Министерство здравоохранения СССР

ГЛАВНОЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО (ТРУПА), ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЕ КАРАНТИННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ЧУМА, ХОЛЕРА, НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА)

МОСКВА — 1968

gost.e-ecolog.ru

Министерство здравоохранения СССР

ГЛАВНОЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПЕРВИЧНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ОБНАРУЖЕНИИ БОЛЬНОГО (ТРУПА), ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЕ КАРАНТИННЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ (ЧУМА, ХОЛЕРА, НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА)

МОСКВА — 1968

«УТВЕРЖДАЮ»
Заместитель министра
здравоохранения СССР
П. Бургасов
26 сентября 1967 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

по проведению первичных мероприятий при обнаружении больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинными инфекциями (чума, холера, натуральная оспа) *

I. ВВЕДЕНИЕ

Напряженная эпидемическая обстановка по карантинным инфекциям в ряде стран мира, в том числе и в государствах, с которыми СССР имеет оживленные торговые и культурные связи, при современных скоростных средствах передвижения людей, создает реальную угрозу завоза этих заболеваний в нашу страну.

Кроме того, наличие на территории СССР активных природных очагов чумы не исключает возможности появления заболеваний людей.

Профилактические мероприятия по карантинным инфекциям осуществляются всеми органами и учреждениями здравоохранения, медицинскими службами других министерств и ведомств и направлены на предупреждение завоза и распространения карантинных заболеваний.

Мероприятия по предупреждению завоза карантинных инфекций из-за рубежа на территорию Советского

---

* Методические указания разработаны Противочумной лабораторией Минздрава СССР и согласованы с Всесоюзным научно-исследовательским противочумным институтом «Микроб».

Союза осуществляют санитарно-карантинные отделы бассейновых и портовых санитарно-эпидемиологических станций, санитарно-контрольные пункты железнодорожных санитарно-эпидемиологических станций и санитарно-карантинные пункты международных аэропортов и автодорожных магистралей на основании специальных правил и указаний, издаваемых Министерством здравоохранения СССР в соответствии с санитарными правилами Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ).

Профилактика чумы в эндемичных районах СССР проводится сетью противочумных учреждений Министерства здравоохранения СССР совместно с территориальными органами и учреждениями здравоохранения и других ведомств.

Однако, проводимый комплекс санитарно-профилактических и санитарно-карантинных мероприятий не исключает возможности появления на территории СССР отдельных случаев карантинных заболеваний. Чтобы не допустить их распространения на местах необходимо обеспечить:

1. Своевременное выявление первых случаев заболевания.

2. Четкое и своевременное проведение полного комплекса мероприятий по локализации и ликвидации очага.

Принцип организации противоэпидемических мероприятий является единым для всех особо опасных инфекций и предусматривает следующие основные разделы работ, выполняемые в соответствии с требованиями специальной инструкции:

1. Первичная изоляция больного.

2. Установление диагноза с последующей госпитализацией и лечением.

3. Сообщение о случае заболевания.

4. Карантинные или ограничительные мероприятия.

5. Выявление, изоляция и лечение лиц, контактировавших с больным.

6. Выявление умерших, исследование и захоронение трупов.

7. Обеззараживание очага.

8. Вакцинация.

9. Обследование на вибриононосительство в очаге холеры с изоляцией и лечением выявленных вибриононосителей.

10. Провизорная госпитализация и обследование всех подозреваемых на заболевание чумой, холерой или натуральной оспой.

11. Медицинское наблюдение за населением.

12. Санитарное просвещение.

Все эти мероприятия проводят местные органы здравоохранения совместно с противочумными учреждениями, которые осуществляют методическое руководство и оказывают им консультативную и практическую помощь.

Объем и конкретный характер мероприятий определяется данными эпидемиологического обследования, которое проводится немедленно после выявления больного.

Предварительный диагноз устанавливается по данным клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза.

Окончательный диагноз определяется результатами бактериологического (вирусологического) исследования.

При положительных данных предварительного диагноза, не дожидаясь результатов бактериологического исследования материала, проводят:

— изоляцию и лечение больного;

— изоляцию и лечение лиц, контактировавших с больным (и вакцинацию их при подозрении на натуральную оспу);

— выявление случаев скоропостижной смерти, обследование и правильное захоронение трупов;

— первичное обеззараживание в очаге;

— тщательное эпидемиологическое обследование очага.

Выполнение этих задач возможно лишь при достаточной подготовленности медицинских работников по вопросам диагностики, лечения и профилактики карантинных инфекций, обеспечении повседневной реальной готовности медицинских учреждений к проведению полного комплекса мероприятий по локализации и ликвидации очага.

Такая готовность должна быть обеспечена на местах в соответствии с комплексными планами противоэпидемических мероприятий по санитарной охране территории от завоза и распространения карантинных заболеваний, разрабатываемых в масштабах республики, края (области), города, района в соответствии с методическим пособием, предложенным Главным санитарно-эпидемиологическим управлением Министерства здравоохранения СССР 5 мая 1966 года.

В этих планах должны быть предусмотрены следующие основные вопросы:

— выделение, освобождение и перепрофилирование помещений для целевой и провизорной госпитализации больных, изоляции контактировавших, вскрытия трупов, общежития для персонала;

— создание лабораторной базы для диагностических исследований и анализов на вибриононосительство;

— выделение и подготовка персонала для работы в очаге;

— создание запаса лечебных, профилактических, диагностических, дезинфицирующих средств и защитных костюмов;

— обеспечение транспортом;

— материальное обеспечение всех мероприятий по локализации и ликвидации очага;

— проведение прививок и медицинского наблюдения за населением;

— выделение консультантов по особо опасным инфекциям;

— порядок информации органов здравоохранения и заинтересованных служб о каждом случае выявления больного карантинной инфекцией, а также местных партийных и советских органов;

— руководство работой в очагах (ЧПК, противоэпидемический штаб);

— санитарно-просветительная работа среди населения.

Указанные планы должны быть абсолютно реальными для исполнения и известны всем его исполнителям. Поэтому планы необходимо систематически корректировать и проверять их реальность решением практических задач по развертыванию всех предусмотренных мероприятий.

II. ОБЯЗАННОСТИ ПЕРСОНАЛА ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЙ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО (ТРУПА), ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЕ КАРАНТИННОЙ ИНФЕКЦИЕЙ (ЧУМА, ХОЛЕРА, НАТУРАЛЬНАЯ ОСПА)

А. Общие вопросы.

Медицинский работник может заподозрить заболевание чумой, холерой или натуральной оспой на основании данных клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза.

Дифференцированию с этими инфекциями подлежат следующие заболевания:

пневмонии с явлениями интоксикации;

лимфадениты с повышенной температурой;

сепсисы невыясненной этиологии;

острые кишечные заболевания и пищевые отравления;

кожные высыпания с повышенной температурой.

В эпиданамнезе настораживающими фактами являются:

— прибытие больного из страны, неблагополучной по этим инфекциям;

— общение выявленного больного с аналогичными больными в пути, по месту жительства или работы, а также наличие там каких-либо групповых заболеваний или смертей;

— пребывание в районах, пограничных со странами, неблагополучными по карантинным инфекциям, или на эндемичной по чуме территории.

Предлагаемые «Методические указания» предусматривают порядок проведения лишь первичных мероприятий при обнаружении больного (трупа), подозрительного на заболевание чумой, холерой и натуральной оспой, в различных условиях и должны быть использованы при составлении планов конкретных противоэпидемических мероприятий в медицинских учреждениях в соответствии с комплексным планом санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий по городу (району, населенному пункту).

При этом следует обратить внимание на следующие обязательные мероприятия для всех случаев:

1. Вызов консультантов к месту выявления или изоляции больного является обязательным и должен осуществляться немедленно.

2. Забор материала от больного для лабораторного исследования производится специалистами по особо опасным инфекциям (врач противочумного учреждения или отдела особо опасных инфекций) или бактериологом лаборатории санитарно-эпидемиологической стан-

ции, выделенной эпидпланом по городу (району, населенному пункту) для проведения исследований на карантинные инфекции.

3. При невозможности быстрого прибытия специалистов к больному врач, выявивший больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, должен взять материал для лабораторного исследования (см. раздел «Забор материала ...») и приступить к специфическому лечению.

Взятый материал должен быть немедленно направлен в соответствующую лабораторию или сохранен с соблюдением противоэпидемического режима до прибытия специалистов.

4. Развертывание стационаров и направление к месту выявления больного эпидемиологической и дезинфекционной бригад, санитарного транспорта для перевозки больных и контактировавших производятся по указанию заведующего Гор(рай)здравотделом (главного врача центральной райбольницы) в соответствии с комплексным планом санитарно-профилактических и противоэпидемических мероприятий по городу, району, населенному пункту.

5. Списки лиц, контактировавших с больным, составляются по форме:

— фамилия, имя, отчество;

— год рождения;

— место жительства (подробный адрес);

а) постоянное;

б) в данной местности;

— место работы (название предприятия, учреждения и адрес);

а) постоянное;

б) в данной местности;

— путь следования (вид транспорта, маршрут, даты и время переезда из каждого пункта);

— контакт с больным (где, когда);

— прививки против оспы, чумы, холеры (в зависимости от подозреваемого заболевания), дата их проведения;

— подпись (фамилия, и. о., должность, название учреждения).

6. В информации о выявлении больного (умершего) территориальным органам здравоохранения, республиканским и союзному министерствам здравоохранения должны быть сообщены следующие данные:

а) Дата, время и место выявления каждого больного или умершего; где находится в настоящее время (стационар, самолет, поезд, пароход и т. д.), прививался ли против данного заболевания — когда, каким медицинским учреждением.

б) Фамилия, имя, отчество, возраст, подданство больного (умершего).

в) Предварительный или окончательный диагноз, кем поставлен (фамилии врачей, их должность, название учреждения), на основании каких данных (эпидемиологических, клинических, лабораторных, патологоанатомических).

г) Название страны, города, района (территории), откуда прибыл больной (умерший), каким видом транспорта прибыл (номер поезда, автомашины, рейса самолета, судна), время и дата прибытия.

д) Адрес постоянного места жительства больного (умершего).

е) Краткий эпидемиологический анамнез, клиническая картина заболевания.

Примечание: при выявлении больного (умершего), подозрительного на заболевание чумой, сообщаются сведения о наличии падежа среди грызунов и вынужденном забое верблюдов.

ж) Какой район (административная территория, территория порта, аэропорта, железнодорожной станции

или населенного пункта) должен быть объявлен (или объявлен) зараженным.

з) Какие приняты меры по локализации и ликвидации очага инфекции (количество выявленных лиц, контактировавших с больным (умершим), подробные данные о них и состоянии их здоровья, проведение специфической профилактики и других противоэпидемических мероприятий.

и) Какая требуется помощь:

— эпидотряды;

— консультанты (по специальностям);

— бакпрепараты (виды, количество);

— дезсредства;

— медикаменты и т. п.;

к) Подпись (фамилия, имя, отчество, занимаемая должность).

