингоэнцефалитов

Луис (энцефалиты), Усуту, (энцефалит), долины Муррея, Карши, Кунжин, Сепик, Вессельсборн	
Зика, Риобраво, Денге, Сокулук	- лихорадочных заболеваний
Желтой лихорадки	- геморрагической лихорадки
Вирус гепатита С	- парентерального гепатита, гепатоцеллюлярной карциномы печени
3. *Bunyaviridae*,	
Род *Bunyavirus:*	
Комплекс Калифорнийского энцефалита, Ла Кросс, Джеймстаун каньон, зайцев-беляков, Инко, Тягиня	- энцефалитов, энцефаломиелитов, менингоэнцефалитов и лихорадочных заболеваний с артритами
комплекс С-вирусы Апеу, Мадрид, Орибока, Осса, Рестан и другие	- лихорадочных заболеваний с миозитами и артритами
Род *Phlebovirus*:	
вирусы москитных лихорадок Сицилии, Неаполя, Рифт-валли, Тоскана и другие	- энцефалитов и лихорадочных заболеваний с артритами и миозитами
Род *Nairovirus:*	
вирус Крымской геморрагической лихорадки-Конго;	- геморрагической лихорадки
болезни овец Найроби, Ганджам;	- лихорадки с менингеальным синдромом
Дугбе	- энцефалита
Род *Hantavirus:*	
вирусы Хантаан, Сеул, Пуумала, Чили, Аидо и другие	- геморрагических лихорадок с почечным синдромом (ГЛПС) и с легочным синдромом
Син-Номбре	хантавирусного кардиопульмонального синдрома
4. *Reoviridae*,	
Род *Orbivirus:*	
вирусы Кемерово, колорадской клещевой лихорадки, Синего языка овец, Чангвинола, Орунго и другие	- лихорадок с менингеальным синдромом и артритами
5. *Rhabdoviridae*,	
Род *Lyssavirus*:	

лиссавирус бешенства	- бешенства, гидрофобии, лиссавирусного энцефалита
Европейский лиссавирус летучих мышей 1 типа	- лиссавирусного энцефалита
лиссавирус Иркут	- лиссавирусного энцефалита
Западно-кавказский лиссавирус летучих мышей	- лиссавирусного энцефалита
Европейский лиссавирус летучих мышей 2 типа	- лиссавирусного энцефалита
Мокола лиссавирус	- лиссавирусного энцефалита
Араван лиссавирус	- лиссавирусного энцефалита
Худжанд лиссавирус и другие	- лиссавирусного энцефалита
6. *Picornaviridae*,	
Род *Aphtovirus:*	
вирус ящура	- ящура
7. *Arenaviridae*:	
вирусы лимфоцитарного хориоменингита, Такарибе, Пичинде	- астенических менингитов и менингоэнцефалитов
8. *Hepadnaviridae*:	
вирусы гепатита В	- парентеральных гепатитов
9. *Retroviridae*:	
вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ-1, ВИЧ-2)	- СПИДа
вирус Т-клеточного лейкоза человека (HTLV)	- Т-клеточного лейкоза человека
10. *Nodaviridae*:	
вирусы гепатитов D (дельта) и E	- инфекционных гепатитов
11. *Coronaviridae*:	
вирус SARS	- ТОРС
коронавирус MERS	- ближневосточного респираторного синдрома
вирус SARS-CoV-2	COVID-19
12. *Orthomyxoviridae*:	
высоковирулентные штаммы вируса гриппа А	- грипп

13. *Unconventional agents*:

Возбудители медленных нейроинфекций = подострых губчатых энцефалопатий (Prion Diseases) Куру	- подострой энцефалопатии
Агент CJD-возбудитель болезни-Крейцфельда-Якоба	- болезни Крейцфельда-Якоба, синдрома Герстманна-Страусслера
Возбудитель трансмиссивной губчатой энцефалопатии человека	- амиотрофического лейкоспонгиоза (Белоруссия)
Возбудитель оливопонтоцеребеллярной атрофии человека	- оливопонтоцеребеллярной атрофии I типа (Якутия, Восточная Сибирь)
Возбудитель фатальной семейной бессонницы (FFI)	- фатальной семейной бессонницы, накопления амилоидных бляшек в таламусе
Скрепи	- подострой энцефалопатии овец и коз
Возбудитель энцефалопатии норок	- трансмиссивной энцефалопатии норок
Хроническая изнуряющая болезнь копытных	- болезни хронической усталости оленей и лосей в неволе
Возбудитель губчатой энцефалопатии крупного рогатого скота	- «коровьего бешенства»

14. *Paramyxoviridae*:

Хендра хенипавирус, Нипах хенипавирус	- энцефалиты

III группа

1. *Orthomyxoviridae*:

вирусы гриппа A, B и C	- гриппа

2. *Picornaviridae*,

Род *Enterovirus*:

вирусы полиомиелита - дикие штаммы	- полиомиелита
вирусы гепатитов A и E	- энтеральных гепатитов
вирус острого геморрагического конъюнктивита (АНС)	- геморрагического конъюнктивита

3. *Herpesviridae*:

вирусы простого герпеса I и II типов	- герпеса простого
герпесвирус зостер-ветрянки	- ветряной оспы, опоясывающего

	герпетического лишая
вирус герпеса 6 типа (HBLv- HHv6)	- поражение В-лимфоцитов человека родовой экзантемы, лимфопролиферативных заболеваний
вирус цитомегалии	- цитомегалии
вирус Эпштейн-Барра	- инфекционного мононуклеоза, лимфомы Беркитта, назофарингиальной карциномы

IV группа

1. *Adenoviridae*:	
аденовирусы всех типов	- ОРИ, пневмоний, конъюнктивитов
2. *Reoviridae*,	
Род *Reovirus*:	
реовирусы человека	- ринитов, гастроэнтеритов
Род *Rotavirus*:	
ротавирусы человека, вирус диареи телят Небраски (NCDV)	- гастроэнтеритов и энтеритов
3. *Coronaviridae*:	
коронавирусы человека	- ОРИ (профузного насморка без температуры), энтериты
4. *Caliciviridae*:	
вирус Норфолк	- острых гастроэнтеритов
5. *Picornaviridae*	
Род *Enterovirus*	
вирусы Коксаки группы А и В	- серозных менингитов, энцефало-миокардитов, ОРИ, болезни Борнхольма, герпангин, полиневритов
вирусы ЕСНО	- серозных менингитов, диареи, ОРИ, полиневритов, увеитов
энтеровирусы - типы 68-71	- серозных менингитов, конъюнктивитов, ОРИ
Род *Rinovirus:*	
риновирусы человека 130 типов	- ОРИ, полиневритов, герпангин, конъюнктивитов

Род *Cardiovirus*:	
вирус энцефаломиокардита и вирус Менго	- ОРИ, полиневритов, энцефаломиокардитов, миокардитов, перикардитов
6. *Paramyxoviridae*:	
вирусы парагриппа человека 1-4 типа	- ОРИ, бронхопневмоний
респираторно-синцитиальный вирус (РС-вирус)	- пневмоний, бронхитов, бронхиолитов
вирус эпидемического паротита	- эпидемического паротита
вирус кори	- кори
вирус Ньюкаслской болезни	- конъюнктивитов
7. *Togaviridae*,	
Род *Rubivirus*:	
вирус краснухи	- краснухи
8. *Rhabdoviride*	
Род *Vesiculovirus*:	
вирус везикулярного стоматита	- везикулярного стоматита
9. *Poxviridae*: вирус оспы коров	- оспы коров
вирус эктромелии	- эктромелии мышей
вирус узелков доильщиц	- хронической болезни рук доильщиц
орфвирус	- контагиозного пустулярного дерматита
вирус контагиозного моллюска	- контагиозного моллюска кожи и слизистых
вирусы Тана и Яба	- болезни Яба

Хламидии

II группа

1. *Chlamydophila psittaci*	- орнитоза- пситтакоза

III группа

1. Chlamydia trachomatis	- трахомы, урогенитального хламидиоза
2. Chlamydophila pneumoniae	- пневмонии, артритов

Грибы

II группа

1. Blastomyces dermatitidis	- бластомикоза
2. Coccidioides immitis, Coccidioides posadasii	- кокцидиоидомикоза
3. Histoplasma capsulatum var.capsulatum и duboisii	- гистоплазмоза
4. Paracoccidioides brasiliensis	- паракокцидиоидомикоза

III группа

1. Aspergillus flavus	- аспергиллеза
Aspergillus fumigatus	
Aspergillus terreus	
2. Candida albicans	- кандидоза
Candida glabrata	
Candida crusei	
Candida tropicalis	
3. Cryptococcus neoformans	- криптококкоза
4. Cladophialophora bantiana	- феогифомикоза
5. Ramichloridium mackenzei	- феогифомикоза
6. Penicillum marneffei	- пенициллиоза

IV группа

1. Absidia spp.	- зигомикоза
2. Acremonium spp.	- гиалогифомикоза
3. Alternaria spp.	- феогифомикоза
4. Aphanoascus fulvescens (анаморфа - Chrysosporium)	- гиалогифомикоза
5. Apophysomyces elegans	- зигомикоза
*6. Aspergillus spp.**	- аспергиллеза
7. Aureobasidium pullulans	- феогифомикоза
8. Basidiobolus spp.	- зигомикоза
9. Beavueria bassiana	- феогифомикоза

10. Botryomyces caespitosus	- ботриомикоза
*11. Candida spp.**	- кандидоза
12. Chaetomium spp.	- феогифомикоза
*13. Cladophialophora spp.**	- феогифомикоза
14. Cokeromyces recurvatus	- зигомикоза
15. Conidiobolus spp.	- зигомикоза
*16. Cryptococcus spp.**	- криптококкоза
17. Cunnunghmella bertholletiae	- зигомикоза
18. Curvularia spp.	- феогифомикоза
19. Emmonsia spp.	- адиаспиромикоза
20. Epidermophyton floccosum	- дерматофитии
21. Exophiala spp.	- феогифомикоза
22. Fonsecaea spp.	- феогифомикоза, хромомикоза
23. Fusarium spp.	- гиалогифомикоза
24. Geotrichum spp.	- гиалогифомикоза
25. Graphium eumorphum	- феогифомикоза
26. Gymnoascus dankalensis	- онихомикоза
27. Histoplasma falciminosum	- эпизоотического лимфангоита
28. Hoptaea werneckii	- черной пьедры
29. Lacazia loboi	- болезни Лобо
30. Leptosphaeria spp.	- эумицетомы
31. Madurella spp.	- эумицетомы
32. Malassezia spp.	- малассезиоза
33. Microascus spp.	- гиалогифомикоза
34. Microsporum spp.	- дерматофитии
35. Mortierella wolfii	- зигомикоза
36. Mucor spp.	- зигомикоза
37. Nattrassia mangiferae (Scytalidium spp.)	- онихомикоза
38. Neotestudina rosatii	- эумицетомы
39. Ochroconis spp.	- феогифомикоза
40. Onychocola spp.	- онихомикоза
41. Paecilomyces spp.	- гиалогифомикоза
42. Penicillium spp.	- гиалогифомикоза
43. Phaeoacremonium spp.	- феогифомикоза
44. Phialemonium spp.	- феогифомикоза

45. Phialophora spp.	- феогифомикоза
46. Phoma spp.	- феогифомикоза
47. Piedraia hortae	- черной пьедры
48. Pneumocystis carinii	- пневмоцистоза
49. Pseudoallecheria boydii (Scedosporium apiospermum)	- хромомикоза, эумицетомы
50. Pseudochaetosphaeronema larense	- эумицетомы
51. Pyrenochaeta spp.	- онихомикоза
52. Pythium insidiosum	- питиоза
53. Ramichloridium spp. *	- феогифомикоза
54. Rhinocladiella aquaspersa	- хромомикоза
55. Rhinosporidium seeberi	- риноспоридиоза
56. Rhizomucor spp.	- зигомикоза
57. Rhizopus spp.	- зигомикоза
58. Saksenaea vasiformis	- зигомикоза
59. Scedosporium profilicans	- гиалогифомикоза
60. Scopulariopsis spp.	- гиалогифомикоза
61. Sporothrix schenkii	- споротрихоза
62. Syncephalastpum racemosum	- зигомикоза
63. Trichoderma spp.	- гиалогифомикоза
64. Trichophyton spp.	- гиалогифомикоза
65. Trichosporon	- дерматомикоза
66. Trichosporon	- трихоспороноза
67. Ulocladium spp.	- феогифомикоза
68. Wangiella dermatitidis	- феогифомикоза

* кроме видов, вошедших в III группу

Простейшие

III группа

1. Leishmania donovani	- висцерального лейшманиоза
2. Pentatrichomonas (Trichomonas) hominis	- кишечного трихомониаза
3. Plasmodium vivax	
Plasmodium malariae	- малярии
Plasmodium falciparum	

Plasmodium ovale	
4. Trichomonas vaginalis	- мочеполового трихомониаза
5. Trypanosoma cruzi	- американского трипаносомоза (болезни Шагаса)
6. Trypanosoma gambiense	- африканского трипаносомоза (сонной болезни)
Trypanosoma rhodesiense	

IV группа

1. Acanthamoeba spp.	- менингоэнцефалита
2. Babesia caucasica	- бабезиоза (пироплазмоза)
3. Balantidium coli	- балантидиоза
4. Blastocystis hominis	- колита
5. Cryptosporidium parvum	- криптоспоридиоза
6. Cyclospora cayetanensis	- циклоспороза
7. Entamoeba hystolytica	- амебиаза
8. Isospora belli	- изоспороза
9. Lamblia intestinalis (Giardia lamblia)	- лямблиоза
10. Leishmania major	- кожного лейшманиоза
Leishmania tropica	
11. Naegleria spp.	- менингоэнцефалита
12. Sarcocystis suihominis	- саркоцистоза
Sarcocystis hominis (bovihominis)	
13. Toxoplasma gondii	- токсоплазмоза

Гельминты

III группа

1. Echinococcus multilocularis	- альвеолярного эхинококкоза
2. Echinococcus granulosus	- гидатидозного эхинококкоза
3. Trichinella spp.	- трихинеллеза

IV группа

1. Ancylostoma duodenale	- анкилостомоза
2. Anisakis spp.	- анизакиаза
3. Askaris lumbricoides	- аскаридоза человека
Askaris suum	
4. Clonorchis sinensis	- клонорхоза
5. Dicrocoelium lanceatum	- дикроцелиоза
6. Dioctophyme renale	- диоктофимоза
7. Diphyllobotrium latum	- дифиллоботриоза
Diphyllobotrium luxi	
Diphyllobotrium dendriticum	
8. Dipylidium caninum	- дипилидиоза
9. Dirofilaria repens	- дирофиляриоза
Dirofilaria immitis	
10. Dracunculus medinensis	- дракункулеза (ришты)
11. Enterobius vermicularis	- энтеробиоза
12. Fasciola hepatica	- фасциолеза
Fasciola gigantica	
13. Fasciolopsis buski	- фасциолопсидоза
14. Hymenolepis nana	- гименолепидоза
Hymenolepis diminuta	
15. Loa loa	- лоаоза
16. Methagonimus jokogowai	- метагонимоза
17. Multiceps multiceps	- ценуроза
18. Nanophyetes schikhobalowi	- нанофиетоза
19. Necator americanus	- некатороза
20. Opisthorchis felineus	- описторхоза
Opisthorchis viverini	
21. Paragonimus westermani	- парагонимоза
22. Pseudamphistomum truncatum	- псевдофистомоза
23. Sparganum	- спарг аноза
24. Schistosoma haematobium	- шистосомоза мочеполового
25. Schistosoma mansoni	- шистосомоза кишечного
Schistosoma japonicum	
Schistosoma intercalatum	
26. Strongyloides stercoralis	- стронгилоидоза

27. Taenia solium	- тениоза
28. Taeniarinchus saginatus	- тениаринхоза
29. Toxocara canis	- токсокароза
Toxocara mystax	
Toxocara leonina	
30. Trichocephalus trichiurus	- трихоцефалеза

Членистоногие

III группа

1. *Sarcoptes scabiei*	- чесотки

IV группа

1. Demodex folliculorum	- демодекоза
2. Pediculus capitis	- педикулеза
Pediculus vestimenti	
3. Phthirus pubis	- фтириаза
4. Клещи домашней пыли	- аллергии (астматический бронхит, бронхиальная астма)
5. *Ornithonyssus bacoty*	- крысиного клещевого дерматита

Яды биологического происхождения

II группа

1. Ботулинические токсины всех типов
2. Холерный токсин
3. Столбнячный токсин

III группа

1. Микотоксины	- микотоксикозов

2. Дифтерийный токсин
3. Стрептококковый токсин группы А
4. Стафилококковые токсины

Паспортизированные аттенуированные штаммы возбудителей I - II групп относятся к микроорганизмам III группы патогенности. Аттенуированные штаммы III - IV групп относятся к IV группе патогенности.

Приложение 2
к СП 3.3686-21

Обеспечение проведения обеззараживания при осуществлении работ с ПБА

Таблица 1

1. Бактерии, не образующие споры
1.1. Химический метод обеззараживания с использованием растворов дезинфицирующих средств
1.1.1. Хлоактивные:
хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):
0,5 - 3,0%-е растворы (по препарату).
гипохлорит кальция - содержание АХ 45 - 54%:
15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;
дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).
дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).
гипохлорит натрия (содержание активного хлора не менее 14%):
1%-й (по АХ) раствор.
другие средства на основе хлоактивных соединений
1.1.2. Кислородактивные:
- водорода перекись медицинская (содержание перекиси водорода - ПВ не менее 30%):
3,0 - 10%-е (по ПВ) растворы.
1.1.3. Средства на основе катионных поверхностно-активных веществ.
1.1.4. Альдегиды:
дезинфицирующие средства на основе глутарового альдегида.
1.1.5. Кожные антисептики на основе:
спирта этилового (не менее 70% по массе);
спирта изопропилового (не менее 60% по массе);

смеси спиртов (не менее 60% по массе).
1.2. Физические методы обеззараживания
1.2.1. Кипячение:
вода;
2% раствор натрия двууглекислого
2%-й раствор кальцинированной соды.
1.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе (автоклаве):
0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 ± 2) °С;
0,15 МПа (1,5 кгс/см^2), (126 ± 2) °С;
0,11 МПа (1,1 кгс/см^2), (120± 2) °С.
1.2.3. Обработка горячим воздухом (180 °С) в воздушном стерилизаторе.
1.2.4. Обработка СВЧ-излучением.
1.2.5. Сжигание.
1.2.6. Обработка в дезинфекционных камерах (паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы).
1.2.7. Ультрафиолетовое излучение.

Таблица 2

2. Бактерии, образующие споры
2.1. Химический метод обеззараживания с использованием дезинфицирующих средств
2.1.1. Хлоактивные:
хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):
1 - 4%-е активированные растворы, содержащие АХ 0,25 - 1%.
гипохлорит кальция - содержание АХ 45 - 54%:
15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;
дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой

кислоты (таблетки, гранулы).

дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).

другие средства на основе хлоактивных соединений

2.1.2. Кислородактивные:

Водорода перекись (в качестве поверхностно-активных веществ (ПАВ), добавляемых к растворам перекиси водорода, следует использовать не имеющие в своем составе ферментных добавок, ведущих к дезактивации перекиси водорода), содержание ПВ не менее 30%:

3%-й по ПВ раствор с 0,5% моющего средства при 50 °С;

6%-й по ПВ раствор с 0,5% моющего средства при 20 и 50 °С;

10%-й по ПВ раствор;

6%-й по ПВ раствор с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ.

средства на основе ПВ и других кислородактивных соединений

2.1.3. Альдегиды:

формалин (содержание формальдегида 40%):

20%, 40%-е по формальдегиду водные растворы.

дезинфицирующие средства на основе глутарового альдегида.

2.1.4. Щелочи:

едкий натр:

10%-е по препарату раствор при температуре 70 °С.

2.2. Физические методы обеззараживания

2.2.1. Кипячение:

вода;

2% раствор натрия двууглекислого

2%-й раствор кальцинированной соды.

2.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе (автоклаве):

0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 ± 2) °С.

2.2.3. Обработка горячим воздухом (180 °С) в воздушном стерилизаторе.
2.2.4. Обработка СВЧ-излучением.
2.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, пароформалиновый, паровой методы.

Таблица 3

3. Вирусы и хламидии
3.1. Химический метод обеззараживания с использованием дезинфицирующих средств
3.1.1. Хлоактивные:
хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):
1 - 4% (по препарату) растворы;
0,5%, 1,5% (по препарату) активированные растворы хлорамина (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлоактивным средством 1:8).
гипохлорит кальция - содержание АХ 45 - 54%:
15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ;
дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).
дезинфицирующие средства на основе трихлоризоциануровой кислоты (таблетки, гранулы).
другие средства на основе хлоактивных соединений
3.1.2. Кислородактивные:
водорода перекись (содержание ПВ не менее 30%):
3, 6 и 10%-е растворы (по ПВ);
водорода перекись медицинская с моющим средством:
(3, 6 и 30%-й раствор ПВ с 0,5% моющего средства);
3, 6 и 30%-й (по ПВ) раствор.

3.1.3. Спирты:
спирт этиловый (не менее 70% по массе).
3.1.4. Щелочи:
гидроксид натрия натр едкий (4%-ный водный раствор).
3.2. Физические методы обеззараживания
3.2.1. Обработка горячим воздухом (180 °С) в воздушном стерилизаторе.
3.2.2. Кипячение:
вода;
2% раствор натрия двууглекислого
2%-й раствор кальцинированной соды.
3.2.3. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе:
0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 ± 2) °С;
0,15 МПа (1,5 кгс/см^2), (126 ± 2) °С;
0,11 МПа (1,1 кгс/см^2), (120± 2) °С.
3.2.4. Обработка СВЧ-излучением.
3.2.5. Сжигание.
3.2.6. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы.
3.2.7. Ультрафиолетовое излучение.

Таблица 4

4. Риккетсии
4.1. Химический метод обеззараживания с использованием дезинфицирующих средств
4.1.1. Хлоактивные:
хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):
1, 3%-е (по препарату) растворы;

0,5%-й (по препарату) активированный раствор хлорамина (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлоактивным средством 1:8).

гипохлорит кальция - содержание АХ 45 - 54%:

15%-е осветленные растворы, содержащие не менее 5% АХ\

другие средства на основе хлоактивных соединений

4.1.2. Кислородактивные:

водорода перекись медицинская (содержание ПВ не менее 30%):

3%-й, 6%-й и 10%-е растворы (по ПВ).

водорода перекись медицинская с моющим средством:

(3, 6 и 30%-й раствор ПВ с 0,5% моющего средства);

3, 6 и 30%-й (по ПВ) раствор.

4.1.3. Спирты:

спирт этиловый (не менее 70% по массе).

4.2. Физические методы обеззараживания

4.2.1. Кипячение:

вода;

2% раствор натрия двууглекислого

2%-й раствор кальцинированной соды.

4.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе (автоклаве):

0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 ± 2) °С;

0,11 МПа (1,1 кгс/см^2), (120± 2) °С.

4.2.3. Обработка СВЧ-излучением.

4.2.4. Сжигание.

4.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный, паровой и пароформалиновый методы.

Таблица 5

5. Грибы
5.1. Химический метод обеззараживания с использованием дезинфицирующих средств
5.1.1. Хлоактивные:
Хлорамин (содержание активного хлора - АХ, не менее 24%):
1%-й (по АХ) активированный раствор (в качестве активаторов хлорных препаратов могут быть использованы аммонийные соли (хлорид, сульфит или нитрат аммония) в соотношении с хлорным препаратом 1:1 или 1:2 или аммиак в соотношении с хлоактивным средством 1:8);
5%-й (по препарату) раствор.
Гипохлорит кальция:
15%-й осветленный раствор, содержащий не менее 5% активного хлора;
5%-й (по препарату) раствор.
другие средства на основе хлоактивных соединений
5.1.2. Кислородактивные:
водорода перекись медицинская (содержание ПВ не менее 30%):
3, 6%-е растворы (по ПВ) с 0,5% моющего средства;
10%-й раствор (по ПВ).
другие средства на основе кислородактивных соединений
5.2. Физические методы обеззараживания
5.2.1. Кипячение:
вода;
2% раствор натрия двууглекислого
2%-й раствор кальцинированной соды.
5.2.2. Обработка водяным насыщенным паром под избыточным давлением в паровом стерилизаторе:
0,20 МПа (2,0 кгс/см^2), (132 ± 2) °С;
0,15 МПа (1,5 кгс/см^2), (126 ± 2) °С;
0,11 МПа (1,1 кгс/см^2), (120± 2) °С.

5.2.3. Сжигание.
5.2.4. Обработка СВЧ-излучением.
5.2.5. Обработка в дезинфекционных камерах: паровоздушный и пароформалиновый методы.
5.2.6. Ультрафиолетовое излучение.

Таблица 6

Режимы обеззараживания объектов, зараженных или подозрительных на заражение возбудителями инфекционных болезней I-II групп патогенности					
№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
I. Бактерии, не образующие спор*					
1	Ограниченные участки почвы (территории, дороги)	Орошение	5%-й раствор гипохлорита кальция	60	2 л/м^2
			1%-й по АХ раствор гипохлорита натрия	60	
			3%-й раствор хлорамина	60	
2	Поверхности в помещениях: пол, стены, двери; мебель: рабочие столы, шкафы, стулья и другие предметы мебели; оборудование, наружные поверхности БМБ; помещения вивария	Орошение или протирание с последующей влажной уборкой	1%-й раствор хлорамина	60	Орошение - 300 мл/м^2 Протирание - 200 мл/м^2
			1%-й осветленный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой	60	
			0,5%-й осветленный раствор КГН	60	
			1%-й по АХ раствор гипохлорита натрия	60	
			1%-й осветленный раствор ДСГК	60	
			0,015%-й по АХ раствор дезсредств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			Другие средства на основе хлорактивных соединений	В соответствии с инструкций по применению дезинфицирующего средства	
			3%-й раствор (по ПВ) водорода перекиси	60	Орошение - 300 мл/м^2 Протирание - 200 мл/м^2
			Другие средства на основе кислородактивных соединений	В соответствии с инструкций по применению дезинфицирующего средства	
			0,02% - 0,04%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ и их композиционных сочетаний	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
3	Виварий (при экстремальных ситуациях при условии герметизации помещений)	Аэрозольный метод дезинфекции помещения направленным факелом аэрозоля дезинфицирующих растворов с помощью пневматической (ПВАН, НТУ-6) или турбулирующей	6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	200 мл/м^3
			10%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	200 мл/м^3
			Другие средства на основе кислородактивных соединений	В соответствии с инструкций по применению дезинфицирующего средства	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		(ТАН) аэрозольных насадок	Другие средства на основе хлорактивных соединений	В соответствии с инструкций по применению дезинфицирующего средства	
4	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, респираторы, косынки), белье больного без видимых загрязнений	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120± 2) °С	30	
		Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5%-й раствор любого моющего средства	15	
		Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующей стиркой и полосканием	0,5%-й раствор хлорамина Б	60	5 л на 1 кг сухого белья
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			3%-й раствор по ПВ водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			0,02% - 0,3%-е (по сумме ДВ)		

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
5	Защитная одежда персонала (халаты, шапочкиреспираторы, косынки), белье больного, загрязненные выделениями (мокрота, моча, фекалии и другими выделениями) или кровью	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120± 2) °С	30	
		Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5%-й раствор любого моющего средства	15	
		Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующей стиркой и полосканием	1%-й раствор хлорамина	120	5 л на 1 кг сухого белья
			3%-й раствор хлорамина	30	
			0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	60	
			3%-й раствор по ПВ водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
6	Перчатки медицинские	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120± 2) °С	45	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
		Погружение	1%-й раствор хлорамина Б	120	
			0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	60	
			3%-й раствор (по ПВ) водорода перекиси с 0,5% моющего средства	30	
			0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
7	Очки, полнолицевые защитные маски, фонендоскоп и другое	Двукратное протирание с интервалом 15 мин с последующим	3%-й раствор по ПВ водорода перекиси с 0,5% моющего средства	30	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		ополаскиванием водой			
		Погружение	Растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			70%-й этиловый спирт	30	
8	Рабочая обувь, резиновые сапоги	Протирание	1%-й раствор хлорамина Б	60	
		Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, 57 - 59 °С	45	Формалина 75,0 мл/м^3 (30 кг/м^2 полезной площади камеры)
9	Рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны)	Дезинфекционная камера	Паровоздушный метод, 80 - 90 °С	20	40 кг/м^2 полезной площади камеры
10	Постельные принадлежности	Дезинфекционная камера	Паровоздушный метод, 80 - 90 °С	45	60 кг/м^2 полезной площади камеры
11	Предметы верхней одежды и обуви в том числе из натуральной кожи и меха;	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, 57 - 59 °С	45	Формалина 75,0 мл/м^3 (30 кг/м^2 полезной площади камеры)

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	изделия из синтетических материалов				
12	Посуда лабораторная: пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри стеклянные, мазки-отпечатки, мазки из культур, гребенки для сушки культур, шприцы	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
		Погружение	3%-й раствор хлорамина	60	Полное погружение
			0,1% - 0,2%-е по АХ растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			(0,03 - 0,08)%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
13	Посуда больного, щетки, используемые для мытья посуды (после обеззараживания хранят в специальной емкости)	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
		Погружение в дезинфицирующий раствор с последующим тщательным ополаскиванием	1%-й раствор хлорамина Б	120	2 л на 1 комплект посуды
			0,1% по АХ растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			(0,03 - 0,08)%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
14	Игрушки	Кипячение (кроме пластмассовых)	2% раствор натрия двууглекислого	15	Полное погружение
		Погружение или протирание тканевой салфеткой, смоченной в растворе с последующим мытьем	0,5%-й раствор осветленной хлорной извести, белильной термостойкой извести	60	Полное погружение или протирание (200 мл/м^2) с последующим тщательным промыванием водой
			0,5%-й раствор хлорамина	60	
			0,25%-й осветленный раствор КГН	60	
			0,03%-й по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению	
			3%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	15	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			0,03% - 0,04%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина,	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			ПГМГХ		
15	Бактериологические посевы	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
		При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе - погружение в один из дезинфицирующих растворов, указанных в пункте 4 настоящей главы Таблицы 6, на 24 ч			
16	Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования заразного материала, механические дозаторы	Кипячение	Вода	30	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
17	Бактериологические петли из стали, платины для пересева зараженного материала	Прокаливание в пламени горелки			
18	Инструменты многократного использования после вскрытия лабораторных животных и проведения патолого-анатомических работ	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	30	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
			Вода, температура 100 °С	30	
		Погружение	1%-й раствор хлорамина	30	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	80	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе глутарового альдегида	В соответствии с инструкцией по применению	
			0,2% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			0,2% - 0,3%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
19	Руки в медицинских перчатках во время работы с ПБА	Погружение и мытье	Дезинфицирующие растворы, указанные в пункте 6 настоящей главы Таблицы 6	2	
20	Незащищенные	Протирают	0,5%-й раствор хлорамина	2	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	участки кожи, руки	тампоном, смоченным раствором, затем моют теплой водой с индивидуальным туалетным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем	Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе)	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
21	При попадании инфекционного материала на открытые участки тела в случае аварии используют		1%-й раствор хлорамина	10	
			Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе)	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
22	Клетки, емкости для содержания лабораторных животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
		Заливают до краев и протирают снаружи тканевой салфеткой, смоченной дезинфицирующим раствором	3%-й раствор хлорамина	24 ч	
			1%-й раствор КГН	24 ч	
23	Емкости из-под	Паровой	Водяной насыщенный пар под	30	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	вскрытых животных, орудия лова	стерилизатор (автоклав)	давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С		
		Воздушный стерилизатор	Температура 160 °С	60	
		Погружение	3%-й раствор хлорамина	120	
		Орошение	3%-й раствор хлорамина	60	300 мл/м^2
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
24	Воздушные бактериальные фильтры	Орошают, извлекают, помещают в непроницаемый пакет, завязывают, сжигают	Применяют средства, указанные в пункте 2 настоящей главы Таблицы 6		
		Погружение	Применяют средства, указанные в пункте 2 настоящей главы Таблицы 6	48 ч	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
	Воздух в рабочей «заразной» зоне	Аэрозоли	Растворы водорода перекиси или средств на ее основе	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
		Установки для	Системы по обеззараживанию и	В соответствии с инструкцией по применению	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		обеззараживания воздуха	очистке воздуха, разрешенные к применению , в том числе УФ-излучение	производителя препарата	
25	Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
		Сжигание			
		Погружение	5%-й раствор хлорамина	24 ч	
26	Жидкие отходы, смывные воды «заразной» зоны	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120± 2) °С	30	
		Термическая обработка в УНОС	143±2°С (0,6 МПа)	8 мин	
			В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации		
		Термическая обработка в СТОС	(132 ± 2) °С (0,25 МПа)	90 мин	
			В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации		

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		Кипячение		30	
		Засыпать и размешать	Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или КГН	60	
			ДСГК	120	200 г/л
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	200 г/л
27	Выделения больного: мокрота, фекалии, рвотные массы, остатки пищи	Засыпать и размешать	Сухая хлорная известь или белильная термостойкая известь или ДСГК	60	200 г/л
			КГН	120	150 г/л
				30	200 г/л
			Дезинфицирующие средства в виде порошка, гранул или растворов на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	90	В соответствии с инструкцией по применению
			ГКТ	120	200 г/л марки А

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
					250 г/л марки Б
28	Моча, жидкость после полоскания зева	Залить и смешать с дезинфицирующим раствором	2%-й раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	60	Соотношение 1:1
			2%-й раствор хлорамина	60	Соотношение 1:1
			1%-й раствор КГН	60	Соотношение 1:1
		Засыпать средством и размешать	Дезинфицирующие средства на основе натриевой соли дихлор-изоциануровой кислоты или трихлоризоциапуровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
		Залить и смешать с дезинфицирующим раствором	Дезинфицирующие средства на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ в соответствии с инструкцией по применению		
		Засыпать и размешать	Хлорная известь или известь белильная термостойкая	15	10 г/л
			КГН	15	5 г/л
29	Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники);	Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим мытьем	1%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	30	
			0,5%-й раствор КГН	30	
			1%-й раствор хлорамина	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			3%-й раствор хлорамина	30	
			1,5%-й раствор ГКТ	30	
			0,2% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			0,2% - 0,3%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
30	Медицинские отходы: одноразовые лабораторные расходные материалы (в том числе шпатели, наконечники, пипетки, пинцеты); одноразовые средства индивидуальной защиты (в том числе маски, респираторы, перчатки, бахилы, халаты)	Погружение	Дезинфицирующие средства на основе натриевой или калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты, ЧАС, триамина, ПГМГХ в соответствии с инструкцией по применению	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
		Установки для дезинфекции отходов	Температура, СВЧ, дезинфицирующие средства	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
31	Санитарно-техническое	Протирание тканевой	0,06%-й по АХ раствор дезинфицирующих средств на	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	оборудование	салфеткой, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов	основе натриевой соли дихлор-изоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты		
			0,03% - 0,06%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ		
32	Уборочный материал, использованные тканевые салфетки	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	15	Полное погружение
		Замачивание	3%-й раствор хлорамина	60	
			0,6%-й (по АХ) раствор КГН	120	
			0,3% по АХ раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты	60	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			0,03% - 0,04%-е (по сумме ДВ) растворы дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
33	Твердые отходы	Сжигание			На 1 часть мусора 2

