3.1.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Профилактика острых кишечных инфекций

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.1.1117—02

gost.e-ecolog.ru

1. Разработаны: Центральным научно-исследовательским институтом эпидемиологии Минздрава России (Б. Л. Черкасский, Ю. П. Солодовников, В. Ю. Марков, С. Ш. Рожнова, Н. З. Минаева, Е. К. Каменецкая); Санкт-Петербургским научно-исследовательским институтом эпидемиологии и микробиологии им. Пастера Минздрава России (Л. А. Кафтырева); Московским научно-исследовательским институтом эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского Минздрава России (Л. В. Пожалостина, Т. Т. Волохович); Департаментом госсанэпиднадзора Минздрава России (Г. Ф. Лазикова, Т. И. Фролочкина); Федеральным центром госсанэпиднадзора (А. А. Ясинский); Центром госсанэпиднадзора в г. Москве (Б. Е. Зайцев).

2. Утверждены 17 марта 2002 г. и введены в действие постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г. Г. Онищенко от 22 марта 2002 г. № 13 с 1 июля 2002 г.

3. Зарегистрированы в Министерстве юстиции Российской Федерации 8 мая 2002 г. Регистрационный номер 3418.

4. Введены впервые.

Федеральный закон Российской Федерации «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30 марта 1999 г.

«Государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) – нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в т. ч. критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний» (статья 1).

«Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц» (статья 39).

«За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность» (статья 55).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е

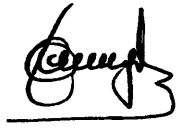
22.03.02 Москва № 13

О введении в действие санитарно-эпидемиологических правил «Профилактика острых кишечных инфекций. СП 3.1.1.1117—02»

На основании Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденного постановлением Правительства Российской Федерации от 24 июля 2000 г. № 554

ПОСТАНОВЛЯЮ:

Ввести в действие санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика острых кишечных инфекций. СП 3.1.1.1117—02», утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 17 марта 2002 г., с 1 июля 2002 г.



Г. Г. Онищенко

Содержание

1. Область применения 67
2. Общие положения 67
3. Профилактические мероприятия 68
4. Противоэпидемические мероприятия 69
5. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за острыми кишечными инфекциями 77
Термины и определения 82
Библиографический список 82
Приложение. Перечень нозологических форм (возбудителей) острых кишечных инфекций (форма № 2) 84

УТВЕРЖДАЮ
Главный государственный санитарный врач Российской Федерации – Первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
Г. Г. Онищенко
17 марта 2002 г.
Дата введения: 1 июля 2002 г.

3.1.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. КИШЕЧНЫЕ ИНФЕКЦИИ

Профилактика острых кишечных инфекций

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.1117—02

1. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила (далее – *санитарные правила*) устанавливают требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение и распространение заболеваний острыми кишечными инфекциями (далее – *ОКИ*).

1.2. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил осуществляют органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы Российской Федерации.

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

2. Общие положения

2.1. Острые кишечные инфекции (ОКИ) представляют собой обширную группу инфекционных заболеваний преимущественно антропонозного ряда с фекально-оральным механизмом передачи возбудителей. Основными возбудителями ОКИ являются представители семейства Enterobacteriaceae, а также другие микроорганизмы, в т. ч. вирусной природы. Все большее значение в этиологии ОКИ приобретают криптоспоридии.

2.2. Характеризуются преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта. В большинстве случаев наблюдается диарея и явления интоксикации организма. Иногда отмечается бессимптомное течение болезни, которое сопровождается выделением патогенных и условно-патогенных возбудителей – состояние бактерионосительства (вирусоносительства).

При ОКИ, вызванной Cl. defficile, наблюдаются явления псевдомембранозного колита. При ОКИ вирусной этиологии наряду с поражениями кишечника отмечаются изменения со стороны верхних дыхательных путей: неба, дужек, язычка – при ротавирусной инфекции; трахеобронхит – при аденовирусной инфекции. В случаях криптоспоридиоза (протозойная инфекция) клиническая симптоматика сходна с бактериальными кишечными инфекциями.

2.3. Ведется регистрация бактериальной дизентерии (шигеллеза), в т. ч. бактериологически подтвержденной, а также дизентерии, вызванной шигеллами Зонне и шигеллами Флекснера и бактерионосителей дизентерии.

Отдельно регистрируются ОКИ установленной этиологии, включая вызванные бактериальными и вирусными возбудителями, и пищевые токсикоинфекции установленной этиологии.

Отдельно регистрируются ОКИ и пищевые токсикоинфекции не установленной этиологии.

2.4. В число ОКИ установленной этиологии включены заболевания, вызванные ротавирусами, кампилобактериями, энтеропатогенными кишечными палочками и йерсиниями энтероколитика, и другие заболевания бактериальной и вирусной этиологии (прилож. 1).

2.5. В число ОКИ не установленной этиологии включены колиты, энтериты, гастроэнтероколиты инфекционные или предположительно инфекционные, гастроэнтериты, колиты и энтериты без других указаний, не включенные в кишечные инфекции, вызванные установленными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции, вызванные неуточненными инфекционными возбудителями; не включаются сальмонеллезные инфекции, ботулизм и отравления, вызванные ядовитыми ягодами, грибами и т. д.

2.6. При выявлении случая ОКИ на начальном этапе (до установления диагноза) реализуется единый комплекс противоэпидемических мероприятий. После установления диагноза при проведении мероприятий учитываются эпидемиологические особенности возникшего заболевания.

2.7. В целях предупреждения возникновения и распространения ОКИ необходимо своевременно и в полном объеме проводить комплексные организационные, санитарно-гигиенические, профилактические, лечебно-диагностические и противоэпидемические мероприятия.

3. Профилактические мероприятия

3.1. Осуществляются через систему мероприятий по обеспечению населения доброкачественными, безопасными в эпидемическом отношении пищевыми продуктами и водой, безопасными в эпидемическом отношении условиями жизнедеятельности населения.

3.2. Осуществление госсанэпиднадзора за соблюдением санитарных правил и норм на объектах по производству, хранению, транспортированию, реализации (оптовая и розничная) пищевых продуктов, общественного питания, водоканала, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

3.3. Осуществление госсанэпиднадзора за соблюдением санитарных правил и норм в организованных коллективах детей и взрослых, лечебно-профилактических учреждениях (далее – *ЛПУ*), санаториях, домах отдыха и др.