Б. Первичные мероприятия при выявлении больного в учреждениях амбулаторно-поликлинической помощи населению

а) Обязанности участкового врача, выявившего больного на приеме в амбулатории, поликлинике (поликлиническом отделении больницы).

1. Немедленно прекратить дальнейший прием больных.

2. Закрыть дверь и окна в кабинете.

3. Не выходя из кабинета, поставить в известность главного врача поликлиники (или его заместителя) о случае подозрительного заболевания по телефону или через ожидающих приема посетителей вызвать кого-либо из медицинских работников, которому поручить срочно пригласить главного врача (или его заместителя) к кабинету.

4. Запросить у главного врача защитную одежду,

медикаменты, средства экстренной профилактики, растворы дезинфицирующих веществ, предметы ухода за больным.

5. Переодеться в защитную одежду, а при подозрении на чуму и натуральную оспу обработать слизистые и открытые части тела (см. раздел «Меры экстренной профилактики»).

6. Оказать больному необходимую медицинскую помощь (до взятия материала не начинать специфического лечения).

7. Уточнить данные эпиданамнеза, узнать у больного (если позволяет его самочувствие) фамилии и адреса лиц, контактировавших с ним как в поликлинике, так и за ее пределами (в течение срока инкубационного периода), выяснить возможный источник заражения.

8. Проводить текущую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, смывных вод после мытья рук, предметов ухода и т. д.).

9. При подозрении на холеру не пользоваться раковиной водопровода.

10. Доложить прибывшим консультантам основные сведения о больном, передать списки контактировавших эпидемиологу.

11. При подтверждении подозрения оформить направление больного в больницу.

б) Обязанности участкового врача, выявившего больного на дому:

1. Изолировать членов семьи и соседей от больного (умершего), запретить им выход в места общего пользования, а также не допускать в квартиру больного родственников и посторонних лиц.

2. Нарочным (не бывшим в контакте с больным) или по телефону (врач скорой или неотложной помощи — через шофера) сообщить главному врачу поликлиники (или лицу, его заменяющему) о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфек-

цией, и запросить защитную одежду, средства экстренной профилактики, медикаменты, дезинфицирующие средства.

3. Запретить (до проведения дезинфекции) пользование канализацией, выгребными ямами и раковинами водопровода.

4. Запретить вынос вещей из комнаты и квартиры, где находится больной, до проведения заключительной дезинфекции.

5. При подозрении на холеру запретить всем находящимся в квартире употреблять продукты и готовую пищу.

6. Составить списки лиц, бывших в контакте с заболевшим (умершим) в течение времени, равного инкубационному периоду, передать их прибывшему эпидемиологу, выяснить возможный источник заражения.

7. Оказать больному необходимую медицинскую помощь.

8. Переодеться в защитную одежду, присланную из поликлиники, и произвести обработку слизистых, открытых частей тела при подозрении на чуму и натуральную оспу.

9. Проводить текущую дезинфекцию (обеззараживать выделения больного, смывные воды, предметы ухода и др.).

10. Оставаться в очаге до прибытия эпидбригады.

11. Доложить прибывшим консультантам о проведенных мероприятиях.

Примечание: дальнейшие противоэпидемические мероприятия организует врач-эпидемиолог.

в) Обязанности врача при выявлении больного в гостинице:

1. Запереть дверь и окна в номере, прекратить всякое посещение номера посторонними лицами.

2. Изолировать лиц, находящихся в номере.

3. По телефону из номера или через дежурного по этажу (врач скорой или неотложной помощи — через шофера) сообщить главному врачу поликлиники или лицу, его замещающему, о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, запросить защитную одежду, средства экстренной профилактики, медикаменты, растворы дезинфицирующих веществ.

4. По телефону или через дежурного по этажу вызвать директора гостиницы или дежурного администратора и дать ему указание:

а) закрыть входные двери гостиницы (включая рестораны и прочие помещения), выставить у дверей посты, не допускать выход из гостиницы и вход лиц, не проживающих в гостинице;

б) выставить посты и прекратить сообщение между этажами и отдельными секциями здания гостиницы;

в) запретить выход лиц из номеров, расположенных на этаже, где выявлен больной;

г) выставить пост у номера, где обнаружен больной;

д) выделить на этаже комнату для изоляции лиц, проживающих в одном номере с больным;

е) подготовить списки лиц, проживающих в гостинице одновременно с подозрительным больным; лиц, посещавших гостиницу в период его болезни, а также всего персонала гостиницы с указанием фамилии, имени, отчества, возраста, постоянного места жительства, места работы и занимаемой должности, времени нахождения в гостинице, степени контакта с больным;

ж) разъяснить проживающим в гостинице необходимость проводимых мероприятий.

5. Выяснить у больного или лиц, его окружающих, о возможных контактах, как по гостинице, так и за ее пределами; составить списки контактировавших.

6. Переодеться в защитную одежду, а при подозрении на чуму и натуральную оспу, предварительно обра-

ботать слизистые и открытые части тела (см. раздел «Меры экстренной профилактики»).

7. Оказывать больному необходимую медицинскую помощь (специфическое лечение не начинать до взятия материала на исследование).

8. Проводить текущую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, смывных вод после мытья рук, предметов ухода и т. д.).

9. Доложить прибывшим консультантам о проведенных мероприятиях.

Примечание: дальнейшие противоэпидемические мероприятия организует врач-эпидемиолог.

г) Обязанности главного врача амбулатории, поликлиники (заведующего поликлиническим отделением больницы).

Главный врач амбулатории, поликлиники (заведующий поликлиническим отделением) при получении сообщения о выявлении на приеме больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, обязан:

1. Уточнить клинико-эпидемиологические данные о больном и доложить по телефону в горздравотдел (центральную райбольницу), санитарно-эпидемиологическую станцию о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, и принятых мерах *.

2. Вызвать консультантов: врача — инфекциониста и врача-эпидемиолога по особо опасным инфекциям.

3. Дать указание:

а) закрыть входные двери амбулатории, поликлиники, выставить у дверей посты, не допускать вход и выход из поликлиники, прекратить прием больных, не выносить

---

* При наличии противочумного учреждения местные органы здравоохранения обязательно информируют его о случае, подозрительном на заболевание карантинной инфекцией.

из кабинетов амбулаторные карты; запретить раскладку карт в регистратуре.

б) прекратить всякое движение с этажа на этаж, выставив специальные посты на каждом этаже;

в) выставить пост у входа в кабинет, где выявлен больной;

г) направить в кабинет для врача защитную одежду, средства экстренной профилактики, растворы дезинфицирующих веществ, необходимые медикаменты для оказания помощи больному;

д) проводить текущую дезинфекцию в помещении поликлиники;

е) выявить лиц, имевших контакт с больным, среди:

— больных и посетителей поликлиники, в том числе и выбывших из поликлиники к моменту выявления больного;

— больных, направленных в лечебные учреждения до момента выявления больного;

— медицинского и обслуживающего персонала поликлиники;

ж) составить списки контактировавших;

з) организовать прививочный пункт (при подозрении на оспу);

и) разъяснить посетителям поликлиники необходимость проводимых мероприятий.

4. При подтверждении консультантами подозрения на заболевание карантинной инфекцией поставить в известность горздравотдел (центральную районную больницу), санитарно-эпидемиологическую станцию.

5. Прибывшему врачу-эпидемиологу доложить о мероприятиях, проведенных в поликлинике.

Примечание: по прибытии врача-эпидемиолога по особо опасным инфекциям мероприятия в поликлинике проводить по его указанию.

Главный врач поликлиники, при получении сообщения врача о выявлении на дому больного, подозритель-

ного на заболевание карантинной инфекцией, о б я з а н:

1. Направить по месту нахождения участкового врача защитную одежду, средства для экстренной профилактики, растворы дезинфицирующих веществ, необходимые медикаменты для оказания помощи больному.

2. Доложить в горздравотдел (центральную районную больницу), санитарно-эпидемиологическую станцию о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, и принятых мерах.

3. Вызвать консультантов: врача-инфекциониста и врача-эпидемиолога — специалистов по особо опасным инфекциям.

4. При подтверждении консультантами подозрения на заболевание карантинной инфекцией доложить в горздравотдел (центральную районную больницу), санитарно-эпидемиологическую станцию.

5. Дальнейшие мероприятия по локализации очага карантинной инфекции проводятся в соответствии с противоэпидемическим планом.

Примечание: при выявлении больного в населенном пункте сельской местности, расположенном далеко от районного центра, медицинский работник, не дожидаясь приезда специалистов, приступает к проведению мероприятий в населенном пункте по:

— обработке очага по месту жительства и работы больного;

— эпидемиологическому обследованию случая заболевания (смерти);

— установлению степени контакта больного с населением, составлению подробного списка контактировавших, проведению изоляции их (в специальное помещение или посемейно в домах) и профилактического лечения;

— организации подворных обходов;

— развертыванию ограничительных мероприятий (запрет выезда).

д) Обязанности фельдшера (медицинской сестры) при выявлении больного на фельдшерско-акушерском (фельдшерском) пункте.

1. Прекратить дальнейший прием больных.

2. Закрыть дверь и окна в кабинете.

3. Не выходя из кабинета, дать медицинскому работнику или санактивисту (вызвать через ожидающих приема посетителей) указания:

а) выставить посты у дверей пункта, прекратить вход и выход из помещения;

б) доставить в кабинет защитную одежду, медикаменты, дезрастворы, средства экстренной профилактики, предметы ухода за больным;

в) известить (по телефону или нарочным) Центральную районную, сельскую участковую больницы, санитарно-эпидемиологическую станцию о выявленном больном *;

г) вызвать консультантов;

д) доставить в кабинет укладку для забора материала от больного;

е) провести текущую дезинфекцию помещения пункта;

ж) провести дезобработку по месту жительства и работы больного;

з) составить списки контактировавших с больным на медицинском пункте.

4. Переодеться в защитную одежду, а при подозрении на чуму и натуральную оспу обработать слизистые глаз, носа, рта и открытые части тела соответствующими препаратами (см. раздел «Меры экстренной профилактики»).

---

* При наличии противочумного учреждения местные органы здравоохранения обязательно информируют его о случае, подозрительном на заболевание карантинной инфекцией.

5. Оказать больному необходимую медицинскую помощь (до взятия материала не начинать специфического лечения).

6. Проводить текущую дезинфекцию в кабинете (обеззараживание выделений больного, смывных вод, предметов ухода за больным и др.).

7. Уточнить эпиданамнез и на основании данных опроса составить списки лиц, бывших в контакте с больным (в течение времени, равного сроку инкубационного периода), указав степень контакта.

8. При отсутствии возможности быстрого приезда консультантов забрать у больного материал для лабораторного исследования и начать курс специфического лечения. Материал, взятый у больного, сохранить до приезда специалистов на холоде с соблюдением противоэпидемического режима или направить нарочным в лабораторию, предусмотренную эпидпланом по району.

9. При необходимости выхода фельдшера из кабинета для проведения первичных мероприятий в населенном пункте он должен снять защитную одежду в противоположной от больного стороне кабинета, обработать руки дезинфицирующим раствором или спиртом, слегка оросить свою одежду и обувь, а при подозрении на заболевание чумой и натуральной оспой провести обработку слизистых и открытых частей тела (см. раздел «Меры экстренной профилактики»). Для наблюдения за больным оставить медицинскую сестру или санитарку, одетую в защитную одежду.