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		Погружение в дезинфицирующий раствор	5%-й раствор гипохлорита кальция	120	части дезинфицирующего раствора
			20%-е хлорно-известковое молоко	60	
34	Надворные туалеты, выгребные ямы, мусорные контейнеры	Орошение	5%-й раствор КГН	60	500 мл/м^2
35	Транспорт после транспортировки больного	Орошение с последующим протиранием сухой тканевой салфеткой	При положительных температурах дезинфицирующие растворы, указанные в пункте 2 настоящей главы Таблицы 6	30	300 мл/м^2
		Аэрозольный метод в помещениях и в палатках, приспособленных для размещения транспортных средств. Распыление растворов с помощью пневматической или турбулирующей аэрозольных насадок, либо аэрозольного генератора АГП	15%-й раствор КГН, содержащий 5% АХ	60	100 мл/м^3
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства или дезинфицирующих средств на их основе	30	400 мл/м^3

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
36	Мешочки для транспортирования диких грызунов	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды Вода, температура 100^0С	30 30	
37	Мазки-отпечатки, мазки из культур	Погружение	96%-й этиловый спирт, смесь Никифорова с последующим погружением в дезинфицирующий раствор, указанный в пункте 10 настоящей главы Таблицы 6	20	
38	Изделия из синтетических материалов	Дезинфекционная камера	Паровоздушный метод, 80 - 90 °С	30	60 кг/м^2
		Погружение	1%-й раствор хлорамина	5 ч	
39	Фильтрующая часть противогаза	Продувание паров формальдегида	Формалин 40% (подогрев). Воздух, содержащий пары формальдегида, пропускают через коробку, используя установку. Остаточные пары формальдегида нейтрализуют парами аммиака; принудительное продувание воздуха через коробку (до исчезновения запаха аммиака)	5	
40	Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации	Фумигация парами формальдегида	37% раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина)	8 ч	60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °С и относительной влажности 65%

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
* - для Coxiella burnetii использовать методы, средства, режимы обеззараживания, регламентированные для риккетсий					
II. Бактерии, образующие споры					
1	Ограниченные участки почвы (территории, дороги)	Орошение	4%-й активированный осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	120	10 л/м^2
			2%-й активированный осветленный раствор КГН, содержащий 1% АХ	120	10 л/м^2
2	Поверхности в помещениях: пол, стены, двери; мебель: рабочие столы, шкафы, стулья и другие предметы мебели; оборудование, наружные поверхности БМБ; помещения вивария	Орошение	20%-й осветленный или неосветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ	120	10 л/м^2
			15%-й раствор КГН, содержащий не менее 5% АХ	120	10 л/м^2
			Растворы дезинфицирующих средств на основе перекиси водорода и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе хлорактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	500 мл/м^2

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			5%-й раствор гипохлорита кальция	120	500 мл/м^2
			6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
			6%-й раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	60	
			5%-й раствор гипохлорита кальция	120	
			1%-й по АХ активированный осветленный раствор КГН, или хлорной извести, или белильной термостойкой извести, или ДСГК	120	
			1%-й по АХ активированный раствор хлорамина	120	
В случае аварии зараженные поверхности залить одним из вышеуказанных растворов на 2 ч					
			6%-й (по ПВ) раствор водорода	120	200 мл/м^3

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У		
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
3	Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы, шапочки), белье больного	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	60	
		Замачивание в дезинфицирующем растворе с последующей стиркой и полосканием	1%-й активированный раствор хлорамина	120	5 л/кг сухой защитной одежды
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	60	5 л/кг сухой защитной одежды
4	Перчатки медицинские	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
		Погружение в дезинфицирующий раствор	1%-й активированный раствор хлорамина	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			перекиси с 0,5% моющего средства		
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
5	Очки, полнолицевые защитные маски, фонендоскоп и другое	Двукратное протирание с интервалом 30 мин с последующим промыванием водой	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
6	Рабочая обувь, резиновые сапоги	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, температура 57 - 59 °С	165	Формалина 250 мл/м^3 (18 кг/м^2 полезной площади пола камеры)
		Двукратное протирание или обмывание салфеткой с интервалом 15 мин	1%-й активированный раствор хлорамина	60	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
7	Рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны)	Дезинфекционная камера	Паровоздушный метод, температура 97 - 98 °С	45	60 кг/м^2 полезной площади пола камеры
			Паровой метод, температура 104 -	60	50 кг/м^3 объема камеры

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			111 °С, давление 0,2 - 0,5 кгс/см^2		
8	Предметы верхней одежды и обуви в том числе из натуральной кожи и меха; Изделия из синтетических материалов	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, температура 57 - 59 °С	165	Формалина 250 мл/м^3 (18 кг/м^2 полезной площади пола камеры)
9	Посуда лабораторная: пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри стеклянные; мазки-отпечатки, мазки из культур; гребенки для сушки культур; шприцы и прочие	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
		Погружение	4%-й активированный раствор хлорамина	60	
			6% (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6% (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,1% ПАВ	30	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты		
10	Посуда больного	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
		Погружение	4%-й активированный раствор хлорамин Б	60	2 л на комплект посуды
			1%-й по АХ активированный раствор КГН	60	
			5%-й по АХ раствор гипохлорита кальция	60	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	2 л на комплект посуды
11	Игрушки	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
		Протирание двукратное с интервалом 30 мин	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			4%-й по ПВ раствор ПВК	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		Погружение	1%-й активированный раствор хлорамина	60	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			3%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	60	
			6%-й по ПВ раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
12	Бактериологические посевы, остатки проб исследуемого материала	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
13	Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования заразного материала, механические дозаторы	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
14	Петля микробиологическая	Прокаливание в пламени спиртовки	Пламя горелки		

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
15	Инструменты многократного использования после вскрытия лабораторных животных и проведения патолого-анатомических работ	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
		Погружение	Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе водорода перекиси		
			Растворы дезинфицирующих средств на основе глутарового альдегида		
16	Руки в медицинских перчатках во время работы с ПБА	Погружение и мытье	10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	5	
17	Незащищенные участки кожи, руки	Моют или протирают тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором, затем моют теплой водой	При попадании заразного материала - 1%-й активированный раствор хлорамина Б	5	
			Кожные антисептики на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		с индивидуальным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем	менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе)		
18	Клетки, емкости для содержания лабораторных животных, остатки корма	Заливают до краев и протирают снаружи двукратно с интервалом 3 ч	4%-й активированный раствор хлорамина Б	48 ч	
			2%-й активированный осветленный раствор КГН, содержащий 1% АХ	48 ч	
			4%-й активированный осветленный раствор ДСГК, содержащий 1% АХ	48 ч	
			20%-й раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ	48 ч	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	48 ч	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	24 ч	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
19	Металлические ящики, садки, сетчатые крышки и прочие	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	емкости из-под вскрытых животных	Обработка горячим воздухом	180 °С	60	
20	Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных, остатки корма	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Сжигание			
21	Помещение вивария	Двукратное орошение с интервалом 30 мин	20%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ	120	900 мл/м^2 для пористых, впитывающих поверхностей (штукатурка, кирпич и другие пористые поверхности) 500 мл/м^2 для непористых, не впитывающих поверхностей
			15%-й осветленный раствор КГН, содержащий 5% АХ	120	
			4%-й активированный раствор хлорамина	120	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			и 0,3% сульфонола или СФ-2У		
			10%-й раствор едкого натра при температуре 70 °С	120	
22	Воздушные бактериальные фильтры	Трехкратное орошение с интервалом 30 мин, после чего фильтр упаковывают в полиэтиленовый мешок, завязывают и сжигают или автоклавируют	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	500 мл/м^2 на каждое орошение
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
			Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
23	Жидкие отходы, смывные воды «заразной» зоны	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	90	
		Термическая обработка в УНОС	143 ± 2°С (0,6 МПа)	8 мин	
			В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации		
		Термическая	(132 ± 2) °С (0,25 МПа)	90 мин	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		обработка в СТОС			
			В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации		
		Кипячение		60	
		Засыпать сухим препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь, или ДСГК	120	200 г/л
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой соли дихлор-изоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			КГН	240	100 г/л
24	Выделения больного (моча)	Засыпать сухим препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь, или ДСГК	120	200 г/л
			КГН	120	100 г/л
25	Выделения больного: мокрота, фекалии, рвотные массы, остатки пищи	Засыпать сухим препаратом и размешать	Хлорная известь или белильная термостойкая известь, или ДСГК	120	500 г/кг
			КГН	240	100 г/кг
			Дезинфицирующие средства в виде	В соответствии с инструкцией по применению	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			порошка или гранул на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	производителя препарата	
26	Посуда из-под выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники); щетки, используемые для мытья (после обеззараживания хранят в специальной емкости)	Погружение в дезинфицирующий раствор с последующим мытьем в горячей воде	4%-й активированный раствор хлорамина	120	
			20%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести, содержащий не менее 5% АХ	120	
			15%-й осветленный раствор КГН, содержащий не менее 5% АХ	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	
27	Санитарно-техническое оборудование	Двукратное протирание с интервалом 30 мин	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	500 мл/м^2
			5%-й по АХ осветленный раствор хлорной извести, белильной термостойкой извести или КГН	120	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
28	Уборочный материал, использованные тканевые салфетки	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	60	
		Замачивание	4%-й активированный раствор хлорамина	120	5 л/кг
			5%-й по АХ раствор гипохлорита кальция	60	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
29	Твердые отходы	Сжигание			
30	Надворные туалеты, выгребные ямы, мусорные контейнеры	Двукратное орошение с интервалом 30 мин.	Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в пункте 21 настоящей главы Таблицы 6		
		Засыпать	Один из сухих дезинфектантов, указанных в пункте 25 настощей главы Таблицы 6		1 кг/м^2 поверхности выделений
31	Мазки-отпечатки, мазки из культур	Погружение	96%-й этиловый спирт с 3%-м раствором водорода перекиси с	30	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			последующей обработкой по режимам, указанным в пункте 9 настоящей главы Таблицы 6		
32	Транспорт после транспортировки больного	При положительных температурах: двукратное орошение с интервалом 15 мин	4%-й активированный раствор хлорамина	120	500 мл/м^2 на каждое орошение
			2%-й по АХ активированный раствор КГН	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
			Обработка аэрозолями 10% (по ПВ) раствора водорода перекиси с 0,5% сульфонола или СФ-2У	60	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе перекиси водорода и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе хлорактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
		При отрицательных температурах:	10%-ный раствор КГН с 15% поваренной соли	120	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		двукратное орошение с интервалом 30 мин	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	120	
			Рецептура, содержащая 10% водорода перекиси, 40% этилового или изопропилового спирта, 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
33	Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации	Фумигация парами формальдегида	37% раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина)	8 ч	60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °С и относительной влажности 65 %
			III. Вирусы, риккетсии и хламидии		
1	Ограниченные участки почвы (территории, дороги)	Орошение	5%-й раствор гипохлорита кальция	120	2 л/м^2
2	Поверхности в помещениях: пол, стены, двери; мебель: рабочие столы, шкафы, стулья и другие предметы	Двукратное орошение с интервалом 30 мин или двукратное протирание с интервалом 15 мин	3%-й раствор хлорамина	120	500 мл/м^2 на каждое орошение; 200 мл/м^2 на каждое протирание
			3%-й осветленный раствор хлорной извести или извести белильной термостойкой	120	
			0,5%-й раствор КГН или ДСГК	120	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	мебели; оборудование, наружные поверхности БМБ; помещения вивария		6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе перекиси водорода и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе хлорактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
	Для чрезвычайных ситуаций при условии герметизации помещений	Испарение раствора, нейтрализация с последующим проветриванием	40%-й водный раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% раствор при норме расхода 100 мл/м^3)	24 ч	Формалина 17,5 - 12,5 мл/м^3 (7 - 5 г/м^3 формальдегида) при температуре в помещении 20 - 25 °С; формалина 37,5 -

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		помещений			25,0 мл/м^3 (15 - 10 г/м^3 формальдегида) при температуре 15 - 17 °С и относительной влажности 60 - 92%
		Аэрозольный метод дезинфекции (орошение направленным факелом аэрозоля раствора) с помощью пневматической (ПВАН, НТУ-6) или турбулирующей (ТАН) аэрозольных насадок	6%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У, 3% раствор хлорамина	60	200 мл/м^3
			10%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	200 мл/м^3
		Аэрозольный метод дезинфекции при работе с жидким вируссодержащим материалом	10%-й раствор водорода перекиси	60	10 мл/м^3
		При работе с сухим вируссодержащим материалом	30%-й раствор водорода перекиси с 0,5% ПАВ	60	20 мл/м^3

*В случае необходимости работы дежурной вентиляции, обеспечивающей декомпрессионный режим в процессе обработки помещений, количество формалина увеличивают до 25 мл/м^3

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
В случае аварии залить зараженные поверхности одним из перечисленных выше растворов на 2 ч					
3	Защитная одежда персонала, белье, халаты, косынки, респираторы, белье больного (в том числе нательное, постельное, полотенца, носовые платки) без видимых загрязнений	Кипячение	2%-й раствор соды кальцинированной или 0,5% любого моющего средства	15	5 л/кг
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (110 ± 2)°С	45	
			Водяной насыщенный пар под давлением 2 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
		Замачивание в одном из дезинфицирующих растворов с последующей стиркой и полосканием	3%-й раствор хлорамина	30	5 л/кг
			0,5%-й активированный раствор хлорамина	30	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты		
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства при температуре раствора 50 °С	30	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства		

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
4	Защитная одежда персонала, белье, халаты, косынки, респираторы, белье больного (в том числе нательное, постельное, полотенца, носовые платки), загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и другими выделениями	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства	30	
		Погружение в раствор с последующим полосканием в воде и стиркой	3%-й раствор хлорамина	120	
			0,5%-й активированный раствор хлорамина	120	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре раствора 50 °С	60	
			0,2% - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120± 2) °С	45	
5	Перчатки медицинские	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120± 2) °С	45	
		Паровой	Водяной насыщенный пар под	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		стерилизатор	давлением 2 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С		
		Кипячение	Вода, температура 100 °С	30	
		Погружение в раствор	3%-й раствор хлорамина	60	
			6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
6	Очки, полнолицевые защитные маски, фонендоскоп и другие	Двукратное протирание с последующим ополаскиванием водой	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской или технической	15	
		Погружение	70%-й этиловый спирт	30	
7	Рабочая обувь, резиновые сапоги	Двукратное протирание с интервалом 15 мин	Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в пункте 2 настоящей главы Таблицы 6		
8	Рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны)	Дезинфекционная камера	Паровоздушная смесь при температуре 80 - 98 °С	120	40 кг/м^2 полезной площади
9	Предметы верхней	Дезинфекционная	Пароформалиновый метод,	45	Формалина 75,0 мл/м^3

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	одежды и обуви в том числе из натуральной кожи и меха; изделия из синтетических материалов	камера	температура 57 - 59 °С		(30 кг/м^2 полезной площади камеры)
10	Посуда лабораторная: пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри стеклянные, мазки-отпечатки, мазки из культур, шприцы и прочие	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
			Водяной насыщенный пар под давлением 2 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132±2) °С	60	
		Погружение в раствор с последующим промыванием водой	3%-й раствор хлорамина	60	
			3%-й осветленный раствор хлорной извести или белильной термостойкой извести	60	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			6%-й раствор водорода перекиси медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
11	Посуда больного, щетки, используемые для мытья посуды (после обеззараживания хранят в специальной емкости)	Кипячение вместе с остатками пищи	2% раствор натрия двууглекислого	30	
		Погружение в раствор дезинфицирующего средства, последующее промывание в горячей мыльной воде, а затем в питьевой воде	3%-й раствор хлорамина	60	
			0,5%-й активированный раствор хлорамина	60	
			5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция	60	
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			6%-й (по 1ПВ) раствор водорода перекиси медицинской или технической с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й раствор водорода перекиси	30	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			медицинской или технической с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У		
			0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных дезинфицирующих средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
12	Вируссодержащая жидкость, взвесь зараженной культуры клеток	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
	При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе:				
		Кипячение	Вода	30	
		Залить раствором	Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в пункте 4 настоящей главы Таблицы 6	24 ч	
13	Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования заразного материала, механические дозаторы	Кипячение	Вода	30	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
14	Инструменты многоразового использования из металлов после вскрытия животных	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
		Кипячение	Вода	30	
			2% раствор натрия двууглекислого	15	
		Погружение в раствор	4% раствор гидроксида натрия	60	
			3%-й раствор хлорамина	60	
15	Руки в медицинских перчатках во время работы с ПБА	Мытье в растворе дезинфицирующего средства	Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в пункте 5 настоящей главы Таблицы 6	2	
			3%-й раствор хлорамина	2	
			70%-й этиловый спирт	2	
16	Незащищенные участки кожи, руки	Моют или протирают тампоном, смоченным дезинфицирующим раствором, затем моют теплой водой с индивидуальным туалетным мылом, вытирают	1%-й раствор хлорамина	10	
			70%-й этиловый спирт	2 раза по 3 мин	
			Кожные антисептики: на основе спирта этилового (не менее 70% по массе); спирта изопропилового (не менее 60% по массе); смеси спиртов (не менее 60% по массе)	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		индивидуальным полотенцем			
17	Емкости и бачки для животных	Заливают до краев и протирают дезинфицирующим раствором до краев, снаружи тканевой салфеткой, смоченной в растворе	5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция	24 ч	
			3%-й раствор хлорамина Б	24 ч	
			4% раствор гидроксида натрия	24 ч	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У		
18	Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов	Обеззараживание сухим жаром	Температура 180 °С	60	
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
		Погружение в раствор	4% раствор гидроксида натрия	24 ч	
19	Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных	Сжигание			
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
20	Воздушные фильтры	Орошение	Применяют средства, указанные в пункте 2 настоящей главы Таблицы		

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			6		
		Извлекают, помещают в полиэтиленовый пакет, завязывают, сжигают	-		
		Погружение	Применяют средства, указанные в пункте 2 настоящей главы Таблицы 6		
		Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132 ± 2) °С	60	
		Аэрозольный метод дезинфекции	Растворы дезинфицирующих средств на основе перекиси водорода и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе хлорактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
21	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126 ± 2) °С	60	
		Кипячение		30	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		Термическая обработка в УНОС	143±2°С (0,6 МПа)	8 мин	
			В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации		
		Термическая обработка в СТОС	(132 ± 2) °С (0,25 МПа)	90 мин	
			В соответствии с инструкцией по эксплуатации производителя и на основании положительных результатов комиссионных испытаний эффективности обеззараживания, согласованных с КББ и утвержденных руководителем организации		
		Засыпать препаратом и размешать	Гипохлорита кальция	120	100 г/л
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой или калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты	120	100 г/кг
22	Выделения больного: мокрота, фекалии, рвотные массы, остатки пищи	Засыпать препаратом и размешать	Гипохлорита кальция	120	200 г/кг
			Дезинфицирующие средства в виде порошка или гранул на основе натриевой или калиевой соли дихлоризоциануровой кислоты	120	100 г/кг
23	Посуда из-под	Погружение в один	3%-й раствор хлорамина	60	-

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	выделений больного (горшки, подкладные судна, мочеприемники)	из дезинфицирующих растворов с последующим промыванием водой	0,5%-й активированный раствор хлорамина Б	60	
			5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция	60	
24	Моча, жидкость после полоскания зева	Засыпать препаратом и размешать	Гипохлорита кальция	60	35 г/л
25	Санитарно-техническое оборудование (в том числе ванны, унитазы, раковины)	Двукратно протирают ветошью, смоченной в одном из дезинфицирующих растворов	Дезинфицирующие средства и концентрации растворов, указанные в пункте 2 настоящей главы Таблицы 6	120	
26	Уборочный материал	Кипячение	2%-й мыльно-содовый раствор или раствор любого моющего средства	30	
		Погружение в один из дезинфицирующих растворов с последующим прополаскиванием в воде	Дезинфицирующие средства и режимы применения, указанные в пункте 4 настоящей главы Таблицы 6		
27	Надворные туалеты, выгребные ямы, мусорные контейнерысанитарные	Орошают внутренние поверхности одним из дезинфицирующих	5%-й раствор гипохлорита кальция	120	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	установки	растворов			
28	Твердые отходы	Заливают раствором	5%-й раствор гипохлорита кальция	120	Мусор 1 ч., дезраствор 2 ч.
29	Транспорт после транспортировки больного	Орошают или двукратно протирают тканевой салфеткой, смоченной в растворе, с интервалом 15 мин, после чего протирают тканевой салфеткой, смоченной в воде	3%-й раствор хлорамина	60	300 мл/м^2
			Раствор дезинфицирующих средств на основе натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты или трихлоризоциануровой кислоты	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	
			6%-й раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			0,2 - 0,4%-е (по сумме ДВ) растворы композиционных средств на основе ЧАС, триамина, ПГМГХ	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе перекиси водорода и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе хлоактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
30	Подстилочный материал, выделения животных, остатки корма	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под избыточным давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132±2) °С	60	
31	Мешочки для транспортирования диких грызунов	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	
			Вода, температура 100 °С	30	
32	Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации	Фумигация парами формальдегида	37%-й раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина)	24 ч	60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °С и относительной влажности 65%
33	Пневмокостюмы, противогазовые коробки	Орошают последовательно	4% раствор едкого натра 6% раствор перекиси водорода	3-5 мин	60 л на человека
		Аэрозольный метод дезинфекции	10% раствор перекиси водорода	60 мин	20 мл на м^3 в дезинфекционной камере
		Обработка в камере дезинфекционной формалиновой	(60 ± 2) °С	4 часа	
			IV. Грибы		
1	Поверхности в	Орошение или	5%-й раствор по АХ гипохлорита	60	200 мл/м^2

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	помещениях: пол, стены, двери; мебель: рабочие столы, шкафы, стулья и другие предметы мебели; оборудование, наружные поверхности БМБ; помещения вивария	двукратное протирание с интервалом 30 мин	кальция		
			5%-й раствор хлорамина	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	200 мл/м^2
			Растворы дезинфицирующих средств на основе перекиси водорода и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе хлорактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
2	Поверхности термокамер	Двукратное орошение или двукратное протирание с интервалом 30 мин	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	60	500 мл/м^2
3	Защитная одежда, белье	Паровой стерилизатор (автоклав)	1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120±2) °С	60	
			1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126±2) °С	30	
			2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132±2) °С	20	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
		Погружение	6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	200 мл/м^2
4	Халаты, косынки, респираторы	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	5 л/кг сухого белья
		Погружение	5%-й раствор хлорамина	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	200 мл/м^2
5	Перчатки медицинские	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
6	Защитные очки, полнолицевые маски, тапочки	Двукратное протирание с интервалом 30 мин	Одним из растворов, перечисленных в пункте 4 настоящей главы Таблицы 6		
7	Рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны) Рабочая обувь	Камерное обеззараживание	Паровоздушный метод 80 - 90 °С	15 - 20	8 - 10 компл. (60 кг/м^2)
8	Предметы верхней одежды и обуви в том числе из натуральной кожи и меха Изделия из синтетических материалов	Камерное обеззараживание	Пароформалиновый метод, 57 - 59 °С	30	формалина (5 компл. 30 кг/м^2) 75 мл/м^2
9	Посуда лабораторная:	Паровой	1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120±2) °С	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
	пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри стеклянные;мазки-отпечатки, мазки из культур; гребенки для сушки культур; шприцы и прочие	стерилизатор (автоклав)	1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126±2) °С	30	
			2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132±2) °С	20	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	30	
		Погружение	5%-й раствор хлорамина	120	Полное погружение
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
10	Культуры грибов на плотных питательных средах. Опытные тест-поверхности	Паровой стерилизатор (автоклав)	1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), (120±2) °С	60	
			1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126±2) °С	30	
			2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), (132±2) °С	20	
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	Полное погружение
11	Руки, зараженные участки кожи Руки в медицинских перчатках во время работы с ПБА	Моют или протирают тампоном, смоченным дезраствором, затем моют теплой водой с индивидуальным мылом, вытирают индивидуальным полотенцем	При попадании заразного материала - 1%-й активированный раствор хлорамина	5	
			70% раствор спирта этилового	5	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
12	Органы грызунов для гистологического исследования	Погружение	10%-й раствор формалина	24 ч	Полное погружение
13	Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных	Сжигание			
		Паровой стерилизатор (автоклав)	1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), (126±2) °С	60	
14	Клетки, емкости для содержания лабораторных животных, остатки корма. Металлические ящики, садки, сетчатые крышки и прочие емкости из-под вскрытых животных	Залить до краев и протереть снаружи двукратно с интервалом 3 ч	5% раствор хлорамина	48 ч	
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	Полное погружение
15	Инструменты многократного использования после вскрытия лабораторных животных и проведения патологоанатомических работ	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	30	
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	Полное погружение

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
16	Уборочный материал, использованные тканевые салфетки	Кипячение	2%-й раствор кальцинированной соды	30	
			5%-й раствор хлорамина	120	Полное погружение
			10%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
18	Транспорт после транспортировки больного	При положительных температурах: двукратное орошение с интервалом 15 мин	4%-й активированный раствор хлорамина	120	500 мл/м^2 на каждое орошение
			5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция	120	
			3%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 0,5% моющего средства при температуре 50 °С	60	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси медицинской с 0,5% моющего средства	120	
			6%-й (по ПВ) раствор водорода перекиси с 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	30	
			5%-й раствор формальдегида с 5% мыла при температуре 60 °С	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Обеззараживающее средство	Время обеззараживания, мин.	Норма расхода
			Обработка аэрозолями 10% (по ПВ) раствора водорода перекиси	60	
		При отрицательных температурах: двукратное орошение с интервалом 30 мин	5%-й раствор по АХ гипохлорита кальция	120	
			Рецептура, содержащая 10% водорода перекиси, 40% этилового спирта, 1% муравьиной кислоты и 0,3% сульфонола или СФ-2У	60	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе перекиси водорода и других кислородактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
			Растворы дезинфицирующих средств на основе хлорактивных соединений	В соответствии с инструкцией по применению производителя препарата	
19	Скрытые полости и обратная сторона фильтров БМБ при условии герметизации	Фумигация парами формальдегида	37%-й раствор формальдегида с последующей нейтрализацией его аммиаком (25% при норме расхода 60 мл на 100 мл формалина)	8 ч	60 мл формалина и 60 мл воды испаряется на каждый кубический метр объема бокса при температуре выше 20 °С и относительной влажности 65%

Отсчет времени обеззараживания при кипячении начинается с момента закипания воды.
Кроме указанных обеззараживающих средств допускается применение других изученных и разрешенных к применению в Российской Федерации в установленном порядке обеззараживающих средств, эффективных в отношении микроорганизмов I - II групп патогенности.

Таблица 7

Режимы обеззараживания физическими методами различных объектов, зараженных или подозрительных на заражение возбудителями инфекционных болезней III-IV групп патогенности					
№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
I. Бактерии, не образующие спор					
1.	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, респираторы, косынки), без видимых загрязнений и загрязненное выделениями (мокрота, моча, фекалии и иные выделения), кровью*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	30	
		Кипячение	2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства	15	
2.	Перчатки медицинские*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	45	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
3.	Рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны)	Дезинфекционная камера		20	40 кг/м^2 полезной площади камеры
4.	Постельные принадлежности	Дезинфекционная камера		45	60 кг/м^2 полезной площади камеры

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
5	Предметы верхней одежды и обуви из натуральных материалов (в том числе изделия меховые, кожаные)	Дезинфекционная камера		45	30 кг/м^2 полезной площади камеры
6	Посуда лабораторная (пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри); мазки – отпечатки; гребенки для сушки культур, шприцы и прочие*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С (при наличии соответствующих указаний в инструкции по эксплуатации оборудования и согласования комиссии по биологической безопасности учреждения)	20	
		Кипячение		30	
7.	Бактериологические посевы	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С (при наличии соответствующих указаний в инструкции по эксплуатации оборудования и	20	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
			согласования комиссии по биологической безопасности учреждения)		
		Кипячение	Вода	30	
8.	Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования зараженного материала	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Кипячение	Вода	30	
9.	Петли бактериологические для пересева зараженного материала	Прокаливание			
10.	Инструменты после вскрытия лабораторных животных, проведения патологоанатомических работ*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	30	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
			Вода	30	
11.	Клетки, банки и бачки для животных, подстилочный материал, выделения животных, остатки корма*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
12.	Клетки, металлические ящики,	Паровой	Водяной насыщенный пар под давле-	30	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
	садки, бачки из-под вскрытых животных и орудия лова*	стерилизатор	нием 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С		
		Воздушный стерилизатор	Температура 160°С	60	
13.	Воздушные бактериальные фильтры*	Паровой стерилизатор (автоклав)	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	60	
14.	Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Сжигание			
15.	Жидкие отходы, смывные воды*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	30	
		Кипячение		30	
16.	Твердые отходы «заразной» зоны	Сжигание			
17.	Мешочки для транспортирования диких грызунов	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	30	
			Вода	30	
II. Микобактерии					

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
1.	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, респираторы, косынки), без видимых загрязнений и загрязненное выделениями (мокрота, моча, фекалии и другие выделения), кровью*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	45	
		Кипячение	2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства	15	
2.	Перчатки медицинские*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	45	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
3.	Посуда лабораторная многократного применения (пипетки, пробирки, колбы, чашки Петри); мазки - отпечатки, гребенки для сушки культур, шприцы, плевательницы, освобожденные от мокроты*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
4.	Мокрота*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
5.	Бактериологические посевы	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	90	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
6.	Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования зараженного материала	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	90	
		Кипячение	2%-ный раствор натрия двууглекислого	60	
7.	Петли бактериологические для пересева зараженного материала	Прокаливание			
8.	Инструменты после вскрытия лабораторных животных	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
9.	Клетки, банки и бачки для животных, подстилочный материал, выделения животных, остатки корма*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
10.	Металлические ящики, садки, бачки из-под вскрытых животных и орудия лова*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Воздушный стерилизатор	Температура 180°С	60	
11.	Воздушные бактериальные фильтры*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кГс/см^2 (0,2 МПа),	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
			132±2 °С		
12.	Трупы животных, подстилочный материал, выделения животных*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	90	
		Сжигание			
13.	Твердые отходы «заразной» зоны	Сжигание			
14.	Мешочки для транспортирования диких грызунов	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	30	
			Вода	30	
III. Бактерии, образующие споры					
1.	Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы, шапочки)*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
		Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	60	
2.	Перчатки медицинские*	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
3.	Рабочая обувь, резиновые сапоги	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, температура 57-59°С	165	Формалина 250 мл/м^2 (18 кг/м^2 полезной площади пола камеры)

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
4.	Верхняя рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны), постельные принадлежности	Дезинфекционная камера	Паро-воздушный метод, температура 97-98°С	45	60 кг/м^2 полезной площади пола камеры
			Паровой метод, температура 104-111°С, давление 0,2-0,5 кГс/см^2	60	50 кг/м^2 объема камеры
5.	Одежда и обувь из натуральных материалов (в том числе изделия из кожи, меха)	Дезинфекционная камера	Пароформалиновый метод, температура 57-59°С	165	Формалина 250 мл/м^2 (18 кг/м^2 полезной площади пола камеры)
6.	Посуда лабораторная стеклянная многократного применения (в том числе чашки Петри, пробирки, пипетки, колбы)*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
7.	Посевы	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
8.	Резиновые пробки, механические устройства для пипетирования зараженного материала	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
9.	Петля микробиологическая	Прокаливание	Пламя горелки		

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
10.	Инструменты после вскрытия животных	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
11.	Клетки, банки и бачки для животных (банки из-под животных с подстилочным материалом и выделениями животных)*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
12.	Металлические ящики, садки, сетчатые крышки и прочие*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
		Обработка горячим воздухом	180°С	60	
13.	Трупы лабораторных животных	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
		Сжигание			
14.	Воздушные бактериальные фильтры	Сжигают или автоклавируют	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	
15.	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	90	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
		Кипячение		60	
16.	Твердые отходы «заразной» зоны	Сжигание			
IV. Вирусы					
1.	Защитная одежда персонала, бельс, халаты, косынки, респираторы, маски, без видимых загрязнений*	Кипячение	2% раствор соды кальцинированной или 0,5% любого моющего средства	15	5 л/кг
		Дезинфекционная камера	Паровоздушная смесь при температуре 80-98°С	120	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	45	
2.	Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы) бельс, загрязненные кровью, гноем, фекалиями, мокротой и другими выделениями*	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды или 0,5% раствор любого моющего средства	30	
		Обеззараживание в паровом стерилизаторе	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	45	
3.	Перчатки медицинские*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	45	
			Водяной насыщенный пар под давле-	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
			нием 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С		
		Кипячение	Вода	30	
4.	Верхняя рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны), постельные принадлежности	Дезинфекционная камера	Паровоздушная смесь при температуре 80-90°С	45	40 кг/м^2 полезной площади
5.	Одежда и обувь из натуральных материалов (меховые и кожаные изделия)	Дезинфекционная камера	Пароформалиновая смесь при температуре 57-59°С	120	Формалина 75,0 мл/м^2 30 кг/м^2 полезной площади камеры
6.	Посуда лабораторная стеклянная (в том числе чашки Петри, пробирки, пипетки); мазки-отпечатки.*	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	30	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С (при наличии соответствующих указаний в инструкции по эксплуатации оборудования и согласования комиссии по биологической безопасности учреждения)	20	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
7.	Вируссодержащая жидкость, взвесь зараженной культуры клеток	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	60	
	При отсутствии возможности обеззараживания в паровом стерилизаторе:				
		Кипячение	Вода	30	
8.	Резиновые, силиконовые пробки, шланги механические устройства для пипетирования зараженного материала, гребенки, сушки культур	Кипячение	Вода	30	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	20	
9.	Инструменты из металлов после вскрытия животных*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	20	
		Кипячение	Вода	30	
			2% раствор натрия двууглекислого	15	
10.	Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов*	Воздушный стерилизатор	Температура 180±3 °С	60	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	20	
11.	Трупы лабораторных животных	Сжигание			

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	60	
12.	Воздушные фильтры*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	60	
13.	Жидкие отходы, смывные воды	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С, 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	60	
		Кипячение		30	
		Термическая обработка в УНОС	143±2°С	7-10 мин	
14.	Уборочный материал (в том числе ветошь, мочалки)*	Кипячение	Мыльно-содовый раствор или раствор любого моющего средства	30	
15.	Подстилочный материал, выделения животных, остатки корма	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	60	
16.	Мешочки для транспортирования диких грызунов	Кипячение	2% кальцинированной соды	30	
			Вода	30	
V. Риккетсии					

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
1.	Защитная одежда персонала (халаты, косынки, респираторы, шапочки)*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	60	
		Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	15	
2.	Перчатки медицинские*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	60	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
3.	Одежда и обувь из натуральных материалов (кожаные, меховые изделия)	Дезинфекционная камера	Пароформалиновая смесь при температуре 57-59°С		Формалина 250 мл/м^2 18 кг/м^2 полезной площади камеры
4.	Верхняя рабочая одежда (куртки, комбинезоны и прочие)	Дезинфекционная камера	Паровоздушная смесь при температуре 80-90°С	45	60 кг/м^2 полезной площади камеры
5.	Посуда лабораторная стеклянная многократного применения (в том числе чашки Петри, пробирки, пипетки, колбы)*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
10.	Посевы	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	90	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
11.	Резиновые пробки, механические дозирующие устройства для работы с зараженным материалом, инструменты после вскрытия животных	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	60	
12.	Металлические ящики, садки, орудия для лова грызунов*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	45	
		Воздушный стерилизатор	180±3 °С	60	
13.	Трупы лабораторных животных, подстилочный материал, остатки кормов, выделения животных	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	60	
		Сжигание			
14.	Жидкие отходы, смывные воды*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	60	
		Кипячение	Вода	30	
15.	Остатки пищи	Кипячение	Вода	30	
16.	Концентрированные суспензии риккетсии	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	45	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
		Кипячение	Вода	30	
17.	Куриные эмбрионы	Автоклавирование после погружения в 3,0% раствор едкого натра на 5 суток	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	45	
18.	Твердые отходы «заразной» зоны	Сжигание			
VI. Грибы					
1.	Защитная одежда, белье	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	60	
			Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	30	
			Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	20	
2.	Халаты, косынки, респираторы*	Кипячение	2% раствор кальцинированной соды	30	5 л/кг сухого белья
3.	Перчатки медицинские	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	15	
4.	Верхняя рабочая одежда (в том числе куртки, комбинезоны)	Дезинфекционная камера	Паро-воздушная смесь 80-90°С	15-20	8-10 компл. (60 кг/м^2)

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
5.	Одежда, обувь из натуральных материалов (натуральный мех, кожа)	Дезинфекционная камера	Пароформалиновая смесь 57-59°С	30	5 компл. (30 кг/м^2) формалина 75 мл/м^2
6.	Посуда лабораторная (в том числе чашки Петри, пробирки, колбы), резиновые, силиконовые шланги, механические дозирующие устройства*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	60	
			Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	30	
			Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	20	
		Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	30	
7.	Культуры грибов на плотных питательных средах. Опытные тест-поверхности	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	60	
			Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	30	
			Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	20	
8.	Трупы лабораторных животных	Сжигание			
		Паровой	Водяной насыщенный пар под давле-	60	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
		стерилизатор	нием 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С		
9.	Инструменты после вскрытия животных*	Кипячение	2% раствор натрия двууглекислого	30	
		Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	20	
10	Подстилочный материал, остатки кормов, выделения животных	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,5 кгс/см^2 (0,15 МПа), 126±2 °С	60	
11	Клетки, банки и прочие емкости из-под вскрытых животных*	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	60	
			Водяной насыщенный пар под давлением 2,0 кгс/см^2 (0,2 МПа), 132±2 °С	30	

*Возможно использование дезинфицирующих средств, разрешенных к применению в Российской Федерации, в соответствии с режимами, указанными в инструкциях по их применению.