3.4. Гигиеническое обучение работников отдельных профессий, производств и организаций, связанных непосредственно с процессом производства, приготовления, хранения, транспортирования и реализации пищевых продуктов, водоподготовки, обучением и воспитанием детей и подростков, с оформлением медицинских книжек.

3.5. Гигиеническое образование населения с помощью средств массовой информации по вопросам профилактики острых кишечных инфекций.

3.6. Проведение клинико-лабораторных обследований и ограничительных мер среди отдельных групп населения в профилактических целях.

3.6.1. Выявление больных (носителей) ОКИ при поступлении на работу работников отдельных профессий, производств и организаций (однократное бактериологическое обследование на группу энтеропатогенных бактерий; забор материала для исследования у лиц этой категории работников проводится специалистами центров госсанэпиднадзора или лечебно-профилактических учреждений).

3.6.2 Выявление больных ОКИ (носителей) среди детей дошкольных образовательных учреждений (далее – *ДОУ*), школ-интернатов, летних оздоровительных учреждений:

• в период формирования детских коллективов в конце лета – начале осени (август—сентябрь) за всеми детьми устанавливается медицинское наблюдение с обязательной регистрацией его результатов в специальных журналах наблюдения (общее состояние ребенка, жалобы, характер стула, результаты термометрии);

• прием в ДОУ детей, возвращающихся после любого перенесенного заболевания или длительного отсутствия (5 и более дней), разрешается только при наличии справки от участкового врача с указанием диагноза болезни или причины отсутствия. В течение 7 дней за такими детьми устанавливается медицинское наблюдение, осуществляемое непосредственно в детском коллективе;

• при утреннем приеме ребенка необходимо проводить опрос родителей о его общем состоянии и характере стула. При наличии жалоб и клинической симптоматики, характерной для ОКИ, контакт ребенка с коллективом следует прекратить. Вопрос о его допуске в коллектив решается на основании заключения участкового врача;

• при оформлении в детские дошкольные коллективы дети принимаются без бактериологического обследования на основании справки от участкового врача педиатра о состоянии здоровья и отсутствии контакта с больными ОКИ.

3.6.3. Выявление больных ОКИ (носителей) среди лиц в других типах учреждений:

• лабораторное обследование лиц перед поступлением в стационары и санатории проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям;

• при оформлении лиц на стационарное лечение в больницы (отделения) психоневрологического (психосоматического) профиля, дома престарелых, интернаты для лиц с хроническими психическими заболеваниями и поражением ЦНС, в другие типы закрытых учреждений с круглосуточным пребыванием проводится однократное бактериологическое обследование на группу энтеропатогенных бактерий. Однократное обследование проводится также при переводе больных в учреждения психоневрологического (психосоматического) профиля.

4. Противоэпидемические мероприятия

4.1. Противоэпидемические мероприятия представляют собой комплекс мер, проводимых при возникновении заболеваний ОКИ (в эпидемических очагах) или при потенциальной угрозе возникновения и распространения этих заболеваний. В отличие от профилактических, осуществляются во внеплановом порядке, исходя из сложившейся эпидемиологической обстановки на обслуживаемой территории.

4.2. Организация противоэпидемических мероприятий осуществляется специалистами центров госсанэпиднадзора, независимо от их ведомственной принадлежности, и медицинскими работниками ЛПУ под контролем специалистов госсанэпидслужбы.

4.3. Порядок выявления больных (носителей) ОКИ.

4.3.1. Выявление больных или подозрительных на заболевание ОКИ проводится медицинскими работниками всех ЛПУ здравоохранения, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, во время амбулаторных приемов, посещений на дому, при медицинских осмотрах, диспансеризации и т. п.

4.3.2. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни, результатов лабораторного обследования, эпидемиологического анамнеза.

4.3.3. Учет и регистрация больных (носителей) ОКИ осуществляется в установленном порядке. Информация о выявленном случае ОКИ направляется из ЛПУ в территориальный ЦГСЭН по телефону в течение 2 ч с момента установления диагноза. В течение 12 ч передается экстренное извещение. Каждый случай ОКИ (носительства) фиксируется в журнале регистрации инфекционных заболеваний. Первичная информация о выявленном больном ОКИ (носителе) должна содержать необходимые сведения о подозрительных в качестве факторов передачи возбудителей инфекции (факторах риска) пищевых продуктов и воды, употреблявшихся заболевшим в течение последних 3 дней до возникновения болезни. При выявлении активности пищевого пути передачи особое внимание обращается на случаи ОКИ, клинически протекающие по типу пищевой токсикоинфекции.

4.4. Эпидемиологическое обследование очага.

4.4.1. Проводится с целью установления границ очага, выявления источника возбудителей инфекции (при кишечных антропонозах), контактных, путей и факторов передачи возбудителей инфекции и условий, способствовавших возникновению ОКИ.

4.4.2. При спорадической заболеваемости обследование очага ОКИ может осуществляться помощником эпидемиолога под руководством врача-эпидемиолога.

При возникновении групповой заболеваемости и эпидемических вспышек эпидемиологическое обследование проводится непосредственно врачом-эпидемиологом с привлечением других профильных специалистов центров госсанэпиднадзора, а также врачей-инфекционистов, педиатров и других специалистов.

4.4.3. Эпидемиологическое обследование семейных (квартирных) очагов проводится при заболевании (носительстве) ОКИ работников отдельных профессий, производств и организаций, а также при заболевании детей, посещающих ДОУ и неорганизованных детей в возрасте до 2 лет. Помимо этого, обследуются все множественные семейные (квартирные) эпидемические очаги с одновременно или повторно возникшими несколькими случаями ОКИ.

4.4.4. В лечебно-профилактических, дошкольных образовательных, общеобразовательных учреждениях и школах-интернатах, на пищевых предприятиях и приравненных к ним объектах по месту работы или учебы при возникновении первого случая ОКИ необходимость эпидемиологического обследования решается врачом-эпидемиологом. При появлении повторных случаев или при подозрении на возможность дальнейшего распространения ОКИ обследование проводится врачом-эпидемиологом комплексно с участием специалистов соответствующего санитарно-гигиенического профиля.