10. Поставить в известность местные советско-партийные органы о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, и о необходимой помощи для проведения мероприятий в населенном пункте (выделение актива для проведения подворных обходов, освобождение помещения для контактировавших, запрещение выезда из населенного пункта и др.).

11. Выявить (по амбулаторному журналу) и подвергнуть медицинскому обследованию больных с симптомами, сходными с клиникой у выявленного больного.

12. Организовать проведение подворных обходов.

13. Установить степень контакта больного с населением, составить список всех контактировавших с больным; приступить к проведению профилактического лечения их.

14. Поставить перед местными органами власти вопрос о запрещении выезда из населенного пункта.

15. Доложить прибывшим консультантам основные сведения о больном, принятых мерах.

Дальнейшие мероприятия проводить в соответствии с указанием специалистов по особо опасным инфекциям.

В. Первичные мероприятия при выявлении больного в больнице.

а) *обязанности дежурного врача при выявлении больного в приемном отделении.*

1. Прекратить дальнейший прием больных и запретить вход и выход из приемного отделения обслуживающего персонала и других лиц.

2. Закрыть все двери и окна приемного отделения.

3. Изолировать больного от ожидающих приема других больных, или изолировать контактировавших, оставив временно больного в том же помещении.

4. По телефону или через нарочного, не бывшего в контакте с больным, сообщить зав. отделением (при его отсутствии — главному врачу больницы) о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, и запросить защитную одежду, средства экстренной профилактики, растворы дезинфицирующих веществ.

5. Переодеться в защитную одежду, а при подозрении на чуму и натуральную оспу предварительно обра-

ботать слизистые и открытые части тела (см. раздел «Меры экстренной профилактики»).

6. Оказать больному необходимую медицинскую помощь и обеспечить уход за больным с соблюдением противоэпидемического режима.

Примечание: до взятия материала от больного на исследование специфическое лечение не начинать.

7. Проводить текущую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, смывных вод после обработки рук, предметов ухода и т. п.).

8. Путем опроса больного собрать предварительные сведения о случаях контактов с больным в больнице и за ее пределами, выяснить возможный источник заражения.

9. Доложить прибывшим консультантам основные сведения о больном.

Примечание: последующие противоэпидемические мероприятия организует врач-эпидемиолог.

б) обязанности врача-ординатора при выявлении больного в одном из отделений.

1. Никого не выпускать из палаты, где обнаружен больной (умерший), и впускать в нее только медицинских работников в соответствующей защитной одежде.

2. Закрыть окна, форточки в палате.

3. По возможности, изолировать больного (умершего) внутри палаты или (при наличии соответствующих условий) перевести контактировавших в другую палату.

4. Не выходя из палаты, поставить в известность заведующего отделением, а при его отсутствии — главного врача больницы, о выявлении больного (умершего), подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, потребовать для себя защитную одежду, растворы дезинфицирующих веществ, препараты, необходимые для экстренной профилактики, а также медикаменты для проведения симптоматического лечения больного.

5. Оказывать больному необходимую медицинскую помощь (до взятия материала для лабораторного исследования специфическое лечение не проводить).

6. Переодеться в защитную одежду, обработав открытые участки кожи и слизистые (см. раздел «Меры экстренной профилактики»).

7. Провести текущую дезинфекцию в палате.

8. Оставаться в палате до получения указаний заведующего отделением или главного врача больницы.

в) обязанности врача-патологоанатома при обнаружении на вскрытии изменений, характерных для чумы, холеры, натуральной оспы.

Если врач при вскрытии заподозрит у умершего заболевание карантинной инфекцией, он обязан:

1. Временно прекратить дальнейшее вскрытие трупа, покрыв труп простыней, не применяя растворов дезинфицирующих веществ (если одновременно проводилось вскрытие нескольких трупов, то также прекращается и их вскрытие).

2. Запереть дверь, закрыть окна и форточки в прозекторской, запретив вход и выход из прозекторской.

3. Не выходя из прозекторской, по истории болезни уточнить данные клинического и эпидемиологического обследования умершего и сообщить заведующему отделением (при его отсутствии — главному врачу больницы) о выявлении трупа человека, умершего от заболевания, подозрительного на карантинную инфекцию, потребовать защитную одежду, растворы дезинфицирующих веществ, средства для экстренной профилактики.

4. Обеспечить защиту помещения от залета мух и прекращение стока промывных вод в канализацию.

5. Снять одежду, в которой проводилось вскрытие, и переодеться в защитную одежду, предварительно обработав открытые части тела и слизистые (при подозрении на чуму и оспу).

6. Провести текущую дезинфекцию помещения прозекторской, инструментов.

7. После прибытия консультантов дальнейшее вскрытие, забор материала для исследования проводится под руководством специалиста по особо опасным инфекциям.

Примечание: 1. Если своевременное прибытие консультантов невозможно, патологоанатом продолжает вскрытие трупа и берет материал для бактериологического исследования, который сохраняют на холоде до передачи его в лабораторию противочумного учреждения или отдела особо опасных инфекций (см. «*Правила забора материала...*»).

2. После вскрытия все лица, принимавшие в нем участие, подлежат изоляции; помещение, инструментарий, одежда подлежат дезобработке.

г) обязанности заведующего отделением больницы.

Заведующий отделением при получении сообщения о выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, обязан:

1. Уточнить данные клинико-эпидемиологического обследования больного и доложить главному врачу больницы, запросив вызов консультантов, направление в отделение защитной одежды, растворов дезинфицирующих веществ и др.

2. Дать указание:

а) выставить посты у входных дверей отделения и палаты, где выявлен больной (умерший), запретив вход и выход из отделения;

б) запретить больным хождение по отделению;

в) направить в помещение, где выявлен больной (умерший), защитную одежду, растворы дезинфицирующих веществ, необходимые медикаменты для оказания медицинской помощи больному;

г) провести текущую дезинфекцию в отделении;

д) освободить помещение для изоляции лиц, на-

ходящихся в одной палате с выявленным больным (умершим). Иметь в палате все необходимое для соблюдения противоэпидемического режима;

е) изолировать контактировавших в отдельную палату;

ж) при подозрении на заболевание оспой, организовать прививки всем больным и медицинскому персоналу отделения.

3. До прибытия эпидемиолога организовать выявление лиц, бывших в контакте с больным, и составить списки контактировавших.

4. По прибытии врача-эпидемиолога по особо опасным инфекциям дальнейшие мероприятия в отделении проводить по его указанию.

д) обязанности главного врача больницы.

Главный врач больницы при получении сообщения о выявлении больного (умершего), подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, обязан:

1. Уточнить клинико-эпидемиологические данные о больном (умершем) и доложить о выявлении больного и принятых мерах в горздравотдел (центральную районную больницу), санитарно-эпидемиологическую станцию *.

2. Вызвать консультантов: врача-инфекциониста и врача-эпидемиолога — специалистов по особо опасным инфекциям (при выявлении трупа — дополнительно вызвать патологоанатома).

3. Дать указание:

а) поставить посты у въезда (входа) в больницу и в здание, где выявлен больной, запретив вход (въезд) и выход (выезд) из больницы (здания);

---

* При наличии противочумного учреждения местные органы здравоохранения обязательно информируют его о случае, подозрительном на заболевание карантинной инфекцией.

б) прекратить прием и выписку больных (выдачу трупов);

в) запретить посещение больных;

г) прекратить движение из отделения в отделение (из корпуса в корпус), выставив у входных дверей посты;

д) направить в отделение, где выявлен больной, защитную одежду, средства экстренной профилактики, дезинфицирующие растворы, необходимые медикаменты и др.;

е) провести текущую дезинфекцию в больнице;

ж) организовать выявление лиц, бывших в контакте с больным (умершим), среди больных данного и других отделений, переведенных в другие лечебные учреждения или выбывших, а также среди медицинского и обслуживающего персонала больницы и посетителей отделения; составить списки контактировавших с определением срока и степени контакта с больным (умершим);

з) при подозрении на оспу организовать прививки.

4. Осуществлять контроль за проводимыми мероприятиями по больнице.

5. При подтверждении консультантами подозрения на заболевание карантинной инфекцией поставить в известность горздравотдел (центральную районную больницу), санитарно-эпидемиологическую станцию.

6. Прибывшему врачу-эпидемиологу доложить о мероприятиях, проведенных в больнице.

Примечание: по прибытии врача-эпидемиолога по особо опасным инфекциям руководство всеми мероприятиями возлагается на него.

Дальнейшие мероприятия по локализации и ликвидации очага карантинной инфекции в городе (населенном пункте) проводятся в соответствии с противоэпидемическим планом по городу (населенному пункту).

См. Примечание: на стр. 17.

Г. Первичные мероприятия при выявлении больного на транспорте:

а) *обязанности медицинского работника при выявлении больного в вагоне поезда.*

При выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, в вагоне медицинский работник обязан:

1. Дать указание проводнику:

а) закрыть все двери и окна вагона, выставить пикет, запретив вход и выход из вагона всем лицам;

б) строго ограничить хождение пассажиров по вагону;

в) освободить купе, в котором едет больной, от пассажиров, оставив больного на месте. Лиц, контактировавших с больным, перевести в освобожденное смежное купе. В плацкартном или бесплацкартном вагоне освободить купе, в котором обнаружен больной, и то купе, в котором будут размещены контактировавшие, оба купе отгородить одеялами.

г) до снятия больного с поезда в купе, где он изолирован, поставить ведро с сухой хлорной известью или заполненное на $^1/_3$ 5% раствором хлорамина для сбора фекалий, рвотных масс и прочих выделений больного. Туалеты вагона оборудуют для использования контактировавшими с больным: закрывают унитаз и раковину, ставят ведра с указанными выше растворами дезинфицирующих веществ;

д) проводить текущую дезинфекцию в вагоне.

2. Через проводника смежного вагона передать текст телеграммы в адрес санитарно-контрольного пункта, санитарно-эпидемиологической станции врачебно-санитарной службы дороги о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией (если больной обнаружен в пути следования); или попросить вызвать к вагону начальника вокзала или на-

чальника санитарно-контрольного пункта, или медицинскую сестру медкомнаты (если больной обнаружен во время стоянки) и поручить ему сообщить в санитарно-эпидемиологическую станцию сведения о больном и необходимости вызова консультантов.

3. Поставить перед соответствующими должностными лицами вопрос о необходимости задержания поезда.

4. Через проводника смежного вагона сообщить в медкомнату вокзала (или непосредственно медицинскому работнику) о необходимости доставки к вагону защитной одежды, растворов дезинфицирующих веществ, медикаментов для проведения симптоматического лечения больного и др.

5. Использовать средства личной защиты и экстренной профилактики.

6. Проводить больному необходимое симптоматическое лечение (специфическое лечение не начинать до взятия материала для исследования).

7. Выявить лиц, контактировавших с больным, и составить списки их с указанием степени контакта с больным.