Таблица 8

Режимы обеззараживания различных объектов окружающей среды, зараженных или подозрительных на заражение возбудителями паразитарных болезней (цистами и ооцистами простейших, яйцами и личинками гельминтов)					
№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
1	2	3	4	5	6
1.	А) Поверхности в помещениях «заразной» зоны лаборатории (пол, стены, двери); мебель (в том числе рабочий стол, индивидуальные шкафы, внешние поверхности БМБ), лабораторное оборудование; Б) Оборудование и мебель в помещении вивария.	Орошение или протирание с последующей влажной уборкой	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
			Растворы дезинфицирующих средств на основе хлорактивных соединений в соответствии с инструкцией по применению		
			Растворы дезинфицирующих средств на основе кислородактивных соединений в соответствии с инструкцией по применению		
		УФ-облучение	Бактерицидные ультрафиолетовые облучатели открытого типа	40	
		Протирание ватным или марлевым тампоном, смоченным спиртом, с последующим фламбированием	Спирт этиловый технический	5	15 мл/м^2
2.	Санитарно-техническое оборудование	Протирание	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
3.	Защитная одежда персонала (халаты, шапочки, маски, косынки)	Кипячение	0,5% раствор моющего средства	15	
4.	Перчатки медицинские	Паровой стерилизатор	Водяной насыщенный пар под давлением 1,1 кгс/см^2 (0,11 МПа), 120±2°С	30	
		Погружение	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
5.	Посуда лабораторная стеклянная	Кипячение	0,5% раствор моющего средства	30	
		Погружение	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
6.	Резиновые пробки, шланги, механические устройства для пипетирования	Кипячение	Вода с 0,5% моющего средства	30	
7.	Инструменты после вскрытия лабораторных животных	Кипячение	0,5% раствор моющего средства	15	
		Погружение	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
8.	Руки в медицинских перчатках	Мытьё	Антибактериальное мыло, с последующей обработкой этиловым спиртом 70%		
9.	Руки без перчаток	Мытьё, протирание тампоном	Туалетное мыло, 70% этиловый спирт	2	

№ п/п	Объект, подлежащий обеззараживанию	Способ обеззараживания	Дезинфицирующий агент	Время обеззараживания, мин	Норма расхода
10.	При попадании инфекционного материала на незащищенную кожу	Протирание тампоном с дез. средством, мытьё с мылом, с последующей обработкой 70% этиловым спиртом	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
11.	Клетки, банки для содержания животных, подстилочный материал, остатки корма	Погружение	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
12.	Контейнеры с фекалиями, желчью, мокротой, мочой и другими выделениями	Погружение	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
13.	Посуда из под выделений больного (в том числе горшки, судна, мочеприемники)	Погружение	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
14.	Одноразовые расходные материалы, пластиковая лабораторная посуда, используемая при работе с кровью и сывороткой крови	Погружение с экспозицией в термостате при 60° С	Перекись водорода 6% раствор	180	
15.	Уборочный инвентарь, материалы, ветошь	Кипячение		15	
		Замачивание	Средства дезинвазии, разрешенные в соответствии с инструкцией по применению производителя		
Отсчет времени обеззараживания при кипячении начинается с момента закипания воды					

Приложение 3
к СП 3.3686 -21

Обеспечение безопасности при работе с ПБА в части использования рабочей одежды и средств индивидуальной защиты

1. Каждый сотрудник лаборатории должен быть обеспечен рабочей одеждой для проведения работ на территории «заразной» зоны, не связанных с ПБА: пижамами или комбинезонами - три комплекта, обувью, закрывающую носки и пятки и имеющую устойчивую, нескользящую подошву, устойчивую к обработке дезсредствами - две пары, носками - три пары, халатами медицинскими – два.

2. Конструкция СИЗ должна обеспечивать прилегание к телу в критических местах, особенно по овалу лица, на запястьях и щиколотках, с сохранением при этом свободы движений человека.

3. При работе в стационарных и мобильных лабораториях, медицинских организациях лечебно-профилактического профиля персонал должен использовать противочумные костюмы I - IV типов или их аналоги одноразового или многократного применения, изолирующие костюмы и другие средства, разрешенные к применению.

4. В зависимости от характера выполняемой работы, степени ее опасности для персонала, используют определенные типы защитных костюмов.

5. Типы классических противочумных костюмов различаются по целевому назначению.

I тип – включает: большую противочумную косынку (120 х 120 х 150 см) или капюшон (шлем); противочумный халат (по типу хирургического, длиной до нижней трети голени, полы должны заходить друг за друга не менее чем на 15 см, у ворота длинные завязки или плотно прилегающие манжеты); одноразовые медицинские перчатки с удлиненными манжетами (хирургические), устойчивые к действию агрессивных химических веществ (дезинфектантов), при необходимости - с защитой от проколов и порезов; сапоги резиновые (или высокие водонепроницаемые бахилы); полотенце; для защиты органов дыхания и органов зрения используют:

противоаэрозольный (противопылевой) респиратор (фильтрующую полумаску) класса защиты FFP 3 или изолирующую полумаску с противоаэрозольным или

комбинированным фильтром класса защиты Р3 (по противоаэрозольному компоненту) в комплексе с защитными очками с непрямой вентиляцией;

изолирующую полнолицевую маску или противогаз с противоаэрозольным или комбинированным фильтром (ами) класса защиты Р3 по противоаэрозольному компоненту;

шлем, капюшон с системой принудительной подачи очищенного воздуха, снабженной противоаэрозольным или комбинированным фильтром класса защиты Р3 по противоаэрозольному компоненту.

При вскрытии трупов людей или крупных животных) дополнительно надевают водонепроницаемые фартук, нарукавники и вторую пару перчаток или перчатки с защитой от проколов и порезов.

При необходимости, при работе с лабораторными животными используют кольчужные перчатки, краги.

II тип - большая косынка (капюшон), противочумный халат, респиратор или иное СИЗОД, одноразовые медицинские перчатки с удлиненными манжетами (хирургические) при необходимости - перчатки с защитой от проколов и порезов, сапоги (или водонепроницаемые бахилы), полотенце. Отличается от костюма I типа отсутствием защиты органов зрения.

III тип - большая косынка (капюшон), противочумный халат, респиратор, одноразовые медицинские перчатки с удлиненными манжетами (хирургические), при необходимости перчатки с защитой от проколов и порезов, защитная обувь (глубокие галоши, сапоги или высокие водонепроницаемые бахилы), полотенце. Отличается от костюма I типа отсутствием защиты органов зрения и дыхания. При транспортировании инфицированного материала в автоклав – костюм дополняют водонепроницаемым фартуком.

IV тип - шапочка (малая косынка, медицинский колпак), противочумный (хирургический) халат, медицинские перчатки.

6. Допускается использование аналогов классического противочумного костюма. Разрабатываемые аналоги должны соответствовать типам противочумного костюма:

I тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела, лица, органов дыхания, органов зрения;

II тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела, лица, органов дыхания;

III тип - обеспечивает защиту кожных покровов рук, поверхности тела;

IV тип - обеспечивает защиту поверхности тела, кожных покровов рук.

7. Возможно использование СИЗ, изготовленных из материалов обладающих высокими барьерными свойствами, сохраняющимися после определенного количества циклов обработки.

Противочумный (хирургический) халат может быть заменен на защитный комбинезон.

8. В зависимости от характера выполняемой работы, степени ее опасности для персонала используют определенные типы противочумных костюмов или их аналогов.

При использовании аналогов противочумных костюмов, в том числе и одноразовых, порядок надевания и снятия определяется локальными актами организации.

9. В стационарных максимально изолированных лабораториях персонал при работе с микроорганизмами I - II групп патогенности использует пневмокостюмы, пневмокуртки, пневмошлемы или их аналоги, разрешенные к применению.

10. К работе в костюме допускаются лица, не имеющие медицинских противопоказаний к ношению защитной одежды, прошедшие практическое обучение, инструктаж по правилам работы и сдавшие зачет.

11. Воздух, подаваемый в подкостюмное пространство, должен соответствовать следующим параметрам: температура (25 ± 3) °С, расход (20 ± 3) $м^3$ $_ч$, избыточное давление по отношению к помещению (100 - 200) Па.

12. Перед каждым использованием проверке на централизованном специальном участке подлежат пневмокостюмы на целостность и комплектные к ним фильтры тонкой очистки воздуха на оценку коэффициента проскока. Результаты проверки фиксируются в специальных журналах. Выдача проверенных костюмов и фильтров производится под личные росписи лиц, получающих их для работы. Непосредственно перед заходом в зону каждый исполнитель визуально проверяет полученный пневмокостюм на целость и делает об этом запись в соответствующем журнале.

13. Правила работы, порядок надевания и снятия пневмокостюмов регламентируются в рабочих инструкциях. По окончании работы пневмокостюмы подвергаются обработке в дезинфицирующем душе и далее обработке в парогазовых передаточных камерах с последующей их проверкой на целость.

14. Для проведения полевых работ с дикими позвоночными и беспозвоночными животными сотрудники должны быть обеспечены соответствующей сезону защитной одеждой:

в теплое время года - легким рабочим костюмом (брюками и курткой или комбинезоном), противоэнцефалитным костюмом, берцами летними, резиновыми

болотными сапогами при работе в пойменных биотопах и летним головным убором (на одного работника по два комплекта костюма и три пары хлопчатобумажных перчаток);

в холодное время года - теплым костюмом, утепленной курткой с непромокаемым верхом, утепленными брюками, берцами зимними или валенками с калошами, теплыми рукавицами, зимним головным убором;

15. Для работ по истреблению грызунов все рабочие должны быть обеспечены защитной одеждой: комбинезоном, носками, обувью (берцы или сапоги) и хлопчатобумажными перчатками.

Типы средств индивидуальной защиты при работе с ПБА в микробиологических лабораториях

Вид (характер) выполняемой лабораторной работы	Вирусы I группы, биоагент, таксономическое положение которого не определено, а степень опасности не изучена	Вирусы II группы		Чума, сап, мелиоидоз	Глубокие микозы	Бруцеллез, туляремия, сибирская язва	Риккетсиозы	Холера	Яды биологического происхождения (II группа)
		ККГЛ, ГЛПС, ОГЛ ВЭЛ, ВСЭЛ, ЗЭЛ	другие						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Разбор проб материала от больных людей, из объектов окружающей среды, диких грызунов и членистоногих, первичная подготовка материала, перевод в жидкую фазу; индикация маркеров	Изолирующие средства индивидуальной защиты (ИСИЗ)*; при работе в БМБ III класса - I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог); при работе в БМБ III класса – IV тип (или утвержденный аналог)+ бахилы закрывающие рабочую обувь; при работе в БМБ II класса – IV тип (или утвержденный аналог) +респиратор FFP3 + вторая пара медицинских перчаток (далее – МП)+бахилы закрывающие рабочую обувь						IV тип (или утвержденный аналог) + респиратор	
Вскрытие	ИСИЗ;	I тип (или утвержденный аналог);						III тип	II тип (или

лабораторных животных, диагностические исследования дикоживущих грызунов (трупов); заражение и другие манипуляции с инфицированным и биопробными животными (в том числе забор крови, кормление эктопаразитов на грызунах, взвешивание, измерение температуры)	при работе в БМБ III класса - IV тип (или утвержденный аналог)	при работе в БМБ III класса – IV тип (или утвержденный аналог)+ бахилы закрывающие рабочую обувь;						(или утвержденный аналог) + респиратор	утвержденный аналог)
Разбор полевого материала, очес диких грызунов, разбор гнезд и иные подобные работы	ИСИЗ	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)		не проводится
Работа в карантинном виварии	ИСИЗ	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	не проводится

Заражение членистоногих (на биомембране)	ИСИЗ; работа в БМБ III - IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)						не проводится	
Работа с высокими концентрациями (более 10^{10} КОЕ/мл), большими объемами (более 500 мл в емкости)	ИСИЗ; работа в БМБ III - IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)							
Заражение и вскрытие куриных эмбрионов	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)		не проводится			I тип (или утвержденный аналог)	не проводится	
Заражение культур ткани	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	не проводится	не проводится	не проводится	II тип (или утвержденный аналог)	не проводится	не проводится
Снятие шкурок с мелких млекопитающих	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	не проводится	не проводится
Набитие тушек	ИСИЗ или БМБ III +	II тип	II тип	II тип (или	II тип	II тип (или	II тип (или	не	не

(из числа выдержанных в 4% формалине в течение 3 ч)	IV тип (или утвержденный аналог)	(или утвержденный аналог)	(или утвержденный аналог)	утвержденный аналог)	(или утвержденный аналог)	утвержденный аналог)	утвержденный аналог)	проводится	проводится
Уборка помещений заразного блока после проведения текущей дезинфекции (в начале дня)	ИСИЗ	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	I тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	II тип (или утвержденный аналог)	IV тип (или утвержденный аналог) + МП	II тип (или утвержденный аналог)
При иммунизации лабораторных животных убитыми культурами ПБА I - II групп	IV тип (или утвержденный аналог) + респиратор								
Обеззараживание инвентаря для содержания биопроб, транспортирование ПБА в централизованную автоклавную, загрузка (разгрузка) материала в автоклав	ИСИЗ	III тип (или утвержденный аналог) + фартук из водонепроницаемого материала							
Работа, связанная	ИСИЗ или БМБ III +	В блоке для инфицированных животных, в боксированных помещениях - I тип (или							

с возможностью образования аэрозоля вирулентных микроорганизмов (в том числе центрифугирование, шуттелирование, гомогенизирование, разрушение возбудителей, перенос репликами)	IV тип (или утвержденный аналог)	утвержденный аналог); в БМБ III класса - IV тип (или утвержденный аналог)		
Перенос культур внутри боксированного помещения в контейнерах в термостаты, холодильники и иные подобные работы	ИСИЗ	IV тип (или утвержденный аналог) + МП		
Проведение микробиологической работы с диагностическим материалом (в том числе посев, отбор колоний, просмотр культур тканей),	ИСИЗ или БМБ III + IV тип (или утвержденный аналог)	IV тип (или утвержденный аналог) + респиратор	IV тип (или утвержденный аналог)	не проводится

серологические исследования с необеззараженным ПБА				
Серологические исследования с обеззараженным ПБА	НЕ ПРОВОДЯТСЯ	IV тип (или утвержденный аналог)		
Уборка микробиологических комнат (после экспозиции)	ИСИЗ	IV тип (или утвержденный аналог) + галоши + МП		
При ликвидации аварий				
Полная обработка (дезинфекция) помещений**	ИСИЗ	I тип (или утвержденный аналог)		

* Изолирующие средства индивидуальной защиты (пневмокостюмы или их аналоги).

** При применении газового метода дезинфекции использовать защитный костюм I типа (или утвержденный аналог) с СИЗОД с комбинированной (противоаэрозольной и противогазовой) защитой.

Типы средств индивидуальной защиты при проведении профилактических мероприятий в очагах инфекционных болезней, при лечении, транспортировании больных и с подозрением на инфекционное заболевание, а также при патологоанатомическом исследовании трупов людей и животных

Наименование мероприятий Очаги ООИ		Эвакуация больных ООИ	Учреждение, выполняющее функцию провизорного госпиталя развернутые койки, предназначенные для провизорной госпитализации)	Изолятор для контактировавших	Медицинское наблюдение за населением в очагах заболеваний	Вскрытие трупов людей и подготовка их к захоронению	Вскрытие трупов домашних животных	Текущая и заключительная дезинфекция
Вирусы I группы		I тип	I тип	I тип	I тип	Не подлежит вскрытию*	Не проводится*	I тип
Вирусы II группы	ККГЛ, ВЭЛ. ВСЭЛ, ЗЭЛ	II тип	II тип	IV тип	IV тип	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	Не проводится	II тип
	ГЛПС, ОГЛ и другие вирусы	IV тип	IV тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара МП + ФК + НК	Не проводится	II тип
Чума	Легочная	I тип	I тип	I тип	I тип	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	I тип
	Бубонная	I тип	I или III тип**	IV тип	IV тип	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	II тип
	Кожная	I тип	I или III тип **	IV тип	IV тип	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	II тип

	Септическая	I тип	I тип	II тип	IV тип + респиратор	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	II тип
Сап	острая и легочная формы	III тип + респиратор	I тип	Не предусмотрен	IV тип	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	I тип + 2-я пара МП + ФК + НК	II тип
	другие формы	III тип	III тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара МП + ФК + НК	II тип + 2-я пара МП + ФК + НК	II тип
Сибирская язва		III тип	III тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара МП + ФК + НК	Не проводится	II тип
Туляремия, бруцеллез, мелиоидоз и другие инфекции II группы		IV тип	IV тип Мелиоидоз: легочная форма – III тип + респиратор, другие формы – III тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара МП + ФК + НК	Не проводится	II тип
Холера		IV тип + МП	IV тип + МП + респиратор	IV тип	IV тип	II тип + 2-я пара МП + ФК + НК	Не проводится	II тип
Лихорадка Ку	легочная форма	IV тип	IV тип	Не предусмотрен	IV тип	II тип + 2-я пара МП + ФК + НК	II тип + 2-я пара МП + ФК + НК	II тип

* Вскрытие проводят по специальному разрешению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации в СИЗ I типа.
** В госпитале для больных бубонной или кожной формами чумы при назначении специфического лечения применяют СИЗ III типа;
МП – медицинские перчатки; ФК – фартук; НК – нарукавники.

Приложение 4
к СП 3.3686 -21

Обеспечение безопасности при работе с ПБА в части эксплуатации инженерно-технических систем

1. Инженерно-технические системы биологической безопасности должны обеспечивать защиту персонала, воздуха рабочей зоны и окружающей среды при работах с использованием ПБА, а также предотвращать распространение ПБА между помещениями, блоками помещений или зонами различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

2. Устройство, режим работы, правила эксплуатации инженерно-технических систем должны соответствовать требованиям к организационным, санитарно-гигиеническим (профилактическим) мероприятиям, направленным на обеспечение личной и общественной безопасности, защиту окружающей среды при работе с ПБА.

3. Оборудование и оснащение инженерно-технических систем биологической безопасности должно соответствовать требованиям технической документации, а также нормам и правилам пожарной безопасности.

Комплекс инженерных систем обеспечения биологической безопасности включает:

ограждающие строительные конструкции;

системы вентиляции и кондиционирования воздуха;

системы спецканализации, сбора и обработки сточных вод;

систему передаточных устройств;

систему воздухоснабжения изолирующих средств индивидуальной защиты;

системы приготовления и раздачи дезинфицирующих растворов;

санитарные пропускники;

вспомогательные технологические и санитарно-технические системы;

боксы микробиологической безопасности.

4. Инженерно-строительные конструкции, составляющие внутренние и внешние ограждения группы помещений «заразной» зоны сооружения от помещений «чистой» зоны и окружающей внешней среды, (далее – ограждающие строительные конструкции) должны обеспечивать безопасность при работе с ПБА.

5. Для предотвращения выхода ПБА из рабочих помещений «заразной» зоны в смежные помещения «чистой» зоны и во внешнюю окружающую среду ограждающие строительные конструкции должны быть герметичными.

6. Ограждающие строительные конструкции группы помещений «заразной» зоны составляют наружный контур герметизации.

7. Внутренний контур герметизации составляют строительные ограждения отдельных помещений внутри «заразной» зоны.

8. Контур ограждающих строительных конструкций составляют пол, потолок, стены, окна и двери.

9. Состав ограждающих строительных конструкций помещений «заразной» зоны определяется в зависимости от характера проводимых работ и уровня биобезопасности лаборатории.

10. Планировочные решения помещений «заразной» зоны и ограждающие строительные конструкции должны обеспечивать:

соблюдение требований технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

максимальную группировку помещений с одинаковой степенью производственной вредности;

исключение пересечения людских и биологически опасных материальных потоков;

наличие санитарных пропускников и полное соблюдение условий санитарно-противоэпидемического режима при входе и выходе персонала;

герметичность окон и дверей;

герметичность узлов установки передаточного оборудования и проходов коммуникаций через ограждающие конструкции на границе «заразной» и «чистой» зон;

возможность сбора и обработки использованной рабочей одежды в соответствии с режимом работы и хранение чистой рабочей одежды;

размещение помещений с более высоким уровнем биологической опасности внутри помещений более низкого уровня;

размещение помещений для содержания животных и работы с ними изолированно от других лабораторных и рабочих помещений;

устройство тамбур-шлюзов для передачи оборудования (при необходимости) и материалов на границах «заразной» и «чистой» зон;

отсутствие выступающих элементов на внутренней поверхности ограждающих строительных конструкций, закругленные стыки вертикальных и горизонтальных

поверхностей ограждающих конструкций;

применение в отделке производственных и санитарно-бытовых помещений неадсорбирующих, непылящих материалов, легко моющихся, негорючих и устойчивых к воздействию растворов дезинфицирующих средств, герметизирующих мастик с последующим окрашиванием химически стойкими эмалями;

использование полнотелых, невлагоемких конструкционных материалов;

применение герметизирующих материалов при стыковке и сопряжении конструктивных элементов.

Для обеспечения надежной герметизации стыков всех конструктивных элементов должны применяться упругие прокладки и строительные герметики, соответствующие условиям эксплуатации стыкуемых элементов конструкции и отвечающие требованиям пожарной безопасности. Места ввода инженерных коммуникаций герметизируют и закрашивают под основное покрытие стен, пола или потолка;

гидроизоляцию пола с заведением на вертикальную поверхность на высоту не менее 150 мм;

исключение возможности проникновения в здание грызунов. В помещениях блока для работы с инфицированными животными предусматривают высокие (30 см) пороги, недоступные для проникновения грызунов.

11. Планировочные решения помещений «заразной» зоны и ограждающие строительные конструкции для лабораторий уровня 2 и выше должны также обеспечивать:

возможность создания и поддержания требуемой величины разрежения в рабочих помещениях;

возможность устройства предупредительной сигнализации, запрещающей одновременное открывание дверей тамбуров.

12. Планировочные решения помещений «заразной» зоны и ограждающие строительные конструкции для лабораторий уровня максимальной защиты должны также предусматривать устройство на границе зон санитарных пропускников, состоящих из воздушных тамбур-шлюзов с герметичными дверьми (отдельных для входа и выхода сотрудников) и санитарно-бытовых помещений, в которых производится полное переодевание персонала, смена рабочей и специальной одежды, средств индивидуальной защиты, их обеззараживание, приведение в исходное состояние и хранение, душа для персонала, помещения для сушки волос (границей зон является душевая).

13. Визуальный, приборный и инструментальный контроль за возможным

появлением локальных утечек воздуха через ограждающие строительные конструкции в процессе эксплуатации необходимо проводить не реже 1 раза в 6 месяцев для максимально изолированных лабораторий. При обнаружении локальных утечек воздуха через ограждающие строительные конструкции необходимо принять меры по их ликвидации.

14. Системы вентиляции и кондиционирования воздуха помещений "заразной" зоны должны обеспечивать безопасность при работе с ПБА

15. Система вентиляции помещений «заразной» зоны является составляющей частью системы биологической безопасности по предотвращению выноса ПБА во внешнюю среду и распространения ПБА между помещениями, блоками помещений и зонами различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

16. Система приточно-вытяжной вентиляции зоны или блока помещений микробиологических лабораторий одного назначения включает в себя группу взаимосвязанных приточных и вытяжных вентиляционных установок, обеспечивающих непрерывный процесс принудительной вентиляции, а также создание и поддержание требуемой величины разрежения и параметров воздуха рабочей зоны в обслуживаемой зоне или блоке помещений.

17. Установка приточной или вытяжной вентиляции (совокупности вентиляционных устройств и оборудования, включающей вентиляторы, фильтры, сертифицированные специализированные установки, обеспечивающих фильтрацию и инактивацию микроорганизмов, очистку от вредных веществ (при необходимости), воздуховодов, решеток, клапанов и иных конструкционных элементов).

18. Фильтры очистки воздуха (фильтрующие элементы) устанавливаются в системе вентиляции, в корпусе на один фильтр, в камере или в секции на несколько фильтров.

19. Для безопасного функционирования систем вентиляции помещений «заразной» зоны необходимо обеспечить:

соблюдение требований технической документации, норм и правил пожарной безопасности;

создание необходимых санитарно-гигиенических и микроклиматических условий;

локализация вредных веществ в здании и внутри технологических блоков;

обеззараживание удаляемого из рабочих помещений и от боксирующих устройств воздуха путем оснащения систем вытяжной вентиляции фильтрами очистки воздуха в соответствии с требованиями, предъявляемыми к уровню биобезопасности лаборатории;

кратность воздухообмена в рабочих помещениях не менее установленной

нормативной документацией;

направление воздушных потоков в сторону более «заразных» помещений;

бесперебойная работа систем приточно-вытяжной вентиляции;

очистка подаваемого в рабочие помещения воздуха в соответствии с требованиями, предъявляемыми к уровню биобезопасности лаборатории;

размещение фильтров очистки воздуха в помещениях «заразной» зоны;

создание и поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях в соответствии с требованиями, предъявляемыми к уровню биобезопасности лаборатории.

20. Контролируемые параметры работы систем вентиляции (величина разрежения в помещениях «заразной» зоны, перепад давлений между помещениями лабораторий различного уровня биобезопасности, средняя скорость воздушного потока в открытых дверных проемах, средняя скорость движения воздуха в рабочих проемах боксов микробиологической безопасности) должны соответствовать требованиям, предъявляемым к уровню биобезопасности лаборатории.

21. Системы вентиляции помещений «заразной» зоны должны непрерывно обеспечивать создание и поддержание требуемой величины разрежения, а в рабочее время и необходимые санитарно-гигиенические и микроклиматические условия. Допускается переход на режим «нерабочего» времени с поддержанием минимальной величины разрежения и сохранением направленности воздушных потоков в нерабочее время.

22. Режим работы систем вентиляции блоков помещений «заразной» зоны для работы с инфицированными животными должен быть непрерывным, без перехода на режим «нерабочего» времени.

23. Автономные системы вентиляции следует предусматривать для помещений блока по работе с инфицированными животными.

24. Кондиционирование воздуха помещений «заразной» зоны допускается секциями кондиционирования (охлаждения, осушения), предусмотренными в составе приточных вентиляционных систем до фильтров очистки воздуха не менее класса H11 - H13 (в случае их наличия). В лабораториях, осуществляющих работы с ПБА III-IV группой патогенности, кондиционирование воздуха в помещении заразной зоны допускается также отдельно выведенными кондиционерами с обеззараживанием фильтров 1 раз в 3 месяца.

25. Работа фильтров очистки воздуха подлежит инструментальному контролю эффективности. В лабораториях, выполняющих исследования объектов окружающей

среды и качества продукции на наличие санитарно-показательных микроорганизмов, паразитологические исследования и бактериоскопию допускается замена инструментального контроля заменой фильтров (не реже 1 раза в год).

26. Эксплуатация систем приточно-вытяжной вентиляции лабораторий (лабораторных зданий) осуществляются в соответствии с инструкцией (руководством), утвержденной локальным актом организации.

27. Фильтркамеры с фильтрами следует выполнять из стали с покрытием, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами. В обвязке фильтркамер преимущественно применяются (при необходимости) герметические клапаны с электроприводами, устанавливаемыми на воздуховодах непосредственно перед и после фильтркамер, для замены и обработки фильтркамер.

28. Воздуховоды вентиляционных систем должны быть герметичными, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами, выполняться из листовой стали с антикоррозийным покрытием с минимальным количеством фланцевых соединений.

29.Устройство фланцевых соединений на участках герметичных воздуховодов, проходящих через помещения других групп и классов, не допускается.

30. Для лабораторий максимально изолированного уровня 4 необходимо также обеспечить:

создание и автоматическое поддержание величины отрицательного давления (разрежения) относительно окружающей среды в рабочих лабораторных помещениях в соответствии с требованиями к уровню биобезопасности лаборатории;

блокировку взаимосвязанных приточных и вытяжных установок;

приточные и вытяжные системы вентиляции должны быть укомплектованы наряду с основными рабочими агрегатами дополнительными (резервными);

автоматическое включение резервных вентиляторов при выходе из строя рабочих;

блокировку двигателей вентиляторов с электроприводами запорных устройств в составе каждой вентиляционной установки, оснащенной ФОВ;

контроль и управление работой всех приточных и вытяжных систем следует предусматривать дистанционным и автоматическим или ручным с центрального поста управления, размещаемого в «чистой» зоне.

Информация о работе вентиляционных установок, величине перепада давления между помещениями разных групп, положения гермоклапанов и иных элементах конструкции вентиляционных установок должна отображаться на мнемосхемах.

Фильтркамеры с фильтрами следует выполнять из коррозионно-устойчивой стали

или стали с покрытием, устойчивым к обработке дезинфицирующими составами. В обвязке фильтркамер применяются герметические клапаны с электроприводами, устанавливаемые на воздуховодах непосредственно перед и после фильтркамер, для замены и обработки фильтркамер.

Герметичные воздуховоды должны выполняться из коррозионно-устойчивой стали на сварке с минимальным количеством фланцевых соединений. Фланцы к воздуховодам должны привариваться сплошным швом. Устройство фланцевых соединений на участках герметичных воздуховодов, проходящих через помещения других групп и классов, не допускается.

31. Комплекс инженерно-строительных решений и организационных мероприятий, обеспечивающих биологическую безопасность при входе в группы помещений «заразной» зоны и выходе из них (далее - санитарные пропускники) является составляющей частью системы биологической безопасности по предотвращению выноса ПБА во внешнюю среду и распространения ПБА между помещениями зон различной степени биологической опасности внутри одного сооружения.

32. Устройство санитарных пропускников помещений «заразной» зоны определяется в зависимости от уровня опасности ПБА и характера проводимых работ в соответствии с требованиями к уровню биобезопасности лаборатории.

33. Устройство санитарных пропускников должно обеспечивать:

замену личной одежды на комплект рабочей одежды при входе в «заразную» зону;

гигиеническую помывку и смену рабочей одежды на личную при выходе;

возможность сбора и обеззараживания использованной рабочей одежды в соответствии с режимом работы и хранение чистой рабочей одежды;

предупредительную сигнализацию, запрещающую одновременное открывание дверей тамбуров или тамбур-шлюзов (при необходимости);

направление воздушных потоков в сторону более «грязных» помещений;

скорость воздушного потока в дверном проеме на границе «чистой» и «заразной» зон.

34. Санитарные пропускники должны быть автономными для групп помещений различной степени опасности. При численности персонала, работающего в «заразной» зоне, до 6 человек допускается устройство однополых пропускников, во всех остальных случаях - разнополые.

35. Устройство туалетов в санитарных пропускниках допускается только со стороны «чистой» зоны.

36. Контролируемым параметром в санитарных пропускниках является средняя скорость воздушного потока в открытых дверных проемах на границах зон, которая в санитарных пропускниках лабораторий максимального уровня изоляции должна быть не менее 0,4 м/с (периодичность проверки 1 раз в 6 месяцев одновременно с проверкой системы вентиляции).

37. Сотрудники, проходя из «чистой» зоны в «заразную» через санитарный пропускник, должны оставлять личную одежду в индивидуальных шкафах, предназначенных для ее хранения, менять свою обувь на тапочки для душа, проходить в помещение для надевания рабочей одежды и обуви.

38. В санитарном пропускнике выделяют раздельные комнаты для личной и рабочей одежды с индивидуальными шкафами, а также душевые, расположенные между этими двумя помещениями. Граница зон проходит по помещению душевой со стороны чистой зоны.

40. Через санитарный пропускник из «чистой» зоны в «заразную» зону допускается вносить предметы, не загрязняющие помещения и не создающие нарушения депрессионного режима санпропускника. Из «заразной» в «чистую» зону разрешается проносить только ключи, печати и планшеты с первичной информацией, подвергнутые дезинфекционной обработке.

41. Систему обработки сточных вод составляет комплекс оборудования, обеспечивающий сбор, обезвреживание, охлаждение при термическом обеззараживании и сброс сточных вод в наружные сети канализации. По принципу работы системы тепловой обработки сточных вод подразделяются на циклические и непрерывной обработки.

Автономная система канализации помещений «заразной» зоны, транспортирующая загрязненные стоки к оборудованию станции обработки сточных вод (далее – спецканализация) система обработки сточных вод должны обеспечивать:

соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

термическую (непрерывную или цикличную) или химическую обработку сточных вод из помещений «заразной» зоны;

безнапорный сброс обработанных сточных вод в канализацию с температурой не выше 40 °С;

биологическую безопасность при транспортировании перемещаемых сред из помещений «заразной» зоны в помещения «чистой» зоны.

42. Помещения «заразной» зоны оборудуются спецканализацией, которая должна

обеспечивать прием и транспортирование сточных вод, поступающих из этих помещений в сборные емкостные аппараты на тепловую или химическую обработку перед сбросом их в наружные сети канализации.

43. У каждого приемника сточных вод, присоединяемого к сети канализации, предусматривается гидрозатвор. Конструкция гидрозатвора не должна допускать его опорожнения при появлении давления или разрежения в канализационной сети.

44. Сточные воды из технологического оборудования и помещений «заразных» зон сбрасываются по самостоятельным сетям трубопроводов в зависимости от их давления (самотечные и напорные) и уровня контаминации.

45. Сброс напорных стоков из технологического оборудования и коммуникаций производится в отдельные сборные емкостные аппараты, сброс их в аппараты для самотечных стоков не допускается.

46. Высокотемпературные технологические стоки перед поступлением в сборные емкостные аппараты должны охлаждаться до температуры не выше 80 °С и вводиться в аппараты под зеркало жидкости.