4.4.5. При вспышках и групповых заболеваниях ОКИ (5 и более случаев) конкретный фактор (факторы) передачи возбудителей инфекции устанавливается на основе результатов опроса заболевших и, обязательно, здоровых лиц (контрольная группа) в эпидемическом очаге. При небольших вспышках (до 30 заболевших) опрашиваются все пострадавшие, при средних (до 100 заболевших) – 30 % пострадавших, при крупных (более 100—150 заболевших) – достаточно опросить 20 % пострадавших и, соответственно, такое же число так называемых «контрольных лиц». В первую очередь, опрашиваются пострадавшие, которые заболели одними из первых, а также в семейных очагах с двумя и более случаями заболеваний. Врачи-эпидемиологи и их помощники, осуществляющие опрос, должны работать под руководством специалистов, которые имеют опыт проведения этой работы. Остальные проходят специальный инструктаж (целесообразно это сделать еще до возникновения вспышки) и участвуют в подготовительных практических занятиях по этому вопросу. Результаты опроса больных и контрольных лиц должны под-

твердить или исключить предварительную версию (гипотезу) о причине возникновения очагов (путях и факторах передачи возбудителей инфекций).

Опрос контрольных лиц в обязательном порядке предусматривается и в очагах спорадической заболеваемости (члены семьи заболевшего, соседи по коммунальным квартирам, общежитиям и др.).

4.5. Мероприятия в отношении источника возбудителей инфекции.

4.5.1. Для выявления источника инфекции (источников) используется комплекс клинико-эпидемиологических и лабораторных методов исследования. В первую очередь, в очагах обследуются работники отдельных профессий, производств и организаций. Осуществляется бактериологическое исследование фекалий и при наличии технических возможностей серологическое исследование крови (парные сыворотки) с интервалом 7—10 дней с определением антител различных классов иммуноглобулинов (IgM, IgG). Кратность этих обследований и необходимость дополнительного лабораторного обследования лиц, подозреваемых в качестве источников инфекции, определяется врачом-эпидемиологом, исходя из конкретной эпидемиологической обстановки. Ректороманоскопия может использоваться как дополнительный метод клинического обследования при шигеллезах в стационаре или поликлинике. Детям ректороманоскопия проводится только по клинически обоснованным показаниям.

4.5.2. При выделении культур патогенных (условно-патогенных) энтеробактерий при наличии технических возможностей осуществляется их внутривидовое типирование, результаты которого сравниваются с данными, полученными при типировании штаммов, выделенных у пострадавших в эпидемическом очаге.

4.6. Мероприятия в очаге в отношении контактных с больными ОКИ или носителями.

4.6.1. Активное выявление больных (носителей) среди контактных в очаге проводят терапевты, инфекционисты и педиатры на основе опроса, клинического и лабораторного обследования контактных. За контактными устанавливается медицинское наблюдение (осмотр, опрос, термометрия) на период максимальной инкубации болезни.

4.6.2. В квартирных очагах однократному лабораторному обследованию подлежат работники отдельных профессий, производств и организаций, дети, посещающие ДОУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения, а также неорганизованные дети в возрасте до 2 лет.

4.6.3. В лечебно-профилактических учреждениях, дошкольных образовательных, общеобразовательных учреждениях, школах-интернатах, летних оздоровительных учреждениях, учреждениях закрытого типа (для лиц с различной патологией), в пищевых организациях и приравненных к ним объектах, по месту работы и учебы проводится однократное лабораторное обследование общавшихся с больными при возникновении:

- случая(ев) заболевания ОКИ (носительства) на эпидемически значимых объектах;
- 2 и более заболеваний в организованных коллективах взрослых и детей; при единичных заболеваниях объем и кратность бактериологического (серологического) обследования определяется врачом-эпидемиологом с учетом сложившейся эпидемиологической ситуации.

4.6.4. На период проведения лабораторных обследований контактные лица не отстраняются от работы и посещения организованных коллективов при отсутствии клинических симптомов заболевания.

4.6.5. При положительных результатах клинико-лабораторных исследований контактные, относящиеся к работникам отдельных профессий, производств и

организаций, и дети организованных коллективов направляются в ЛПУ по месту жительства (другие медицинские учреждения, оказывающие помощь по договору) для установления окончательного диагноза и лечения.

4.6.6. При установлении диагноза носительства возбудителей ОКИ лица, относящиеся к работникам отдельных профессий, производств и организаций, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию (п. 2 ст. 33 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

4.7. Организация медицинского наблюдения за контактными.

4.7.1. Наблюдение за контактными с больными или носителями возбудителей ОКИ в ДОУ, больницах, санаториях, летних оздоровительных учреждениях, образовательных учреждениях, школах-интернатах, учреждениях закрытого типа с круглосуточным пребыванием пациентов, а также на эпидемически значимых и других объектах проводится медицинскими работниками указанных учреждений, территориальных лечебно-профилактических учреждений или страховых компаний.

4.7.2. В квартирных очагах, наряду с работниками отдельных профессий, производств и организаций и детьми, посещающими ДОУ и летние оздоровительные учреждения, медицинскому наблюдению (1, 3, 5, 7 дни) подлежат все лица, контактировавшие с больным ОКИ или носителем. За лицами, относящимися к работникам отдельных профессий, производств и организаций, детьми, посещающими ДДУ, летние оздоровительные учреждения, медицинское наблюдение осуществляется также и по месту работы или учебы.

4.7.3. Длительность медицинского наблюдения при ОКИ установленной и не установленной этиологии соответствует максимальному инкубационному периоду и, как правило, не превышает 7 дней; проводится опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрия.

4.7.4. Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка (в специальных листах наблюдения за контактными в очаге), в стационарах – в историях болезни контактных.

4.7.5. Медицинский работник, осуществляющий наблюдение за контактными, систематически проводит с ними работу по гигиеническому обучению.

4.8. Мероприятия по нейтрализации путей и факторов передачи.

4.8.1. В очаге групповой заболеваемости (в организованных коллективах детей и взрослых или среди населения) производится забор материала для лабораторных исследований на патогенную, условно-патогенную и санитарно-показательную микрофлору. Забираются пробы имеющихся в наличии пищевых продуктов и блюд (суточная проба), воды, берутся смывы с инвентаря, оборудования, спецодежды и с рук персонала и др.

4.8.2. Необходимость санитарно-бактериологических исследований в очагах при возникновении единичного случая ОКИ в организованных коллективах детей и взрослых, а также на эпидемически значимых объектах определяется врачом-эпидемиологом на основе результатов эпидемиологического расследования.