8. Проводить дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, предметов ухода и др.).

9. Доложить прибывшим консультантам сведения о больном и проведенных мероприятиях.

10. По прибытии врача-эпидемиолога дальнейшие мероприятия проводить по его указанию.

б) обязанности врача (фельдшера) при выявлении больного в медицинской комнате, (медицинском пункте) вокзала (порта).

1. Запереть дверь помещения и закрыть окна.

2. Не выходя из помещения, где выявлен больной, сообщить дежурному медицинской комнаты (пункта), начальнику санитарно-контрольного пункта и начальнику вокзала о выявлении больного, подозрительного на

заболевание карантинной инфекцией; дать указание о вызове наряда милиции для перекрытия входов и выходов вокзала; запросить защитную одежду, растворы дезинфицирующих веществ, медикаменты, средства *экстренной профилактики и др.*

3. Использовать средства личной защиты и экстренной профилактики.

4. Выявить лиц, бывших в контакте с больным, и составить списки их с указанием степени контакта с больным.

5. Оказывать больному необходимую медицинскую помощь (специфическое лечение не начинать до взятия материала на исследование).

6. Проводить текущую дезинфекцию (обеззараживать выделения больного, предметы ухода).

7. Доложить прибывшим консультантам сведения о больном и проведенных мероприятиях.

8. Дальнейшие мероприятия проводить по указанию врача-эпидемиолога в соответствии с противоэпидемическим планом.

в) обязанности врача (фельдшера) при выявлении больного в самолете в аэропорту.

1. Запереть двери самолета, запретить вход и выход из него.

2. Изолировать больного от пассажиров и экипажа.

3. Сообщить через представителя аэропорта в санитарно-карантинный пункт или в медицинский пункт аэровокзала, не выходя из самолета, о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, запросить защитную одежду, растворы дезинфицирующих веществ, средства экстренной профилактики.

4. Использовать средства личной защиты и экстренной профилактики.

5. Все дальнейшие мероприятия (направление са-

молета на санитарную площадку, изоляция больного, забор материала для исследования, специфическое лечение, выявление, регистрация и изоляция контактировавших, извещение соответствующих учреждений, вызов консультантов, текущая и заключительная дезинфекции, ограничительные мероприятия в порту, и т. п.) проводить в соответствии с противоэпидемическим планом данного аэропорта и указаниями прибывших консультантов.

г) обязанности судового медика при выявлении больного на судне.

1. Закрыть дверь и окно каюты, не допуская входа и выхода из каюты.

2. По возможности, изолировать больного в каюте.

3. Не выходя из каюты, через членов команды, сообщить начальнику медицинского пункта (медчасти) и капитану о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией, запросить для себя защитную одежду, растворы дезинфицирующих веществ, необходимые медикаменты.

4. Использовать средства личной защиты и экстренной профилактики.

5. Выявить лиц, контактировавших с больным, и составить списки их с указанием степени контакта с больным.

6. Оказать больному необходимую медицинскую помощь.

Примечание: при выявлении больного на судне дальнего плавания, находящемся в рейсе, — до начала специфического лечения взять материал для исследования и сохранять его до прибытия в порт в холодильнике, соблюдая противоэпидемический режим.

7. Проводить текущую дезинфекцию (обеззараживание выделений больного, предметов ухода, смывных вод и т. п.).

8. Госпитализировать больного и изолировать бли-

жайшие контакты в помещения, выделенные на судне, согласно противоэпидемическому плану.

9. Начать курс профилактического лечения контактировавшим.

10. Все дальнейшие мероприятия по локализации и ликвидации очага карантинной инфекции на судне проводить в соответствии с противоэпидемическим планом и санитарными правилами.

Д. Обязанности бригады эвакуаторов при перевозке больных, подозрительных на заболевание карантинной инфекцией.

1. Для эвакуации больного бригада должна состоять из врача, фельдшера и санитара.

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

2. При выезде к больному одевают защитную одежду в зависимости от предполагаемого диагноза: при подозрении на чуму — противочумный костюм I типа, на холеру — III типа; на натуральную оспу III типа с ватно-марлевой маской.

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

4. Для перевозки больного необходимо использовать специальные санитарные машины (контрольное окошко в машине должно быть закрыто) или приспособленные с полной изоляцией водителя.

При отсутствии такой возможности или при необходимости помещения в кабину одного из эвакуаторов шофер должен быть одет в защитную одежду.

Примечание: запрещается сопровождение больного родственниками и знакомыми.

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

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

7. Выезд машины и бригад эвакуаторов с территории больницы производится с разрешения главного врача больницы или ответственного дежурного врача.

Примечание: в случае обнаружения деффектов в защитной одежде эвакуатора дежурный врач имеет право данное лицо подвергнуть изоляции.

8. За бригадой устанавливается медицинское наблюдение на срок инкубации по месту работы или жительства.

При обнаружении трупа человека, умершего от заболевания, подозрительного на карантинную инфекцию, мероприятия проводятся в таком же объеме, как при *выявлении больного, при этом труп, обернутый в про*стыню, смоченную в дезрастворе, на специально выделенном транспорте, в сопровождении эвакуаторов, одетых в защитную одежду, перевозится к месту вскрытия (морг больницы, предусмотренный противоэпидемическим планом).

Примечание: 1. Вскрытие проводится с соблюдением противоэпидемического режима в присутствии консультантов — врачей патологоанатома и эпидемиолога отдела особо опасных инфекций или противочумного учреждения с обязательным забором материала специалистами по особо опасным инфекциям для лабораторного исследования.

2. Вскрытый труп орошают дезраствором, завертывают в простыню, смоченную в дезрастворе, и помещают в металлический гроб или деревянный, обитый изнутри клеенкой. На дно засыпают хлорную известь слоем не менее 10 см.

Е. Первичные мероприятия, проводимые противоэпидемическими учреждениями, при получении сообщения о выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинной инфекцией.

а) Обязанности начальника (заведующего), дежурного врача (фельдшера) санитарно-карантинного (контрольного) пункта (отдела).

1. Уточнить данные клинико-эпидемиологического обследования больного и сообщить в санитарно-эпидемиологическую станцию (ведомственную и территориальную); вызвать консультантов—врача-инфекциониста и врача-эпидемиолога по особо опасным инфекциям.

2. Доложить начальнику вокзала о выявлении больного, подозрительного на заболевание карантинной инфекцией.

3. Запросить у дежурного комнаты милиции выделение необходимого количества милиционеров для выставления пикетов и сохранения порядка в помещении вокзала.

4. Дать указание:

— выставить посты у помещения, где выявлен больной, и у входных дверей в вокзал, не допуская входа и выхода из вокзала;

— прекратить продажу проездных билетов пассажирам и посадку их в транспортные средства;

— направить в помещение, где выявлен больной, защитную одежду, средства экстренной профилактики, растворы дезинфицирующих веществ, необходимые медикаменты;

— выявить лиц, бывших в контакте с больным, с учетом лиц, выбывших транспортом. Составить списки контактировавших;

— организовать прививочный пункт (при подозрении на натуральную оспу).

5. Разъяснить пассажирам необходимость проводимых мероприятий.

6. При подтверждении консультантами подозрения на заболевание карантинной инфекцией поставить об этом в известность санитарно-эпидемиологическую станцию, начальника вокзала.

Примечание: указание о направлении санитарного транспорта для перевозки больного и контактировавших, о выделении помещения для их госпитализации и изоляции, направлении эпид и дезбригад в очаг дает то учреждение, на которое эти обязанности возложены согласно противоэпидемическому плану.

7. Прибывшему врачу-эпидемиологу доложить о проведенных мероприятиях. Последующие противоэпидемические мероприятия должны проводиться по указанию врача-эпидемиолога.

б) Обязанности эпидбригады, направляемой к месту выявления больного (трупа).

1. Бригада должна состоять из врача, лаборанта и помощника-эпидемиолога, но ее состав может меняться в зависимости от обстановки.

2. При получении вызова врач-эпидемиолог уточняет предполагаемый диагноз.

3. При выезде к больному одевают защитную одежду в зависимости от предполагаемого диагноза: при подозрении на чуму — противочумный костюм I типа, на холеру — III типа; на натуральную оспу — III типа с ватно-марлевой маской.

4. Перед входом в помещение, где выявлен больной, члены бригады взаимно проверяют свои защитные костюмы.

5. По приезде в очаг, эпидемиолог, не входя в комнату, где находится больной, уточняет данные клинико-эпидемиологического обследования больного, выясняет принятые меры и осуществляет дальнейшие мероприятия:

— уточняет списки лиц, бывших в контакте с больным, и передает их в санитарно-эпидемиологическую станцию;

— выявляет дату и степень контакта с больным у соприкасавшихся и определяет контингент для изоляции и медицинского наблюдения;

— обеспечивает контроль за эвакуацией больного и лиц, бывших с ним в контакте, за направлением материала на исследование в лабораторию, за проведением текущей и заключительной дезинфекции;

— следит за правильностью проведения прививок.

При отсутствии врача-дезинфектора, эпидемиолог совместно с дезинструктором руководит проведением заключительной дезинфекции в очаге.

Примечание: после окончания работы защитная одежда снимается, помещается в прорезиненные мешки и направляется в дезинфекцию.

За бригадой устанавливается медицинское наблюдение на срок инкубации карантинной инфекции по месту жительства или работы.

в) Обязанности дезбригады при проведении заключительной дезинфекции в очаге карантинной инфекции.

1. Дезинфекционная бригада должна состоять из врача и 2-х дезинфекторов, но ее состав может меняться в зависимости от обстановки.

2. Заключительную дезинфекцию в очаге карантинной инфекции проводят немедленно после эвакуации больного (трупа) силами санитарно-эпидемиологической станции или дезинфекционной станции; при подозрении на чуму одновременно проводят дезинфекцию, дезинсекцию и дератизацию.

3. При получении наряда на дезинфекцию врач должен уточнить клинико-эпидемиологический диагноз.

4. При выезде в очаг карантинной инфекции необходимо взять защитную одежду в зависимости от предпо-

лагаемого диагноза: при подозрении на чуму — противочумный костюм I типа, на холеру — II типа, на натуральную оспу — III типа с ватно-марлевой маской.

5. Члены бригады надевают защитные костюмы под контролем врача перед входом в здание, помещения которого подлежат дезинфекции.

6. Для проведения обеззараживания в очаг входят два члена бригады — врач и один из дезинфекторов, второй дезинфектор остается вне очага. В обязанность последнего входит прием вещей из очага для камерной дезинфекции, приготовление дезинфицирующих растворов, поднос необходимой аппаратуры и др.

7. Оставшиеся вне очага дезинфектор и шофер машины работают также в противочумных костюмах.

8. Проведение заключительной дезинфекции начинают от двери, последовательно обрабатывая все помещение вплоть до комнаты, где находился больной. В каждом помещении с порога, не входя в комнату, обильно орошают дезинфицирующим раствором пол и воздух. Одновременно проводят дезинсекцию, распыляя растворы инсектицидов. В качестве дезинфицирующих средств при чуме и холере используют 3% раствор хлорамина или 5% раствор лизола, при натуральной оспе— 8% раствор лизола — и 3—5% раствор хлорамина.