47. Устройство сети спецканализации должно исключать засорение системы и обеспечивать возможность очистки приемных люков.

48. Прочистку сети самотечной канализации осуществляют через ревизии или гидрозатворы приемников стоков. При выполнении этих и других ремонтных работ персонал должен находиться в защитной одежде, вид которой определяется в соответствии с требованиями биологической безопасности. Внутренняя канализационная сеть в случае ремонта подвергается соответствующей дезинфицирующей обработке. Заключительная дезинфекция сети самотечной канализации производится путем заполнения ее дезинфицирующим раствором. Сети заполняются поэтажно, начиная с первого этажа, с удалением воздуха и установкой заглушек у каждого приемника стоков.

49. Сети спецканализации должны быть герметичными, замкнутыми, сообщаемыми с воздухом помещений «заразной» зоны линией, снабженной одной ступенью фильтров очистки воздуха, сохраняющих эффективность при повышенной влажности или защищенные теплобменниками (конденсатором и нагревателем). Периодичность проверки этих фильтров - перед каждым циклом работы и не реже 1 раза в 6 месяцев. Обезвреживание фильтров очистки воздуха, установленных на воздушных линиях аппаратов и на воздушной линии сети спецканализации, производится химическим или термическим методами.

50. Термическая обработка сточных вод осуществляется в системах, работающих

по циклическому или непрерывному принципу (соответственно в емкостях - СТОС или в установках непрерывной обработки стоков - УНОС).

51. Сбор сточных вод при циклической обработке производится в отдельные, специально предназначенные для этих целей емкостные аппараты. Совмещение в одной емкости приема сточных вод и процесса термической обработки одновременно не допускается.

52. Сборные емкости для приема стоков, нагреватели и выдерживатели для термической обработки, а также насосы для перекачки стоков должны располагаться в «заразной» зоне.

53. Сети канализации (трубопроводы и фасонные части) должны проектироваться открытыми, учетом требований прочности и коррозионной стойкости к дезинфицирующим растворам.

54. Сбор сточных вод при непрерывном способе осуществляется в емкости с их последующей термической обработкой на установках непрерывной стерилизации.

55. Система контроля параметров и управления технологическим процессом обработки сточных вод должна обеспечивать:

дистанционное автоматическое управление работой оборудования;

световую и звуковую сигнализации, регистрацию и автоматическое поддержание на заданном уровне основных технологических параметров процесса (давление пара, подаваемого в установки обработки стоков, расхода стоков перед нагревателем, температуру стерилизации и давление после выдерживателя при непрерывном способе обработки, температуру и экспозицию обработки - при циклическом способе, уровень сточных вод в емкостях для сбора стоков).

56. Схема контроля и управления технологическим процессом обработки сточных вод должна предусматривать наличие защитной автоматической блокировки, исключающей выход необработанных сточных вод при нарушении режима стерилизации и возвращение их на повторную обработку.

57. Информация об изменении технологических параметров, работе оборудования и нарушении технологических режимов обработки сточных вод должна отображаться на мнемосхемах.

58. Устройство вспомогательных технологических и санитарно-технических систем, обслуживающих помещения «заразных» зон (далее – внутрикорпусные системы) должно обеспечивать биологическую защиту аналогичных наружных систем и систем «чистой» зоны и соответствовать назначению и условиям работы.

59. Вспомогательными технологическими и санитарно-техническими системами обеспечения безопасности являются системы:

холодного и горячего водоснабжения, отопления, холодоснабжения, теплоснабжения и оборотного водоснабжения;

сжатого воздуха, технологического вакуума;

сбора и обеззараживания/обезвреживания твердых отходов;

электроснабжения.

60. Системы холодного и горячего водоснабжения должны обеспечивать:

соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

биологическую безопасность при транспортировании и раздаче перемещаемой среды из «чистой» зоны в помещения «заразной» зоны.

качество холодной и горячей воды в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями;

возможность присоединения системы водоснабжения к сети не менее чем двумя вводами;

потребность в технологических и санитарно-бытовых расходах воды.

61. Во время работы с ПБА снабжение помещений «заразной» зоны холодной и горячей водой должно осуществляться по снабжающим системам, оснащенным устройствами, препятствующими обратному току жидкости.

62. Полное опорожнение баков для разрыва струи с холодной и горячей водой в процессе эксплуатации не допускается. Баки могут опорожняться полностью только после прекращения работы с ПБА и проведения полной заключительной дезинфекции в обслуживаемых ими помещениях «заразных» зон. В случае аварийного опорожнения баков и (или) гидрозатворов работа в обслуживаемых ими помещениях «заразной» зоны должна быть прекращена, трубопроводы соответствующего холодного и горячего водопровода обеззаражены и в помещениях проведена заключительная дезинфекция.

63. Во время работы с ПБА запрещается опорожнение от воды системы отопления в помещениях «заразных» зон. Опорожнение системы разрешается только после прекращения работы с ПБА и проведения заключительной дезинфекции во всех помещениях «заразных» зон, обслуживаемых системой. Опорожнение внутрикорпусных систем должно производиться в сеть производственной канализации.

64. Внутрикорпусные системы охлажденной воды, захоложенной воды и теплоснабжения подсоединяются к наружным системам через теплообменники,

устанавливаемые в помещениях «заразных» зон. Среда внутрикорпусных систем подается в трубопроводы теплообменника, наружный тепло-(холодо)носители в межтрубное пространство. Давление среды в межтрубном пространстве теплообменников должно быть выше, чем в трубках.

65. Системы сжатого воздуха и технологического вакуума должны обеспечивать:

соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

требуемую величину давления в системе сжатого воздуха;

требуемую величину вакуума в системе технологического вакуума;

биологическую безопасность при транспортировании и раздаче перемещаемой среды из «чистой» зоны в помещения «заразной» зоны.

66. Побудитель воздушного потока (компрессор, вакуум-насос) должен быть установлен в помещении «чистой» зоны.

67. Трубопроводы и арматура систем сжатого воздуха и технологического вакуума должны быть герметичны, и покрытие их поверхности со стороны «заразной» зоны должно выдерживать обработку дезинфицирующими растворами.

68. Фильтры очистки воздуха, установленные на сети сжатого воздуха на границах помещений «заразных» зон (со стороны последних), подлежат проверке на эффективность фильтрации, целостность и аэродинамическое сопротивление не реже 1 раза в 6 месяцев для лабораторий максимального уровня изоляции, для остальных лабораторий - не реже 1 раза в год.

69. Контроль работы фильтров тонкой очистки на выбросах из технологических систем во внешнюю окружающую среду должен производиться по аэродинамическому сопротивлению и на эффективность фильтрации для каждой ступени раздельно. Контроль аэродинамического сопротивления фильтров должен проводиться и регистрироваться автоматически. Контроль эффективности фильтрации проводится в сроки, определенные в инструкции по эксплуатации, но не реже 1 раза в 6 месяцев для максимально изолированных лабораторий и лабораторий, работающих с ПБА I - II групп, для остальных лабораторий - не реже 1 раза в год.

70. Дезинфекция фильтров тонкой очистки на выбросах из технологических систем производится химическим или термическим методом перед каждой проверкой или заменой фильтра.

71. Системы сбора и утилизации твердых отходов должны обеспечивать:

соблюдение требований нормативно-технической документации, а также норм и

правил пожарной безопасности;

своевременный сбор всех твердых отходов, образующихся в результате работ с микроорганизмами, лабораторными животными с последующим автоклавированием и утилизацией в мусоросжигательной печи;

выдерживание требуемых режимов автоклавирования с фиксацией на диаграмме и в рабочем журнале;

использование целых, без деформаций контейнеров для сбора и автоклавирования твердых отходов.

72. Системы электроснабжения должны обеспечивать:

соблюдение требований технической документации, а также норм и правил пожарной безопасности;

соблюдение правил устройства электроустановок;

надежность функционирования всех систем сооружения путем электрообеспечения от раздельных источников, включая источники бесперебойного питания для лабораторий максимального уровня изоляции;

запитку технических средств системы от однофазной промышленной сети первой категории;

применение электроустановочных изделий во влагопылеустойчивом исполнении в помещениях «заразной» зоны.

73. Проверка работоспособности элементов системы электроснабжения осуществляется в соответствии с технической документацией по графику, определенному организацией.

74. Работа инженерных систем биологической безопасности, санитарно-технических, вспомогательных технических систем, установок и устройств должна регистрироваться в соответствующих журналах с указанием времени начала и конца работы, характера работы, замены оборудования, арматуры и иных элементов соответствующих систем. Ленты и диаграммы самописцев всех инженерных систем биологической безопасности должны храниться не менее 1 года.

75. Обслуживание, регулировка и ремонт контрольно-измерительных приборов и других механизмов в помещениях «заразных» зон должны проводиться только специальным персоналом службы КИПиА, прошедшим специальный инструктаж.

Приложение 5

к СП 3.3686 -21

Рекомендуемый образец

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ
учета инструктажей по биологической безопасности

Наименование организации

КОНТРОЛЬНЫЙ ЛИСТ

учета инструктажей по биологической безопасности

1. Отдел (лаборатория, подразделение) _____
2. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)_____
3. Дата поступления в отдел (лабораторию) _____
4. Инструктаж по ББ (инструкция № _____) на рабочем месте провел руководитель группы _____
(должность, подпись, дата, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)
5. Инструктаж прошел _____
(должность, подпись, дата)
6. Инструктаж по ББ пройден, разрешаю допустить к самостоятельным работам в качестве _____
Начальник подразделения _____
(подпись, дата, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

7. Инструктаж на рабочем месте проведен:

Дата	Должность инструктируемого	По какой инструкции проведен инструктаж (инв. номер)	Роспись лица, проводившего инструктаж	Роспись лица, получившего инструктаж	Роспись заведующего отделом (лабораторией)
1	2	3	4	5	6

Приложение 6
к СП 3.3686-21

Эффективность дезинфекционных средств, учитываемая при
организации проведения дезинфекционных мероприятий

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
Дезинфицирующие средства	
Бактерицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания медицинских изделий, белья, посуды, стоматологических оттисков, выделений, питьевой воды и воды плавательных бассейнов	Гибель 100% тест-бактерий *(Escherichia coli, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa)*
Бактерицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания поверхностей.	Гибель 99,99% тест-бактерий *(Escherichia coli, Staphylococcus aureus)*
Бактерицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания воздуха в зависимости от чистоты помещения.	Гибель тест-бактерий *(Staphylococcus aureus)*: помещения Класса А – 99,9 %; помещения Класса Б – 99,0 %; помещения Класса В – 95,0 %; помещения Класса Г – 90,0 %
Бактерицидная и спороцидная активность средств, предназначенных для дезинфекции при особо опасных инфекциях (чума, холера, туляремия, сибирская язва)	Гибель на всех объектах 100,0% тест-бактерий (*Escherichia coli, Staphylococcus aureus,* споры *B.cereus*) или соответствующих возбудителей (*Yersinia pestis, Vibrio cholerae, Francisella tularensis, Bacillus anthracis*)
Туберкулицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания медицинских изделий, посуды, игрушек, белья, одежды, спецодежды и других изделий из ткани, воздуха, выделений, рук в перчатках	Гибель 100% тест-бактерий *(Mycobacterium terrae)*
Туберкулицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания поверхностей	Гибель 99,99 % тест-бактерий (*Mycobacterium terrae)*
Фунгицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания медицинских изделий, стоматологических оттисков, белья, посуды, предметов ухода за больными	Гибель 100% тест-грибов *(C.albicans T.mentagrophites, F.Brasiliensis)*

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
Фунгицидная активность средств, предназначенны для обеззараживания выделений	Гибель 100 % тест-грибов (*Candida albicans*)
Вирулицидная активность средств, предназначенных для обеззараживания медицинских изделий, в том числе эндоскопов, стоматологических оттисков, предметов ухода за больными, посуды, игрушек, одежды, белья, спецодежды и других изделий из тканей	Гибель 99,99% тест-вирусов *(Poliovirus I типа (вакцинный штамм Sabin LSc 2a), Adenovirus 5-го типа)*
Вирулицидная активность – средства, предназначенные для обеззараживания поверхностей	Гибель 99,99 % тест-вирусов*(Poliovirus I типа (вакцинный штамм Sabin LSc 2a), Adenovirus 5-го типа)*
Вирулицидная активность антимикробных тканей, лакокрасочных материалов	Снижение титра вируса не менее чем на 4 $\log_{10}$
Антимикробная активность лакокрасочных покрытий	Снижение числа микроорганизмов не менее чем на 90% через 24 часа. Сохранение антимикробного действия не менее 6 месяцев
Антимикробная активность тканей	Размер зоны задержки роста тест-микроорганизмов не менее 4 мм (метод агаровых пластин)
Антимикробная активность кожных антисептиков	Гибель 100% тест-бактерий (кроме *Mycobacterium terrae*) и тест-грибов не более чем за 2 мин Гибель 100% тест-микобактерий (*Mycobacterium terrae*) и тест-вирусов не более чем за 5 мин
Спороцидная активность средства, предназначенного для обеззараживания всех объектов, контаминированных спорами тест-микроорганизмов	Гибель 100% спор тест-микроорганизмов *(Bacillus cereus, Bacillus subtilis, Bacillus anthracis)*
Кожный антисептик для гигиенической обработки кожных покровов	Снижение общей микробной обсемененности кожи не менее чем на 95%. Гибель 99,99% тест-бактерий *(Escherichia coli)*
Кожный антисептик для обработки рук хирургов	Снижение общей микробной обсемененности кожи рук на 100%
Кожный антисептик для обработки кожи операционного поля и локтевых сгибов доноров	Снижение общей микробной обсемененности кожи на 100% Гибель 100% тест-бактерий *(Escherichia coli)*
Кожный антисептик для обработки инъекционного поля	Снижение общей микробной обсемененности кожи не менее чем на 95%. Гибель 99,99% тест-бактерий *(Escherichia coli)*
Кожный антисептик для санитарной обработки кожных покровов	Гибель 99,99% тест-бактерий *(Escherichia coli)*

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
Инсектицидные средства	
Клейкие (липкие) ловушки	
Клейкие ловушки для борьбы с тараканами	Уловистость на 7 сутки, рыжие тараканы, % - не менее 90
Клейкие ловушки для борьбы с летающими насекомыми	Уловистость в камере объемом 1 $м^3$ на 2 сутки, комнатные мухи, % - не менее 95
Клейкие ловушки для отлова бабочек огневок (пищевая моль) и платяной моли	Уловистость в садке на 2 сутки, бабочки целевого вида, % - не менее 70
Клей для приготовления липких листов для отлова синантропных насекомых	Уловистость на 7 сутки, рыжие тараканы, % - не менее 90 Уловистость в камере объемом 1 $м^3$ на 2 сутки, комнатные мухи, % - не менее 95 Уловистость на 2 сутки, блохи, % - не менее 90
Кристаллические порошки	
Средства на основе кристаллических порошков природного происхождения для борьбы с нелетающими синантропными членистоногими	Острое действие: Гибель постельных клопов и блох через 24 часа, % - не менее 50 Гибель рыжих тараканов: а) при наличии поилки с водой на 5 сутки, % - не менее 50 б) при отсутствии поилки с водой на 2 сутки, % - не менее 80
Пищевые приманки для борьбы синантропными насекомыми	
Средства для борьбы с тараканами и муравьями на основе: а) фенилпиразола (фипронил), фосфорорганических соединений, карбаматов, пиретроидов б) авермектины, неоникотиноиды, борная кислота, бура, гидраметилнон, сульфторамиды	Острое действие: Гибель рыжих тараканов (муравьев) на 2 сутки, % - не менее 70 Острое действие: Гибель рыжих тараканов (муравьев) на 5 сутки, % - не менее 70
Средства для борьбы с мухами:	Острое действие: Гибель комнатных мух через 24 часа, % - не менее 80
Средства в аэрозольных упаковках и беспропеллентных упаковках	
Средства в аэрозольных упаковках с пропеллентами для борьбы с летающими насекомыми	Острое действие на комнатных мух: C_{15}, мг/$м^3$ - не более 15 Q_{15}, мг/$м^3$ не более 1000 $КТ_{50}$, минуты - не более 10

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
Средства в аэрозольных и беспропеллентных упаковках для борьбы с нелетающими насекомыми и обработки мест посадки мух	Острое действие: Гибель рыжих тараканов (постельных клопов, блох, муравьев, крысиных клещей) через 24 часа, % - 100 Гибель комнатных мух при свободном контакте с обработанными местами посадки через 48 часов, % - не менее 90
Фумигационные и пиротехнические средства	
Средства в виде пластин, матов, таблеток, жидкостей для электрофумигаторов для борьбы с комарами	$КТ_{50}$ для комаров, минуты В камере объемом 0,5 $м^3$ - пластины маты, жидкости - не более 5 - таблетки - не более 7 В камере объемом 1,0 $м^3$ - пластины маты, жидкости - не более 7 - таблетки - не более 10
Средства в виде пластин, жидкостей для электрофумигаторов для борьбы с мухами	В помещении 25 $м^3$ при размещении в садках из фатина $КТ_{50}$ для комнатных мух, минуты - не более 60
Средства в виде спиралей, стержней, свечей, средств с фен-системой на батарейках (попелаторов) и иные подобные средства для борьбы с комарами	$КТ_{50}$ для комаров, минуты - в камере объемом 0,5 $м^3$ - не более 5 - в камере объемом 1,0 $м^3$ - не более 7
Средства в виде пластин для фонаря со свечой, инсектицидные пиротехнические бумаги и иные подобные средства для борьбы с комарами	В лабораторном помещении 25 $м^3$ при размещении в садках из фатина: $КТ_{50}$ для комаров, минуты - не более 30
Материалы или устройства на основе метофлутрина для борьбы с комарами и другими мелкими летающими насекомыми в помещениях	Время нокдауна 95% комнатных мух в объеме 10 л, часы - не более 6 Гибель комнатных мух при учете через 24 часа, % - не менее 80
Средства в аэрозольной упаковке без запирающего клапана, термовозгоночные, пиротехнические шашки и иные аналогичные средства: а) для борьбы с летающими насекомыми б) для борьбы с нелетающими насекомыми	Острое действие: а) В лабораторном помещении 150 $м^3$ при размещении в садках из фатина поражение комнатных мух (комаров) через 2 часа после активации средства, % - 100 б) В лабораторном помещении 150 $м^3$ при учете через 2 часа после активации средства: поражение рыжих тараканов, % - 100 гибель блох, % - 100

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
	гибель рыжих тараканов при 6-24-часовой экспозиции в задымленном помещении при учете через 1-3 суток, % - не менее 90
Средства для обработки мест дневок комаров в природе	
Средства, применяемые способом опрыскивания растительности	Острое действие: гибель комаров при учете через 3 часа - 100
Инсектицидные средства контактного действия	
Средства в форме дустов, карандашей, мелков, брусков и в иной форме для борьбы с нелетающими синантропными членистоногими	Острое действие: Гибель рыжих тараканов (постельных клопов, блох, муравьев, крысиных клещей) через 24 часа, % - 100
Средства в форме концентратов эмульсий, суспензий, суспоэмульсий; смачивающихся, водорастворимых, диспергируемых порошков, гранул и таблеток; микрокапсулированные, флоу и в иной форме для борьбы с синантропными членистоногими	Острое действие: Гибель рыжих тараканов (постельных клопов, блох, муравьев, крысиных клещей) через 24 часа, % - 100 Гибель комнатных мух при свободном контакте с обработанными местами посадки через 48 часов, % - не менее 90
Средства для борьбы с чесоточными клещами в помещениях	Острое действие: Гибель модельного объекта *Psoroptes cuniculi* (ушной чесоточный кроличий клещ) через 24 часа, % - 100
Средства для борьбы с клещами домашней пыли	Острое действие: Гибель клещей домашней пыли при учете через 24-48 часов, % - 100
Средства для борьбы с личинками комаров и мух:	
а) микробиологические для борьбы с комарами	$СК_{50}$, мг/л, не более норматива ТУ
б) на основе ФОС, пиретроидов и иных инсектицидов	Гибель личинок комаров через 24 часа, % - 100 Отсутствие вылета имаго комнатных мух через 14 суток, % - 100
Педикулицидные средства	
Для всех препаративных форм педикулицидов	Гибель имаго и личинок вшей при указанной в НД экспозиции при учете через 24 часа, % - 100
Средства для импрегнации белья с целью предупреждения заражения людей платяным педикулезом	Гибель имаго и личинок вшей при экспозиции 60 минут на импрегнированной ткани (учет через 24 часа), % - 100

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
	Время прекращения двигательной активности 100% имаго и личинок вшей при контакте с импрегнированной тканью, минуты - не более 180
Средства борьбы с молью и кожеедами	
Неспецифические средства контактного действия	Острое действие на комнатных мух: C_{15}, мг/м^3 - не более 15 Q_{15}, мг/м^3 - не более 1000 KT_{50}, минуты - не более 10 Гибель личинок кожеедов (бабочек моли) через 24 часа - 100
Специфические средства контактного действия	Острое действие: Гибель гусениц моли или личинок кожеедов через 72 часа, % - 100
Средства фумигационного действия	Острое действие: Гибель имаго моли в объеме до 100 л через 48 часов, % - 100 Время нокдауна 95% комнатных мух в объеме 10 л, часы - не более 6 Гибель комнатных мух через 24 часа, % - не менее 80
Средства репеллентного действия	КОД для бабочек моли, % - не менее 75
Средства борьбы с осами	
Средства в аэрозольных упаковках для распыления в воздух	Острое действие на комнатных мух: C_{15}, мг/м^3 - не более 15 Q_{15}, мг/м^3 - не более 1000 KT_{50}, минуты - не более 10
Средства различных форм для обработки гнезд	Гибель рыжих тараканов при подсадке на впитывающую поверхность при учете через 24 часа, % - не менее 80
Инсектицидные пищевые приманки	Гибель комнатных мух через 24 часа, % - не менее 80
Ловушки для механического отлова	Уловистость через 2 суток, мухи, % - не менее 90 Вылов ос в натурных условиях, есть/нет - вылов есть
Инсектицидные средства на основе регуляторов развития насекомых (РРН):	
При внесении РРН (АЮГ и ИСХ) в среду обитания преимагинальных стадий насекомых	Вылет нормально сформированных имаго комнатных мух или комаров, % - не более 10 Выход нормально сформированных имаго блох, % - не более 10
Пищевые приманки с РРН для борьбы с тараканами и муравьями	Суммарное количество личинок с морфологическими нарушениями и погибших рыжих тараканов (муравьев), при учете через 14 суток, % - не

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
	менее 50
Диски-фумигаторы с АЮГ (гидропрен) для тараканов	Формирование имаго рыжих тараканов без видимых морфологических нарушений при учете через 14 суток, % - не более 50
Инсекто-родентицидные средства	
Приманки инсекто-родентицидные для одновременного уничтожения блох, кровососущих гамазовых клещей и грызунов	Гибель блох и крысиных клещей при кормлении на мышах на 3 сутки при учете через 24 часа, % - не менее 80 Поедаемость грызунами отравленной приманки, % - не менее 80
Репеллентные средства и изделия для индивидуальной защиты людей от нападения кровососущих членистоногих	
Для нанесения на кожу	Острое действие (после нанесения средства): КОД для комаров, % - 100 КОД для муравьев, % - не менее 95 Длительность действия: ДРД для комаров, часы (по категориям эффективности): высшая категория - 4 и более 1 категория - 3 и более до 4 2 категория - 2 и более до 3 3 категория - 1 и более до 2 4 категория - не менее 1 (при низкой численности комаров)
Для нанесения на одежду и на изделия из ткани	Острое действие (в день обработки): КОД, % для комаров - 100 для блох - не менее 95 для иксодовых клещей - не менее 95 для гамазовых клещей - не менее 95 для муравьев - не менее 95 Длительность действия: ДРД, сутки (по категориям эффективности) для комаров: высшая категория - 20 и более 1 категория - 10 и более до 20 2 категория - 5 и более до 10 3 категория - 3 и более до 5

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
Изделия, содержащие репеллепты (в том числе браслеты, наклейки) для защиты людей от нападения комаров	КЗД для комаров, % - не менее 30
Репеллентные средства и изделия для уменьшения численности комаров на открытом воздухе и в помещениях	Уменьшение влета и увеличение вылета комаров - в 2 раза и более
Акарицидные (инсектоакарицидные) средства для индивидуальной защиты людей от нападения кровососущих членистоногих при нанесении на одежду и изделия из ткани; ткани, содержащие инсектоакарициды	
Для защиты людей от иксодовых клещей, блох и комаров	Острое действие: Для иксодовых клещей $КТ_{ср}$, минуты - не более 5 $МВ_{ср}$, см - не более 50 ИСП - не более 1,1 Для блох $КБ5_{ср}$, особей - не более 3 $МВ_{ср}$, см - не более 20 Для комаров КЗД, % - не менее 95
Акарицидно-репеллентные (инсектоакарицидно-репеллентные) средства для индивидуальной защиты людей от нападения кровососущих членистоногих	
Для защиты от иксодовых клещей, блох и летающих кровососущих насекомых (нанесение на одежду и на изделия из ткани)	Для иксодовых клещей: $КТ_{ср}$, минуты не более 5 $МВ_{ср}$, см - не более 50 ИСП - не более 1,1 Для блох: $КБ5_{ср}$, особей - не более 3 $МВ_{ср}$, см - не более 20 Для комаров: Острое действие: КОД, % - 100 Длительность действия: ДРД, сутки (по категориям эффективности): высшая категория - 20 и более

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
	1 категория - 10 и более до 20 2 категория - 5 и более до 10 3 категория - 3 и более до 5
Одежда для защиты людей от нападения членистоногих	
Для защиты людей от иксодовых клещей, блох и гнуса (летающих кровососущих насекомых)	Для иксодовых клещей: $КЗД_{клещи}$, % - не менее 98 Для гнуса: $КЗД_{гнус}$, % - не менее 90 Для блох: $КЗД_{блохи}$, % - не менее 98
Акарицидные (инсектоакарицидные) средства для борьбы с иксодовыми клещами	
Для борьбы с иксодовыми клещами в природных биотопах	Острое действие: Эффективность на 3 сутки, % - не менее 95 Длительность действия (при сохранении эффективности не менее 95%), сутки - не менее 30
Родентицидные средства	
Средства острого действия	Гибель мышей и крыс в присутствии альтернативного корма - не менее 80% Время гибели - не более 3 суток Поедаемость готовой формы родентицидов или приготовленной стандартной отравленной приманки в присутствии альтернативного корма мышами и крысами - не менее 10% от суточного рациона
Средства кумулятивного действия на основе антикоагулянтов I поколения	Гибель в присутствии альтернативного корма мышей и крыс - не менее 80% Время гибели - не более 14 суток Поедаемость готовой формы родентицидов или приготовленной стандартной отравленной приманки в присутствии альтернативного корма (кроме приманок для мышей на основе этилфенацина, зоокумарина, куматетралила) мышами и крысами - не менее 15% от суточного рациона Поедаемость готовой формы родентицидов или приготовленной стандартной отравленной приманки на основе этилфенацина,

Вид активности (назначение) дезинфекционного средства	Критерий эффективности
	зоокумарина, куматетралила в присутствии альтернативного корма мышами - не менее 20% от суточного рациона
Средства кумулятивного действия на основе антикоагулянтов II поколения	Гибель в присутствии альтернативного корма мышей и крыс - не менее 90% Время гибели - не более 10 суток Поедаемость готовой формы родентицидов или приготовленной стандартной отравленной приманки в присутствии альтернативного корма мышами и крысами - не менее 15% от суточного рациона
Средства смешанного действия на основе витаминов D_2 (эргокальциферол) и D_3(холекальциферол)	Гибель мышей - не менее 80% Время гибели - не более 7 суток Поедаемость готовой формы в присутствии альтернативного корма - не менее 10% от суточного рациона

Приложение 7

к СП 3.3686 -21

Рекомендуемые образцы

Таблица 1

Журнал регистрации патогенных биологических агентов, объектов (проб, образцов), поступивших для исследования*

Наименование ведомства	**Хранить 3 года**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования	Окончен:
	(день, месяц, год)

№ п/п	Дата поступления	Наименование ПБА или объектов (проб, образцов), поступивших на исследование	Число поступивших емкостей (пробирок, ампул)	Откуда поступил	Цель исследования	Результат исследования (кратко)	Дата выдачи ответа	Подпись	Примечание**
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

* В лабораториях, проводящих диагностические исследования, журнал регистрации патогенных биологических агентов, объектов (проб, образцов), поступивших для исследования, заменяют журналы по отдельным видам исследований.

** В примечании указывается ситуация с ПБА или объектами (пробами, образцами):

уничтожен (дата, номер записи в журнале);

передан в коллекцию, в другое подразделение, в другую организацию (указать дату передачи, куда передан);

находится на хранении (указать место хранения).

Таблица 2

Журнал учёта выделенных штаммов микроорганизмов

Наименование ведомства	**Хранить 3 года**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования	Окончен:
	(день, месяц, год)

№ п/п	Номер анализа	Адрес и дата взятия пробы, образца	Наименование ПБА (род, вид)	Источник выделения	Дата выделения	Краткая характеристика ПБА*	Судьба ПБА**	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9

* Типичность; при атипичности указать отличительные признаки.

** Уничтожен (дата, номер акта); передан в коллекцию, центр (дата, номер акта).

Таблица 3

Журнал учета движения патогенных биологических агентов*

Наименование ведомства	**Хранить 3 года**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования	Окончен:
	(день, месяц, год)

Дата	Вид ПБА	Наименование объектов, содержащих ПБА	Число объектов						Примечание	Подпись ответственного лица
			к началу дня	получено	посеяно или заражено	уничтожено	передано	к концу дня		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

1. Подразделения, проводящие диагностические исследования по выявлению ПБА III—IV групп, данный журнал не заполняют. Выбор данного журнала или расширенной формы журнала учёта движения патогенных биологических агентов определяется исполнителем. Заполняется только в дни работы с объектами.

2. В графе 3 журнала перечисляют все виды лабораторной посуды, содержащей ПБА (в том числе лиофильно высушенных), а также зараженных животных, эктопаразитов, проб, образцов.

Таблица 4

Журнал учёта движения патогенных биологических агентов

(расширенная форма журнала)

Наименование ведомства	**Хранить 3 года**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования	Окончен:
	(день, месяц, год)

Дата	Вид исследования, наименование ПБА	Число посевов «А»				Число зараженных животных (по видам) «Б»				Число зараженных эктопаразитов (проб) «В»			
		к началу дня	посеяно (получено)	Уничто-жено (выдано)	к концу дня	к началу дня	заражено (получено)	уничтожено (передано)	к концу дня	к началу дня	заражено (получено)	Уничто-жено (передано)	к концу дня
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

Продолжение таблицы 4

Числи зараженных органов (проб) «Г»				Число сухих препаратов «Д»				Подпись ответственного лица	Примечание
к началу дня	заражено (получено)	уничтожено (передано)	к концу дня	к началу дня	получено	уничтожено (выдано)	к концу дня		
15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

1. Подразделения, проводящие диагностические исследования по выявлению ПБА III—IV групп, данный журнал не заполняют. Выбор журнала учёта движения патогенных биологических агентов или его расширенной формы определяется исполнителем. Заполняется только в дни работы с указанными объектами. Посевы ПБА независимо от вида емкостей учитываются суммарно.

2. Каждый учетный раздел, кроме 1, 2, 23, 24, при необходимости может быть использован раздельно.

Таблица 5

Инвентарный журнал коллекционных патогенных биологических агентов

Наименование ведомства	**Хранить 3 года**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования)	Окончен:
	(день, месяц, год)

№ п/п	Инвентарный номер штамма в данной коллекции	Наименование штамма (род, вид) в латинской транскрипции	Особое обозначение штамма	Подвид, тип, генотип, серотип, иные идентификационные характеристики	Источник выделения	Метод выделения	Дата выделения	Место выделения	Кем выделен	Откуда поступил*	Дата поступления*	Судьба ПБА	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

* Если штамм поступил из другой коллекции, в графе 11 указать наименование коллекции (организации), откуда поступил штамм, и инвентарный номер штамма, присвоенный этой другой коллекцией.

Таблица 6

Журнал выдачи патогенных биологических агентов

Наименование ведомства	**Хранить 3 года**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование отдела, лаборатории, на базе которого (которой) функционирует коллекция организации	Окончен:

№ п/п	Дата поступления заявки	Откуда поступила заявка, сведения о разрешительном документе*	Наименование и инвентарный номер отпущенного ПБА	Число отпущенных емкостей с ПБА (указать вид посуды, упаковки)	Дата отпуска	Фамилия, имя отество (последнее при наличии) получателя, номер и дата доверенности, номер паспорта, кем и когда выдан	Расписка в получении	Кто выдал (фамилия, имя отество (последнее при наличии), подразделение, подпись)	Примечание
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*Указывают сведения о разрешении руководителя организации на выдачу коллекционного ПБА (номер, дату).

Таблица 7

Карта индивидуального учета коллекционного патогенного биологического агента _____ (номер карты)

Наименование ведомства
Наименование учреждения
Коллекционный центр/коллекция

Наименование ПБА, для штамма - род, вид в латинской транскрипции	Инвентарный номер ПБА в коллекции	Особое обозначение штамма (если имеется)	Номер шкафа/холодильника	Номер полки	Номер ящика	Номер коробки, вид вторичной тары, содержащей первичные емкости с ПБА	

Дата	От кого получено	Кому отпущено	Получено (количество первичных емкостей)	Выдано (количество первичных емкостей)	Остаток (количество первичных емкостей)	Дата	От кого получено	Кому отпущено	Получено (количество первичных емкостей)	Выдано (количество первичных емкостей)	Остаток (количество первичных емкостей)
1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

Таблица 8

Журнал учета ПБА I-IV групп, находящихся в рабочей коллекции штаммов

Наименование ведомства	**Хранить 3 года**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования	Окончен:
	(день, месяц, год)

№ п/п	Наименование ПБА (для микроорганизма — род, вид в латинской транскрипции)	Инвентарный номер штамма в коллекции или рабочее обозначение штамма*	Цель использования	Откуда получен штамм, число, месяц, год получения	Отметка об уничтожении, передаче другому сотруднику или передаче в специализированную коллекцию	Ответственный за хранение (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подразделение, подпись)
1	2	3	4	5	6	7

* Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.

Таблица 9

Журнал консервации патогенных биологических агентов

Наименование ведомства	**Хранить 25 лет**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования	Окончен:
	(день, месяц, год)

№ п/п	Дата поступления заявки, наименование подразделения (организации)	Кем и когда разрешено	Консервация						
			дата и номер протокола консервации	наименование ПБА	число ампул (флакопов)				
					разлито	подключено (загружено)	отпаяно	взято на контроль	забраковано
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Таблица 10

Журнал обеззараживания патогенных биологических агентов

Наименование ведомства	**Хранить 3 года**
Наименование учреждения	До:
	Начат:
Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования)	Окончен:
	(день, месяц, год)

№ п/п	Дата	Лаборатория (подразделение)	Наименование материала, ПБА	Число емкостей, первичных емкостей с ПБА	Подпись		Номер автоклава
					сдавшего материал, ПБА	принявшего материал, ПБА	
1	2	3	4	5	6	7	8

Продолжение Таблицы 10

Режим стерилизации					Контроль стерилизации			Другие виды обеззараживания (указать режим, экспозицию)	Подпись	
начало	конец	давление (Р)	температура (t°)	экспозиция (время-t)	химические тесты		бактериологические тесты		автоклавера (дезинфектора)	ответственного за режим автоклавирования
					Наружный тест	Внутренний тест				
9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19

Таблица 11

Журнал регистрации вскрытия первичной емкости (ампулы, флакона) с сухим патогенным биологическим агентом I-II групп с целью высева или уничтожения

Наименование ведомства

Наименование учреждения

Наименование отдела, отделения, лаборатории

№ п/п	Дата вскрытия первичной емкости (ампулы)	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и должность вскрывшего первичную емкость	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и должность давшего разрешение на вскрытие первичной емкости	Номер и дата разрешения на вскрытие первичной емкости	Первичная емкость с сухим ПБА*	Цель вскрытия первичной емкости	Первичная емкость с остатками ПБА обеззаражены		Дата обеззараживания	Подпись (Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись)	
							автоклавированием (режим автоклавирования)	погружением (название дез.средства, концентрация, экспозиция)		вскрывших первичную емкость	заведующий лабораторией (отделом)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12

* наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма в коллекции организации, количество первичных емкостей (ампул).