4.8.3. Фактор передачи (конкретный подозрительный на инфицированность пищевой продукт или вода) исключается из употребления до завершения всего комплекса противоэпидемических мероприятий в очаге.

4.8.4. Заключительная дезинфекция проводится после изоляции больного (носителя) из очага ОКИ.

В организованных коллективах детей и взрослых при возникновении единичных случаев заболевания ОКИ текущая дезинфекция проводится персоналом учреждения под руководством медицинских работников. В течение максимального инкубационного периода в очаге организуется и проводится текущая дезинфекция.

При возникновении очагов с множественными заболеваниями заключительная дезинфекция проводится силами персонала учреждения или отделами дезинфекции территориального центра госсанэпиднадзора, специалистами государственного унитарного дезинфекционного предприятия.

В квартирных (семейных) очагах заключительная (при госпитализации больного) и текущая дезинфекция проводятся жильцами после предварительного инструктажа медицинскими работниками ЛПУ.

4.9. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива.

4.9.1. При возникновении групповых очагов ОКИ в организованных коллективах детей и взрослых, а также среди населения проводится профилактика специфическими бактериофагами в зависимости от вида (типа) выделенного возбудителя в соответствии с наставлением по применению препарата.

4.10. Госпитализация больных ОКИ (проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям).

4.10.1. Клинические показания:

- все тяжелые и среднетяжелые формы болезни у детей в возрасте до 2 лет, а также у детей с отягощенным преморбидным фоном;
- случаи ОКИ у ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями лиц;
- затяжные и хронические (при обострении) формы болезни.

4.10.2. Эпидемиологические показания:

- невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства (выявления больного);
- работники отдельных профессий, производств и организаций;
- дети и взрослые больные и носители, находящиеся в учреждениях закрытого типа.

4.10.3. В остальных случаях лечение, как правило, проводится на дому.

4.11. Порядок выписки больных ОКИ.

4.11.1. Работники отдельных профессий, производств и организаций, а также дети, посещающие ДОУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения, взрослые и дети, находящиеся в других типах закрытых учреждений с круглосуточным пребыванием, выписываются после клинического выздоровления и однократного лабораторного обследования с отрицательным результатом, проведенного через 1—2 дня после окончания лечения в стационаре или на дому.

4.11.2. Остальные лица, перенесшие ОКИ, не относящиеся к вышеперечисленным контингентам (п. 4.11.1), выписываются после клинического выздоровления. Необходимость их бактериологического обследования перед выпиской определяется лечащим врачом с учетом особенностей клинического течения болезни и процесса выздоровления.

4.11.3. В случае положительного результата лабораторных обследований, проведенных перед выпиской, курс лечения повторяется. При положительных результатах контрольного лабораторного обследования работников отдельных профессий, производств и организаций, проведенного после повторного курса лечения, за ними устанавливается диспансерное наблюдение с временным переводом, при их согласии, на другую работу, не связанную с производством, приготовлени-

ем, хранением, транспортированием и реализацией продуктов питания, а также с работой на водопроводных сооружениях.

Больные с хронической формой заболевания переводятся в установленном порядке на работу, не связанную с приготовлением, производством, транспортированием, хранением, реализацией продуктов питания и обслуживанием водопроводных сооружений.

4.11.4. При выписке переболевших ОКИ врач стационара оформляет и передает в поликлинику выписку из истории болезни, включающую клинический и этиологический диагнозы заболевания, данные о проведенном лечении, результаты обследования больного, рекомендации по диспансеризации.

4.12. Порядок допуска переболевших ОКИ (носителей) на работу, в дошкольные образовательные учреждения, школы-интернаты, летние оздоровительные и закрытые учреждения.

4.12.1. Переболевшие острыми формами ОКИ работники отдельных профессий, производств и организаций, дети, посещающие ДОУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения, а также взрослые и дети, пребывающие в закрытых учреждениях с круглосуточным пребыванием, допускаются на работу и к посещению этих учреждений после выписки из стационара или лечения на дому на основании справки о выздоровлении, выданной ЛПУ, и при наличии отрицательного результата лабораторного обследования.

4.12.2. Дети общеобразовательных, летних оздоровительных учреждений, школ-интернатов в течение месяца после перенесенного заболевания не допускаются к дежурствам в столовой.

4.12.3. Дети, посещающие ДОУ, школы-интернаты, летние оздоровительные учреждения, а также взрослые и дети, пребывающие в закрытых учреждениях с круглосуточным пребыванием, являющиеся носителями возбудителей ОКИ, в организованные коллективы не допускаются до полного прекращения бактериовирусовыделения .

4.12.4. Лица, являющиеся носителями возбудителей ОКИ, если они могут явиться источниками распространения этих заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения ОКИ. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию (п. 2 ст. 33 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»).

4.12.5. Дети, перенесшие обострение хронической формы ОКИ, допускаются в детский коллектив при нормализации стула в течение 5 дней, хорошем общем самочувствии и нормальной температуре тела.

4.13. Диспансеризация.

4.13.1. Работники отдельных профессий, производств и организаций, переболевшие ОКИ (носители), подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца с клиническим осмотром и 2-кратным бактериологическим обследованием, проведенным в конце наблюдения с интервалом 2—3 дня.

4.13.2. Переболевшие ОКИ дети, посещающие ДОУ, школы-интернаты, летние оздоровительные, другие типы закрытых учреждений с круглосуточным пребыванием подлежат диспансерному наблюдению в течение 1 месяца после выздоровления с ежедневным осмотром стула в ДДУ.

Бактериологическое обследование назначается по показаниям (наличие неустойчивого стула в период проведения диспансерного наблюдения, выделение возбудителя после окончания курса лечения, снижения массы тела, неудовлетвори-

тельное общее состояние). Кратность и сроки обследования определяются аналогично п. 4.13.1.

4.13.3. Лица, переболевшие хроническими формами ОКИ, подлежат диспансерному наблюдению в течение 3 месяцев с момента установления диагноза с ежемесячным осмотром и лабораторным обследованием. При необходимости сроки диспансерного наблюдения удлиняются.

4.13.4. Остальным категориям переболевших ОКИ диспансерное наблюдение назначается по рекомендации врача стационара или поликлиники. Кратность и сроки обследования определяются аналогично п. 4.13.1.