По окончании орошения воздуха и пола отбирают и складывают в мешки вещи для камерной дезинфекции. Каждый мешок обильно орошают с поверхности 5—8% раствором лизола (3% раствором хлорамина) и за пределами помещения складывают во второй мешок, приготовленный оставшимся вне очага дезинфектором. Последний пломбирует, маркирует мешки и относит их в машину.

9. Выделения больного заливают дезраствором двойной концентрации на 3 часа. Белье на 2—3 часа замачивают в дезрастворе, посуду и предметы ухода обеззараживают кипячением в течение 1 часа.

Затем приступают к обеззараживанию стен и всех предметов обстановки, орошением их дезинфицирующими растворами с последующим протиранием ветошью, смоченной в том же растворе. По окончании обработки через 1 час повторно орошают пол комнаты, где находился больной, и переходят к дезинфекции других помещений и мест общего пользования.

10. В заключение производят обеззараживание территории дворов и надворных установок, мусорных ящиков, помоек и уборных. Обработку проводят: уборных и выгребных ям сухой хлорной известью из расчета 1 кг на 1 м^2, сухого мусора — 10% хлорноизвестковым молоком или черной карболкой.

11. После окончания работы защитная одежда снимается, помещается в увлажненные дезраствором прорезиненные мешки и направляется в дезинфекцию.

Аппаратура и инвентарь орошаются дезраствором. Члены бригад принимают гигиенический душ.

12. За бригадой устанавливается медицинское наблюдение на срок инкубации по месту работы или жительства.

В очаге карантинной инфекции проводится весь комплекс мероприятий по локализации и ликвидации заболевания в соответствии с противоэпидемическим планом по городу (району, поселку).

г) Обязанности главного врача санитарно-эпидемиологической станции.

1. Направляет к месту обнаружения больного консультантов, эпидгруппу и дезгруппу.

2. Намечает план конкретных мероприятий.

3. При подтверждении подозрения консультантами:

— информирует о случае заболевания соответствующие учреждения, предусмотренные в плане;

— приводит в готовность план противоэпидемических мероприятий;

— до подтверждения диагноза и начала работы Чрезвычайной противоэпидемической комиссии (ЧПК) и противоэпидемического штаба осуществляет организацию эпидемиологического обследования случая заболевания и всех первичных мероприятий по изоляции и лечению больного, выявлению, изоляции и лечению контактировавших с больным, обеззараживанию, лабораторной диагностике, вакцинации.

III. ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Порядок применения противочумного костюма.

Противочумный костюм состоит из комбинезона или пижамы, носков (чулок), тапочек, медицинской шапочки (косынки), противочумного халата (медицинского халата), большой косынки (капюшона), резиновых перчаток, резиновых сапог (кирзовых или глубоких галош), ватно-марлевой маски, защитных очков, полотенца.

Комбинезон шьют из плотной ткани (бязи или полотна) с завязками на концах штанин и рукавов и глухой застежкой на пуговицах спереди.

Противочумный халат шьют из бязи или полотна по типу хирургического, но значительно длиннее (до нижней трети голени), при этом полы его должны глубоко заходить одна за другую, а пояс, состоящий из 2-х частей, пришитых каждая к отдельной поле, должен быть шире и длиннее обычного, чтобы его можно было завязать спереди. Завязки у высокого ворота делают по тому же типу, как пояс. Для завязывания рукавов пришивают одну длинную тесемку.

Противочумную косынку изготовляют из бязи или полотна размером 90 см×90 см×125 см. Капюшон, закрывающий полностью лоб, щеки и подбородок, шьют из такой же ткани.

Примечание: для пользования защитным костюмом в зимнее время вне помещения, комбинезон, капюшон и противочумный халат изготовляют большего размера с учетом надевания их на ватные брюки, теплую куртку и шапку.

Ватно-марлевую маску (респиратор) изготовляют из куска марли, длиной 125 см и шириной 50 см. В средней части куска в продольном направлении укладывают ровный сплошной слой ваты (пласт) длиной 25 см, шириной 17 см (вес ваты — 15—20 г, толщина слоя 1,5—2 см). Края марли заворачивают и под наружный край ее закладывают 3 кусочка ваты. Длинные марлевые концы разрезают вдоль, немного не доходя до ватной прослойки (длина разреза для образования завязок респиратора равна 50 см).

Очки применяются авиационные с широким плотно прилегающим краем, изогнутыми стеклами с закрытыми отверстиями.

Для однократного использования вместо очков можно применять прозрачный целофан.

Резиновые перчатки употребляют хирургические и анатомические.

В зависимости от характера выполняемой работы пользуются следующими основными типами противочумных костюмов:

первый тип — полный противочумный костюм, состоящий из комбинезона или пижамы, капюшона или соответствующей косынки, противочумного халата, ватно-марлевой маски, очков, резиновых перчаток, носков, сапог резиновых или кожаных, полотенца.

Применяется:

а) при эвакуации в госпиталь лиц, подозрительных на заболевание чумой;

б) в госпитале, где имеются больные легочной и септической формами чумы;

в) в госпитале до установления окончательного диагноза и до получения начального эффекта лечения у больных кожной и бубонной формами чумы;

г) в провизорных госпиталях до исключения диагноза чумы;

д) в изоляторе, в котором размещены лица, подозреваемые в общении с больными легочной чумой;

е) при проведении подворных обходов в очаге, где имеются больные легочной чумой;

ж) при проведении заключительной дезинсекции и дезинфекции в очагах заболеваний легочной чумой или подозрительных на это заболевание;

з) при вскрытии трупа человека или верблюда, погибшего от чумы; в этом случае дополнительно надевают клеенчатый фартук, клеенчатые нарукавники и вторую пару резиновых перчаток;

и) в заразном отделении лаборатории при исследовании материала от больного, подозрительного на заболевание чумой.

Второй тип — облегченный противочумный костюм, состоит из комбинезона или пижамы, противочумного халата, капюшона или косынки, резиновых перчаток, носков, сапог резиновых или кожаных и полотенца.

Применяется:

а) при проведении подворных обходов в очагах, где выявлены больные холерой, бубонной формой чумы или в случае, когда в населенном пункте больных чумой нет, но он является угрожаемым по заносу этой инфекции; при этом надо иметь при себе небольшой запас ватно-марлевых масок и очки, которые надевают до входа в помещение, в котором выявлен подозрительный больной в процессе предварительного опроса;

б) при дезинфекции и дезинсекции в очагах заболеваний кожной, бубонной формами чумы и холеры, а также при подозрении на эти заболевания;

в) при вскрытии и захоронении трупов лиц, умерших от холеры (дополнительно одевают клеенчатые фартук и нарукавники, вторую пару резиновых перчаток);

г) в заразном отделении лаборатории при исследо-

вании материала от больного, подозрительного на заболевание холерой; при исследовании материала от больных с подозрением на натуральную оспу — дополнительно одевают ватно-марлевую маску).

Третий тип состоит из пижамы, противочумного халата, шапочки, резиновых перчаток, носков, глубоких галош и полотенца.

Применяется:

а) при эвакуации больных, подозрительных на заболевание натуральной оспой (дополнительно надевают ватно-марлевую маску);

б) при эвакуации в госпиталь больных и подозрительных на заболевание холерой;

в) в госпитале, где находятся больные с установленным диагнозом кожной и бубонной формами чумы, которые подвергаются эффективному специфическому лечению;

г) в госпитале, где находятся больные холерой, натуральной оспой, причем в последнем случае дополнительно надевают ватно-марлевую маску;

д) в провизорном госпитале в очаге холеры и натуральной оспы (в последнем случае дополнительно надевают ватно-марлевую маску) до исключения диагноза;

е) при вскрытии и захоронении трупов лиц, умерших от натуральной оспы, при этом дополнительно надевают ватно-марлевую маску, клеенчатый фартук, клеенчатые нарукавники и вторую пару резиновых перчаток;

ж) при дезинфекции в очаге натуральной оспы (надевают дополнительно маску).

Четвертый тип состоит из пижамы, медицинского халата хирургического типа, шапочки или косынки, носков, тапочек или другой легкой обуви.

Применяется:

а) в лабораторных помещениях вне заразного блока (бактериологическая, моечная, автоклавная и др.);

б) в изоляторе, где находятся лица, изолированные по поводу контакта с больными кожной, бубонной или септической формами чумы, холерой, натуральной оспой (в последнем случае дополнительно надевают ватно-марлевую маску);

в) при проведении подворных обходов в очаге, где выявлены больные натуральной оспой (дополнительно одевают ватно-марлевую маску).

Примечание: в зависимости от конкретной эпидемической обстановки Начальник очага может изменить установленный тип защитной одежды для медицинского персонала при проведении подворных обходов в очаге карантинной инфекции.

Порядок одевания костюма.

Противочумный костюм одевают до входа в заразное отделение или на территорию очага.

Костюм необходимо одевать неспеша, в определенной последовательности, тщательно, с тем, чтобы удобно было в нем работать в течение 3—4 часов.

Порядок одевания следующий: комбинезон, носки, резиновые сапоги, затем капюшон или большая косынка* и противочумный халат. Тесемка у ворота халата, а также пояс халата завязывают спереди на левой стороне обязательно петлей, после чего закрепляют тесемки на рукавах.

Респиратор надевают на лицо так, чтобы были закрыты рот и нос, для чего верхний край маски должен находиться на уровне нижней части орбит, а нижний — слегка заходить под подбородок. Верхние тесемки респиратора завязывают петлей на затылке, а нижние — на темени (по типу пращевидной повязки). Надев респиратор, по бокам крыльев носа закладывают ватные тампоны.

---

* При необходимости пользоваться фонендоскопом — последний надевают перед косынкой.

Очки должны быть хорошо пригнаны и проверены на надежность скрепления металлической оправы с кожаной частью, стекла натерты специальным карандашом или кусочком сухого мыла, предупреждающим их запотевание. После одевания очков на переносицу закладывают ватный тампон. Затем надевают перчатки, предварительно проверенные на целость.

За пояс халата с правой стороны закладывают полотенце.

Примечание: при вскрытии трупов людей и верблюда, дополнительно одевают в следующем порядке: клеенчатые фартук и нарукавники, а затем вторую пару резиновых перчаток. Полотенце закладывают за пояс фартука с правой стороны.

Порядок раздевания костюма.

Противочумный костюм снимают после работы в специально выделенной для этого комнате или в том же помещении, в котором проводили работу, после полного его обеззараживания. Для этого в помещении должно быть предусмотрено:

а) бак с дезинфицирующим раствором (лизол, карболовая кислота или хлорамин) для обеззараживания халата, косынки, полотенца;

б) тазик с дезинфицирующим раствором для рук;

в) банка с 70° спиртом — для обеззараживания очков и фонендоскопов;

г) кастрюля с дезинфицирующим раствором или мыльной водой для обеззараживания ватно-марлевых масок (в последнем случае — кипячением в течение 40 мин.).