Таблица 12

Журнал регистрации уничтожения ПБА I-IV групп, (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов)

Наименование ведомства
Наименование учреждения
Наименование отдела, отделения, лаборатории, временного формирования

№ п/п	Дата уничтожения ПБА	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и должность уничтожившего ПБА	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и должность давшего разрешение на уничтожение ПБА	Номер и дата разрешения на уничтожение ПБА	Уничтоженный ПБА, объект (проба, образец), содержащий ПБА*	Метод уничтожения ПБА		Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись	
						автоклавированием (режим автоклавирования)	погружением (название дез.средства, концентрация, экспозиция)	уничтоживше ПБА	заведующий лабораторией (отделом)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

*наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма в коллекции организации, количество первичных емкостей (ампул).

Таблица 13

Акт передачи патогенных биологических агентов I-II групп

внутри подразделения и ПБА III-IV групп (культур, штаммов микроорганизмов и вирусов) внутри организации

Наименование ведомства	
Наименование учреждения	

1	Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования), передающего ПБА	
2	Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования), получающего ПБА	
3	Дата передачи ПБА	
4	Передаваемый ПБА*	
5	Должность, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись лица, передавшего ПБА	
6	Должность, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись лица, получившего ПБА	
7	Руководитель подразделения, передавшего ПБА, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись	

* наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма в коллекции организации или «рабочее обозначение штамма», количество передаваемых первичных емкостей. Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.

Таблица 14

Акт передачи патогенных биологических агентов I-II групп

между подразделениями внутри организации

Наименование ведомства	
Наименование учреждения	

1	Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования), передающего ПБА	
2	Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования), получающего ПБА	
3	Дата передачи ПБА	
4	Передаваемый ПБА*	
5	Должность, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись лица, передавшего ПБА	
6	Должность, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись лица, получившего ПБА	
7	Руководитель организации, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись	

* наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма в коллекции организации или «рабочее обозначение штамма», количество передаваемых первичных емкостей. Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.

Таблица 15

Акт передачи патогенных биологических агентов I-IV групп патогенности на(после) временное(ого) хранение(я) внутри подразделения организации

1	Наименование ведомства Наименование учреждения	
2	Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории, временного формирования)	
3	Дата передачи ПБА	
4	Передаваемый ПБА*	
5	Упаковка ПБА, количество упаковок	
6	Опечатано печатью (номер личной печати сотрудника, передавшего ПБА)	
7	Указанные ПБА хранятся:	
	7.1 номер комнаты	
	7.2 номер сейфа	
	7.3 номер холодильника	
8	Одновременно переданы (наименования учетной документации, ключ от сейфа)	
9	Сведения о лицах, передавших и получивших ПБА:	
	9.1 Должность, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись лица, передавшего ПБА	
	9.2 Должность, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись лица, получившего ПБА	
10	Руководитель подразделения, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись	

* наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер, особое обозначение штамма в коллекции организации, «рабочее обозначение штамма», количество передаваемых первичных емкостей, условия передачи – с правом или без права пересева. Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.

Таблица 16

Акт передачи патогенных биологических агентов I-IV групп

на(после) временное(ого) хранение(я) между подразделениями организации

1	Наименование ведомства Наименование учреждения	
2	Дата передачи ПБА	
3	Наименование подразделения, передающего ПБА	
4	Наименование подразделения, получающего ПБА	
5	Передаваемый ПБА*	
6	Упаковка ПБА (количество упаковок)	
7	Опечатано печатью (номер личной печати сотрудника, передавшего ПБА)	
8	Указанные ПБА хранятся:	
	8.1 номер комнаты	
	8.2 номер сейфа	
	8.3 номер холодильника	
9	Одновременно переданы (наименования учетной документации, ключ от сейфа)	
10	Должность, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись сотрудника, передавшего ПБА	
11	Должность, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись сотрудника, получившего ПБА	
12	Руководитель учреждения, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись	

* наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер, особое обозначение ПБА в коллекции организации или «рабочее обозначение штамма», количество передаваемых первичных емкостей, условия передачи – с правом или без права пересева. Рабочее обозначение штамма – обозначение штамма, используемое до присвоения этому штамму особого обозначения коллекцией.

Таблица 17

Акт передачи патогенных биологических агентов I-IV групп за пределы организации*

ФИ1	Наименование ведомства, передавшего ПБА I-IV групп патогенности Наименование учреждения	
2	Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории), передавшего ПБА I-IV групп патогенности	
3	Наименование ведомства, получившего ПБА I-IV групп патогенности Наименование учреждения	
4	Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории), получившего ПБА I-IV групп патогенности	
5	Дата приема ПБА в организации-получателе	
6	Передаваемый ПБА**	
7	7.1. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность, подпись лица, передавшего ПБА	
	7.2. Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность, подпись лица, получившего ПБА	
8	Сведения о перевозчике	
9	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись руководителя организации, передавшей ПБА	

* не обязателен для специализированных коллекций, при обмене с организацией получателем ПБА актами упаковки/вскрытия.

** наименование ПБА (для микроорганизма – род, вид), инвентарный номер штамма ПБА в коллекции организации, особое обозначение штамм (если присвоено), количество передаваемых первичных емкостей, вид первичной емкости, вторичной и наружной тары, указание на нормативный документ, в соответствии с которым произведена упаковка ПБА

Таблица 18

Паспорт штамма*

Наименование ведомства	
Наименование учреждения	
Наименование подразделения (отдела, отделения, лаборатории)	
1.Инвентарный номер штамма в коллекции организации	
1.1. Наименование штамм (род, вид) в латинской транскрипции	
1.2. Подвид, тип, субтип, генотип, серотип	
2. Особое обозначение штамма, присвоенное коллекцией	
3. Выделен (год, месяц, число):	
4. Объект выделения	
5. Место выделения	
6. Способ выделения	
7. Кем выделен	
8. Кем подтверждён	
9. Характеристика штамма:	
9.1. Морфология клеток при выделении	
9.2. Культуральные свойства	
9.3. Биохимическая активность	
9.4. Молекулярно-генетические характеристики штамма	
9.4.1. Данные о первичной структуре генома и (или) отдельных генов (ссылки на базы данных или другие источники, где хранится информация о	

последовательностях)	
9.4.2. Данные о плазмидном составе	
9.4.3. Данные об имеющихся характеристиках белкового состава, в том числе белковых спектрах (ссылки на базы данных или другие источники информации)	
9.4.4. Другие имеющиеся данные	
9.5. Отношение к фагам	
9.6. Серологические свойства	
9.7. Вирулентность	
9.8. Чувствительность к противобактериальным (антибиотикам) и противовирусным препаратам	
9.9. Другие свойства	
10. Среда хранения	
*Наименования пунктов в Паспорте штамма могут различаться в отношении бактерий, вирусов, грибов, простейших.	

«___» _____ 20__ г.

Врач или научный сотрудник _____ _____
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), подпись)

Приложение 8
к СП 3.3686-21

Упаковка, маркировка, документация для транспортировки ПБА I-IV групп патогенности (опасности), классифицируемых как грузы 6-го класса опасности

1. Настоящие положения соответствуют Рекомендациям по перевозке опасных грузов.

2. Если химические или физические свойства вещества являются таковыми, что по результатам испытаний вещество не отвечает классификационным критериям, то это вещество не подпадает под действие правил упаковки и маркировки.

3. Требования к упаковке токсичных веществ (ядов) биологического происхождения, классифицируемых как токсичные вещества подкласса 6.1, № ООН 3172 или № ООН 3462, зависят от назначенной группы упаковки, количества и физического состояния перевозимого материала (в жидком или твердом виде).

4. В колонках 6-9 Таблицы 1 приведены номера инструкций и специальных положений по упаковке в соответствии с таковыми Рекомендациями по перевозке опасных грузов, которые следует применять в зависимости от назначенной группы упаковки, количества и физического состояния перевозимых токсичных веществ № ООН 3172 и № ООН 3462.

5. В колонках 4 и 5 Таблицы 1 указаны количества токсинов, определяемых как «ограниченные количества» или как «освобожденные количества», и в отношении которых применяются требования к упаковке в соответствии с главами 3.4 и 3.5 Рекомендаций по перевозке опасных грузов.

Таблица 1

№ ООН, надлежащее отгрузочное наименование	Класс, подкласс	Группа упаковки ООН	Ограниченные и освобожденные количества**		Тара и КСГМГ		Переносные цистерны и контейнеры для массовых грузов	
			Ограничен-ные количества	Освобожденные количества	Инструкции по упаковке***	Специальные положения****	Инструкции***	Специальные положения****
1	2	3	4	5	6	7	8	9
3.1.2*	2.0*	2.0.1.3*	3.4*	3.5*	4.1.4*	4.1.4*	4.2.5/4.3.2*	4.2.5*
3172, «Токсины, извлеченные из живых организмов, жидкие, Н.У.К.»	6.1	I	0	1 мл/300 мл	P001			
3172, «Токсины, извлеченные из живых организмов, жидкие, Н.У.К.»	6.1	II	100 мл	1 мл/500 мл	P001 IBC02			
3172, «Токсины, извлеченные из живых организмов, жидкие, Н.У.К.»	6.1	III	5 л	30 мл/1000 мл	P001 IBC02 LP01			
3462, «Токсины, извлеченные из живых организмов, твердые, Н.У.К.»	6.1	I	0	1 г/300 г	P002 IBC07	B1	T6	TP33
3462, «Токсины, извлеченные из живых организмов, твердые, Н.У.К.»	6.1	II	500 г	1 г/500 г	P002 IBC08	B2, :B4	T3	TP33

№ ООН, надлежащее отгрузочное наименование	Класс, подкласс	Группа упаковки ООН	Ограниченные и освобожденные количества**		Тара и КСГМГ		Переносные цистерны и контейнеры для массовых грузов	
			Ограниченные количества	Освобожденные количества	Инструкции по упаковке***	Специальные положения****	Инструкции***	Специальные положения****
3462, «Токсины, извлеченные из живых организмов, твердые, Н.У.К.»	6.1	III	5 кг	30 г/1000 г	P002 IBC08	B3	T1	TP33

Н.У.К. – не указанные конкретно

КСГМГ – контейнер средней грузоподъемности для массовых грузов

* Номер раздела Рекомендаций по перевозке опасных грузов

** «Ограниченные количества» - максимальное количество на единицу внутренней тары или на одно изделие при перевозке опасных грузов в качестве ограниченных количеств в соответствии с главой 3.4 Рекомендаций по перевозке опасных грузов; «Освобожденные количества» - максимальное количество на единицу внутренней тары и наружной тары (через дробь) при перевозке опасных грузов в качестве освобожденных количеств в соответствии с главой 3.5 Рекомендаций по перевозке опасных грузов;

*** Инструкции по упаковке, применяемые к опасным грузам, изложены в разделе 4.1.4. Рекомендаций по перевозке опасных грузов и сгруппированы в зависимости от типа тары, на которую они распространяется:

для тары, кроме контейнеров средней грузоподъемности для массовых грузов и крупногабаритной тары, эти инструкции по упаковке обозначаются буквенно-цифровым кодом, включающим букву «P»;

для контейнеров средней грузоподъемности для массовых грузов эти инструкции по упаковке обозначаются буквенно-цифровым кодом, включающим буквы «IBC»;

для крупногабаритной тары эти инструкции по упаковке обозначаются буквенно-цифровым кодом, включающим буквы «LP».

**** Специальные положения по упаковке, изложенные в разделах 4.1.4, 4.2.5 и 4.3.2 Рекомендаций по перевозке опасных грузов, применяются в отношении определенной тары и конкретного вещества.

6. Вопросы упаковки, маркировки, подготовки документации для транспортировки грузов, содержащих во внутренней таре токсины биологического происхождения в количествах, превосходящих приведенные в колонке 5 Таблицы 1 как освобожденные количества, в настоящем приложении к Санитарным правилам не рассматриваются.

7. Упаковка, маркировка грузов с токсинами биологического происхождения № ООН 3172 и № ООН 3462 в освобожденных количествах осуществляется в соответствии с главой 3.5 «Опасные грузы, упакованные в освобожденных количествах» Рекомендаций по перевозке опасных грузов.

Каждая упаковка должна иметь:

несмываемый и разборчивый маркировочный знак «Освобожденное количество», заметную маркировку в виде надписи: «Опасные грузы в освобожденных количествах».

В транспортном документе на опасный груз, перевозимый в освобожденном количестве (например, авиагрузовой накладной) должна быть сделана запись «Опасный груз в освобожденных количествах» и должно быть указано количество упаковок.

Разрешается использовать транспортные пакеты, в которые могут помещаться упаковки с опасными грузами, не упакованными в освобожденных количествах. В этом случае для маркировки транспортного пакета применяются положения пункта 5.1.2.1. Рекомендаций по перевозке опасных грузов.

В отношении грузов, упакованных в освобожденных количествах, применяются дополнительные требования и ограничения, связанные со спецификой конкретного вида транспорта, приведенные в международных соглашениях по перевозке опасных грузов по видам транспорта, ратифицированных Российской Федерацией[1].

Воздушными судами гражданской авиации[2] в освобожденных количествах могут перевозиться только те опасные грузы, которые разрешается перевозить на пассажирских воздушных судах и только те вещества подкласса 6.1, которые не относятся к веществам с ингаляционной активностью высокой степени опасности (I группе упаковки).

Не разрешается перевозка опасных грузов в освобожденных количествах воздушным транспортом гражданской авиации в качестве зарегистрированного или ручного багажа, или в почте.

---

[1] Doc 9284 AN /905 ИКАО; Европейское соглашение о международной дорожной перевозке опасных грузов (официальный сайт Европейской экономической комиссии Организации Объединенных Наций http:/www.unece.org) вступило в силу для Российской Федерации 28.04.1994 в соответствии с постановлением Правительства Российской Федерации от 03.02.1994 № 76 «О присоединении Российской Федерации к Европейскому соглашению о международной дорожной перевозке опасных грузов» (Собрание актов Президента и Правительства Российской Федерации, 1994, № 7, ст. 508); Международный кодекс морской перевозки опасных грузов (включая поправки 37 – 14).

[2] Doc 9284 AN /905 ИКАО.

От грузоотправителя потребуется заявление с указанием, в соответствии с каким документом произведена подготовка груза к транспортировке.

Упаковка ПБА I-IV групп патогенности, классифицируемых как опасный груз подкласса 6.2 «Инфекционные вещества»

8. В отношении упаковки опасных грузов, содержащих инфекционный материал подкласса 6.2, действует принцип тройной упаковки. Он подразумевает наличие трех слоев защиты:

первичная емкость. Первичная водонепроницаемая и герметичная емкость, содержащая образец. Эта емкость упаковывается в достаточное количество абсорбирующего материала, чтобы в случае повреждения или протечки абсорбировать всю жидкость;

вторичная тара. Вторая прочная водонепроницаемая, герметичная тара для помещения и защиты первичных емкостей. В одну вторичную тару можно поместить несколько обернутых первичных емкостей; при этом следует использовать достаточно абсорбирующего материала, чтобы поглотить всю жидкость в случае повреждения или протечки. Первичная емкость и вторичная тара образуют внутреннюю тару;

наружная тара. Внутреннюю тару помещают в наружную тару для транспортировки с достаточным количеством амортизирующего материала. Наружная тара во время транспортировки защищает содержимое от неблагоприятных внешних воздействий – например, от механического повреждения. Минимальные размеры наружной тары должны быть не менее чем 10 х 10 см.

Каждый окончательно упакованный груз должен быть промаркирован, иметь сопроводительную документацию, вкладываемую в упаковку, и транспортную документацию, содержащую, в том числе, сведения об опасном грузе, договор перевозки (авианакладную при перевозке воздушным транспортом или эквивалентные документы при перевозке другим видом транспорта).

9. Из-за различий в опасности, которую представляют инфекционные материалы Категории А и Категории В при транспортировке, правила упаковки, маркировки и сопроводительной документации для этих двух категорий различаются.

10. Упаковка массовых грузов, содержащих инфекционный материал подкласса 6.2 (материалы животного происхождения, а также медицинские отходы, перевозимые навалом/насыпью) для транспортировки в контейнерах для массовых грузов, в настоящем приложении к Санитарным правилам не рассматриваются.

Упаковка, маркировка, документация при транспортировке груза, содержащего инфекционные вещества Категории А, № ООН 2814

11. Установленные правила упаковки, маркировки, документации при транспортировке инфекционных веществ категории А, № ООН 2814, соответствуют установленным Рекомендациям по перевозке опасных грузов.

12. Тара, предназначенная для упаковки инфекционных веществ Категории А № ООН 2814, должна соответствовать требованиям к изготовлению и испытаниям, определенным главой 6.3 Рекомендаций по перевозке опасных грузов, и сертифицирована компетентным органом.

На наружную тару должна быть нанесена маркировка в соответствии с требованиями спецификации ООН, указывающая, что упаковка прошла испытания, удовлетворяющие всем требованиям и сертифицирована компетентным органом. Пример маркировки тары в соответствии со спецификацией ООН для инфекционных веществ Категории А (ООН 2814): UN 4G/Class 6.2/10/GB/2470. Эта маркировка включает:

упаковочный символ ООН;

сведения о типе упаковки (в данном случае – картонная коробка (4G));

информацию о том, что упаковка прошла необходимые испытания на соответствие требованиям к упаковке для инфекционных материалов Категории А (подкласса 6.2);

последние две цифры года выпуска (в данном случае – 2010 год);

компетентный государственный орган, который разрешил использование данной маркировки (в данном случае GB – Великобритания);

код производителя упаковки, определенный компетентным органом (в данном случае 2470);

13. Грузоотправители инфекционных материалов должны обеспечить такое состояние упаковки, чтобы она прибыла в пункт назначения в надлежащем состоянии и не представляла опасность для людей или животных во время транспортировки.

14. Для наземного транспорта максимальное количество на упаковку не установлено. Для воздушного транспорта в соответствии с Техническими инструкциями по безопасной перевозке опасных грузов по воздуху[3] установлены следующие пределы:

50 мл или 50 г в пассажирском самолете;

4 л или 4 кг в грузовом самолете.

15. При условии соблюдения требований Санитарных правил, а также положений, изложенных в Инструкцией Р620 по упаковке, приведенной в разделах 4.1.4 и 4.1.8

[3] Doc 9284 AN /905 ИКАО.

Рекомендаций по перевозке опасных грузов, касающихся специальных положений по упаковке инфекционных веществ, разрешается осуществлять упаковку инфекционных веществ Категории А, № ООН 2814, в тару, состоящую из:

а) внутренней тары, включающей:

герметичную первичную емкость (емкости);

герметичную вторичную тару;

кроме случая твердых инфекционных веществ – абсорбирующий материал в количестве, достаточном для поглощения всего содержимого, помещенный между первичной емкостью (емкостями) и вторичной тарой; если в одну единицу вторичной тары помещено несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть либо завернуты по отдельности, либо разделены во избежание взаимного соприкосновения;

б) жесткой наружной тары:

барабанов (стальных, алюминиевых, из прочих металлов; пластмассовых: из фанеры; из фибрового картона);

ящиков (стальных; алюминиевых; из прочих металлов; из естественной древесины, из фанеры; из древесного материала; из фибрового картона; из пластмассы: из пенопласта, из твердой пластмассы);

канистр (стальных; полимерных).

Минимальный внешний размер упаковки должен составлять не менее 100 мм.

16. Внутренняя тара, содержащая инфекционные вещества, не должна объединяться с внутренней тарой, содержащей другие грузы. Готовые упаковки могут объединяться в общие упаковки (транспортные пакеты). Такие пакеты могут содержать сухой лед.

17. Кроме таких исключительных грузов, как целые органы, для которых требуется специальная упаковка, к грузам применяются следующие дополнительные требования:

а) материалы, перевозимые при температуре окружающей среды или при более высокой температуре. Первичные емкости должны быть стеклянными, металлическими или пластмассовыми. Для обеспечения герметичности должны использоваться такие эффективные средства, как термосваривание, опоясывающие пробки или металлические обжимные пломбы. В случае использования навинчивающихся крышек такие крышки должны быть закреплены эффективными средствами, в том числе клейкой лентой, герметизирующей лентой на основе парафина или запорным устройством, изготовленным с этой целью;

б) материалы, перевозимые в охлажденном или замороженном состоянии. Вокруг вторичной тары или, как альтернативный вариант, в пакет с одной или несколькими

готовыми упаковками, должен помещаться лед, сухой лед или другой охлаждающий агент. Вторичная тара или упаковки должны быть закреплены с помощью распорок так, чтобы они не изменяли своего положения после того, как лед растает или сухой лед испарится. Если используется лед, наружная тара или пакет должны быть герметичными. При использовании сухого льда наружная тара или пакет должны пропускать газообразный диоксид углерода. Первичная емкость и вторичная тара должны сохранять свою целостность при температуре используемого охлаждающего вещества;

в) материалы, перевозимые в жидком азоте. Должны использоваться пластмассовые первичные емкости, способные выдерживать очень низкие температуры. Вторичная тара также должна выдерживать очень низкие температуры, и в большинстве случаев она применяется для упаковки каждой первичной емкости. Должны также соблюдаться положения, касающиеся перевозки жидкого азота. Первичная емкость и вторичная тара должны сохранять свою целостность при температуре жидкого азота;

г) лиофилизированные материалы могут также перевозиться в первичных емкостях, которые представляют собой стеклянные запаянные ампулы или стеклянные флаконы с резиновой пробкой, снабженной металлическим колпачком.

18. Независимо от предполагаемой температуры перевозки, первичная емкость и вторичная тара должны выдерживать, не допуская утечки, внутреннее давление, превышающее не менее чем на 95 кПа внешнее давление, и температуры в диапазоне от –40°С до +55°С.

19. Другие опасные грузы не должны помещаться в одну и ту же тару с инфекционными веществами подкласса 6.2, за исключением случаев, когда они необходимы для поддержания жизнеспособности, стабилизации или предотвращения деградации инфекционных веществ или для нейтрализации видов опасности, свойственных инфекционным веществам. В каждую первичную емкость, содержащую инфекционные вещества, может помещаться 30 мл или менее опасных грузов, включенных в классы 3 (легковоспламеняющиеся жидкости), 8 (коррозионные вещества) или 9 (прочие опасные вещества и изделия, включая вещества, опасные для окружающей среды).

Любая первичная емкость объемом более 50 мл должна быть расположена в наружной таре таким образом, чтобы крышки находились сверху. На двух противоположных поверхностях наружной тары в этом случае должны быть наклеены ориентирующие наклейки с двумя стрелками, направленными вверх, для указания правильного положения крышек первичных емкостей.

20. До возвращения порожней тары грузоотправителю или до ее отправки в другое место она должна быть продезинфицирована или стерилизована для исключения любой опасности, а любые нанесенные на нее этикетки или любая маркировка, свидетельствующие о том, что в ней находились инфекционные материалы, должны быть удалены или скрыты.

21. Маркировка упаковок, содержащих инфекционные вещества Категории А, соответствуют требованиям главы 5.2. и в разделе 4.1.8 [4]. Маркировка содержит:

наименования и адреса грузополучателя и грузоотправителя, пункты назначения и отправления груза;

знак опасности (этикетку) для инфекционного вещества;

№ ООН 2814 и надлежащее отгрузочное наименование «Инфекционное вещество, опасное для людей»;

требование по хранению при определенном температурном режиме (если требуется);

маркировку, указывающую, что тара прошла испытания в соответствии с требованиями пункта 12 настоящего приложения к Санитарным правилам и сертифицирована компетентным органом;

вес груза нетто и брутто;

манипуляционные знаки, указывающие на способы обращения с грузом (в том числе ориентирующая наклейка для указания правильного положения крышек первичных емкостей с двумя стрелками, направленными вверх);

- при использовании сухого льда или жидкого азота в качестве хладагента –

знак опасности (этикетку), для сухого льда или для жидкого азота и надлежащие отгрузочные наименования с добавлением слов «В качестве хладагента»;

- надписи транспортных организаций;

- фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), номер телефона ответственного лица, располагающего информацией о грузе (в соответствии с национальными и международными правилами перевозок опасных грузов по воздуху, автомобильным и морским транспортом);

- надпись «Не вскрывать. Опасно».

22. Документация для транспортировки инфекционных веществ категории А, № ООН 2814. Каждый предназначенный для транспортировки груз, содержащий инфекционное вещество Категории А, должен иметь сопроводительную документацию,

---

[4] Рекомендации по перевозке опасных грузов.

вкладываемую в упаковку (сопроводительное письмо и акт упаковки) и транспортную документацию.

23. Сопроводительную документацию (сопроводительное письмо и акт упаковки) оформляют в двух экземплярах. Первые экземпляры помещают в упаковку между вторичной и наружной тарой, вторые экземпляры остаются у грузоотправителя.

В сопроводительном письме на бланке организации-грузоотправителя указывают названия организаций грузоотправителя и грузополучателя, их адреса, телефоны, факсы, адреса электронной почты, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), телефон ответственного лица, располагающего информацией о грузе, номер Организации Объединенных Наций и надлежащее отгрузочное наименование опасного груза, указывают наименование инфекционного агента в соответствии с международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке, количество первичных емкостей с конкретным инфекционным агентом и количество содержимого в емкостях.

Если инфекционные вещества неизвестны, но есть основание полагать, что они соответствуют критериям для отнесения их к Категории А № ООН 2814, то в сопроводительном письме указывают, что инфекционное вещество предположительно относится к Категории А.

Сопроводительное письмо подписывает руководитель организации.

В акте упаковки указывают дату упаковки, общее количество первичных емкостей, конкретный тип и вид первичных емкостей (в том числе пластмассовый флакон или стеклянная ампула) и вторичной тары, способ их герметизации (в том числе термосваривание, притертые пробки, завинчивающиеся крышки с запорными устройствами), указывают также, в соответствии с какими национальными и международными правилами или инструкциями упакован груз, и фамилия, имя отчество (последнее при наличии) лица, производившего упаковку. Акт упаковки подписывает лицо, производившее упаковку.

Организация, получившая упаковку с инфекционным веществом категории А, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение, направить его в организацию, отправившую ПБА.

24. Транспортный документ на опасные грузы Категории А № ООН 2814 должен содержать информацию с перечисленными в пункте 3.4.3.3 обязательными элементами. Форму транспортного документа определяет перевозчик в соответствии с правилами в отношении данного вида транспорта: при перевозке воздушным транспортом грузоотправитель оформляет декларацию грузоотправителя опасных грузов и

авианакладную, для перевозок другими видами транспорта оформляются эквивалентные по содержанию документы.

25. Информация об опасном грузе включает следующие обязательные элементы:

названия и адреса грузоотправителя и грузополучателя опасного груза;

фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), номер телефона ответственного лица, располагающего информацией о грузе;

описание опасного груза, состоящее из: № ООН 2814; надлежащего отгрузочного наименования «Инфекционное вещество, опасное для людей» с заключенным в скобки наименованием инфекционного агента в соответствии с международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке (если инфекционные вещества неизвестны, но есть основание полагать, что они соответствуют критериям для отнесения их к Категории А и номеру ООН «№ ООН 2814», то указывают, что инфекционное вещество предположительно относится к Категории А); указания класса, подкласса опасности;

общее количество каждого другого опасного груза, имеющего отдельный номер ООН, надлежащее отгрузочное наименование для каждого опасного груза, в том числе для сухого льда или жидкого азота, если используются;

количество и описание упаковки;

номера знаков опасности;

декларацию, подписанную грузоотправителем с указанием даты заполнения, составленную по следующей форме: «Настоящим заявляю, что содержимое данной партии груза полностью и точно описано выше (или ниже) надлежащим отгрузочным наименованием и что содержимое классифицировано, упаковано, маркировано, снабжено знаками опасности и во всех отношениях находится в должном состоянии для перевозки в соответствии с применимыми международными и национальными государственными правилами»;

указания о действиях, которые должен предпринять перевозчик в отношении погрузки, укладки, ограничений в отношении вида транспорта или маршрута (если таковые есть), а также, по требованию перевозчика, мероприятия на случай аварии или инцидента, связанного с нарушением целостности упаковки, розлива или просыпания содержимого.

Упаковка, маркировка, оформление документации для транспортировки инфекционных веществ Категории В № ООН 3373

27. Действует принцип тройной упаковки, изложенный в настоящем приложении к Санитарным правилам.

28. Необходимости в сертификации тары для упаковки инфекционных веществ Категории В № ООН 3373 компетентным органом и в маркировке тары в соответствии с требованиями спецификации ООН, указывающей, что упаковка прошла испытания в соответствии с главой 6.3 Рекомендаций по перевозке опасных грузов, нет.

Можно воспользоваться доступными источниками упаковочных материалов при условии, что как производитель тары, так и грузоотправитель могут полностью выполнить требования в отношении тары и упаковки, изложенные в настоящем приложении к Санитарным правилам.

29. Правила упаковки инфекционных материалов Категории В № ООН 3373 действуют при перевозке любым наземным видом транспорта и соответствуют Инструкции по упаковке Р650 для инфекционных веществ Категории В № ООН 3373, приведенной в разделе 4.1.4 Рекомендаций по перевозке опасных грузов.

Для перевозок инфекционных материалов Категории В № ООН 3373 другими видами транспорта действуют дополнительные требования по упаковке, определенные международными соглашениями по соответствующим видам транспорта. В отношении упаковки опасных грузов для авиаперевозок действуют требования технических инструкций по безопасной перевозке опасных грузов по воздуху Международной организации гражданской авиации (далее – Doc 9284 AN /905 ИКАО).

30. При упаковке инфекционных веществ Категории В № ООН 3373 тара должна быть доброкачественной и достаточно прочной, чтобы выдерживать удары и нагрузки, обычно возникающие в ходе перевозки, в том числе при перегрузке между грузовыми транспортными единицами и между грузовыми транспортными единицами и складами, а также при любом перемещении с поддона или изъятии из пакета с целью последующей ручной или механической обработки. Тара должна быть сконструирована и закрыта таким образом, чтобы не допускалась какая-либо потеря содержимого, которая может произойти в обычных условиях перевозки в результате вибрации, изменения температуры, влажности или давления.

Тара должна состоять, как минимум, из трех компонентов:

а) первичной емкости;

б) вторичной тары;

в) наружной тары,

при этом либо вторичная, либо наружная тара должна быть жесткой.

31. Первичные емкости должны укладываться во вторичную тару таким образом, чтобы при обычных условиях перевозки исключить возможность их разрушения, пробоя или протечки их содержимого во вторичную тару. Вторичная тара должна укладываться в

наружную тару с использованием подходящего прокладочного материала. Любая протечка содержимого не должна существенно ухудшать защитные свойства прокладочного материала или наружной тары.

32. По крайней мере одна из поверхностей наружной тары должна иметь минимальный размер 100 мм × 100 мм.

33. Готовая упаковка должна быть в состоянии выдержать испытание на падение, описанное в пунктах 6.3.5.3 и 6.3.5.2 Рекомендаций по перевозке опасных грузов, с высоты 1,2 метра.

34. Для жидких материалов:

а) первичная емкость (емкости) должна быть герметичной;

б) вторичная тара должна быть герметичной;

в) если в одну единицу вторичной тары помещаются несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть завернуты по отдельности или разделены во избежание взаимного соприкосновения;

г) между первичной(ыми) емкостью(ями) и вторичной тарой должен быть помещен абсорбирующий материал. Абсорбирующий материал должен использоваться в количестве, достаточном для поглощения всего содержимого первичной(ых) емкости(ей), так чтобы любая утечка жидкости не ухудшала существенно защитные свойства прокладочного материала или наружной тары;

д) первичная емкость или вторичная тара должны быть в состоянии выдержать без протечек внутреннее давление 95 кПа (0,95 бар).

35. Для твердых материалов:

а) первичная емкость (емкости) должна быть непроницаемой для сыпучих веществ;

б) вторичная тара должна быть непроницаемой для сыпучих веществ;

в) если в одну единицу вторичной тары помещаются несколько хрупких первичных емкостей, они должны быть завернуты по отдельности или разделены во избежание взаимного соприкосновения;

г) если есть сомнения по поводу того, что в первичной емкости во время перевозки может присутствовать остаточная жидкость, то в этом случае должна использоваться тара, подходящая для жидкостей, с абсорбирующими материалами.

36. Охлажденные или замороженные образцы (лед, сухой лед, жидкий азот):

а) если в качестве хладагента используется сухой лед или жидкий азот, применяются требования раздела 5.5.3 Рекомендаций по перевозке опасных грузов. Когда используется лед, его необходимо помещать за пределами вторичной тары или в транспортный пакет. Вторичная тара должна быть закреплена с помощью распорок так,

чтобы она не изменяла своего первоначального положения. Если используется лед, наружная тара или транспортный пакет должны быть влагонепроницаемыми;

б) первичная емкость и вторичная тара должны сохранять свою целостность при температуре используемого хладагента, а также при температурах и давлениях, которые могли бы возникнуть в случае потери хладагента.

37. Если упаковки помещаются в транспортный пакет, то маркировочные надписи на упаковках должны быть либо четко видны, либо воспроизведены на наружной поверхности транспортного пакета.

38. Другие опасные грузы не должны помещаться в одну и ту же тару с инфекционными веществами подкласса 6.2, за исключением случаев, когда они необходимы для поддержания жизнеспособности, стабилизации или предотвращения деградации инфекционных веществ или для нейтрализации видов опасности, свойственных инфекционным веществам.

39. В целях маркировки упаковок, содержащих инфекционные вещества Категории В № ООН 3373, на упаковки, подготовленные к перевозке, наносят:

транспортную маркировку, включающую сведения о грузополучателе, где, кроме наименования грузополучателя и пункта назначения, указывают его адрес и номер телефона;

надпись с надлежащим отгрузочном наименованием «Биологический препарат, категория В» маркировочный знак (этикетку) в форме повернутого на 45 градусов квадрата (ромба) с длиной стороны не менее 50 мм; ширина окантовки должна составлять не менее 2 мм, а высота букв и цифр – не менее 6 мм.

если требуется, указывают температурный режим хранения;

при использовании сухого льда или жидкого азота в качестве хладагента наносят знак опасности (этикетку), код ООН и надлежащие отгрузочные наименования с добавлением слов «В качестве хладагента», с указанием нетто количества сухого льда в килограммах.

40. Упакованный и предназначенный для транспортировки груз, содержащий инфекционные вещества Категории В № ООН 3373, должен иметь сопроводительное письмо, вложенное в упаковку, а также транспортную документацию (авианакладную при перевозке гражданским воздушным транспортом или эквивалентный документ при перевозке другим видом транспорта).

41. Сопроводительное письмо оформляют в двух экземплярах. Первые экземпляры помещают в упаковку между вторичной и наружной тарой, вторые экземпляры остаются у грузоотправителя.