4.13.5. По окончании установленного срока диспансерного наблюдения, при условии полного клинического выздоровления реконвалесцента, отрицательного результата лабораторного обследования и эпидемического благополучия в его окружении, наблюдаемый снимается с учета врачом-инфекционистом поликлиники или участковым врачом (терапевтом, педиатром).

4.13.6. В соответствии с действующими стандартными формами оформляется краткий эпикриз и делается отметка о снятии наблюдаемого с диспансерного учета.

4.14. Противоэпидемические мероприятия при потенциальной угрозе распространения ОКИ.

4.14.1. При возникновении потенциальной угрозы распространения ОКИ, в частности, на фоне экстремальных природных (резкие повышения температуры воздуха, паводки, наводнения, ливни и др.) и социальных (отключение электроэнергии городов и поселков, эпидемически значимых объектов и др.) явлений, противоэпидемические мероприятия направлены на:

- усиление госсанэпиднадзора за эпидемически значимыми объектами, в первую очередь, организациями пищевой промышленности, общественного питания, водоканала и др. на конкретной территории с применением методов лабораторного контроля;
- активное выявление больных (носителей) среди лиц, относящихся к работникам отдельных профессий, производств и организаций.

4.14.2. Объемы и кратность лабораторного обследования определяются врачом-эпидемиологом на основании результатов ретроспективного и оперативного (текущего) анализа заболеваемости ОКИ и по эпидемиологическим показаниям:

- при подъеме заболеваемости, связанном с продукцией конкретного предприятия, прекращается эксплуатация этого предприятия или его участка, назначается бактериологическое и, по возможности, серологическое обследование его работников. Возможно проведение полного клинического обследования в условиях поликлиник и стационара;
- при выявлении серьезных санитарно-эпидемических нарушений на эпидемически значимых объектах;
- при подъеме заболеваемости ОКИ на обслуживаемой территории и возникновении потенциальной угрозы дальнейшего их распространения (в период формирования коллективов после летнего отдыха);
- при возникновении единичных (спорадических) или групповых заболеваний (вспышек) на обслуживаемой территории или на сопредельных территориях, имеющих общие источники снабжения населения пищевыми продуктами и/или водой;
- при ухудшении качества пищевых продуктов/воды по результатам лабораторных исследований;

• при увеличении частоты возникновения случаев пищевой токсикоинфекции;

• при жалобах населения на неудовлетворительные органолептические свойства пищевых продуктов/воды;

• при выявлении возможности эпидемической активности пищевого/водного пути передачи (факторов передачи) при обследовании эпидемических очагов ОКИ, а также по результатам эпидемиологического анализа заболеваемости в рамках эпидемиологического надзора и социально-гигиенического мониторинга;

• при выявлении в процессе сбора и анализа эпидемиологического анамнеза у заболевших ОКИ общих потенциальных факторов передачи кишечных инфекций, в первую очередь, пищевых продуктов и воды.

4.15. Порядок сбора материала для лабораторных исследований.

4.15.1. Лабораторному обследованию подлежат:

• больные с подозрением на острые кишечные инфекции;

• лица, общавшиеся с больными;

• работники отдельных профессий, производств и организаций (при поступлении на работу и по эпидемическим показаниям);

• секционный материал при наличии прижизненного диагноза ОКИ.

4.15.2. Сбор биологического материала (фекалии, кровь, рвотные массы, промывные воды желудка) для лабораторных исследований осуществляется до начала этиотропного лечения медицинским работником, поставившим первичный диагноз острого кишечного инфекционного заболевания (или при подозрении на него); при групповой и вспышечной заболеваемости – персоналом центров госсанэпиднадзора и ЛПУ.

4.15.3. При лечении больного на дому сбор материала для исследования осуществляется персоналом лечебно-профилактических учреждений.

4.15.4. От больных, поступающих в стационары для госпитализации, материал для бактериологического исследования забирается в приемном отделении.

4.15.5. От лиц, общавшихся с больными или носителями (контактными), сбор материала проводится медицинскими работниками ЛПУ, ДОУ, общеобразовательных, летних оздоровительных учреждений, школ-интернатов и других организаций.

4.15.6. Исследования проводят на определение патогенных (условно-патогенных) энтеробактерий. Необходимость исследования на другие группы возбудителей (кампилобактерии, иерсинии, ротавирусы, условно-патогенные бактерии) определяются лечащим врачом (в зависимости от возраста больного, клинической картины заболевания, эпидемиологической ситуации в конкретном населенном пункте) и указывается в направлении отдельно.

4.15.7. Любой нативный материал для лабораторного исследования собирают в стерильную стеклянную посуду. Срок доставки материала в лабораторию должен быть не позднее 2 ч после сбора и сопровождаться специальным направлением. Доставка материала самими обследуемыми запрещается.

4.15.8. При невозможности своевременной доставки в лабораторию материала должны использоваться консервант или транспортная среда. Материал помещается в холодильник и направляется на исследование не позднее 12 ч после сбора. Пробы фекалий для исследования на ротавирусы, энтеровирусы, кампилобактерии хранятся обязательно в морозильной камере холодильника.

4.15.9. При подозрении на токсикоинфекцию помимо материала от больного на исследования поступают остатки пищевого продукта, подозреваемого в качестве фактора передачи возбудителей инфекции.

4.15.10. Для этиологической расшифровки ОКИ дополнительно в качестве вспомогательных могут быть использованы копрологический, серологический, люминесцентный, молекулярно-генетический и другие методы.

5. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за острыми кишечными инфекциями

5.1. Составными элементами организации и проведения государственного санитарно-эпидемиологического надзора за ОКИ являются: его информационное обеспечение (информация для действия); эпидемиологическая диагностика эпидемического процесса (выявление действующих детерминант, определяющих распространение ОКИ); управление (принятие решений для подавления активности детерминант эпидемического процесса при ОКИ).

5.2. Информационное обеспечение (информация для действия) включает сбор информации, ее обработку и функционирование обратной связи.

5.2.1. Сбор первичной информации осуществляется территориальными центрами госсанэпиднадзора в рамках официально действующих отчетно-учетных форм, а также в порядке, установленном на каждой конкретной территории надзора с учетом природных и социально-экономических особенностей и существующих технических возможностей.

5.2.2. Сбор и обработка информации для проведения санитарно-эпидемиологического анализа осуществляется специалистами территориальных центров госсанэпиднадзора в соответствии с принятым порядком в каждом конкретном центре.