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

В тех случаях, когда обеззараживание костюма производится автоклавированием или в дезкамере, костюм складывают соответственно в биксы или камерные мешки, которые снаружи обрабатывают дезинфицирующим раствором.

Снимают костюм медленно, не торопясь, и в строго установленном порядке. После снятия каждой части костюма руки в перчатках погружают в дезраствор. Тесемки халата и фартука, завязанные петлей с левой стороны, облегчают быстрое снятие костюма.

Костюм снимают в следующем порядке:

1. Тщательно в течение 1—2 минут моют руки в перчатках в дезинфицирующем растворе.

2. Медленно вынимают полотенце.

3. Протирают ватным тампоном, обильно смоченным дезинфицирующим раствором, клеенчатый фартук, снимают его, свертывая наружной стороной внутрь.

4. Снимают вторую пару перчаток и нарукавники.

5. Сапоги или галоши обтирают ватными тампонами с дезинфицирующим раствором сверху вниз (для каждого сапога отдельный тампон).

6. Не касаясь открытых частей кожи, снимают фонендоскоп.

7. Очки снимают, оттягивая двумя руками вперед и вверх, назад.

8. Ватно-марлевую маску снимают, не касаясь лица наружной ее стороной.

9. Развязывают завязки ворота, пояса халата и, опустив верхний край перчаток, освобождают завязки рукавов, снимают халат, завертывая наружную часть его во внутрь.

10. Снимают косынку, осторожно собирая все концы ее в одну руку на затылке.

11. Снимают перчатки, проверяют их на целость в дезрастворе (но не воздухом).

12. Еще раз обмывают сапоги в баке с дезраствором и снимают их.

После снятия противочумного костюма, тщательно моют руки теплой водой с мылом.

После работы рекомендуется принять душ.

2. Правила забора материала от больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинной инфекцией.

Материал для исследования от больного должен забирать специалист по особо опасным инфекциям (бактериолог противочумного учреждения, отдела особо опасных инфекций или лаборатории санитарно-эпидемиологической станции, предусмотренной противоэпидемическим планом). Забор материала производят в защитной одежде. В случае невозможности своевременного прибытия специалиста материал должен быть взят до начала специфического лечения врачом, выявившим больного.

Лабораторная посуда и инструментарий для забора материала должны быть стерильными.

На каждую пробу материала должна быть составлена этикетка с указанием фамилии, имени, отчества больного, наименования материала, времени взятия (месяц, день, час), фамилии и должности медработника, забиравшего материал.

Кроме этикетки заполняется направление, в котором указывается фамилия, имя, отчество, возраст, адрес больного, наименование материала, время взятия материала, предполагаемый диагноз, примененные антибиотики до взятия материала, фамилия и должность врача, направляющего анализ.

Наружную поверхность посуды с материалом протирают тампоном, смоченным в дезрастворе и хорошо отжатым, обертывают в марлю, смоченную и хорошо отжатую от дезраствора, и помещают в бикс или ящик, перекладывая объекты ватой. Пробирки предвари-

тельно помещают в металлические футляры, обернув их ватой.

Бикс (ящик) с материалом должен быть опечатан и, как можно скорее, направлен с нарочным в лабораторию на специальном транспорте.

а) Взятие материала от больных.

При подозрении на заболевание натуральной оспой в первые дни заболевания берется слизь из носоглотки и кровь из вены, в последующие дни материалом для исследования служат — содержимое высыпаний на коже и слизистых — папул, везикул, пустул, а также корки и чешуйки, кровь и отделяемое слизистой носоглотки.

Отделяемое слизистой носоглотки собирают с помощью стерильных ватных тампонов и помещают в стерильные пробирки. Кровь берут из локтевой вены в пробирки с соблюдением правил асептики в количестве 1—2 мл, разводят пополам стерильной дистиллированной водой. Одновременно берут 3—5 мл крови для получения сыворотки, необходимой для серологических исследований.

Для взятия материала из везикул, пустул и папул их поверхность слегка смазывают 96° спиртом, после чего прокалывают у основания тонко оттянутым капилляром пастеровской пипетки (конец пипетки немного наклоняют, что облегчает сток жидкости) или шприцом.

Если жидкость из пузырька не выступает, осторожно соскабливают скальпелем, оспопрививательным пером, или концом пастеровской пипетки мягкую пульпу узелка. Таким же образом может быть получен соскоб со дна поврежденного или лопнувшего пузырька.

Собранный материал (везикулярная или пустулезная жидкость, корки, чешуйки, соскоб) помещают в пробирки, которые плотно закрывают стерильными резиновыми пробками, заливают парафином или заклеивают липким пластырем.

Параллельно со сбором материала для выделения вируса и серологических реакций делают тонкие мазки везикулярной или пустулезной жидкости на нескольких обезжиренных предметных стеклах.

Мазки высушивают на воздухе, не фиксируют, перекладывают спичками и пакуют.

При подозрении на заболевание чумой для взятия материала пользуются следующими методами:

При бубонной или кожно-бубонной формах чумы кожу над бубоном тщательно протирают спиртом. Взятие материала производят 5—10 мл шприцом, предварительно простерилизованным кипячением, с плотно притертой толстой острой иглой.

Сок из бубона необходимо извлекать из плотных, чаще периферических его частей, т. к. центральные части уже на ранних стадиях инфекционного процесса могут подвергаться размягчению и содержать мало жизнеспособных микробов.

При пункции бубона удается получить небольшое, но достаточное для проведения исследования, количество слегка желтоватой или окрашенной кровью жидкости, иногда заполняющей только просвет иглы. При невозможности получить материал, в бубон вводят 0,3 мл стерильного физиологического раствора или бульона, а затем отсасывают его.

При кожных поражениях, после обработки кожи спиртом, берут содержимое везикулы или пустулы шприцом. При наличии язвы материал берут шприцом из периферической части.

Шприц с добытым материалом помещают вместе с иглой (не разбирая) в стерилизатор, который обертывают марлевой салфеткой, смоченной в дезрастворе и хорошо отжатой, или иглу и шприц пропаласкивают в 0,5 мл стерильного физиологического раствора, налитого в стерильную пробирку, которую закрывают рези-

новой пробкой и помещают в пенал (шприц обеззараживают кипячением в течение 30 минут). При наличии возможности, целесообразнее сразу же произвести посев на чашки с агаром и бульон.

При подозрении на легочную форму чумы для исследования берут мокроту в стерильные широкогорлые баночки или чашки Петри. При отсутствии мокроты материал получают тампонами из зева. Тампоны помещают в пробирки.

При всех формах чумы и, в частности, при септической, берут кровь из вены в количестве 6—7 мл, засевая сразу 5 мл в 50 мл мясопептонного бульона (pH—7,2), остальной материал используют для посева на агар и заражения биопробных животных.

При подозрении на заболевание холерой материалом для исследования являются испражнения больного, реже рвотные массы.

Испражнения и рвотные массы в условиях стационара собирают в чистое подкладное судно, облитое кипятком, на дно которого рекомендуется вложить открытую стерильную чашку Петри, откуда 10—20 мл испражнений переносят в стерильную стеклянную баночку стерильной ложкой. Баночку плотно закрывают резиновой, стеклянной или корковой пробкой с пергаментной бумагой.

У больного до госпитализации, на месте его обнаружения, пробу можно брать специальной стеклянной трубочкой, которую после забора материала опускают в пробирку открытым концом вниз. Пробирку закрывают пробкой.

Забор материала можно проводить петлей, изготовленной из алюминиевой проволоки диаметром 2—3 мм, длиною 40—50 см, сложенной вдвое.

Перед забором материала стерильную петлю смачивают стерильным физиологическим раствором и вводят в прямую кишку на 8—10 см. Взятый материал поме-

щают в консервант. После употребления петли обеззараживают кипячением.

Пробы фекалий срочно переправляют в лабораторию, ввиду сравнительно быстрого отмирания вибрионов, особенно в жаркий сезон года.

При отсутствии возможности быстрой доставки материала в лабораторию пробы сохраняют в консервирующих жидкостях. В качестве последних применяют следующие:

а) 2%-ный раствор поваренной соли, который разливают в пробирки по 10 мл, стерилизуют в автоклаве при 120°. Перед внесением образца испражнений в консервант нужно добавить 4—5 капель 0,1 N (0,4%) раствора едкого натра (NaOH).

б) Жидкий консервант Венкатрамена и Рамакришнана. Способ приготовления: 12,4 г борной кислоты и 14,9 г хлористого калия растворяют в 80 мл горячей дистиллированной воды. По охлаждении приготовленной смеси ее объем доводят до 1 л, прибавляя дистиллированную воду.

Затем из этого основного раствора берут 250 мл, смешивают с 133,5 мл 0,8% раствора едкого натра и объем этой смеси доводят до 1 л. В полученный буферной смеси растворяют 20 г сухой морской соли (или пищевой поваренной соли) и фильтруют через бумажный фильтр. Затем по 10 мл разливают в стеклянные широкогорлые баночки и стерилизуют в автоклаве. В готовый консервант вносят 1—3 г исследуемых испражнений. Как консервирующая жидкость может быть использована 1% пептонная вода, разлитая по 30—50 мл в стеклянную посуду, в которую помещают около 3 г материала.

Пробы рвотных масс собирают также, как и испражнения, но исследование рвотных масс при подозрении на холеру имеет вспомогательное значение и не заменяет исследования испражнений.

При отсутствии самостоятельного стула у подозреваемого больного материал забирают после дачи солевого слабительного и помещают в 1% пептонную воду.

Подлежат исследованию промывные воды, а также кусочки загрязненного белья, которые вырезают стерильными ножницами, погружают в пробирку с 1% пептонной водой или консервантом.

б) Взятие материала от трупа.

При взятии материала от трупа необходимо пробы от каждого органа брать в отдельную посуду.

При подозрении на чуму для исследования направляют кусочки печени, селезенки, легких, лимфатические узлы, кровь и костный мозг из трубчатой кости и грудины.

При подозрении на холеру — три отрезка из верхней, средней и нижней частей тонкого кишечника, размером 10—15 см с содержимым и желчный пузырь. Желчный пузырь после перевязки протока может быть извлечен целиком.

Для извлечения отрезка кишечника накладываются с каждого конца по две лигатуры, между которыми производится разрез.

При подозрении на оспу—кусочки печени, селезенки, легких, лимфатические узлы, кровь и элементы высыпания на коже и слизистых.