В сопроводительном письме на бланке организации-грузоотправителя указывают названия организаций грузоотправителя и грузополучателя, их адреса, телефоны, факсы, адреса электронной почты, фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), телефон ответственного лица, располагающего информацией о грузе, номер Организации Объединенных Наций и надлежащее отгрузочное наименование опасного груза, в скобках указывают наименование инфекционного агента в соответствии с международной классификацией в латинской транскрипции и на русском языке, количество первичных емкостей с конкретным инфекционным агентом и количество содержимого в емкостях.

Сопроводительное письмо подписывает руководитель организации-грузоотправителя.

Организация, получившая упаковку с инфекционным материалом Категории В, должна составить акт вскрытия упаковки и вместе с письмом, подтверждающим получение инфекционного материала, направить его в организацию, отправившую инфекционный материал.

42. Грузоотправитель готовит транспортный документ – авианакладную при перевозке гражданским воздушным транспортом или эквивалентный документ при перевозке другим видом транспорта. При этом транспортная документация на опасный груз в форме декларации грузоотправителя на опасный груз не требуется.

43. Для перевозки инфекционных материалов Категории А № ООН 2814 и Категории В № ООН 3373 различными видами транспорта (гражданским воздушным транспортом, автомобильным, морским) применяются положения соответствующих международных правовых актов в указанной области.

Приложение 9
к СП 3.3686-21

Классификация и идентификация ПБА I-IV групп патогенности (опасности) для целей транспортировки[5]

1. Система классификации и идентификации в соответствии с Типовыми правилами ООН.

2. ПБА I-IV групп патогенности (опасности) относят к классу 6 опасных грузов Токсичные вещества и инфекционные вещества.

Класс 6 подразделяется на два следующих подкласса.

Подкласс 6.1 Токсичные вещества.

Вещества, способные вызывать смерть или серьезную травму, или причинять вред здоровью человека при проглатывании, вдыхании или контакте с кожным покровом.

Подкласс 6.2 Инфекционные вещества.

Вещества, о которых известно или имеются основания полагать, что они содержат патогенные организмы. Патогенные организмы – это микроорганизмы (включая бактерии, вирусы, простейшие, грибы) и другие инфекционные агенты, такие как прионы, способные вызвать заболевания людей или животных.

3. Опасным грузам назначают идентификационные номера ООН, присвоенные Комитетом экспертов ООН как наиболее часто транспортируемым опасным грузам или их группам и внесённые в Перечень опасных грузов, приведенный в части 3 Рекомендаций по перевозке опасных грузов, далее - № ООН.

4. Вещества подкласса 6.1 относят к следующим трем группам упаковки в соответствии со степенью их токсической опасности при перевозке:

- группа упаковки I – вещества и препараты с чрезвычайно высокой степенью риска отравления;

- группа упаковки II – вещества и препараты с высокой степенью риска отравления;

- группа упаковки III – вещества и препараты с относительно низкой степенью риска отравления.

При отнесении веществ к этим группам должны учитываться имеющиеся сведения об отравлении людей при несчастных случаях, а также такие свойства вещества, как особая способность проникновения и особое биологическое действие.

5. При отсутствии данных о воздействии на людей отнесение к той или иной группе должно основываться на результатах экспериментов на животных. Должны быть

[5] Части 2 и 3 Рекомендаций по перевозке опасных грузов.

изучены следующие показатели токсичности при трех возможных путях воздействия, а именно, при проглатывании, попадании на кожу, вдыхании аэрозолей (пыли, взвесей, тумана), в соответствии с подразделами 2.6.2.1 и 2.6.2.3 Типовых правил ООН[6].

Таблица 1

Показатели и критерии определения степени опасности веществ по пероральной, дермальной, ингаляционной (аэрозоли) токсичности и отнесения веществ к группам упаковки

Показатель	Критерий степени опасности веществ, группа упаковки		
	Чрезвычайно высокая степень риска отравления, группа упаковки I	Высокая степень риска отравления, группа упаковки II	Относительно низкая степень риска отравления, группа упаковки III
Пероральная токсичность, средняя смертельная (летальная) доза $ЛД_{50}$, мг/кг	≤5	> 5; < 50	≥50; ≤ 500
Чрезкожная токсичность, средняя смертельная (летальная) доза $ЛД_{50}$, мг/кг	≤ 50	> 50 - < 200	≥ 200; ≤ 1000
Токсичность при вдыхании аэрозоля, средняя смертельная (летальная) концентрация $ЛК_{50}$, мг/л	≤ 0,2	> 0,2; < 2	≥ 2; ≤ 4

6. Токсины биологического (растительного, животного или бактериального) происхождения, которые не содержат каких–либо инфекционных веществ, или токсины, содержащиеся в веществах, не являющихся инфекционными, должны рассматриваться на предмет их включения в подкласс 6.1 и отнесения к № ООН 3172 или № ООН 3462.

7. Надлежащим отгрузочным наименованием для № ООН 3171 является «Токсины, извлеченные из живых организмов, жидкие, Н.У.К.», для № ООН 3462 «Токсины, извлеченные из живых организмов, твердые Н.У.К.». (Н.У.К. – не указанные конкретно).

В грузовых документах и при маркировке упаковки надлежащее отгрузочное наименование должно быть дополнено техническим наименованием (данное требование не относится к упаковкам с токсинами биологического происхождения в освобожденных количествах).

---

[6] Рекомендации по перевозке опасных грузов.

8. Токсины биологического (растительного, животного или бактериального) происхождения, содержащие инфекционные вещества, или токсины, содержащиеся в инфекционных веществах, должны быть отнесены к подклассу 6.2.

9. К инфекционным веществам (материалам) подкласса 6.2 относятся:

вещества (материалы), содержащие возбудителей инфекционных болезней I-IV групп патогенности (микроорганизмы: бактерии, включая риккетсии и хламидии, вирусы, простейшие, грибы; а также инфекционные агенты, такие, как прионы), вызывающие заболевания людей или животных;

культуры (лабораторные штаммы), полученные в результате размножения и увеличения патогенных микроорганизмов и создания их высоких концентраций;

образцы, пробы, органы, секционный материал, взятые от людей или животных и содержащие инфекционный материал или подозрительные на содержание инфекционного материала, перевозимые в целях исследований, расследований, диагностики, лечения или профилактики;

биологические продукты (продукты, полученные из живых организмов и используемые для разработок, испытаний и исследований препаратов для лечения, профилактики, диагностики, в том числе вакцины), при этом биологические продукты подразделяют на: продукты, изготовленные и упакованные с соблюдением национальных требований, готовые к использованию или незавершенные биологические продукты, такие как вакцины, диагностикумы, фармацевтические субстанции или изделия медицинского назначения, и перевозимые для распределения или окончательной упаковки; продукты, которые не охватываются пунктом 5.1.4.1 и в отношении которых известно или имеются основания полагать, что они содержат инфекционные вещества;

медицинские отходы (отходы лечения людей, животных или отходы биологических исследований, содержащие возбудителей инфекционных болезней);

живых инфицированных животных;

другие материалы, не охваченные настоящим пунктом (в том числе, образцы почвы), но в отношении которых известно или имеются основания полагать, что они содержат инфекционные вещества.

10. Инфекционные вещества подкласса 6.2. относят к одной из двух категорий: категории А или категории В. К категории А относится инфекционное вещество, которое перевозится в таком виде, в каком оно способно вызвать, в случае его воздействия, постоянную нетрудоспособность людей, создать угрозу жизни людей и животных или привести в остальном здоровых людей и животных к смертельному заболеванию.

Воздействие инфекционного вещества происходит в случае его утечки из защитной упаковки, в результате которой оно вступает в физический контакт с людьми или животными.

Инфекционным веществам, которые отвечают этим критериям, и вызывают заболевания людей или людей и животных, присваивается № ООН 2814. Инфекционным веществам, вызывающим заболевания только животных, присваивается № ООН 2900 (в Санитарных правилах не рассматриваются).

Характерные примеры инфекционных веществ № ООН 2814, отвечающих этим критериям, приводятся в таблице 2.

Таблица 2

Примеры инфекционных веществ, включаемых в категорию А в любом виде, если не указано иное

Номер ООН и надлежащее отгрузочное наименование	Микроорганизм
ООН 2814 Инфекционное вещество, опасное для людей	Bacillus anthracis (только культуры) Brucella abortus (только культуры) Brucella melitensis (только культуры) Brucella suis (только культуры) Burkholderia mallei – Pseudomonas mallei – Cap (только культуры) Burkholderia pseudomallei – Pseudomonas pseudomallei (только культуры) Chlamydia psittaci – птичьи штаммы (только культуры) Clostridium botulinum (только культуры) Coccidioides immitis (только культуры) Coxiella burnetii (только культуры) Вирус Крымской-Конго геморрагической лихорадки Вирус денге (только культуры) Вирус восточного энцефалита лошадей (только культуры) Escherichia coli, веротоксин (только культуры) Эболавирусы Заир, Судан, Бундибугио Вирус Сэбиа Вирус Флексал Francisella tularensis (только культуры) Вирус Гуанарито Хантавирусы, вызывающие геморрагическую лихорадку с почечным синдромом Вирус Хендра Вирус гепатита В (только культуры) Вирус герпеса В (только культуры) Вирус иммунодефицита человека (только культуры) Высокопатогенный вирус птичьего гриппа (только культуры) Вирус японского энцефалита (только культуры) Вирус Хунин

	Вирус болезни Кьасанурского леса Вирус Ласса Вирус Мачупо Вирус Марбург Вирус оспы обезьян Mycobacterium tuberculosis (только культуры) * Вирус Нипах Вирус омской геморрагической лихорадки (только культуры) Вирус полиомиелита (только культуры) Вирус бешенства (только культуры) Rickettsia prowazekii (только культуры) Rickettsia rickettsii (только культуры) Вирус Рифт-Валли (только культуры) Shigella dysenteriae тип 1 (только культуры)* Вирус клещевого энцефалита (только культуры) Вирус натуральной оспы Вирус венесуэльского энцефалита лошадей (только культуры) Вирус Западного Нила (только культуры) Вирус желтой лихорадки (только культуры) Yersinia pestis (только культуры)
*Однако для наземной транспортировки, если культуры предназначаются для диагностики или клинических целей, они могут быть классифицированы в качестве инфекционных материалов Категории В.	

Инфекционные вещества, включая новых или возникающих возбудителей инфекционных болезней, которые не включены в таблицу 2, но отвечают перечисленным критериям, относят к Категории А. Если не представляется возможным установить, отвечает ли тот или иной материал приведенным критериям, или патоген неизвестен, его следует включать в Категорию А.

К категории В относится инфекционное вещество, не отвечающее критериям отнесения к Категории А. Такие инфекционные вещества относят к № ООН 3373.

11. Биотическим и абиотическим материалам, пробам, образцам, о которых известно или есть основания считать, что они содержат инфекционные вещества Категории А присваивают № ООН 2814 или № 2900, Категории В № ООН 3373.

12. Медицинским или клиническим отходам, а именно, отходам лечения людей или животных или отходам биоисследований, содержащим инфекционные вещества категории А, опасные для людей и животных, присваивают № ООН 2814. Отходам лечения животных или отходам биоисследований, содержащим инфекционные вещества категории А, опасные только для животных, присваивают № ООН 2900.

Медицинским или клиническим отходам, а именно отходам лечения людей или животных или отходам биоисследований, содержащим инфекционные вещества категории В, присваивается № ООН 3291.

Медицинским или клиническим отходам, в отношении которых имеются основания полагать, что они с малой долей вероятности содержат инфекционные вещества, присваивается № ООН 3291.

13. Надлежащими отгрузочными наименованиями для опасных грузов подкласса 6.2. являются:

- для № ООН 2814 - «Инфекционное вещество, опасное для людей»;
- для № ООН 2900 - «Инфекционное вещество, опасное только для животных»;
- для № ООН 3373 - «Биологический препарат, категория В»;
- для № ООН 3291 – «Клинические отходы, разные, Н.У.К.» или «Биомедицинские отходы, Н.У.К.» или «Медицинские отходы, подпадающие под действие соответствующих предписаний, Н.У.К.».

Приложение 10
к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

РАЗРЕШЕНИЕ О ВОЗМОЖНОСТИ ТРАНСПОРТИРОВАНИЯ ПАТОГЕННОГО(ЫХ) БИОЛОГИЧЕСКОГО(ИХ) АГЕНТА(ОВ), НЕ ВКЛЮЧЕННЫХ В СПИСОК МИКРООРГАНИЗМОВ, ТОКСИНОВ, ОБОРУДОВАНИЯ И ТЕХНОЛОГИЙ, ПОДЛЕЖАЩИХ ЭКСПОРТНОМУ КОНТРОЛЮ

Выдано_____

(наименование организации-получателя (отправителя), реквизиты, фамилия, имя, отчество (при наличии) руководителя)

Дата выдачи_____

(день, месяц, год)

Наименование ПБА_____

Разрешается (не разрешается) _____ транспортирование ПБА

(однократно, многократно или временной период)

в Российскую Федерацию (из Российской Федерации) для_____.

(наименование вида работ и места их проведения)

В ходе транспортирования упаковка ПБА не подлежит вскрытию.

Главный государственный
санитарный врач
Российской Федерации

_____

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

М.П.

Приложение 11
к СП 3.3686 -21

Перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации

№	Нозологическая форма	Код в соответствии с международной классификацией болезни десятого пересмотра (МКБ-10)
1.	Оспа	B03
2.	Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом	A80
3.	Человеческий грипп, вызванный новым подтипом	J9; J11
4.	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)	B 34.2; U 04.9
5.	Холера	A.00; A.00.0, A00.1, A00.9
6.	Чума	A20; A20.1, A20.2, A20.3, A20.7, A20.8, A20.9
7.	Желтая лихорадка	A95; A95.0, A95.1, A95.9
8.	Лихорадка Ласса	A96.2
9.	Болезнь, вызванная вирусом Марбург	A98.3
10.	Болезнь, вызванная вирусом Эбола	A98.4
11.	Ближневосточный респираторный синдром	B 34.2
12.	Коронавирусная инфекция COVID-19	B 34.2; U 07.1; U 07.2
13.	Малярия	B50, B51, B52, B53.0, B54
14.	Лихорадка Западного Нила	A92.3
15.	Крымская геморрагическая лихорадка (вызванная вирусом Конго)	A98.0
16.	Лихорадка денге	A97; A97.0, A97.1, A97.2, A97.9
17.	Лихорадка Рифт-Вали (долины Рифт)	A92.4
18.	Болезнь, вызванная вирусом Зика	U06
19.	Менингококковая инфекция	A39.0, A39.1, A39.2
20.	Сибирская язва	A22.0, A22.1, A22.2, A22.7, A22.8, A22.9
21.	Бруцеллез	A23.0, A23.1, A23.2, A23.3, A23.8, A23.9
22.	Сап	A24.0
23.	Мелиоидоз	A24.1, A24.2, A24.3, A24.4
24.	Эпидемический сыпной тиф	A75.0, A75.1
25.	Геморрагическая лихорадка Хунин	A96.0
26.	Геморрагическая лихорадка Мачупо	A96.1
27.	Другие инфекционные болезни, вызывающие в соответствии с Приложением 2 Международных медико-санитарных правил (2005 г.) чрезвычайные ситуации в области общественного здравоохранения, имеющие международное значение	

Приложение 12

к СП 3.3686-21

Определение степени риска для контактных лиц при выявлении на транспортных средствах лиц с подозрением на опасные инфекционные болезни и проведение профилактических мер в отношении контактных лиц

№ п/п	Нозологическая форма	Срок изоляции и наблюдения/ инкубационный период	Лица, подвергшиеся высокому риску заражения и подлежащие изоляции				Лица, подвергшиеся незначительному риску заражения и подлежащие медицинскому наблюдению			
			морские, речные суда	авиатранспорт	железнодорожный транспорт	автомобильный транспорт	морские, речные суда	авиатранспорт	железнодорожный транспорт	автомобильный транспорт
1.	Оспа (натуральная)	22/5-22 календарных дня, в среднем 10-12 календарных дней	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт)*	+ все пассажиры, экипаж, бортпроводники	+ пассажиры всего вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах	+ все пассажиры, водители	+ с ограничением общения и посещения общественных мест лица, в отношении которых не установлен факт общения с больным и контакта с его вещами	-	+ с ограничением общения и посещения общественных мест пассажиры, проводники и персонал в других вагонах, которые посещал больной, в отношении которых не установлен факт общения с больным и	-

									контакта с его вещами	
2.	Полиомиелит, вызван-ный диким полиовирусом	21/ 3-35 календарных дней, в среднем 7-14 календарных дней	-	-	-	-	+ все лица, контактировавшие с больным, подлежат медицинскому наблюдению 20 дней; дети до 15 лет и взрослые, относящиеся к декретированному контингенту, - отстраняются от посещения организованных коллективов, пищевых и приравненных к ним предприятий			
3.	Человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса	7/ от нескольких часов до 3 календарных дней, в среднем 2-3 каленадарных дня	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт)*	+ пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного**, бортпроводники	+ пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлена возможность контактирования	+ все пассажиры, водители	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры вагона***, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
4.	Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)	10/ 2-10 календарных дней, в среднем 5 календарных дней	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами	+ пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного**	+ пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлена	+ все пассажиры, водители	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры вагона***, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других	-

			(прямой и непрямой контакт)*	, бортпроводники	возможность контакта				вагонов, посещавшие вагон с больным	
5.	Холера	5/ 2-5 календарных дней, в среднем 2-3 календарных дня	+ пассажиры, члены экипажа, посещавшие один туалет с больным и принимавшие совместно пищу	+ пассажиры, бортпроводники, посещавшие один туалет с больным	+ пассажиры и проводники вагона	+ все пассажиры, водители	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
6.	Чума (легочная)	6/ у непривитых: 3-6 календарных дней, у привитых: 3-10 календарных дней	+ пассажиры, члены экипажа, медперсонал, контактировавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт)*	+ пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного**; бортпроводники	+ пассажиры и проводники вагона	+ все	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
7.	Чума (бубонная)	6/ у непривитых: 3-6	-	-	-	-	пассажиры каюты	пассажиры, сидящие в том же ряду, в	пассажиры купе, плацкартного отсека	все пассажиры и водитель

		календарных дней, у привитых: 3-10 календарных дней						двух рядах впереди и двух рядах позади больного**; бортпроводники		
8.	Желтая лихорадка	6/3-10 календарных дней	-	-	-	-	все, при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей. Наблюдение устанавливается за непривитыми лицами из эндемичных районов			
9.	Лихорадка Ласса	21/ 3-21 день, в среднем 7-19 календарных дней	+ лица, находившиеся в контакте с больным или его выделениями*	+ лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его выделениями; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного**; борт-проводник	+ пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах	+ все пассажиры и водители	+ остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте	+ экипаж, остальные пассажиры	+ пассажиры вагона***; пассажиры других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-

				и						
10.	Болезнь, вызванная вирусом Марбург	21/ 2-21 календарный день, в среднем 4-7 календарных дней	+ лица, находившиеся в контакте с больным или его выделениями*	+ лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его выделениями; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного**; борт-проводники	+ пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах	+ все пассажиры и водители	+ остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте	+ экипаж, остальные пассажиры	+ пассажиры вагона***, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавшие вагон с больным	-
11.	Болезнь, вызванная вирусом Эбола	21/ 1-21 день, в среднем 6 календарных дней	+ лица (пассажиры, члены экипажа), находившиеся в контакте с больным	+ лица, находившиеся в непосредственном контакте с больным или его	+ пассажиры вагона, проводники вагона, все возможные контактировавшие (прямой и	+ все пассажиры и водители	+ остальные лица, не находившиеся в непосредственном контакте	+ экипаж, остальные пассажиры	+ пассажиры вагона***, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры	-

			или его выделения ми*	выделения ми; пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного**; бортпровод ники	непрямой контакт) с больным или его вещами в других вагонах				других вагонов, посещавши е вагон с больным	
12.	БВРС	14/ 2-14 календарных дней, чаще 5-6 календарных дней	+ пассажиры, члены экипажа, медперсона л, контактиро вавшие с больным и его вещами (прямой и непрямой контакт) *	+ пассажиры, сидящие в том же ряду, в двух рядах впереди и двух рядах позади больного**; борт-проводник и	+ пассажиры вагона, проводники, другие лица, в отношении которых установлен а возможност ь контакта	+ все пассажир ы, водители	+ все остальные	+ все остальные	+ пассажиры вагона***, других вагонов, которые посещал больной; пассажиры других вагонов, посещавши е вагон с больным	-
13.	Малярия	тропической малярии: 8-30 календарных дней; трехдневной	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей			

		с короткой инкубацией: 7-20 календарных дней; с длинной инкубацией: 6-14 месяцев; при малярии ovale: 11-16 календарных дней; при четырехдневной: 15-40 календарных дней					
14.	Лихорадка Западного Нила	8/2-14 календарных дней, в среднем 3-6 календарных дней	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей
15.	Крымская геморрагическая лихорадка	14/2-14 календарных дней, чаще 2-7 календарных дней	-	-	-	-	лица, непосредственно контактировавшие с больным с поражением легких (оказывавшим помощь); лица, контактировавшие с кровью и биологическими выделениями больного (мокрота, испражнения)
16.	Лихорадка денге	14/ классическая форма: 3-15	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей

		календарных дней, в среднем 5-7 календарных дней; геморрагическая форма: 3-7 календарных дней								
17.	Болезнь, вызванная вирусом Зика	12/2-12 календарных дней, чаще 2-7 календарных дней	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей			
18.	Лихорадка РифтВалли (долины Рифт)	6/2-5 календарных дней	-	-	-	-	все при наличии на транспортном средстве комаров - специфических переносчиков возбудителей			
19.	Менингококковая инфекция	10/1-10 календарных дней, в среднем 3-5 календарных дней	-	-	-	-	+ лица, близко контактировавшие с больным, с ограничением общения и посещения общественных мест			
20.	Сибирская язва	От нескольких часов до 8 календарных дней, в среднем 2-3 календарных	-	-	-	-	-	-	-	-

		дня								
21.	Бруцеллез	козье-овечьего типа: 1-6 недель; коровьего: несколько месяцев	-	-	-	-	-	-	-	-
22.	Сап	1-14 календарных дней, в среднем 1-5 календарных дней	-	-	-	-	+ за лицами, тесно общавшимися с больным			
23.	Мелиоидоз	1-7 дней, в среднем 2-5 дней	-	-	-	-	-	-	-	-
24.	Эпидемический сыпной тиф	1-2 недели, чаще 10-14 календарных дней	-	-	-	-	за лицами, тесно соприкасавшимися с больным			
25.	Геморрагическая лихорадка Хунин,	7-16 календарных дней	-	-	-	-	+ за лицами, тесно общавшимися или соприкасавшимися с больным			
26.	Геморрагическая лихорадка Мачупо	12-15 календарных дней	-	-	-	-	+ за лицами, тесно общавшимися или соприкасавшимися с больным			
27.	Инфекционные болезни невыясненной этиологии,						+ за всеми лицами до выяснения обстоятельств			

	способные вызвать чрезвычайную ситуацию в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения						

* Члены экипажа, проводившие уборку в каюте; соседи по каюте; пассажиры, сидевшие за одним столом при приеме пищи.

** Ряды кресел до продольного прохода. Если место больного находится с краю от прохода – также пассажиры, сидящие на ближайших местах через проход – по одному месту в том же ряду, в одном ряду впереди и одном ряду сзади.

*** Если установлено, что они пользовались туалетом, не посещаемым больным, и непосредственно не общались с больными

Приложение 13
к СП 3.3686 -21

Контингенты, подлежащие обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию и рекомендуемые для добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию

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

	пребывании, при въезде на территорию Российской Федерации иностранных граждан на срок более 3-х месяцев, лица, обращающиеся за получением статуса беженца, либо лица, ищущие убежища
Раздел II. Рекомендуются для добровольного обследования на ВИЧ	
Беременные	При постановке на учет по беременности, а также на сроке гестации 30±2 недели
Беременные, не обследованные до родов или обследованные только до 28-й недели беременности	При обращении в медицинские организации, при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим подтверждением стандартным методом
Беременные, имеющие высокий риск заражения ВИЧ (ВИЧ-инфицированные половые партнеры, употребление психоактивных веществ и другие)	При постановке на учет, затем через каждые 3 месяца, а также при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим стандартным подтверждением, независимо от количества исследований во время беременности
Мужья, половые партнеры всех женщин, поставленных на учет по беременности	Как минимум однократно при постановке беременной на учет
Дети, рожденные матерями, не обследованными на ВИЧ во время беременности и родов	Исследование на антитела к ВИЧ при рождении, дальнейшая тактика наблюдения определяется по результатам тестирования
Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями	Исследование на ДНК или РНК ВИЧ в возрасте 1,5-2 месяцев. Повторное исследование – в зависимости от результата: - при первом положительном результате – в кратчайшие сроки; - при первом отрицательном результате – в возрасте 4-6 месяцев. При наличии высокого риска заражения ВИЧ исследование на ДНК или РНК ВИЧ проводится в более ранние сроки: в первые 48 часов жизни ребенка и в возрасте 14-21 дня. Исследование на антитела к ВИЧ: при рождении, в 6-12 месяцев, далее по показаниям до верификации диагноза. Обследование на антитела к ВИЧ по контакту (после снятия с диспансерного учета) рекомендуется проводить в возрасте 3 лет.
Дети, получавшие грудное вскармливание от ВИЧ-инфицированной женщины	Исследование на ДНК или РНК ВИЧ после полного прекращения грудного вскармливания: через 4-6

	недель, 3, 6 месяцев. Исследование на антитела к ВИЧ после полного прекращения грудного вскармливания: через 3, 6 месяцев, далее по показаниям до верификации диагноза. Обследование на антитела к ВИЧ по контакту (после снятия с диспансерного учета) рекомендуется проводить в возрасте 3 лет.
Лица, относящиеся к уязвимым группам населения	
Лица, употребляющие психоактивные вещества	При обращении за медицинской помощью в наркологические учреждения и реабилитационные центры, при получении медицинской помощи в отношении гепатитов В и С, в последующее – 1 раз в 12 месяцев. При прохождении освидетельствования на употребление ПАВ, при нахождении в изоляторах временного содержания системы МВД России, учреждениях ФСИН России. При выездной и стационарной профилактической работе неправительственных организаций, Центров СПИД и других уполномоченных организаций тестирование может проводиться экспресс-методом.
Мужчины, имеющие секс с мужчинами (МСМ)	При обращении за медицинской помощью. При выездной и стационарной профилактической работе неправительственных организаций, Центров СПИД и других уполномоченных организаций тестирование может проводиться экспресс-методом.
Лица, занимающиеся оказанием коммерческих сексуальных услуг, проституцией (КСР)	При выездной и стационарной профилактической работе неправительственных организаций, Центров СПИД и других уполномоченных организаций тестирование может проводиться экспресс-методом.
Внутренние трудовые мигранты, включая работающих вахтовым методом	При проведении профилактических мероприятий по ВИЧ-инфекции среди работающего населения
Выявленные контактные лица при проведении эпидемиологического расследования (контакт с	При выявлении лица, имевшего с ВИЧ-инфицированным контакт, в

ВИЧ-позитивным, при котором имелся риск заражения ВИЧ)	результате которого могло произойти заражение ВИЧ, через 3, 6, 12 месяцев после последнего контакта, в последующем при сохранении риска заражения – 1 раз в 12 месяцев. При выявлении ВИЧ-инфекции у женщины необходимо обследовать всех ее детей в возрасте до 10 лет
Участники аварийной ситуации: потенциальный источник ВИЧ-инфекции и контактировавшее лицо (обследуются с целью постконтактной профилактики заражения)	Все участники – при возникновении аварийной ситуации с попаданием крови и биологических жидкостей под кожу, на кожу и слизистые. Пострадавшие дополнительно обследуются через 3, 6, 12 месяцев после аварии
Лица, находящиеся в местах лишения свободы	При поступлении, освобождении из мест лишения свободы и в соответствии с клиническими и эпидемиологическими показаниями
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом заболеваний, передающихся половым путем	При постановке диагноза и через 6 месяцев
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом острого гепатита В или гепатита С	При постановке диагноза и через 6 месяцев
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом хронического гепатита В или гепатита С, а также лица, у которых обнаруживаются маркеры ранее перенесенного гепатита В или С	При постановке диагноза
Лица в возрасте 18-60 лет в регионах Российской Федерации с генерализованной стадией эпидемии ВИЧ-инфекции (более 1% ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин)	При обращении за медицинской помощью, в том числе при прохождении диспансеризации взрослого населения. При проведении акций и кампаний по привлечению к тестированию на ВИЧ, в том числе среди работающего населения, тестирование может проводиться экспресс-методом. Частота тестирования – 1 раз в 12 месяцев.
Лица, обследуемые по клиническим показаниям	
Больные с хотя бы одним из следующих клинических проявлений: - лихорадка более 1 месяца; - увеличение лимфоузлов двух и более групп свыше 1 месяца; - диарея, длящаяся более 1 месяца; - необъяснимая потеря массы тела на 10 и более процентов	При выявлении клинических проявлений
Больные с затяжными, рецидивирующими и возвратными пневмониями или пневмониями,	При постановке диагноза

не поддающимися обычной терапии	
Больные с затяжными и рецидивирующими гнойно-бактериальными или паразитарными заболеваниями, сепсисом	
Больные с подострым энцефалитом и слабоумием у ранее здоровых лиц	
Больные с волосистой (ворсистой) лейкоплакией языка	
Больные с хроническими и рецидивирующими бактериальными, грибковыми и вирусными заболеваниями кожи и слизистых, в том числе с рецидивирующей пиодермией	
Женщины с хроническими воспалительными заболеваниями женской репродуктивной системы неясной этиологии	
Лица с анемиями и другими цитопениями (лейкопения, тромбоцитопения, лимфопения) неясной этиологии	При постановке диагноза
Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом	
Саркомы Капоши	При постановке диагноза
Лимфомы мозга	
Т-клеточного лейкоза	
Легочного и внелегочного туберкулёза	
Заболевания, обусловленного цитомегаловирусом	
Генерализованной или хронической формы инфекции, обусловленной вирусом простого герпеса	
Рецидивирующего опоясывающего лишая у лиц моложе 60 лет	
Инфекционного мононуклеоза (у лиц старше 13 лет)	При постановке диагноза и через 3 месяца после начала заболевания
Пневмоцистоза (пневмонии)	При постановке диагноза
Токсоплазмоза с поражением центральной нервной системы.	
Криптококкоза (внелегочного)	
Криптоспородиоза	
Изоспороза	
Гистоплазмоза	
Стронгилоидоза	
Кандидоза пищевода, бронхов, трахеи или легких	
Глубоких микозов	
Атипичных микобактериозов	
Прогрессирующей многоочаговой лейкоэнцефалопатии	
Рака шейки матки (инвазивный)	
Кокцидиомикоза (диссеминированного или внелегочного)	
Лимфомы (в том числе неходжкинские, иммунобластные, лимфома Беркитта, Болезнь	

Ходжкина и другие.)	
Сальмонеллёзных (не тифоидных) септицемий возвратных	
Бактериальных инфекций (множественных или возвратных) у ребенка в возрасте до 13 лет	
Интерстициальной лимфоидной пневмонии у ребенка в возрасте до 13 лет	
Дети в возрасте до 13 лет с подозрением или подтвержденным диагнозом онкологических заболеваний	
Дети до 13 лет со следующими клиническими проявлениями: длительная необъяснимая гепато-(сплено)-мегалия; персистирующий/рецидивирующий необъяснимый паротит; резкая задержка психомоторного и физического развития; нейтропения < 0,5 х 10^9/л тромбоцитопения < 50 х 10^9/л	При выявлении клинических проявлений
Обследованные добровольно по инициативе пациента (при отсутствии других причин обследования)	При обращении с целью обследования
Контингенты, подлежащие обследованию по патологоанатомическим показаниям	
Умершие, в случае выявления патологоанатомических изменений, указывающих на СПИД; лица, у которых на вскрытии было обнаружено генерализованное увеличение лимфоузлов, туберкулёз; наркопотребители; умершие в результате передозировки наркотиков, сепсиса, а также лица, умершие вследствие суицида	При вскрытии трупа
* Проходят освидетельствование на наличие антител к ВИЧ добровольно с обязательным до- и послетестовым консультированием по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и при наличии информированного согласия в соответствии с приказом Минздрава России от 20.10.2020 № 1129н «Об утверждении Правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на выявление вируса иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» (зарегистрирован Минюстом России 11.11.2020, регистрационный № 60847)	

Приложение 14

к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

Журнал

учёта аварийных ситуаций при проведении медицинских манипуляций

в _____

(наименование отделения, организации)

Начат: «…» …..... 20….г

Окончен: «…» …..... 20….г

№	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) пострадавшего медицинского работника	Место работы, должность	Возраст	Дата и время аварии	Обстоятельства и характер аварии	Наличие СИЗ	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) больного, адрес, № истории болезни, дата и результат обследования на ВИЧ, ВГВ, ВГС, стадия ВИЧ-инфекции, АРТ	Объемы оказываемой помощи пострадавшим	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) руководителя, которого проинформировали об аварии

Приложение 15
к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

УТВЕРЖДАЮ

_____/_____

(подпись, фамилия, инициалы руководителя)

«___»_____ 20__ г.

М.П. (при наличии)

АКТ № _____

О МЕДИЦИНСКОЙ АВАРИИ В УЧРЕЖДЕНИИ

1. Дата и время медицинской аварии

_____

(число, месяц, год и время медицинской аварии)

2. Учреждение, работником которого является пострадавший

_____

(полное наименование, фактический адрес, юридический адрес, фамилия, инициалы руководителя)

3. Наименование структурного подразделения, где произошла аварийная ситуация, и в каком структурном подразделении работает пострадавший работник

_____

4. Сведения о пострадавшем работнике:

фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

_____

пол (мужской, женский)

дата рождения «___»_ _____ год _ _____ полных лет

5. Наличие беременности _____ срок _____ недель или грудного вскармливания ребенка _____

6. Занимаемая должность в указанной медицинской организации

_____

стаж работы в организации _____, в том числе в данной должности _____

7. Лица, ответственные за расследование случая медицинской аварии (руководитель структурного подразделений, другие должностные лица)

_____

8. Сведения о проведении инструктажей (обучения и проверки знаний) по охране труда по профессии (должности) или виду работы, при выполнении которой произошла аварийная ситуация

(число, месяц, год)

Инструктаж на рабочем месте/первичный, повторный, внеплановый, целевой/

(нужное подчеркнуть)

по профессии или виду работы, при выполнении которой произошла медицинская авария _____

(число, месяц, год)

Обучение по охране труда по профессии или виду работы, при выполнении которой произошла медицинская авария:

с «___» _____ 20 г. По «___» _____ 20 г.