5.2.3. Обратная связь содержит: информацию об эпидемиологической обстановке на всей подконтрольной территории; оценку деятельности нижестоящих ЦГСЭН по итогам анализа работы реализуемой всей системы санэпиднадзора.

5.3. Эпидемиологическая диагностика (выявление действующих детерминант, определяющих распространение ОКИ) осуществляется на основе ретроспективного и оперативного (текущего) эпидемиологического анализа заболеваемости. Проводится анализ заболеваемости как суммой ОКИ, так и отдельными нозологическими формами острых кишечных инфекций (этиологический принцип).

5.3.1. Многолетний ретроспективный эпидемиологический анализ проводится не менее чем за последние 5 лет и предусматривает:

- анализ многолетней и сезонной динамики заболеваемости;
- анализ заболеваемости по территориям (макро- и микроучастки);
- анализ заболеваемости по возрастным группам, полу, контингентам населения;
- анализ этиологической структуры ОКИ и ее изменений;
- анализ очаговости и эпидемических вспышек ОКИ по конкретным этиологическим формам;
- анализ источников, путей и факторов передачи возбудителей ОКИ;
- анализ клинических проявлений ОКИ;
- состояние лабораторной диагностики ОКИ;
- оценку степени санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов, расположенных на территории надзора;

• оценку качества и эффективности проведенных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.3.1.1. Анализ многолетней динамики заболеваемости направлен на выявление ее тенденций на территории надзора в целом и по отдельным макро- и микроучасткам, различающимся по степени активности водного, пищевого и бытового путей передачи. По результатам анализа дается оценка ситуации и прогноз заболеваемости.

5.3.1.2. Анализ сезонного распределения заболеваемости различными нозологическими формами ОКИ позволяет выявить время риска их максимального распространения (как отражение повышения активности конкретных путей и факторов передачи возбудителей) для своевременного усиления профилактических и противоэпидемических мероприятий.

5.3.1.3. Анализ заболеваемости по территории выполняется на основе расчета среднемноголетних показателей (контрольные уровни) по избранным территориальным единицам (районы, населенные пункты, макро- и микроучастки и т. п.). С учетом уровня и динамики заболеваемости выявляются контрастные территории, устойчиво неблагополучные и благополучные по уровням заболеваемости. Выявляются различия в активности основных детерминант эпидемического процесса на конкретных территориях.

5.3.1.4. Анализ заболеваемости по возрастным группам, полу, контингентам населения проводится с учетом принципа контрастности территорий по заболеваемости. Оценивается заболеваемость в разных возрастных и социально-профессиональных группах населения, выявляются группы риска, требующие осуществления специального надзора.

5.3.1.5. Этиологическая структура ОКИ (удельная значимость каждой нозоформы в сумме ОКИ установленной этиологии) и ее изменения являются индикатором, отражающим активность главных (первичных) путей передачи возбудителей инфекции.

5.3.1.6. Дается оценка санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов (предприятия молочной, мясной, пищевых отраслей промышленности, общественного питания и торговли, водоснабжения, канализования и очистки населенных мест, детские и подростковые учреждения всех профилей и др.). Оценивается состояние водоснабжения, качество воды, пищевых продуктов. Это позволяет выделить предприятия и учреждения, оказывающие неблагоприятное влияние на заболеваемость ОКИ и требующие осуществления неотложных мероприятий по улучшению их санитарно-технического состояния.

5.3.1.7. Заключительным этапом ретроспективного анализа является эпидемиологическое заключение о действующих детерминантах эпидемического процесса, причинах и условиях, определяющих контрастность уровней заболеваемости ОКИ на территориях надзора, среди возрастных групп и контингентов населения. Такой анализ должен обязательно выполняться в сопоставлении с результатами оценки санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов, анализом демографических данных и состояния медицинского обслуживания.

5.3.1.8. Комплексный анализ эпидемиологических данных и объективная оценка действующих факторов риска (состояние водоснабжения, качество воды и пищевых продуктов) является ключевым для выявления активности пищевого, водного и бытового путей передачи. На основании полученных данных формулируется заключение о детерминантах эпидемического процесса, объясняющее своеобразие динамики заболеваемости, ее сезонности, а также территориальные различия и различия в уровнях заболеваемости среди отдельных возрастных групп и контингентов населения. Достоверность различий в уровнях заболеваемости, а

также синхронность ее движения с динамикой изменений различных социальных и природных факторов, оценивается с помощью статистических методов.

5.3.1.9. По результатам ретроспективного эпидемиологического анализа разрабатывается перспективный комплексный план мероприятий для снижения заболеваемости ОКИ на территории надзора. План мероприятий корректируется в процессе оперативного (текущего) эпидемиологического анализа заболеваемости ОКИ.

5.3.2. Оперативный (текущий) эпидемиологический анализ проводится ежедневно, за прошедшую неделю, месяц и т. д. и включает: постоянное наблюдение за развитием эпидемического процесса (динамикой заболеваемости); наблюдение за состоянием санитарно-эпидемиологического фона (пути и факторы передачи возбудителей инфекции); оперативную эпидемиологическую оценку ситуации; установление причин подъема, спада или отсутствия заболеваемости.

5.3.2.1. Наблюдение за развитием эпидемического процесса (динамикой заболеваемости) ведется по следующим параметрам:

- уровням заболеваемости ОКИ на территории надзора в целом и на контрастных по заболеваемости территориях (макро- и микроучастки);
- уровням заболеваемости в различных возрастных группах и контингентах населения;
- характеру очаговости и эпидемических вспышек ОКИ по конкретным этиологическим формам;
- источникам, путям и факторам передачи возбудителей ОКИ;
- этиологической структуре ОКИ и ее изменению;
- лабораторной диагностике ОКИ;
- клиническим проявлениям ОКИ.

5.3.2.2. Наблюдение за санитарно-эпидемиологическим фоном проводится с целью своевременного обнаружения ухудшения его показателей по следующим параметрам:

- качество питьевой воды;
- качество молочной продукции на этапах производства, транспортирования и реализации;
- качество безалкогольных напитков;
- качество пищевой продукции;
- случаи возникновения аварийных ситуаций на территории и эпидемически значимых объектах (молокозаводы, предприятия и объекты пищевой промышленности, водоочистные сооружения и др.). Объем и кратность их обследования увеличивается при ухудшении качества выпускаемой продукции, санитарно-технического состояния объектов, эпидемиологической ситуации на территории надзора.