3. Укладка для забора материала от больных и трупов, подозрительных на заболевание чумой, холерой, натуральной оспой

1. Баллончик резиновый	1 шт
2. Банки с притертыми пробками 100,0	5 шт
3. Банка с притертой пробкой 250,0	1 шт
4. Биксы малые	2 шт

5. Блокнот, простой карандаш	1 шт
6. Бутыль литровая (для дезраствора)	1 шт
7. Вата	2 пачки (100,0)
8. Вода дистиллированная по 5 $см^3$ в стер. пробирках (ампулах)	2 шт
9. Жгут резиновый	1 шт
10. Карандаш по стеклу	1 шт
11. Коробка стерилизационная	1 шт
12. Ложки чайные стерильные	2 шт
13. Марля	1 м
14. Мыло	1 кусок
15. Ножницы	1 шт
16. Пипетки пастеровские, завернутые по 5 шт в пенале	10 шт
17. Пеналы металлические для пробирок	2 шт
18. Пенал металлический для чашек	1 шт
19. Перья оспопрививательные	2 шт
20. Пинцет анатомический	1 шт
21. Пинцет хирургический	1 шт
22. Пинцет зубной стерильный, завернутый в бумагу	1 шт
23. Полотенца	2 шт
24. Пробирки бактериологические стерильные с резиновыми пробками	10 шт
25. Пластырь липкий	1 пачка
26. Скальпель	1 шт
27. Спирт	500,0
28. Спиртовка	1 шт
29. Стакан для инструментов	1 шт
30. Спички	1 кор.
31. Стекла предметные, завернутые в целофан по 4 шт	12 шт

32.	Термометр максимальный	1 шт
33.	Тампоны стерильные в пробирках	3 шт
34.	Трубочки ректальные или петли алюминиевые (стерильные)	3 шт
35.	Физраствор	1 ампула
36.	Фонендоскоп	1 шт
37.	Хлорамин (во флаконе)	30,0
38.	Чашки Петри стерильные	5 шт.
39.	Шпатели деревянные	3 шт.
40.	Шприц 2,0 с 10 иглами для в/м инъекций	1 шт.
41.	Шприц 5,0 с 3 иглами	1 шт.
42.	Штатив складной на 6 гнезд	1 шт.
43.	Эфир	1 флакон
44.	Противочумные костюмы I-го типа с фартуком и нарукавниками, клеенчатыми мешками и двумя парами перчаток	3 шт.

4. Меры экстренной профилактики.

При подозрении на попадание заразного материала на слизистые оболочки глаз, носа, рта и кожу, последнюю обрабатывают дезинфицирующим раствором (1% хлорамин, 3% лизол) или 70° спиртом, слизистые — раствором соответствующего антибиотика.

При подозрении на чуму применяется раствор стрептомицина (в 1 мл 250 тыс. ед.).

При подозрении на холеру — раствор тетрациклина (в 1 мл 200 тыс. ед.).

При попадании вируса натуральной оспы — слизистые оболочки обрабатывают 0,5% раствором марганцевокислого калия.

При отсутствии антибиотиков в глаза вводят несколько капель 1% раствора азотнокислого серебра,

в нос — 1% раствор протаргола, рот и горло прополаскивают 70% этиловым спиртом.

Пострадавшего изолируют и проводят профилактическое лечение.

5. Методы и средства заключительной дезинфекции в очаге карантинной инфекции.

1. Помещение, где выявлен больной, обеззараживают одним из следующих растворов: 3% хлорамина; 1% ДТС ГК (гипохлорида кальция); 5—8% лизола; 3% одинхлорбетанафтола. Все помещение, полы, потолки, стены, предметы обстановки и белье орошают дезинфицирующим раствором, расходуя 500 мл на 1 м^2. Одновременно проводят дезинсекцию, а при чуме и дератизацию.

2. Посуду больного без остатков пищи кипятят 30 минут с момента закипания в 2% растворе соды или погружают на 30 минут в один из растворов: 1% хлорамина, 3% лизола, 0,2% ДТС ГК.

3. Остатки пищи засыпают сухой хлорной известью (200 г извести на 1 л остатков пищи), тщательно перемешивают и выдерживают не менее часа. Выделения больного (кал, моча, мокрота, рвотные массы и др.) заливают дезраствором двойной концентрации и выдерживают не менее 2—3 часов.

4. Малоценные предметы или мусор заливают равным объемом 10—20% раствора хлорноизвесткового молока или 5% раствора ДТС ГК и выдерживают не менее 2—3 часов. Малоценные предметы и мусор можно сжигать.

5. Белье нательное и постельное, загрязненное выделениями больного, кипятят в 2% растворе соды в течение часа или обеззараживают погружением на 2—3 часа в растворах: 5%—8% лизола или 3% хлорамина.

6. Постельные принадлежности (матрацы, подушки,

одеяла), верхнее платье и мягкие игрушки подвергают камерной дезинфекции в паровых или пароформалиновых камерах.

7. Уборочный материал обеззараживают кипячением в 2% растворе соды в течение часа с момента закипания. Можно также производить обеззараживание уборочного материала путем погружения на 2—3 часа в 10% раствор хлорноизвесткового молока или 5% раствор лизола.

Примечание: 1. Дезинфекция в очагах натуральной оспы проводится растворами 3% хлорамина, 8% лизола и 2% гипохлорида кальция, в соответствии с инструкцией по дезинфекции при натуральной оспе № 555—65 от 22/XI—1965 г.

2. Дезинфекция при чуме и холере изложена в сборниках инструктивно-методических указаний по этим инфекциям.

6. Краткие сведения о лечении больных карантинными инфекциями и лиц, соприкасавшихся с ними.

Лечение больных, подозрительных на заболевание карантинными инфекциями, начинают после взятия материала для лабораторного исследования.

При лечении больных чумой применяют специфическое (антибиотиками) и симптоматическое лечение. Антибиотики стрептомицинового ряда успешно применяются сейчас при лечении всех клинических форм чумы, действие их на чумной микроб является бактериостатическим и бактерицидным.

Но вместе с тем, эти антибиотики не обладают антитоксическим действием по отношению к чумному микробу и не нейтрализуют тот токсин, который успел образоваться в организме до начала лечения. Это диктует необходимость раннего начала лечения чумных больных, ибо токсин является основным действующим началом чумного микроба.

Из антибиотиков стрептомицинового ряда для лече-

ния применяются стрептомицин, дигидрострептомицин, пасомицин и в комбинации с хлортетрациклином.

Эффективно лечение хлортетрациклином в комбинации с мономицином.

Пасомицин является относительно мало токсичным препаратом и не обладает кумулятивным действием. Отдельными больными он переносится лучше, чем стрептомицин. Стрептомицин можно применять в сочетании с дигидрострептомицином.

Недопустимо одновременное парентеральное применение мономицина со стрептомицином или неомицином (мицерин) ввиду токсического действия всех этих препаратов на 8-ю пару черепных нервов, которое при сочетанном применении может суммироваться. Однако возможна последовательная замена стрептомицина мономицином.

При лечении больных чумой, вызванной стрептомициноустойчивыми формами чумного микроба, и в случаях непереносимости больными антибиотиков стрептомицинового ряда рекомендуется для лечения больных использовать антибиотики тетрациклинового ряда: окситетрациклин (террамицин), дибиомицин, хлортетрациклин (биомицин).

Разовая, суточная и общая курсовая дозы антибиотиков устанавливаются лечащим врачом индивидуально для каждого больного в зависимости от характера и формы заболеваний, времени начала лечения, эффективности и переносимости больным препарата (см. применение антибиотиков для лечения больных).

При этом следует в первую очередь назначать комбинированное введение препаратов (антибиотики стрептомицинового ряда с хлортетрациклином или мономицин с хлортетрациклином). Такой метод лечения позволяет сократить дозы антибиотиков, без снижения терапевтического эффекта и уменьшает возможность побочного действия.

Применяя отдельные антибиотики, предпочтение следует отдавать стрептомицину, а затем мономицину.

Хлортетрациклин, дибиомицин и окситетрациклин следует отнести к резервным препаратам.

При лечении детей доза антибиотика снижается соответственно возрасту.

Лечение антибиотиками целесообразно начинать с назначения ударной дозы, которая превышает устанавливаемую разовую дозу для каждого антибиотика в полтора-два раза. Суточная доза вводится равными частями (за исключением первого введения в начале лечения).

Общая курсовая доза антибиотиков зависит от продолжительности лечения, которое определяется терапевтическим эффектом. Лечение занимает 7—10 дней.

При устойчивом снижении температуры до нормы (на протяжении 2—3 дней) можно перейти при тех же разовых дозах с 3-х на 2-кратное введение препаратов с интервалом в 12 часов — при бубонной форме и с 4-х на 3-разовое введение антибиотиков при первичной септической или легочной формах и продолжать лечение еще в течение 3—5 дней.

Критерием выздоровления служит отсутствие клинических симптомов заболевания и отрицательные результаты бактериологического исследования материала (в зависимости от формы заболевания), взятого через 2—4—6 дней после окончания лечения.

Как при всяком тяжело протекающем инфекционном заболевании, при чуме, наряду с этиотропной терапией, необходимо проводить патогенетическую и симптоматическую терапию.

При выраженной интоксикации больному следует ввести раствор глюкозы (внутривенно 40% раствор 20 мл, 20% — 30—40 мл, подкожно — 5% — 500 мл — 1000 мл 1—2 раза в день в течение 3—5 суток) или фи-

зиологический раствор (подкожно — 500 мл — 1000 мл— 1—2 раза в день в течение 3—5 суток). При появлении симптомов, свидетельствующих о поражении сердечно-сосудистой системы, назначают кордиамин, кофеин, адреналин, эфедрин, камфору.

В целях компенсации витаминной недостаточности следует назначать витамины B_1 (5% — 1 мл), B_{12} (1 мл в дозе 0,05 мг через каждые 2—3 дня), С (0,3 г 3 раза в сутки или внутривенно вместе с глюкозой до 300—500 мг в сутки).

В случаях появления у больных признаков кислородного голодания применяют оксигенотерапию (кислородная подушка или кислородная палатка).

Для профилактического лечения при чуме применяются антибиотики стрептомицинового ряда, мономицин, неомицин (мицерин) — для внутримышечного введения, тетрациклинового ряда — для перорального введения (окситетрациклин применяется и внутримышечно) и комбинация антибиотиков стрептомицинового ряда с хлортетрациклином или хлортетрациклин с мономицином (см. применение антибиотиков при лечении соприкасавшихся).

Продолжительность предупредительного лечения равняется 5 суткам.

При лечении больных холерой необходима ранняя и энергичная патогенетическая терапия, направленная на снятие явлений интоксикации и обезвоживания организма.

Для этого применяются внутривенные вливания стерилизованных и подогретых до 38—40° изотонического (0,85%) и гипертонического (10%) растворов хлористого натрия, физиологического раствора типа Рингера, 5% раствора глюкозы, нормального раствора хлористого калия и других жидкостей (жидкость Полосухина, 3% раствор хлористого натрия на бидистиллированной воде).

Изотонический раствор хлористого натрия и растворы типа Рингера назначают в количестве до 2—2,5 литров на вливание. Вливание можно повторить несколько раз в сутки.

Гипертонический 10% раствор поваренной соли назначается внутривенно 1—2 раза в день по 80—100 мл на вливание. Применение гипертонического раствора не исключает необходимости введения раствора изотонического или раствора типа Рингера в объемах, указанных выше. 5% раствор глюкозы вливают внутривенно в количестве 2—4 литров в сутки.

Для снятия явлений ацидоза рекомендуется применение 1,5% Sol. Natrii carbonici purissimi по 0,5—1 литру внутривенно 1 раз в сутки или нормального раствора хлористого калия в тех же объемах.