(если не проводилось – указать)

Проверка знаний по охране труда по профессии или виду работы, при выполнении которой произошла медицинская авария

(число, месяц, год, № протокола)

9. Краткая характеристика места, где произошла медицинская авария

10. Обстоятельства медицинской аварии, дата регистрации в журнале медицинских аварий

11. Характер полученных повреждений и орган, подвергшийся повреждению: (колотая рана, поверхностная или глубокая ссадина, прокол загрязненной иглой, загрязнение инфицированной кровью или другими биологическими жидкостями поврежденной кожи и слизистой оболочки):

12. Сведения о применении выданных средств индивидуальной защиты на момент аварийной ситуации (спецодежда, перчатки, очки, маска, фартук)

13. Мероприятия по обеззараживанию места аварии, предотвращению заражения ВИЧ-инфекцией пострадавшего

14. Причины медицинской аварии (указать основную и сопутствующие причины)

15. Очевидцы аварии

16. Характеристика предположительного источника инфекции:

результаты обследования на ВИЧ-инфекцию:

экспресс-диагностика (дата, результат)

ИФА (дата, результат)

ИБ (дата, результат)

ВИЧ-статус больного, регистрационный № ВИЧ, дата выявления ВИЧ-инфекции

антиретровирусная терапия

иммунный статус

вирусная нагрузка

результаты обследования на ВГВ (дата, результат)

результаты обследования на ВГС (дата, результат)

данные эпиданамнеза, свидетельствующие о высокой вероятности нахождения пациента в «серонегативном окне»

---

17. Результаты обследования пострадавшего, в том числе экспресс-диагностика

результаты обследования на ВИЧ-инфекцию (дата, результат)

результаты обследования на ВГВ (дата, результат)

результаты обследования на ВГС (дата, результат)

---

18. Наличие прививок против вирусного гепатита В у пострадавшего (с указанием даты вакцинации, наименования вакцины, номера серии, срока годности):

V1

V2

V3

RV

напряженность иммунитета к гепатиту В _____

19. Дата и время начала, окончания приема антиретровирусных препаратов, наименование препаратов

(если АРВТ не проводилась, указать причину) _____

«___»_____ 20__ г.

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность_____

_____

Подпись _____

Приложение 16

к СП 3.3686-21

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

№	Контингенты населения	Период обследования
1	Доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы	При каждой донации или каждом взятии донорского материала
2	Беременные	В I, III триместре беременности
3	Роженицы и родильницы, не обследованные во время беременности	При поступлении в акушерский стационар
4	Дети, рожденные от матерей, больных ХГВ или заболевших ОГВ в третьем триместре беременности	В возрасте 4-6 месяцев
5	Реципиенты крови и ее компонентов, органов и тканей	При подозрении на заболевание гепатитом В; в течение 6 месяцев после переливания крови и ее компонентов, пересадки органов и тканей
6	Персонал медицинских организаций: - организаций донорства крови и ее компонентов; - центров, отделений гемодиализа, трансплантации органов, гематологии; - клинико-диагностических лабораторий; - хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов (в том числе перевязочных, процедурных, прививочных); - диспансеров; - перинатальных центров; - станций и отделений скорой помощи; - центров медицины катастроф; - ФАПов, здравпунктов.	При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно - по показаниям
7	Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной	При поступлении; при необходимости по клиническим и эпидемиологическим показаниям

	хирургии, гематологии	
8	Пациенты перед поступлением на плановые хирургические вмешательства, перед проведением химиотерапии	Не ранее 30 календарных дней до поступления или начала терапии
9	Пациенты противотуберкулёзных, наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров, исключая больных дерматомикозами и чесоткой	При постановке на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно - по показаниям
10	Больные с хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно - по показаниям
11	Опекаемые и персонал учреждений с круглосуточным пребыванием детей или взрослых (в том числе домов ребенка, детских домов, специнтернатов, школ-интернатов)	При поступлении в учреждение, дополнительно - по показаниям
12	Лица, находящиеся в местах лишения свободы	При поступлении в учреждение, дополнительно - по показаниям
13	Контактные в очагах гепатита В	При выявлении очага

Приложение 17

к СП 3.3686 -21

КОНТИНГЕНТЫ,

ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА НАЛИЧИЕ ANTI-HCV В СЫВОРОТКЕ (ПЛАЗМЕ) КРОВИ

№	Контингенты населения	Период обследования
1	Беременные	В I, III триместре беременности
2	Роженицы и родильницы, не обследованные во время беременности	При поступлении в акушерский стационар
3	Реципиенты крови и ее компонентов, органов и тканей	При подозрении на заболевание гепатитом С; в течение 6 месяцев после переливания крови и ее компонентов, пересадки органов и тканей
4	Персонал медицинских организаций: - организаций донорства крови и ее компонентов; - центров, отделений гемодиализа, трансплантации органов, гематологии; - клинико-диагностических лабораторий; - хирургических, урологических, акушерско-гинекологических, офтальмологических, отоларингологических, анестезиологических, реаниматологических, стоматологических, инфекционных, гастроэнтерологических стационаров, отделений и кабинетов (в том числе перевязочных, процедурных, прививочных); - диспансеров; - перинатальных центров; - станций и отделений скорой помощи; - центров медицины катастроф; - ФАПов, здравпунктов.	При приеме на работу и далее 1 раз в год, дополнительно - по показаниям
5	Пациенты центров и отделений гемодиализа, пересадки почки, сердечно-сосудистой и легочной хирургии, гематологии	При поступлении; при необходимости по клиническим и эпидемиологическим показаниям
6	Пациенты перед поступлением на плановые хирургические вмешательства, перед проведением химиотерапии	Не ранее 30 календарных дней до поступления или начала терапии
7	Больные с хроническими заболеваниями, в том числе с поражением печени	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно - по показаниям
8	Больные с подозрением или подтвержденным диагнозом острого гепатита В	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования, дополнительно - по показаниям
9	Больные с подозрением или	В процессе первичного клинико-

	подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция, хронический гепатит В, а также лица, у которых обнаруживаются маркеры ранее перенесенного гепатита В	лабораторного обследования, дополнительно - по показаниям
10	Пациенты противотуберкулёзных, наркологических и кожно-венерологических диспансеров, кабинетов, стационаров, исключая больных дерматомикозами и чесоткой	При постановке на учет и далее не реже 1 раза в год, дополнительно - по показаниям
11	Опекаемые и персонал учреждений с круглосуточным пребыванием детей или взрослых (в том числе домов ребенка, детских домов, специнтернатов, школ-интернатов)	При поступлении и далее не реже 1 раза в год, дополнительно - по показаниям
12	Контактные в очагах ХГС	Не реже 1 раза в год; через 6 месяцев после разобщения или выздоровления либо смерти больного ХГС
13	Лица, относящиеся к группам риска по заражению гепатитом С: - потребители инъекционных наркотиков и их половые партнеры; - лица, оказывающие услуги сексуального характера, и их половые партнеры; - мужчины, практикующие секс с мужчинами; - лица с большим количеством случайных половых партнеров.	При выявлении факторов риска
14	Лица, находящиеся в местах лишения свободы	При поступлении в учреждение, дополнительно - по показаниям

Приложение 18
к СП 3.3686-21

КОНТИНГЕНТЫ,
ПОДЛЕЖАЩИЕ ОБЯЗАТЕЛЬНОМУ ОБСЛЕДОВАНИЮ НА НАЛИЧИЕ ANTI-HCV IGG И РНК ВИРУСА ГЕПАТИТА С* В СЫВОРОТКЕ (ПЛАЗМЕ) КРОВИ

№	Контингенты населения	Период обследования
1	Доноры крови (ее компонентов), органов и тканей, спермы	При каждой донации или каждом взятии донорского материала
2	Дети в возрасте до 12 месяцев, рожденные от инфицированных вирусом гепатита С матерей	В возрасте 4-6 месяцев
3	Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей	В возрасте 4-6 месяцев
4	Лица с иммунодефицитом (больные онкологическими заболеваниями, пациенты на гемодиализе, пациенты, находящиеся на лечении иммунодепрессантами, и другие)	Согласно приложению 17 к Санитарным правилам
5	Лица, имеющие заболевание печени неясной этиологии	В процессе первичного клинико-лабораторного обследования
6	Пациенты отделений гемодиализа, гематологии и трансплантации, пребывающие в медицинской организации более 1 месяца	Не реже 1 раза в 3 месяца
7	Контактные в очагах ОГС	При выявлении очага и далее однократно через 30 календарных дней
8	Контактные в очагах ХГС	При выявлении очага

*альтернативным тестом РНК ВГС может быть тест ВГС core антиген. Также допустимо для этой категории пациентов выполнять скрининговый тест, одновременно выявляющим core ВГС антиген и антитела к ВГС.

Приложение 19
к СП 3.3686-21

ДИФФЕРЕНЦИРОВАНИЕ ТЕРРИТОРИИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ЧУМЫ

I. Перечень субъектов Российской Федерации, на территории которых имеются природные очаги чумы

Субъекты Российской Федерации	Название природного очага чумы, находящегося на территории данного субъекта (шифр очага)	Противочумная станция (ПЧС), организующая мероприятия в природном очаге чумы
Южный федеральный округ		
Республика Калмыкия	Прикаспийский Северо-Западный степной (14) Прикаспийский песчаный (43)	ФКУЗ «Элистинская ПЧС» Роспотребнадзора ФКУЗ «Астраханская ПЧС» Роспотребнадзора
Астраханская область	Прикаспийский Северо-Западный степной (14) Волго-Уральский степной (15) Волго-Уральский песчаный (16) Прикаспийский песчаный (43)	ФКУЗ «Астраханская ПЧС» Роспотребнадзора
Волгоградская область	Прикаспийский Северо-Западный степной (14) Волго-Уральский степной (15)	ФКУЗ «Астраханская ПЧС» Роспотребнадзора ФКУЗ «Элистинская ПЧС» Роспотребнадзора
Ростовская область	Прикаспийский Северо-Западный степной (14)	ФКУЗ «Элистинская ПЧС» Роспотребнадзора
Северо-Кавказский федеральный округ		
Республика Дагестан	Терско-Сунженский низкогорный (02) Дагестанский равнинно-предгорный (03) Прикаспийский песчаный (43) Восточно-Кавказский высокогорный (39)	ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора
Республика Ингушетия	Терско-Сунженский низкогорный (02) Восточно-Кавказский высокогорный	ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора

	(39)	
Кабардино-Балкарская Республика	Центрально-Кавказский высокогорный (01)	ФКУЗ «Кабардино-Балкарская ПЧС» Роспотребнадзора
Карачаево-Черкесская Республика	Центрально-Кавказский высокогорный (01)	ФКУЗ «Кабардино-Балкарская ПЧС» Роспотребнадзора
Чеченская Республика	Терско-Сунженский низкогорный (02) Восточно-Кавказский высокогорный (39)	ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора
Ставропольский край	Прикаспийский песчаный (43)	ФКУЗ «Дагестанская ПЧС» Роспотребнадзора
Сибирский федеральный округ		
Республика Алтай	Горно-Алтайский высокогорный (36)	ФКУЗ «Алтайская ПЧС» Роспотребнадзора
Республика Тыва	Тувинский горный (37)	ФКУЗ «Тувинская ПЧС» Роспотребнадзора
Забайкальский край	Забайкальский степной (38)	ФКУЗ «Читинская ПЧС» Роспотребнадзора

II. Перечень субъектов Российской Федерации, граничащих с субъектами Российской Федерации, на территории которых имеются природные очаги чумы

Субъекты Российской Федерации, граничащие с субъектами Российской Федерации, на территории которых имеются природные очаги чумы	Субъекты Российской Федерации, на территории которых имеются природные очаги чумы
Центральный федеральный округ Воронежская область	Ростовская область Волгоградская область
Южный федеральный округ Краснодарский край	Ставропольский край Ростовская область
Северо-Кавказский федеральный округ Республика Северная Осетия - Алания	Ставропольский край Кабардино-Балкарская Республика Чеченская Республика
Приволжский федеральный округ Саратовская область	Волгоградская область
Сибирский федеральный округ Республика Бурятия	Республика Тыва Забайкальский край
Республика Хакасия	Республика Тыва

	Республика Алтай
Алтайский край	Республика Алтай
Красноярский край	Республика Тыва
Иркутская область	Забайкальский край Республика Тыва
Кемеровская область	Республика Алтай
Дальневосточный федеральный округ Республика Саха (Якутия) Амурская область	Забайкальский край

III. Перечень субъектов Российской Федерации, граничащих со странами, на территории которых имеются активные природные очаги чумы

Субъект Российской Федерации	Страны, на территории которых имеются активные природные очаги чумы
Южный федеральный округ Астраханская область Волгоградская область Приволжский федеральный округ Самарская область Саратовская область Уральский федеральный округ Курганская область Оренбургская область Тюменская область Челябинская область Сибирский федеральный округ Республика Алтай Алтайский край Новосибирская область Омская область	Республика Казахстан
Сибирский федеральный округ Забайкальский край Дальневосточный федеральный округ Приморский край Хабаровский край Амурская область Еврейская автономная область	Китайская Народная Республика
Сибирский федеральный округ Республика Алтай Республика Бурятия Республика Тыва Забайкальский край	Монголия

Северо-Кавказский федеральный округ Республика Дагестан	Азербайджанская Республика
Южный федеральный округ Краснодарский край Северо-Кавказский федеральный округ Республика Дагестан Кабардино-Балкарская Республика Республика Северная Осетия - Алания Чеченская Республика	Грузия

Приложение 20

к СП 3.3686-21

Районирование административных территорий Российской Федерации по типам эпидемических проявлений холеры

Территории I типа	
Северо-Кавказский федеральный округ	Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Чеченская Республика, Ставропольский край
Южный федеральный округ	Ростовская область, Астраханская область, Волгоградская область, Республика Крым, город федерального значения Севастополь
Территории II типа	
Южный федеральный округ	Республика Калмыкия, Краснодарский край
Дальневосточный федеральный округ	Приморский край
Территории III типа подтипа А	
Северо-Западный федеральный округ	Архангельская область, Вологодская область, Новгородская область, Калининградская область, Мурманская область, город Санкт-Петербург
Центральный федеральный округ	Брянская область, Владимирская область, Калужская область, Московская область, Рязанская область, Смоленская область, Тверская область, Тульская область, Липецкая область, город Москва
Приволжский федеральный округ	Республика Марий Эл, Республика Мордовия, Чувашская Республика, Республика Татарстан, Республика Башкортостан, Удмуртская Республика, Пермский край, Кировская область, Нижегородская область, Самарская область, Саратовская область, Ульяновская область, Оренбургская область
Северо-Кавказский федеральный округ	Республика Северная Осетия - Алания
Уральский федеральный округ	Челябинская область, Тюменская область
Сибирский федеральный округ	Алтайский край, Красноярский край, Кемеровская область, Новосибирская область, Омская область, Иркутская область
Дальневосточный федеральный округ	Республика Саха (Якутия), Сахалинская область

Территории III типа подтипа Б	
Северо-Западный федеральный округ	Республика Коми, Ленинградская область, Псковская область
Центральный федеральный округ	Ярославская область, Воронежская область, Курская область
Приволжский федеральный округ	Пензенская область
Северо-Кавказский федеральный округ	Кабардино-Балкарская Республика
Уральский федеральный округ	Свердловская область, Курганская область
Сибирский федеральный округ	Республика Алтай, Томская область
Дальневосточный федеральный округ	Республика Бурятия, Забайкальский край, Хабаровский край, Амурская область
Подтип В	
Северо-Кавказский федеральный округ	Карачаево-Черкесская Республика
Южный федеральный округ	Республика Адыгея
Центральный федеральный округ	Белгородская область, Ивановская область, Костромская область, Орловская область, Тамбовская область
Северо-Западный федеральный округ	Республика Карелия, Ненецкий автономный округ
Дальневосточный федеральный округ	Камчатский край, Магаданская область, Еврейская автономная область, Чукотский автономный округ
Уральский федеральный округ	Ханты-Мансийский автономный округ, Ямало-Ненецкий автономный округ
Сибирский федеральный округ	Республика Тыва, Республика Хакасия

Приложение 21
к СП 3.3686 -21

Контингенты населения, подлежащие лабораторному обследованию на холеру

№	Лица, подлежащие лабораторному обследованию на холеру	Периоды обследования по типам территорий		
		I	II	III
1	Больные с диареей и рвотой при тяжелом течении болезни и выраженном обезвоживании *	в течение года на территории всей страны		
2	Граждане Российской Федерации, заболевшие острыми кишечными инфекциями в течение пяти календарных дней после прибытия из неблагополучных по холере стран, а также имевшие диарею и рвоту в пути следования *	в течение года на территории всей страны		
3	Иностранные граждане, заболевшие острыми кишечными инфекциями в течение пяти календарных дней после прибытия из неблагополучных по холере стран, находящиеся на стационарном лечении и при обращении за медицинской помощью по поводу указанного заболевания* [7]	в течение года на территории всей страны		
4	Лица без гражданства или иностранные граждане при медицинском освидетельствовании на территории Российской Федерации (с дисфункцией кишечника и по эпидемиологическим показаниям) *	в течение года на территории всей страны		
5	Больные острыми кишечными болезнями в стационарах и оставленные на дому *	май – сентябрь	июнь – сентябрь	по эпидпоказаниям
6	Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в учреждения социальной реабилитации и организации спецрежима **	май – сентябрь	июнь – сентябрь	по эпидпоказаниям
7	Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в психоневрологические стационары и диспансеры**	май – сентябрь	июнь – сентябрь	по эпидпоказаниям

[7] Статьи 23, 31 Международных медико-санитарных правил (2005 г.)

8	Лица с дисфункцией кишечника при поступлении в негосударственные медицинские организации**	май – сентябрь	июнь – сентябрь	по эпидпоказаниям
9	Умершие, причиной смерти, которых явились кишечные инфекции неустановленной этиологии.	май – сентябрь	июнь – сентябрь	по эпидпоказаниям

* - бактериологическое обследование на холеру осуществляется трехкратно (с интервалом 3 часа), до начала лечения антибиотиками

** - бактериологическое обследование на холеру осуществляется однократно до начала лечения антибиотиками

Приложение 22
к СП 3.3686 -21

Коды для окончательной классификации случаев заболеваний с синдромом острого вялого паралича (в соответствии с МКБ-10)

Код Заболевание

IFA МКБ10

Полиомиелит (код 1)
1 A80.x Острый полиомиелит

Полирадикулонейропатии (код 2)
2 G61.0 Синдром Гийена-Барре/
Острый (пост-)инфекционный полиневрит
2 G36 Другая форма острой диссеминированной демиелинизации
2 G37 Другие демиелинизирующие болезни ЦНС

Поперечный миелит (код 3)
3 G04.x Энцефалит, миелит и энцефаломиелит
3 G04.8 Другой энцефалит, миелит и энцефаломиелит/
Постинфекционный энцефалит и энцефаломиелит БДУ
3 G04.9 Энцефалит, миелит или энцефаломиелит неуточненный/
Вентрикулит (церебральный) БДУ
3 G37.3 Острый поперечный миелит при демиелинизирующей болезни ЦНС

Травматические нейропатии, другие мононейропатии (код 4)
4 G54 Поражения нервных корешков и сплетений
4 G56 Мононевропатии верхней конечности
4 G57 Мононевропатии нижней конечности
4 G58 Другие мононевропатии
4 S74.0 Травма седалищного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра
4 S74.1 Травма бедренного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра
4 S74.8 Травма других нервов на уровне тазобедренного сустава и бедра
4 S74.9 Травма неуточненного нерва на уровне тазобедренного сустава и бедра

Опухоль спинного мозга (острая компрессия спинного мозга, вызванная новообразованием, гематомой, абсцессом) или другие новообразования (код 5)
5 C41.2 Злокачественные новообразования позвоночного столба
5 C41.4 Злокачественное новообразование костей таза, крестца и копчика
5 C47.9 Злокачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы
5 C49.3-8 Злокачественные новообразования соединительной и мягких тканей грудной клетки/живота/таза/туловища/поражение, выходящее за пределы вышеуказанных локализаций
5 C70.1 Злокачественное новообразование оболочек спинного мозга
5 C79.4 Вторичное злокачественное новообразование других и неуточненных отделов нервной системы
5 D32.1 Доброкачественное новообразование оболочек спинного мозга
5 D42.1 Новообразование оболочек спинного мозга неопределенного или неизвестного характера
5 D16.6-8 Доброкачественные новообразования позвоночного столба/ребер, грудины и ключицы/тазовых костей, крестца и копчика
5 D48.0-2 Новообразование неопределенного или неизвестного характера других и неуточненных локализаций/костей и суставных хрящей/соединительной и других мягких тканей/периферических нервов и вегетативной нервной системы
5 D36.1 Доброкачественное новообразование периферических нервов и вегетативной нервной системы
5 S24.1 Другие и неуточненные травмы грудного отдела спинного мозга
5 S34.4 Травма пояснично-крестцового нервного сплетения

5 G06.1 Внутрипозвоночный абсцесс и гранулема

Периферическая нейропатия вследствие инфекции (дифтерия, боррелиоз) или интоксикации (тикозы, укус змеи, отравления тяжелыми металлами) (код 6)

6 T63.4 Токсический эффект от яда членистоногих(клещевой паралич)
6 G61.1-9 Сывороточная невропатия/Другие воспалительные невропатии/
Воспалительная невропатия неуточненная
6 G62.2-9 Полиневропатия, вызванная токсичными веществами/
Другие уточненные полиневропатии/Невропатия неуточненная
6 T56 Токсическое действие металлов
6 G35 Рассеянный склероз

Другие неспецифические неврологические заболевания (код 7)

7 G83.8 Другие уточненные паралитические синдромы/Паралич Тодда
(постэпилептический)*
7 G60 Наследственная и идиопатическая невропатия

Системные заболевания или нарушения метаболизма, заболевания мышц или костей (код 8)

8 B75 Трихинеллез
8 M60.0 Инфекционный миозит
8 M60.1 Интерстициальный миозит
8 M61.1 Миозит оссифицирующий прогрессирующий/фибродисплазия
8 E80.2 Другие порфирии/наследственная копропорфирия

Параличи неизвестной этиологии или неизвестный диагноз (код 9)

9 G81 Гемиплегия*
9 G82.x Параплегия и тетраплегия*
9 G83.x Другие паралитические синдромы*
9 G83.0 Диплегия верхних конечностей*
9 G83.1 Моноплегия нижней конечности*
9 G83.2 Моноплегия верхней конечности*
9 G83.3 Моноплегия неуточненная*
9 G83.4 Синдром конского хвоста*
9 G72.8 Другие уточненные миопатии
9 R29.8 Другие и неуточненные синдромы и признаки, относящиеся к
нервной и костно-мышечной системам
9 G64 Другие расстройства периферической нервной системы

Не ОВП (код 0)

0 G80.x Спастический церебральный паралич
0 G83.9 Паралитический синдром неуточненный
0 A87.0 Энтеровирусный менингит
0 G02.0 Менингит при вирусных болезнях
0 G03.0 Неинфекционный менингит/небактериальный
0 G03.9 Менингит неуточненный/Арахноидит (спинальный) БДУ
0 G00.x Бактериальный менингит

Приложение 23

к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита и острого вялого паралича

(заполняется специалистом территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор совместно с комиссией по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации)

*все графы обязательны к заполнению

Часть 1 (расследование случая в течение 24 часов)

ИДЕНТИФИКАЦИЯ

ЭПИД №				Дата эпидрасследования	день	месяц	год
Случай «горячий»?	Да	Нет	Не известно				
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) (сокращенно)			Адрес				
Населенный пункт			Район		Субъект Российской Федерации		
Дата рождения	день	месяц	год	Если дата рождения не известна - укажите возраст (число полных лет, для детей до года – число полных месяцев)		Пол	М / Ж

РЕГИСТРАЦИЯ

Дата регистрации случая в органах государственного здравоохранения	день	месяц	год
Дата госпитализации больного	день	месяц	год

Название медицинской организации	История болезни №
Клинический диагноз	Врач (фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ И СИМПТОМЫ

Дата начала паралича	день	месяц	год
Если больной умер, дата смерти	день	месяц	год

ПРИВИВОЧНЫЙ АНАМНЕЗ

Есть ли у больного прививочная карта, доступная во время расследования	Да	Нет	Не известно

Плановая иммунизация против полиомиелита (указать наименование вакцины, серию и дату введения в соответствующих ячейках):

V1	V2	V3	RV1	RV2	RV3	Не известно

Количество дополнительных доз ОПВ, полученных в ходе массовой иммунизации (указать даты получения прививок и наименование вакцины):	Не известно

Укажите, если у больного были в анамнезе параличи, судороги или иные неврологические расстройства:

Укажите: паралич острый (быстро прогрессирующий)?	Да	Нет	Не известно
паралич вялый (атонический)?	Да	Нет	Не известно

Если паралич не острый и не вялый, прекратите расследование. Диагноз:

Если паралич острый и вялый, продолжайте расследование

Была температура в начале заболевания (паралича)?	Да	Нет	Не известно

Паралич асимметричный?						Да	Нет	Не известно
Сколько календарных дней прошло от начала паралича до полного его развития?							Календарных дней	Не известно
Место паралича:	Левая нога	Да	Нет	Не известно	Дыхательная мускулатура	Да	Нет	Не известно
	Правая нога	Да	Нет	Не известно	Мышцы шеи	Да	Нет	Не известно
	Левая рука	Да	Нет	Не известно	Мышцы лица	Да	Нет	Не известно
	Правая рука	Да	Нет	Не известно	Другое (укажите)			
Паралич рук				проксимальный	дистальный	Оба	Нет	Не известно
Паралич ног				проксимальный	дистальный	Оба	Нет	Не известно
Пирамидные знаки						Да	Нет	Не известно
Нарушение тазовых органов						Да	Нет	Не известно
Расстройства чувствительности						Да	Нет	Не известно
Походка парстическая						Да	Нет	Не известно
Сухожильные рефлексы с рук (укажите дату осмотра)						Не изменены	Снижены	Отсутствуют
Сухожильные рефлексы с ног (укажите дату осмотра)						Не изменены	Снижены	Отсутствуют
Результаты исследования церебро-спинальной жидкости (в том числе на полиовирус; укажите дату отбора):								
Изменения на ЭНМГ (электронейромиографии, указать дату проведения и заключение):								Не известно
Выезжал ли больной в течение 30 календарных дней до начала паралича в другой населенный пункт						Да	Нет	Не известно
Если да, укажите: с					по			
		день	Месяц	год		день	месяц	Год
Если да, куда Страна		Область		Район			Нас. Пункт	
Были ли другие случаи параличей в окружении больного за последние 60 календарных дней						Да	Нет	Не известно
СБОР ОБРАЗЦОВ СТУЛА								
Дата взятия первого образца								
						день	месяц	год
Дата взятия второго образца								
						день	месяц	год
Даты взятия других видов клинического материала (указать вид материала и дату отбора отдельно по каждой пробе):								
Расследование проводил				подпись				
Не забудьте провести осмотр больного не ранее чем через 60 календарных дней (при условии, что паралич не восстановился ранее и (или) подозрение на синдром ОВП не снято) после начала паралича и заполнить часть II формы расследования случая!								

Руководитель территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Дата заполнения отчета

Приложение 23 (продолжение)

Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита и острого вялого паралича

Часть II (повторный осмотр через 60 календарных дней)

(заполняется* специалистом территориального органа, осуществляющего государственный санитарно-эпидемиологический надзор совместно с комиссией по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации)

*все графы обязательны к заполнению

ЭПИД№		Дата повторного осмотра	день	месяц	год
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) (сокращенно)		Адрес			
Нас. пункт		Район		Субъект Российской Федерации	
Был проведен осмотр через 60 календарных дней?				Да	Нет
Если нет, почему?		Больной умер (укажите дату летального исхода): Потерян для дальнейшего наблюдения (укажите дату последнего неврологического осмотра): Другая причина, в том числе, если повторный осмотр проведен ранее 60 календарного дня по причине восстановления паралича ранее и (или) при снятии подозрения на ОВП (укажите):			
Результаты осмотра* *укажите, есть ли остаточные параличи или нет; *если больной потерян для наблюдения, укажите наличие/отсутствие остаточных параличей при последнем неврологическом осмотре		Остаточные параличи	Нет остаточных параличей (при восстановлении паралича ранее 60 календарного дня укажите дополнительно дату)		Не изв.

Результаты вирусологических исследований, полученные в региональном или Национальном центрах по лабораторной диагностике полиомиелита:

1 проба фекалий - 2 проба фекалий -

Результаты серологических исследований:

1 проба сыворотки – 2 проба сыворотки -

Результаты исследования церебро-спинальной жидкости (в том числе на полиовирус; укажите дату отбора):

Изменения на ЭНМГ (электронейромиографии, укажите дату проведения и заключение):

Окончательный клинический диагноз:

(заполняется комиссией по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации)

Мероприятия в очаге

Количество контактных…… Из них детей до 5 лет……

Были собраны образцы фекалий у контактных?	Да	Нет	Не известно
Если "Да", от скольких контактных были собраны образцы?	От …… контактных		

Количество вакцинированных контактных

Медицинское наблюдение (даты)

Осмотр контактных	здоров	ОВП
Дезинфекция	проводилась	Не проводилась

Повторный осмотр проводил	Подпись

Адрес, телефон

При подозрении на полиомиелит дополнительно представляется копия выписного эпикриза из медицинской карты стационарного больного, копия протокола клинического электронейромиографического исследования (ЭНМГ), результаты иммунограммы, исследования церебро-спинальной жидкости, копия протокола заседания комиссии по диагностике ПОЛИО/ОВП субъекта Российской Федерации, копия акта расследования поствакцинального осложнения.

Руководитель территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор

Дата заполнения отчета

Карта эпидемиологического расследования случая полиомиелита и острого вялого паралича
Часть III

Окончательная классификация случая

(заполняется Национальной комиссией по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей)

ЭПИД№		Дата окончательной классификации	день	месяц	год
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) (сокращенно)		Субъект Российской Федерации			

Окончательная классификация случая:	
Подтвержден (полиомиелит)	
Отменен (полиомиелит)	
Вакциноассоциированный паралитический полиомиелит (ВАПП)	
Возможно вакциноасоциированный паралитический полиомиелит	
"Совместимый с полиомиелитом"	
Случай классифицирован на основании:	
Выделение полиовируса (ДПВ, ПВВП, вакцинного)	
Отсутствие полиовируса в адекватных образцах стула	
Неадекватные образцы стула	
Отсутствие образцов стула	
Остаточные параличи через 60 календарных дней	
Отсутствие остаточных параличей через 60 календарных дней	
Смерть в результате заболевания, "совместимого с полиомиелитом"	
Потерян для дальнейшего наблюдения, смерть больного	

Окончательный клинический диагноз:

Код окончательной классификации:

Комментарии:

Председатель Комиссии по диагностике полиомиелита и острых вялых параличей Роспотребнадзора

_____/_____/

_____/_____/

_____/_____/

_____/_____/

_____/_____/

_____/_____/

1. В эпидномере:

первые два знака обозначают год;

третий, четвертый и пятый обозначают код субъекта Российской Федерации;

шестой, седьмой, восьмой знаки обозначают код города, района внутри субъектов Российской Федерации;

девятый, десятый и одиннадцатый знаки обозначают порядковый номер случая (больного).

Если образцы фекалий собраны от контактных с больным полиомиелитом, с подозрением на это заболевание или ОВП, следует использовать тот же эпидномер, что и у больного. При этом делается отметка «К1» для обозначения первого контактного лица, и отметка «К2» - второго контактного лица. Аналогично делаются отметки о иных контактных лицах

00----	000 -----	000 ----	000 ------	КО
год	код субъекта Российской Федерации	код района или города внутри субъекта Российской Федерации	порядковый номер случая (больного)	номер контактного

2. Эпидномер присваивается в территориальных органах, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, при получении экстренного извещения на случай полиомиелита и ОВП и сопровождает все документы на этого больного или его окружение (направление на лабораторное исследование в вирусологическую лабораторию, Национальный центр по лабораторной диагностике полиомиелита, региональный центр эпиднадзора за полио/ОВП, карту эпидемиологического расследования случая полиомиелита и ОВП и другие).

Коды субъектов Российской Федерации для присвоения эпидномера

001 Республика Карелия
002 Республика Коми
003 Архангельская область
004 Ненецкий автономный округ
005 Вологодская область
006 Мурманская область
007 гфз. Санкт-Петербург
008 Ленинградская область
009 Новгородская область
010 Псковская область
011 Брянская область
012 Владимирская область
013 Ивановская область
014 Калужская область
015 Костромская область
016 гфз. Москва
017 Московская область
018 Орловская область
019 Рязанская область
020 Смоленская область
021 Тверская область
022 Тульская область
023 Ярославская область
024 Республика Марий Эл
025 Республика Мордовия
026 Чувашская Республика
027 Кировская область
028 Нижегородская область
029 Белгородская область
030 Воронежская область
031 Курская область
032 Липецкая область
033 Тамбовская область
034 Республика Калмыкия
035 Республика Татарстан
036 Астраханская область
037 Волгоградская область
038 Пензенская область
039 Самарская область
040 Саратовская область
041 Ульяновская область
042 Республика Адыгея
043 Республика Дагестан
044 Республика Ингушетия
045 Кабардино-Балкарская Республика
046 Карачаево-Черкесская Республика
047 Республика Северная Осетия
048 Чеченская Республика
049 Краснодарский край
050 Ставропольский край
051 Ростовская область
052 Республика Башкортостан
053 Удмуртская Республика
054 Курганская область
055 Оренбургская область
056 Пермский край
058 Свердловская область
059 Челябинская область
060 Республика Алтай
061 Алтайский край
062 Кемеровская область
063 Новосибирская область
064 Омская область
065 Томская область
066 Тюменская область
067 Ханты-Мансийский автономный округ
068 Ямало-Ненецкий автономный округ
069 Республика Бурятия
070 Республика Тыва
071 Республика Хакасия
072 Красноярский край
075 Иркутская область
077 Забайкальский край
079 Республика Саха (Якутия)
080 Еврейская автономная область
081 Чукотский автономный округ
082 Приморский край
083 Хабаровский край
084 Амурская область
085 Камчатский край
087 Магаданская область
088 Сахалинская область
089 Калининградская область
091 Республика Крым
092 гфз. Севастополь

Приложение 24

к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

ЕЖЕМЕСЯЧНЫЙ ОТЧЕТ О РЕГИСТРАЦИИ ПОЛИОМИЕЛИТА И ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ И ВИРУСОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ НА ПОЛИО И ЭНТЕРОВИРУСЫ

в _____ за _____

(субъект Российской Федерации) (месяц, год)

1	Число зарегистрированных случаев острого вялого паралича (ОВП)	
2	Число случаев ОВП, по которым проведено эпидемиологическое расследование в течение 24 ч с момента регистрации	
3	Число случаев ОВП с 2-мя пробами стула, отобранными у больного для вирусологического исследования.	
4	Число случаев ОВП, выявленных в первые 7 календарных дней с момента возникновения ОВП.	
5	Показатель числа случаев ОВП на 100 тыс. детей до 15 лет с нарастающим итогом).	
6	Результат лабораторного исследования проб от случаев ОВП	
7	Количество исследований методом ПЦР на полио и энтеровирусы проб фекалий/ мазков из ротоглотки/СМЖ	
8	Результаты исследования методом ПЦР на полио и энтеровирусы проб фекалий / мазков из ротоглотки/ СМЖ	
9	Количество исследований методом ПЦР на полио и энтеровирусы проб сточной воды	
10	Результаты исследования методом ПЦР на полио и энтеровирусы проб сточной воды	
11	Количество вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб фекалий	
12	Результаты вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб фекалий	
13	Количество вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб сточной воды.	
14	Результаты вирусологических исследований на полио и энтеровирусы проб сточной воды	
15	Количество выделенных штаммов/РНК+ проб, направленных на идентификацию в региональный центр эпиднадзора за ПОЛИО/ОВП, в Национальный центр по лабораторной диагностике ПОЛИО/ОВП, Референс-центр по мониторингу ЭВИ для идентификации (указать что и куда направлено)	
16	Результаты идентификации	

Руководитель Управления Роспотребнадзора
по субъекту Российской Федерации _____

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

Дата заполнения

Приложение 25

к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

ЕЖЕГОДНЫЙ СПИСОК
ВСЕХ ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ СЛУЧАЕВ ПОЛИОМИЕЛИТА И ОСТРЫХ ВЯЛЫХ ПАРАЛИЧЕЙ (ОВП)

в _____
(субъект Российской Федерации)

ЭПИД№	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)	Пол	Дата (4) рожден	Возраст	Дата (4) начала пар.	Количество прививок против полиомиелита		Даты (4)					Локал парал	Темп. в начале	Быстрое Начало	Асимм парал	Дата (4) ПО	Res. ПО	Лаб № Ф1	Лаб результаты				Окон клас.	Клинический диагноз
						план.	допол	послед. прививки	регистр	расслед	Ф1	Ф2								Р1	Р2	Р3	НПЭВ		
(1)	(2)	(3)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(22)	(22)	(23)	(24)	(25)

Список всех зарегистрированных случаев полиомиелита и ОВП (продолжение)

(1) Индивидуальный идентификационный номер (эпидномер). Присваивается при первичной регистрации.