5.3.2.3. Оперативная оценка эпидемиологической ситуации осуществляется путем сравнения эпидемиологических показателей, рассчитанных за определенный период времени для конкретной территории, с исходным (5-дневка, неделя) и со среднемноголетним (нормативным) уровнями, а также с предыдущей неделей, месяцем, кварталом текущего года, а также с соответствующими периодами предыдущего года. Целесообразно вычислять нормативные показатели отдельно по годам с относительно высокими и низкими уровнями заболеваемости. Нормативные уровни заболеваемости рассчитываются применительно к конкретной территории и отдельным возрастным группам населения по данным первичной и окончательной регистрации.

5.3.2.4. Для выявления причин роста заболеваемости и обусловившего его ведущего пути (фактора) передачи инфекции проводится эпидемиологическое об-

следование возникших очагов и эпидемиологический анализ. При проведении анализа необходимо использовать альтернативные карты эпидемиологического надзора за ОКИ, позволяющие оперативно выявлять действующие пути и факторы передачи инфекции.

Углубленный эпидемиологический анализ проводится в случае ухудшения эпидемиологической ситуации и состоит из нескольких этапов: оценивается изменение уровней заболеваемости на территории надзора в целом, а также на макро- и микроучастках с контрастными уровнями заболеваемости; анализируется изменение уровней заболеваемости среди различных возрастных групп и социально-профессиональных контингентов населения; учитываются результаты клинико-лабораторного обследования контактных и работников отдельных профессий, производств и организаций, вовлеченных в эпидемический процесс.

Специально анализируется семейная (домашняя) очаговость, множественные квартирные очаги с несколькими случаями заболеваний (групповая квартирная очаговость), заболеваемость в организованных коллективах. Эпидемиологическое обследование именно этих очагов позволяет достаточно быстро выработать предварительную версию (гипотезу) о действующем пути и факторе (факторах) передачи возбудителей инфекции. В очагах необходимо проводить опрос не только заболевших, но и здоровых лиц.

5.3.2.5. Для выявления конкретного фактора передачи возбудителей инфекции необходимо проводить сопоставление интенсивности изменения заболеваемости на контрастных территориях и среди различных групп населения с данными распределения пищевой продукции и водоснабжения («альтернативными картами»). Эти карты позволяют оперативно выявлять территории, группы и контингенты населения, подверженные и неподверженные воздействию конкретного фактора (факторов) передачи возбудителей инфекции.

Конкретный фактор, как правило, выявляется на территориях с высокой заболеваемостью и отсутствует на территориях с низкой (обычной) заболеваемостью (метод различий). Кроме того, наблюдается совпадение данных по заболеваемости на территории с реализацией инфицированного пищевого продукта или воды (факторы передачи) с территориями повышенной заболеваемости (метод согласия).

Основой для подтверждения заключения о факторах передачи является оценка степени санитарно-гигиенической и эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов на конкретных территориях. Для этой цели необходимо иметь перечень эпидемически значимых объектов с характеристикой наиболее уязвимых мест технологического процесса в плане возможной контаминации воды и пищевых продуктов возбудителями ОКИ при их приготовлении, транспортировании и реализации. Эпидемиологическое заключение должно подтверждаться результатами лабораторных исследований.

Объемы лабораторных исследований увеличиваются в предэпидемический (предсезонный период) и в период эпидемического, в т. ч. сезонного распространения ОКИ с целью своевременной детекции факторов передачи и подавления их активности.

5.3.2.6. При проведении оперативного эпидемиологического анализа заболеваемости важное значение имеет постоянное слежение за этиологической (нозологической) структурой ОКИ. Существенные изменения в этиологии (нозологической структуре) ОКИ являются сигналом для усиления надзора, выявления причин наблюдаемых изменений. Особое внимание должно обращаться на появление ранее нерегистрируемых или редко встречающихся (сероваров, разновидностей) возбудителей ОКИ, а также на увеличение числа этиологически не расшифрованных случаев ОКИ.

5.3.2.7. При проведении эпидемиологического надзора за ОКИ необходимо учитывать характер основных клинических проявлений этих заболеваний, позволяющих в процессе эпидемиологического расследования устанавливать в ряде случаев как пути (факторы) их распространения, так и этиологию этих заболеваний. Как правило, увеличение частоты заболеваний, протекающих клинически по типу пищевой токсикоинфекции, свидетельствует о повышении активности пищевого пути передачи, реализуемого посредством факторов передачи, в которых при благоприятных условиях происходит интенсивное накопление возбудителей ОКИ бактериальной природы.

Увеличение в холодное время года частоты ОКИ (зимняя диарея), протекающих с клиническими проявлениями острого респираторного заболевания (раньше ошибочно диагностировавшегося как грипп с абдоминальным или кишечным синдромом), может свидетельствовать о распространении ротавирусного гастроэнтерита и требует проведения адекватных профилактических и противоэпидемических мероприятий. Регистрация ОКИ с клиническими явлениями геморрагического колита с развитием в ряде случаев гемолитикоуремического синдрома может указывать на этиологическую связь этих заболеваний с энтерогеморрагическими эшерихиями (E. coli 0157: H7 и др.).

5.3.2.8. В процессе оперативного эпидемиологического анализа формулируется гипотеза о причинах ухудшения эпидемиологической ситуации, которая испытывается с помощью методов различий и согласия, позволяющих в совокупности с данными о состоянии санитарно-эпидемиологического фона, результата лабораторных исследований заподозрить конкретный действующий фактор (факторы) передачи, приведший к росту заболеваемости. Эпидемиологическая гипотеза должна в достаточной степени объяснить, почему именно в данные сроки и на данных территориях произошел рост заболеваемости и почему именно те или иные учреждения и отдельные возрастные группы и контингенты населения были охвачены повышенной заболеваемостью.

Если нет достаточной информации для такого объяснения или отсутствуют материалы, позволяющие четко сформулировать гипотезу, то проводится дополнительный сбор необходимых данных в процессе дальнейшего оперативного анализа заболеваемости. Незаменимым в этом отношении является полноценный опрос больных и контактных в эпидемических очагах и целенаправленные лабораторные исследования.

5.4. Управление (принятие решений для подавления детерминант эпидемического процесса при ОКИ), включает: планирование мероприятий, их материальное обеспечение в процессе реализации и контроль исполнения.

5.4.1. В комплексе профилактических мероприятий при ОКИ основная роль принадлежит санитарно-гигиеническим мероприятиям, проводимым с целью повышения степени санитарно-гигиенической и эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов. Органами государственного санитарно-эпидемиологического надзора совместно с заинтересованными ведомствами на каждой административной территории разрабатываются конкретные мероприятия по совершенствованию профилактики ОКИ.

Контроль за полнотой и своевременностью выполнения мероприятий обеспечивается санитарно-эпидемиологической службой.

5.4.2. Эффективность проведения санитарно-эпидемиологического надзора за ОКИ оценивается ежегодно. Основными критериями эффективности надзора, наряду со снижением заболеваемости ОКИ, являются усиление его профилактической направленности, комплексности (участие всех профильных отделов центров госсанэпиднадзора) и оперативности.

Исключительно важным в практическом плане является также повышение «порога чувствительности» надзора (способность выявлять детерминанты эпидемического процесса при спорадической и вспышечной заболеваемости) в установлении причинно-следственных связей в развитии эпидемического процесса при ОКИ на основе дальнейшего повышения уровня эпидемиологического расследования эпидемических очагов и групповой заболеваемости, ретроспективного и оперативного анализа, внедрения современных лабораторных методов исследований (диагностических, санитарно-бактериологических и санитарно-гигиенических), а также максимальной компьютеризации работы специалистов центров госсанэпиднадзора в решении вопросов профилактики и борьбы с ОКИ.

Термины и определения

• *Работники отдельных профессий, производств и организаций* – лица, представляющие опасность для населения в случае возникновения у них заболевания или носительства острой кишечной инфекции (указаны в п.п. 13.1, 13.2, 13.3, 13.4, 13.6, 13.7, 13.8, 13.13 приложения 1 к приказу МЗ СССР № 555 от 29.09.89 «О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся и водителей индивидуальных транспортных средств»).

• *Эпидемически значимые объекты* – предприятия, организации, учреждения, недоброкачественная в эпидемическом отношении продукция которых (продукты питания или вода) может представлять потенциальную опасность возникновения массовых заболеваний острыми кишечными инфекциями среди населения.

• *Степень санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов* представляет собой оценку потенциальной эпидемической опасности различных объектов, обеспечивающих население водой и пищевыми продуктами. Определяется по результатам эпидемиологического анализа заболеваемости, санитарно-технического состояния объектов и лабораторных исследований выпускаемой ими продукции.

• *Детерминанты эпидемического процесса* – главные (первичные) и дополнительные (вторичные) пути и факторы передачи возбудителей ОКИ.

• *Квартирный (семейный) очаг* – эпидемический очаг, локализованный по месту жительства больного (больных) или носителя (носителей).

Библиографический список

1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» № 52-ФЗ от 30.03.99.

2. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» № 5487—1 от 22.07.93.

3. Положение о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации, утвержденное постановлением Правительства Российской Федерации № 554 от 24.07.00.

4. Порядок разработки, экспертизы, утверждения, издания и распространения нормативных и методических документов системы государственного санитарно-эпидемиологического нормирования: Р 1.1.001—1.1.005—96.

5. Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний: СП 3.1/3.2.558—96.

6. Санитарные правила и нормы (СанПиН), гигиенические нормативы и перечень методических указаний и рекомендаций по гигиене питания: Сборник. М., 1992.

7. Сальмонеллез: СП 3.1.086—96, ВП 13.4.1318—96; Кампилобактериоз: СП 3.1.087—96, ВП 13.4.1307—96; Иерсиниозы: СП 3.1.094—96, ВП 13.3.1318—96 // Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных: Сборник санитарных и ветеринарных правил. М., 1996.

8. Охрана природы. Гидросфера. Гигиенические требования к зонам рекреации водных объектов: ГОСТ 17.1.5.02—80.

9. Вода питьевая. Гигиенические требования к качеству воды централизованных систем питьевого водоснабжения. Контроль качества: СанПиН 2.1.4.1074—01.

10. Гигиенические требования к устройству, содержанию и организации режима в оздоровительных учреждениях с дневным пребыванием детей в период каникул: СП 2.4.4.969—00.

11. Методические указания по микробиологической диагностике заболеваний, вызываемых энтеробактериями. М., 1984.

12. Методические указания по организации и проведению дезинфекционных мероприятий при острых кишечных инфекциях № 15—6\12 от 18.04.89.

13. Эпидемиологическая диагностика вспышки острых кишечных инфекций: Методические рекомендации. М., 1998.

Приложение
к СП 3.1.1.1117—02

Перечень нозологических форм (возбудителей) острых кишечных инфекций (форма № 2)

Бактериальная дизентерия (шигеллез) А03, в т. ч. бактериологически подтвержденная:

Дизентерия, вызванная шигеллами Зонне А03.3
Дизентерия, вызванная шигеллами Флекснера А03.1

ОКИ установленной этиологии:

Эшерихиозы (энтеропатогенная, энтеротоксигенная, энтероинвазивная, энтерогеморрагическая и другие кишечные инфекции, вызванные E. coli) А04.0, 0-4
Кампилобактериоз (энтерит, вызванный Campylobacter) А04.5
Кишечный иерсиниоз (энтерит, вызванный Y. enterocolitica) А04.6
Энтероколит, вызванный Cl. Defficile А04.7
Другие уточненные бактериальные кишечные инфекции А04.8,
вызванные Cl. Perfringens А05.2
Пищевое отравление, вызванное Vibrio parahaemolyticus А05.3
Пищевое отравление, вызванное B. cereus А05.4
Пищевое отравление, вызванное стафилококком А05.3.
Другие уточненные бактериальные пищевые отравления А05.8
Вирусные и другие уточненные кишечные инфекции
Ротавирусный энтерит А08.0
Острая гастроэнтеропатия, вызванная возбудителем Норволк вирус А08.1
Аденовирусный энтерит А08.2
Другие вирусные энтериты А08.3
Другие уточненные кишечные инфекции А08.5

ОКИ не установленной этиологии:

Бактериальная кишечная инфекция не уточненная А04.9
Бактериальное пищевое отравление не уточненное А05.9
Вирусная кишечная инфекция не уточненная А08.4
Диареи и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения А09

gost.e-ecolog.ru