(2) Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) указываются сокращенно

(3) Пол (1=муж, 2=жен, 9-не известно).

(4) Даты: день/месяц/год (ДД/ММ/ГГГГ). 4-значный формат года.

(5) Дата рождения. Дата рождения или возраст должны представляться при первой регистрации, даже предварительной.

(6) Возраст (количество полных лет). Обязательно, если не известна дата рождения. Для детей до 1 года жизни указывается «0», до двух лет - «1» и далее аналогичным образом.
Представляется
при регистрации.

(7) Дата начала паралича. Представляется при первой регистрации, даже если данные предварительные.

(8) Число доз ОПВ (любой полиовирусной вакцины), полученных в ходе плановой иммунизации по данным прививочной документации или «со слов»

(9) Число дополнительных доз ОПВ

(10) Дата получения последней дозы полиовакцины

(11)	Дата первого сообщения о случае в органы общественного здравоохранения
(12)	Дата эпидемиологического расследования органами общественного здравоохранения
(13)	Дата взятия первого образца стула от этого больного
(14)	Дата взятия второго образца стула от этого больного
(15)	Место паралича: 0=только лицо, 1=конечности, 2=конечности и дыхательные мышцы (бульбарный), 3=только бульбарный, 4=конечности и лицо, 9=не известно. Обязательно при первичной регистрации, даже если данные предварительные
(16)	Наличие повышенной температуры в начале паралича: 1=да, 2=нет, 9=не известно
(17)	Быстрое начало паралича (в течение 4 календарных дней): 1=да, 2=нет, 9=не известно
(18)	Асимметрия параличей: 1=да, 2=нет, 9=не известно
(19)	Дата повторного клинического осмотра
(20)	Результат повторного клинического осмотра через 60 календарных дней: 1=остаточные параличи, 2=нет остаточных параличей, 3=потерян для наблюдения, 4=умер до повторного осмотра
(21)	Лабораторный номер для первого образца стула
(22)	Изолированы полиовирусы (P1- Тип 1; P2= Тип 2; P3= Тип 3): 1=да, дикий, 2=да, вакцинный, 3=да, внутритиповая дифференциация не завершена, 4=смесь-дикий/вакцинный, 5=не изолирован, 6=образцы не исследованы
(23)	Изолированы энтеровирусы: 1=да, 2=нет, 3=образцы не исследованы
(24)	Окончательная классификация: 0=не ОВП (спастические или хронические параличи или изолированные параличи лицевых нервов), 1- подтвержденный полиомиелит (клинически или вирусологически), 2=полиомиелит отвергнут, 3= совместимый с полиомиелитом (по классификации ВОЗ), 4=совместимый с полиомиелитом, возможно вакциноассоциированный, 5=подтвержденный вакциноассоциированный, 6- рассмотрен комитетом экспертов, классификация отложена до получения дополнительных клинических данных
(25)	Заключительный клинический диагноз: 0- не ОВП: изолированные параличи лицевых нервов любой природы, спастические или хронические параличи, менингит, кома и иные 1=Полиомиелит 2=Полирадикулонейропатия /Синдром Гийена-Барре/Ландри, 3=Миелит, 4=Травматическая нейропатия, другие мононейропатии

5=Опухоль спинного мозга (острая компрессия спинного мозга, вызванная новообразованием, гематомой, абсцессом) или другие новообразования,
6=Периферическая нейропатия вследствие инфекции (дифтерия, боррелиоз) или интоксикации (тикозы, укус змеи, отравления тяжелыми металлами или инсектицидами),
7=другие неспецифические неврологические заболевания,
8=системные заболевания или нарушения метаболизма, заболевания мышц или костей,
9=параличи неизвестной этиологии или неизвестный диагноз

Изолированные параличи лицевых нервов (если есть) должны иметь «локализацию паралича (16)- 0, «Окончательную классификацию –0», «Заключительный клинический диагноз=0»
Все случаи, у которых указаны «Локализация паралича –0» и/или «Окончательная классификация =0» не должны включаться в общее число случаев ОВП по итогам отчетного года и использоваться для расчета уровня заболеваемости ОВП, при этом в данный список они включаются

Приложение 26

к СП 3.3686 -21

Рекомендуемый образец

Направление на лабораторное (вирусологическое) исследование проб фекалий от больного полиомиелитом, острым вялым параличом

Раздел 1 заполняется лицом, отправляющим материалы			
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) больного		ЭПИД №	
Адрес			
Район		Субъект	
	День	Месяц	Год
Дата рождения*			
Дата начала паралича			
Дата взятия первого образца фекалий			
Дата взятия второго образца фекалий			
Дата отправки первого образца фекалий			
Дата отправки второго образца фекалий **			
Сведения о прививках:			
Количество прививок (ИПВ или ОПВ, полученных при плановой иммунизации) указать даты, серии:			
Дата последней прививки:			
Предварительный клинический диагноз:			
Образцы направлены:			
Название учреждения, отправившего образцы			
Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) должность лица, отправившего материал			
Телефон			
Факс			
E-mail			
По адресу			
Тел. №			
*Если неизвестна, укажите возраст в месяцах. **Если образцы отправляются в разные дни, заполните форму на каждый образец отдельно.			

Раздел 2. Заполняется вирусологом в лаборатории. Заполненную форму необходимо направить должностному лицу, ответственному

за полиомиелит на территории и отправителю материала.		
	День/Месяц/Год	
Дата поступления в лабораторию первого образца		
Дата поступления в лабораторию второго образца		
Состояние первого образца при поступлении в лабораторию	Хорошее*	Плохое
Состояние второго образца при поступлении в лабораторию	Хорошее*	Плохое
Результаты исследования первого образца	День/Месяц/Год	
Результаты исследования второго образца	День/Месяц/Год	
Подпись вирусолога		
* Критерии «хорошего» состояния образцов: достаточный объем, не протекают и не высохшие, индикатор или наличие льда указывают на то, что обратная имеется «холодовая цепь».		

Врач вирусолог _____

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), наименование организации)

Приложение 27

к СП 3.3686 -21

Рекомендуемый образец

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий лабораторией

(отделом) _____

(фамилия, имя, отчество

(последнее при наличии)

АКТ УНИЧТОЖЕНИЯ

материалов, инфицированных или потенциально
инфицированных диким, вакцинным и вакцинородственным полиовирусом
от _____ 20_ г. № ___

Мы, нижеподписавшиеся, _____

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность)

_____

согласно разрешению _____

(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность давшего разрешение, номер и дата разрешения)

уничтожили _____

(наименование материала, номера штаммов, количество объектов и иные характеристики)

_____

автоклавированием _____ или погружением

(режим автоклавирования)

в _____.

(название дезраствора, его концентрация, время обеззараживания)

Дата уничтожения материалов _____.

_____ _____ _____ _____ _____

(фамилии, имена, отчества (последние при наличии), и подписи лиц, уничтоживших материалы)

Приложение 28

к СП 3.3686 -21

Рекомендуемый образец

УТВЕРЖДАЮ

Заведующий лабораторией

(отделом) _____

(фамилия, имя, отчество

(последнее при наличии)

АКТ

передачи материалов, инфицированных или потенциально инфицированных диким, вакцинным и вакцинородственным полиовирусом, за пределы организации от _____ 20__ г. № _____.

Мы, нижеподписавшиеся, _____
(фамилия, имя, отчество (последнее при наличии), должность передающего материал)

_____
(фамилия, имя, отчество (при наличии), должность передающего материал, наименование организации)

_____

составили настоящий акт в том, что согласно распоряжению руководителя организации _____

_____

произведена передача: _____

_____
(наименование вида, номера штаммов, количество объектов, вид упаковки и иные характеристики)

Дата передачи _____

Передал: _____

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

Принял: _____

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

Приложение 29
к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

Карта
эпидемиологического расследования случая заболевания краснухой или подозрительного на эту инфекцию

Заполняется на всех лиц, у которых медицинский работник подозревает краснуху

Первичный диагноз: Краснуха □ Корь □ Другой (указать) □_____

А. Идентификация Эпидномер случая краснухи _____

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии)

Пол: Мужской □ Женский □

Дата рождения, возраст _____

(Число, месяц, год, количество полных лет и (или) месяцев)

Адрес: _____

регистрация по месту выявления

местный, приезжий (указать откуда и когда прибыл) _____

(нужное подчеркнуть)

Дата подачи экстренного извещения _____

МО, подавшее экстренное извещение _____

Дата заболевания _____ Дата обращения _____

Место работы, профессия _____

Место учебы _____ ДОУ № _____ Неорганиз. □ Неизвестно □

Дата последнего посещения места работы, учебы _____

Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности)*_____

Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности)*_____

Болел ранее краснухой: да □ нет □ неизвестно □, дата заболевания _____

Болел ранее корью: да □ нет □ неизвестно □, дата заболевания _____

Госпитализирован: да □ нет □ Дата госпитализации _____

Место госпитализации _____

В. Информация о клинических признаках заболевания (заполняется врачом МО)

Сыпь: дата появления _____ Длительность сохранения (календарные дни) _____

Характер сыпи: Пятнисто-папулезная □ Везикулярная □ Другая □

Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): разгибательные поверхности конечностей □ спина □ ягодицы □ другое □

Лимфоаденопатия: Есть □ Нет □

Артралгия: Есть □ Нет □

Увеличение заднеушных и (или) заднешейных лимфоузлов: Есть □ Нет □

Температура: Есть □ Нет □ Неизвестно □ Дата повышения _____

Максимальный подъем температуры _____ его продолжительность _____

Летальный исход: Да □ Нет □ Дата смерти _____

C. Лабораторные данные. На 4 - 5-й день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза. Исследование сыворотки крови выполняется в лаборатории Регионального центра (РЦ).

Образцы: Кровь 1. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦгиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1._____ Результат: Дата результата _____

Позитивный □

Негативный □

Кровь 2. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦГиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 2._____ Результат: Дата результата _____

Позитивный □

Негативный □

D. Возможный источник инфекции

Был ли контакт с больным краснухой или подозрительным на краснуху в период 7 - 21 календарных дней перед появлением сыпи (подчеркнуть): да □ нет □ неизвестно □

Если да □ указать где (семья, ДОУ и прочее) _____ нет □ неизвестно □

Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный на краснуху, до данного больного: да □, нет □, неизвестно □.

Выезжал ли пациент в течение 7 – 21 календарных дней до появления сыпи: да □ нет □ неизвестно □ куда? _____

Связан ли данный случай с завозным случаем: да □ нет □ неизвестно □

Если да □, указать откуда:

субъект Российской Федерации _____ страна _____

Е. Окончательный диагноз (заполняется врачом МО) _____

Краснуха □ Корь □ Аллергическая реакция □ Вакцинальная реакция □

Другое □ (указать диагноз) _____

Форма тяжести: легкая □ средне-тяжелая □ тяжелая □

Осложнение: _____

Подтвержден: Лабораторно □ Эпидемиологически □ Клинический диагноз □

Импортирован: да □ нет □ неизвестно □ откуда

Дата окончательного диагноза _____

Дата расследования____ Подпись врача МО _____

Подпись врача-эпидемиолога _____

* в случае заболевания ребенка в возрасте до 1 года указывать прививочный статус матери

Приложение 30

к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

Карта эпидемиологического расследования случая заболевания корью или подозрительного на эту инфекцию

Первичный диагноз: Корь □ Краснуха □ Другой (указать) □

А. Идентификация Эпидномер случая кори _____

Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) _____

Пол: Мужской □ Женский □

Дата рождения, возраст _____

(Число, месяц, год, кол-во полных лет и месяцев)

Адрес: _____

(регистрация по месту выявления)

местный, приезжий (указать откуда и когда прибыл) _____

(нужное подчеркнуть)

Дата подачи экстренного извещения _____

МО, подавшее экстренное извещение _____

Дата заболевания _____ Дата обращения _____

Место работы, профессия _____

Место учебы _____ ДОУ № _____ Неорганизованный □ Неизвестно □

Дата последнего посещения _____

Вакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности)* _____

Ревакцинация (название МИБП, дата, доза, серия, срок годности)* _____

Болел ранее корью: да □ нет □ неизвестно □, дата заболевания _____

Госпитализирован: да □ нет □ Дата госпитализации _____

Место госпитализации _____

В. Информация о клинических признаках заболевания (заполняется врачом МО)

Сыпь: дата появления _____ Длительность сохранения (календарные дни) _____

Место первоначального появления сыпи (подчеркнуть): за ушами □ лицо □ шея □ грудь □ другое □

Этапность появления сыпи: есть □ нет □

Характер сыпи: Пятнисто-папулезная □ Везикулярная □ Другая □

Температура: Есть □ Нет □ Неизвестно □ Дата повышения _____

Максимальный подъем температуры _____ его продолжительность _____
(календарных дней)

Кашель: Есть □ Нет □ Неизвестно □

Ринит: Есть □ Нет □ Неизвестно □

Конъюнктивит: Есть □ Нет □ Неизвестно □

Пятна Коплика: Есть □ Нет □ Неизвестно □

Энантема: Есть □ Нет □ Неизвестно □

Пигментация: Есть □ Нет □ Неизвестно □

Летальный исход: Да □ Нет □ Дата смерти _____

C. Лабораторные данные

На 4 - 5-й календарный день сыпи у больного возьмите образец сыворотки для подтверждения диагноза.

Образцы: Кровь 1. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦгиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1._____ Результат: Дата результата _____

Позитивный □

Негативный □

Сомнительный □

Кровь 2. Дата взятия _____

Дата поступления в лабораторию ФБУЗ ЦгиЭ _____

Дата поступления в лабораторию РЦ _____

Сыворотка 1._____ Результат: Дата результата _____

Позитивный □

Негативный □

Сомнительный □

D. Возможный источник инфекции

Был ли контакт с больным корью или подозрительным на корь в период 7-21 календарных дней перед появлением сыпи (подчеркнуть): да □ нет □ неизвестно □

Если да □, указать где (семья, ДДУ и п прочее_____ нет □ неизвестно □

Был ли в данном районе хотя бы один случай, подозрительный па корь, до данного больного: да □ нет □ неизвестно □

Выезжал ли пациент в течение 7-21 календарных дней до появления сыпи: да □ нет □

неизвестно □ куда _____

Связан ли данный случай с завозным случаем: да □ нет □ неизвестно □ Если да □, указать откуда:

субъект Российской Федерации _____

страна _____

Е. Окончательный диагноз (заполняется врачом НПО) _____

Корь □ Краснуха □ Аллергическая реакция □ Вакцинальная реакция □

Другое □ Указать диагноз _____

Особенности: _____

Подтвержден: Лабораторно □ Эпидемиологически □ Клинический диагноз □

Импортирован: да □ нет □ неизвестно □ откуда _____

Дата окончательного диагноза _____ (для кори указать - форма, тяжесть течения и осложнения)

Дата расследования _____ Подпись врача МО _____

Подпись врача-эпидемиолога _____

* В случае заболевания ребенка до 1 года, отмечать прививочный статус матери

Приложение 31

к СП 3.3686 -21

Рекомендуемый образец

Сведения о заболевших корью, краснухой и эпидемическим паротитом в разных возрастных группах

(заполняется 1 раз в месяц)

в_____ **за** _____ **20**___**года**

(субъект Российской Федерации) (месяц)

Сведения о заболевших (в абс.ед.)	Возраст																									
	до 6 мес.	6-12 мес.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 и старше	Всего
Непривит																										
Вакцинирован																										
Ревакцинирован																										
Болел корью ранее																										
Анамнез неизвестен																										
Всего																										
Число заболевших корью лабораторно обследованных для подтверждения диагноза																										
Из них число лабораторно подтвержденных случаев кори																										
Число госпитализированных																										
Число умерших																										

Приложение 32
к СП 3.3686-21

Основные группы дезинфицирующих препаратов и методов, используемых для предотвращения контаминации легионеллами и обеззараживания потенциально опасных водных систем

1. Различные соединения хлора при концентрации остаточного активного хлора 0,5-1,0 мг/л (гипохлорит натрия, диоксид хлора, монохлорамин и другие соединения).

2. Двухкомпонентные препараты на основе перекиси водорода и серебра.

3. Препараты на основе поверхностно-активных веществ (полигуанидин, четвертичное аммониевое соединение).

4. Электролитическая ионизация воды ионами серебра и меди.

5. Применение специальных защитных фильтров на точках выхода системы водоснабжения (при внутрибольничном легионеллезе).

6. При возникновении микробной контаминации сети в результате разгерметизации и локальных аварий на отдельных ее участках, проводятся технические мероприятия по замене сетей, гиперхлорирование сетей (дозами хлора до 50 мг/л при экспозиции 3 ч) с последующей их промывкой и проведением бактериологического анализа. В целях повышения эффективности дезинфекционных мероприятий преимущественно предусматривается комплексное применение перечисленных групп препаратов и методов в зависимости от конкретной эпидемической ситуации.

Приложение 33

к СП 3.3686-21

Концентрации Legionella pneumophila в отдельных объектах

№	Объект	Концентрация, КОЕ/л
1	Система охлаждения промышленных предприятий и кондиционирования воздуха в зданиях общественного назначения	10^4
2	Системы водоснабжения	10^3
3	Бассейны и аквапарки с «барботированием» типа «Джакузи»	Отсутствие
4	Системы горячего водоснабжения медицинских организаций в отделениях групп риска (трансплантации, онкологии, хирургии реанимации, интенсивной терапии и других) и организациях социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов*.	Отсутствие
*для данных групп риска необходимо полностью исключить возможность контакта с водой, содержащей Legionella spp.		

Приложение 34

к СП 3.3686 -21

Рекомендуемый образец

Журнал контроля обработки эндоскопов для нестерильных вмешательств

Дата	Код эндоскопа	Тест на герметичность	Окончательная очистка			Тест на качество очистки	Дезинфекция высокого уровня										Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись оператора
							Ручной способ				Механизированный способ						
			Наименование средства	Время начала	Время окончания		Наименование средства ДВУ	Температура рабочего раствора	Концентрация раствора и результат экспресс контроля уровня содержания ДВ в нем	Время начала/окончания дезинфекционной выдержки	Номер МДМ	Номер режима обработки	Наименование средства ДВУ	Концентрация раствора и результат экспресс контроля уровня содержания ДВ в нем	Время окончания цикла		

Приложение 35

к СП 3.3686 -21

ДЕЗИНВАЗИЯ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОЧАГЕ ЭНТЕРОБИОЗА

№ п/п	Объекты	Способ и режим дезинвазии
1.	Поверхности помещений, объектов окружающей среды, жесткая мебель в помещениях	Орошение или протирание с последующей влажной уборкой дезинфекционно-дезинвазионными средствами
2.	Мягкая мебель, мягкие игрушки, ковры	Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли при использовании дезинвазионных средств. После дезинвазии необходимо убрать на 3 календарных дня в кладовые ковры и мягкие игрушки.
3.	Белье, спецодежда, предметы обихода и уборочный инвентарь	Кипячение в течение 1 - 2 мин. в 2% водном растворе кальцинированной соды, 2% мыльно-содовом растворе, или в течение 15 мин в 0,5% растворе любого моющего средства. Мытье с моющими средствами и обработка горячим (60 - 80 °С) 2% водным раствором кальцинированной соды или 2% мыльно-содовым раствором.
4.	Твердые и резиновые игрушки, посуда	Мытье с моющими средствами и обработка горячим раствором (60 - 80 °С) 2% водного раствора кальцинированной соды или 2% мыльно-содовым раствором
5.	Постельные принадлежности (одеяла, подушки, матрасы)	Обработка с помощью пылесоса с последующим обеззараживанием пыли дезинвазионными средствами либо камерная дезинфекция объектов
6.	Санитарно-техническое оборудование	Обработка дезинфекционно-дезинвазионными средствами
7.	Кал в горшках	Обеззараживание перед сбросом в канализацию дезинфекционно-дезинвазионными средствами

Приложение 36
к СП 3.3686-21

САНИТАРНО-ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ОБЪЕКТОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ

№ п п	Объект	Исследуемый материал		Объем пробы (л, кг)	Число отбираемых проб	Кратность отбора проб в рамках			Определяемые показатели ****
		Наименование	Место отбора			контрольно-надзорных мероприятий ***	производственного контроля	социально-гигиенического мониторинга	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.	Очистные сооружения канализации	1. Сточная вода	В местах до проведения очистки (при необходимости расчета эффективности дегельминтизации и дезинвазии)	10,0	2	+	2 раза в год	1 раз в год	1, 2, 3
		2. Сточная вода	В местах после проведения очистки	10,0	2		2 раза в год	1 раз в год	
		3. Осадок сточных вод	В местах нахождения жидкого осадка	0,2 (200 миллилитров	2		2 раза в год	1 раз в год	1, 2, 3

			(при необходимости оценки эффективности дезинвазии)						
		4. Осадок сточных вод	В местах нахождения подсушенного осадка перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам	0,2 (200 грамм)	2 с карты		Перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, для производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам	1 раз в год	1, 2, 3, 4
2.	Поля орошения	Почва	до и после орошения	0,2 (200 грамм)	2 - 4	-	2 раза в год с апреля по октябрь	-	1, 2, 3, 4
3.	Биологические пруды	Стоки	на входе и выходе	Не менее 10 литров	4 - 8	-	2 раза в год с апреля по		1, 2, 3

								октябрь		
4.	Вода природных биотопов	Поверхностные водоемы	1. Вода **	в месте сброса сточных вод (литры)	25,0	3	+	2 раза в год	1 раз в квартал	1, 2, 3
			2. Вода**	выше выпуска сточных вод на 1 километр	25,0	3		2 раза в год		
			3. Донные отложения	-	0,2 (200 грамм)	3		-		
		Прибрежные воды морей	1. Вода**	в местах расположения морских водозаборных сооружений хозяйственно-питьевого водоснабжения **	50,0	3	+	Не менее 2-х раз в квартал	1 раз в квартал	6
				в местах выпуска сточных вод - непосредственно у места сброса и в радиусе не более 500 м от места сброса	25,0	3	+	не реже 4 раз в год, посезонно		1, 2, 3

		Рекреационные зоны (вода пляжей)	1. Почва, песок	в береговой зоне	0,2 (200 грамм)	2	+	2 раза за сезон	1 раз в год	1, 2, 3, 4
			2. Вода	в береговой зоне	25,0	3	+	1 раз - до начала сезона, ежемесячно - в период сезона		1, 2, 3
5.	Водоочистные станции хозяйственно-питьевого водоснабжения		1. Вода**	перед подачей в распределительную сеть	50,0	3	+	Не менее 2-х раз в квартал	1 раз в квартал	6
			2. Осадки, образующиеся в процессе водоочистки	В местах нахождения подсушенного осадка перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам	0,2 (200 грамм)	2 - 4	-	Перед использованием его полезных свойств, в том числе для удобрения путем внесения в почву, для производства продукции, использования в качестве компонентов технических грунтов или биотоплива, реализуемого третьим лицам	-	1, 2, 3

6.	Бассейны, как самостоятельное учреждение, так и в составе других организаций	1. Смывы*	с поручней ванны бассейна; скамеек в раздевалках, пола в душевой, ручек двери в туалетных комнатах, из раздевалки в душевую: детских игрушек (мячей, кругов); предметов спортивного инвентаря		20	+	1 раз в квартал	-	1, 2, 3
		2. Вода бассейна**	из чаши бассейна	50,0	3	+	1 раз в квартал	-	1, 2, 3
7.	Аквапарки	1. Смывы*	с поручней ванны бассейна, скамеек в раздевальнях, пола в душевой, ручек двери санузлов, инвентаря аквапарка - лежаков, кругов, матов		20	+	2 раза в год	-	1, 2, 3
		2. Вода бассейна**	из чаши бассейна	50,0	3	+	1 раз в квартал	-	1, 2, 3

8.	Дошкольные образовательные организации	1. Смывы*	в пищеблоках: с разделочных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатертей, столов		20	+	+	-	1, 2, 3
		2. Смывы	в игровых уголках: с игрушек, мебели, ковров и дорожек; в спальнях: постельное белье, с пола, батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах: ручки дверей, кранов, наружные поверхности горшков, стульчаков		10	+	+	-	1, 2, 3
		3. Овощи Зелень	на пищеблоке, овощехранилище	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+ (объединенная проба из 3-х точек от партии)	-	-	6

		4. Почва	на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора, у веранд, в домиках, вокруг наружных санузлов	0,2 (200 грамм)	2 - 4	+	-	1 раз в год	1, 2, 3
		5. Песок	в песочницах	0,2 (200 грамм)	2 - 4	+	не реже 1 раза в квартал		1, 2, 3
9.	Общеобразовательные организации (школы)	1. Смывы*	в пищеблоках: с разделочных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатертей, столов		20	+	+	-	1, 2, 3
		2. Смывы*	в начальных классах: мебели, парт, с батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах: ручки дверей, кранов, наружные поверхности		20	+	+	-	1, 2, 3

			стульчаков						
		3. Овощи Зелень	в пищеблоке, овощехранилище	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+ (объединенная проба из 3-х точек от партии)	-	-	6
		4. Почва	на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора	0,2 (200 грамм)	2	+	-	-	1, 2, 3
10	Школы-интернаты, детские дома, дома ребенка	1. Смывы*	в пищеблоках: с разделочных столов и досок для готовой пищи, овощей, с дверных ручек, рук персонала; в столовых: с посуды, клеенок, скатертей, столов		20	+	1 раз в год	-	1, 2, 3
		2. Смывы*	в начальных классах: с мебели, парт; в игровых уголках: с игрушек, мебели, ковров и дорожек; в спальнях:		20	+	1 раз в год	-	1, 2, 3

			постельное белье, с пола, батарей, подоконников, штор; в туалетных комнатах: ручки дверей, кранов, наружные поверхности горшков, стульчаков						
		3. Овощи Зелень	на пищеблоке, овощехранилище	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+ (объединенная проба из 3-х точек от партии)	1 раз в год	-	6
		4. Почва	на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора, у веранд, в домиках, вокруг наружных санузлов	0,2 (200 грамм)	2	+	-	-	1, 2, 3
11.	Летние оздоровительные учреждения	1. Смывы*	в пищеблоке: с рук персонала, разделочных досок, столов, клеенок, скатертей,		20	+	-	-	1, 2, 3

			прилавков раздачи, оборудования, инвентаря, санитарных комнат; в туалете: ручки дверей, водопроводные краны, ручки смывных бачков						
		2. Овощи Зелень	в пищеблоке, овощехранилище	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+ объединенная проба из 3-х точек от партии	-	-	6
		3. Почва	на игровых площадках, около входа и вокруг помещений, вдоль забора, у веранд, около летних пищеблоков, вокруг наружных санузлов	0,2 (200 грамм)	2	+	-	-	1, 2, 3, 4
		4. Песок	в песочницах	0,2 (200 грамм)	2	+	не реже 1 раза в квартал	-	1, 2, 3

12.	Организации, осуществляющие медицинскую деятельность	1. Смывы*	в пищеблоках, раздаточных		20	+	1 раз в год	-	1, 2, 3
		2. Смывы*	в кабинетах инфекционных заболеваний, в клинико-диагностических лабораториях, в палатах, туалетных комнатах		20	+	1 раз в год	-	1, 2, 3
13.	Тепличные хозяйства	1. Выращиваемая растительная продукция: Овощи, Зелень	в теплицах	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	По 2 пробы от каждого вида выращиваемой продукции	+	перед сбором готовой продукции	-	6
		2. Почва	в теплицах	0,2 (200 грамм)	4	+	вновь завозимая, в период выращивания	-	1, 2, 3, 4
		3. Вода поливная**	емкости	50,0	3	-	ежемесячно в период выращивания растительной продукции	-	2, 3

14.	Объекты общественного питания	1. Смывы*	в пищеблоке: с рук персонала, разделочных досок, столов, прилавков раздачи, оборудования, инвентаря, санитарных комнат		20	+	-	-	1, 2, 3
		2. Овощи Зелень	на пищеблоке, овощехранилище	Не менее 0,5 (500 грамм) Не менее 0,1 (100 грамм)	4	+ объединенная проба из 3-х точек до разделки	-	-	6
		3. Соки и соковая продукция из фруктов и овощей	на пищеблоке	Не менее 0,1 (100, миллилитров)	1 от каждого наименования	+	-	-	6
15.	Бани, парикмахерские, косметологические кабинеты	Смывы*	с рук персонала, инструментов, столов, кресел		20	+	-	-	1, 2, 3, 5
16.	Железнодорожный, автобусный, водный транспорт	1. Смывы*	с рук и спецодежды проводников, полок, постельных принадлежностей		20	+	-	-	1, 2

			(до раздачи пассажирам)						
		2. Вода питьевая**	в точках водоразбора	50,0	6	+			6
17.	Дома инвалидов и престарелых	Смывы*	на пищеблоке, в палатах, туалетных комнатах, с рук персонала		20	+	-	-	1, 2, 3
18.	Приемники-распределители (дома ночного пребывания)	Смывы*	в санпропускниках, жилых ячейках, помещениях общественного питания, туалетах		20	+	-	-	1, 2, 3

"+" – проводится.
"-" – не проводится.
* Пробы берутся раздельно по 10 для исследования на наличие яиц гельминтов и цист простейших.
** Пробы берутся раздельно по 1 для исследования на наличие яиц гельминтов, цист, ооцист простейших.
*** Кратность контрольно-надзорных мероприятий определяется в соответствии с законодательством Российской Федерации.
**** Определяемые показатели (вид возбудителя, жизнеспособность):
1 - жизнеспособные яйца гельминтов.
2 - цисты патогенных кишечных простейших.
3 - ооцисты криптоспоридий.
4 - личинки синантропных мух.
5 - демодекоидные клещи.
6 - не допускается наличие яиц гельминтов и цист (ооцист) патогенных кишечных простейших.

Приложение 37

к СП 3.3686-21

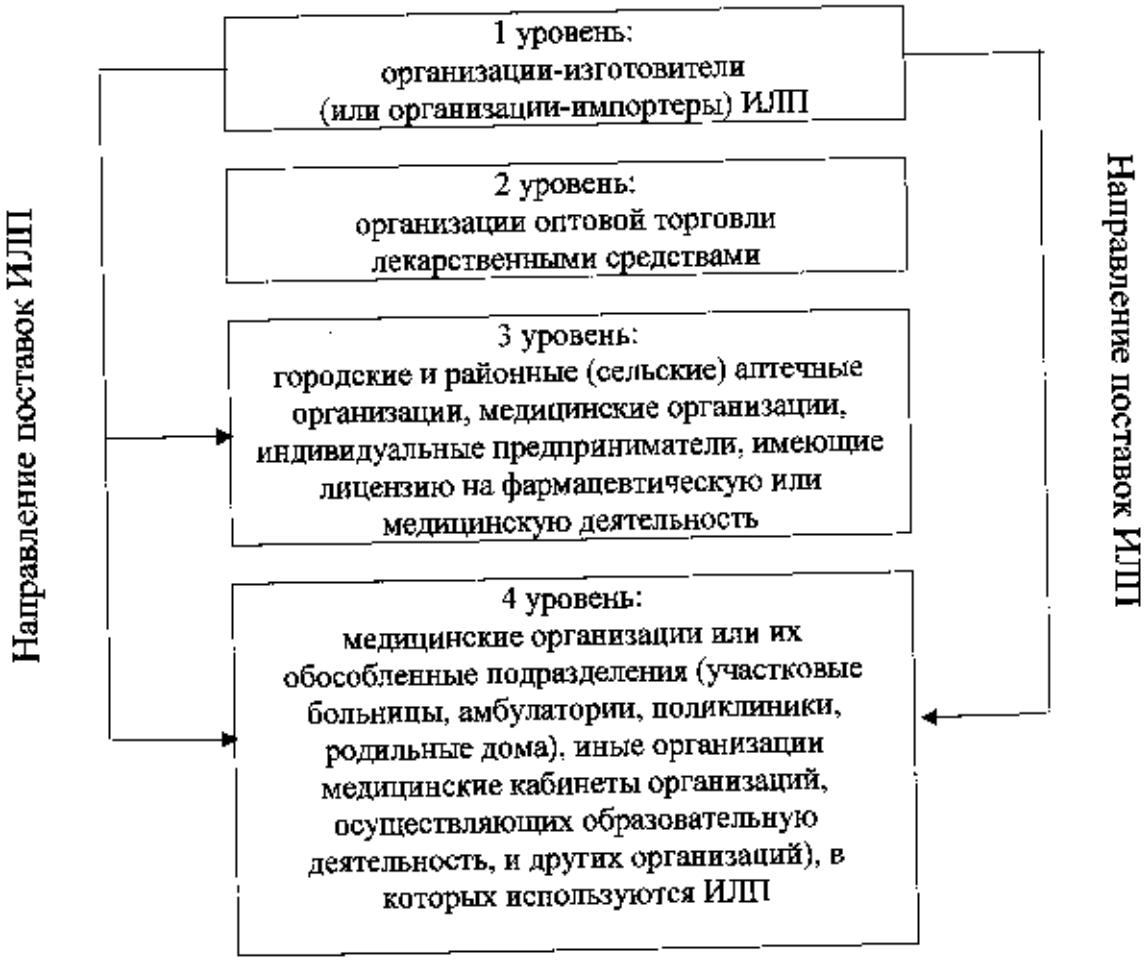
Рекомендуемый образец

Журнал контроля стерилизации эндоскопического оборудования ручным способом

Дата и время	Наименование стерилизуемых изделий	Номер медицинской карты стационарного больного	Наименование стерилизующего средства	Режим стерилизации			Время завершения стерилизации и упаковки эндоскопа	Фамилия, имя, отчество (последнее при наличии) и подпись оператора
				Температура раствора	Концентрация раствора и результат экспресс контроля уровня содержания ДВ в нем	Экспозиция		

Приложение 38
к СП 3.3686-21

СХЕМА УРОВНЕЙ «ХОЛОДОВОЙ ЦЕПИ»



Приложение 39
к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

Журнал регистрации температуры в холодильном оборудовании

Дата	Время	Показания термометров		Показания термоиндикаторов			
		№ 1	№ 2	№ 1		№ 2	
				Идентификационный номер	Показания	Идентификационный номер	Показания
	9.00	+5	+5		Норма		Норма
	17.00	+5	+5		Норма		Норма
	9.00	+5	+5		Норма		Норма
	17.00	+5	+5		Норма		Норма

Приложение 40

к СП 3.3686-21

Рекомендуемый образец

Журнал учета движения ИЛП

Приход									Расход					
Дата поступления	Название ИЛП	Производитель	Поставщик	Серия	Срок годности	Количество доз/фасовка	Тип и контрольный номер термоиндикатора	Показания термоиндикатора	Дата отпуска	Кому отпущено	Количество доз/фасовка	Остаток (доз)	Тип и контрольный номер термоиндикатора	Показания термоиндикатора