В тяжелых случаях рекомендуется переливание плазмы, разведенной пополам физиологическим раствором или 5% раствором глюкозы в количестве до 500 мл. Сухую плазму разводят физиологическим раствором или 5% раствором глюкозы до двойного объема по сравнению с объемом плазмы до высушивания, который отмечен обычно на этикетке ампулы.

Из кровозаменителей рекомендуются полиглюкин и поливинол. Они не токсичны и вводятся без учета групп крови. Доза на одно вливание 200—1000 мл.

Введение всех указанных выше жидкостей может сочетаться друг с другом в любой последовательности в соответствии с состоянием больного.

Детям моложе 14-летнего возраста целесообразно назначать вливание смеси, составленной из $^1/_3$ изотонического раствора поваренной соли и $^2/_3$ 5% раствора глюкозы.

Все растворы, вводимые внутривенно, готовят на бидистиллированной воде.

Наличие только изотонического раствора поваренной соли, 5% раствора глюкозы и нормального раствора ка-

лия хлората уже позволит практическому врачу при внимательном наблюдении за состоянием больного и своевременных сроках повторных вливаний вывести его из тяжелого состояния и выровнить его водно-солевой баланс.

Общее количество жидкости, вводимой парентерально взрослому больному холерой, должно в среднем равняться 6—6,5 литрам в сутки, количество хлористого натрия — 20 г и калия хлората — 5—10 г.

Основным средством этиотропной терапии при холере являются антибиотики (см. применение антибиотиков для лечения больных). Лечение антибиотиками следует начинать в первые же часы заболевания.

В случае появления аллергических реакций, связанных с применением антибиотиков, необходимо проводить десенсибилизирующую терапию и заменять одни антибиотики другими. В качестве десенсибилизирующих средств назначают димедрол, дипразин и супрастин внутрь по 0,03—0,05 по 2 раза в день в течение 3—4 суток.

При отсутствии антибиотиков для лечения больных холерой могут быть использованы из числа сульфамидных препаратов сульгин и сульфадимезин по 1,0 г. 5—7 раз в сутки в течение 7—10 дней.

Лечение бактериофагом проводится по следующей схеме:

Возрастные группы	Дозы в мл			
	1-е сутки		2-е сутки	3-и сутки
	внутримышечно	через рот	через рот	через рот
До 3 лет	2—3	10	10	10
3— 7 лет	5	15	15	15
7—12 лет	10	20	20	20
Старше 12 лет и взрослые	15	25	25	25

Через рот бактериофаг дают с равным объемом 2% раствора питьевой соды.

Лечение бактериофагом ни в коем случае не исключает применение основных средств терапии холеры (средства и способы патогенетической терапии, антибиотики и т. д.).

Успех лечения больного холерой обеспечивается ранним и рациональным применением комплекса лекарственных средств.

Необходимо раннее внутримышечное введение сердечных и особенно сосудистых средств (адреналин, эфедрин, кордиамин, кофеин).

Проводится согревание тела больного всеми доступными средствами. Тяжелым больным показано назначение кислорода.

Экстренная профилактика проводится антибиотиками в течение 3-х суток (см. применение антибиотиков для лечения соприкасавшихся).

При отсутствии антибиотиков назначают также, как и для лечения больных холерой, сульгин и сульфадимезин (по 1,0 г 3 раза в день в течение 3 суток).

В зависимости от характера контакта с больным холерой или зараженными объектами внешней среды и вытекающей из этого степени вероятности заражения, продолжительность курса специфического лечения и суточные дозы препаратов могут быть увеличены и в отдельных случаях приравнены к применяемым для лечения холеры.

Рекомендуется применение бактериофага в том случае, если будет установлена его активность по отношению к выделяемым штаммам холерного вибриона.

Холерный бактериофаг назначают по 50 мл с 20 мл 2% раствора питьевой соды.

При лечении больного натуральной оспой рекомендуется введение плацентарного или донорского гамма-глобулина, содержащего повышенные титры противооспенных антител. Гамма-глобулин вводят внутримышечно в дозе 0,5—1 мл на кг веса. Введение

препарата может повторяться в зависимости от клинического течения болезни до улучшения состояния больного. Для предупреждения развития септических осложнений, вторичной инфекции рекомендуется применение антибиотиков (пенициллин, стрептомицин и другие). Дозировка ангибиотиков зависит от тяжести процесса и возраста больного (см. применение антибиотиков при лечении больных). Проводится также симптоматическое лечение: сердечные, анальгезирующие средства и пр. При тяжелых формах оспы особое внимание должно быть уделено уходу: обтирание кожи спиртом, 5% раствором марганцевокислого калия, примочки из буровской жидкости, полоскание рта раствором борной кислоты, шалфея и пр. Пища должна быть в жидком и полужидком виде, не острая и богатая витаминами.

С профилактической целью применяют однократное внутримышечное введение плацентарного или донорского гамма-глобулина, содержащего повышенные титры противооспенных антител, в дозе 6 мл, а также метисазон в виде 20% сахарной суспензии (по 5 г 2 раза в день) и в таблетках (по 1 г 2 раза в день) в течение 4-х дней.

Краткая характеристика натуральной оспы, холеры и чумы

Наименование заболеваний	Источники инфекции	Пути передачи	Инкубационный период	Основные клинические признаки	Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать
1	2	3	4	5	6
Натуральная оспа	Больной человек	Воздушно-капельный, воздушно-пылевой, контактно-бытовой	12—13 дней, продолжительность его колеблется от 7 до 16 дней	Продромальный период (3—4 дня) — высокая лихорадка (39—40°), головная боль, боли в крестце, мышечные боли, появление на 2—3 день быстро проходящей продромальной сыпи — пятнистой (розеолезной) или в виде мелко точечных кровоизлияний в области подмышечных впадин, в верхней части груди, на внутренней поверхности бедер, на разгибательной поверхности рук и ног. Период высыпания (4—8 день) — постепенное высыпание на лице, волосистой части головы, туловище, руках и ногах, включая ладони и стопы, а также на всех слизистых мономорфной сыпи (пятно — плотная папула — многокамерная везикула) при	Ветряная оспа (высыпание на разных частях тела на фоне повышенной температуры в течение всего лихорадящего периода, сыпь в основном везикулезная однокамерная везикула — отмечается полиморфизм элементов на ограниченных участках), acne vulgaris (папулезные высыпания на лице, верхней части груди, плечах, без повышения температуры, наличие других признаков себорреи), impetigo (высыпание без температуры, в содержимом пузырьков — стафилококки, стрептококки), пустулезная фор-

Продолжение

Наименование заболеваний	Источники инфекции	Пути передачи	Инкубационный период	Основные клинические признаки	Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать
1	2	3	4	5	6
				субфебрильной или нормальной температуре. Период нагноения (8—9 день болезни) — образуются пустулы, температура повышается до 39—40°, появляются головные боли, бред. Период обратного развития (с 11 дня) — подсыхание пустул, снижение температуры, улучшение общего состояния; с 18—20 дня отпадение корочек. При вариолоиде в продромальном периоде — головная боль, боли в мышцах, крестце могут отсутствовать, температура субфебрильная, продромальная сыпь (розеолезная) держится 1—3 часа; кожные высыпания единичные (3—10). Процесс развитня оспин проходит быстрее, часть элементов не проходит все	ма сифилиса (отсутствует продромальный период, характерный для оспы, медно-красноватого цвета инфильтрат основания пустул, в содержимом элементов — спирохеты, положительная реакция Вассермана).

Продолжение

Наименование заболеваний	Источники инфекции	Пути передачи	Инкубационный период	Основные клинические признаки	Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать
1	2	3	4	5	6
Холера	Больной человек, вибрионоситель, реконвалесцент	Контактный, водный, пищевой	1—3 суток, редко до 7 дней	стадии развития; отмечается полиморфизм элементов; нагноительная лихорадка отсутствует, после отпадения корочек рубцов не остается. Начало заболевания острое: резко выражены общие явления. I период — холерный понос — стул кашицеобразный или жидкий до 4—10 раз в сутки, нет выраженной интоксикации. Продолжительность периода при типичной холере — несколько часов. II период — острый гастроэнтерит — частый обильный водянистый стул, напоминающий рисовый отвар, рвота, судороги, тяжелое общее состояние. Продолжительность периода — до 12 часов. III период — алгидный — резкое обезвоживание, снижение температуры до	Отравление грибами (анамнестические данные, болевой синдром), отравление клещевиной (анамнестические данные), отравление неорганическими и органическими ядами (групповые отравления, результаты химического анализа), пищевые токсикоинфекции (болевой синдром, повышение температуры, сравнительно редкое развитие заболевания до степени алгида, данные бактериологического ис-

Продолжение

Наименование заболеваний	Источники инфекции	Пути передачи	Инкубационный период	Основные клинические признаки	Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать
1	2	3	4	5	6
				35—34° и ниже, потеря солей, сгущение крови, анурия, ослабление сердечно-сосудистой деятельности (цианоз, нитевидный пульс, падение давления), одышка. Продолжительность периода от нескольких часов до 3—4 дней. Возможен летальный исход. Иногда — IV период — холерный тифоид (повышение температуры, бред, головная боль). Заболевание может закончиться на одном из периодов, обуславливая различные клинические формы. Молниеносная холера — без поноса и рвоты, резкое падение пульса, одышка, анурия, судороги, коллапс. Распространенная в настоящее время холера типа El-tor характеризуется преимущественно легким течением болезни.	следования), ботулинистическая интоксикация (тошнота, рвота, головокружение, комплекс нервнопаралитических явлений, анамнестические данные и данные лабораторных исследований), бактериальная дизентерия (лихорадочная реакция, тенезмы, схваткообразные боли в животе, симптомы гемоколита, стул со слизью и кровью), отравление ядохимикатами, употребляемыми в сельскохозяйственном производстве (см. отличительные признаки холеры).

Продолжение

Наименование заболеваний	Источники инфекции	Пути передачи	Инкубационный период	Основные клинические признаки	Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать
1	2	3	4	5	6
Чума	Грызуны, больной человек, верблюд	Трансмиссивный — через блох, воздушно-капельный. Возможны другие пути	Чаще 1—3 дня; реже — до 6 дней; у привитых против чумы — до 9 дней	Начало заболевания внезапное, острое: сильный озноб, быстрое повышение температуры до 38—40°, резкая головная боль, головокружение, раннее нарушение сознания, бессоница, иногда рвота и бред, гиперемия конъюнктив, цианоз, состояние беспокойства, возбуждения, язык обложен («меловой»), развиваются явления нарастающей сердечно-сосудистой недостаточности. Через сутки развиваются характерные для каждой формы признаки болезни. Бубонная форма — основным признаком является бубон (воспаление ближайшего к месту внедрения возбудителя лимфатического узла) — резко болезненный, плотный, спаянный с окружающей	Бубонную и кожную формы с туляремией (бубон подвижный, менее болезненный, хорошо контурируется, данные лабораторного исследова-

Продолжение

Наименование заболеваний	Источники инфекции	Пути передачи	Инкубационный период	Основные клинические признаки	Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать
1	2	3	4	5	6
				подкожной клетчаткой (неподвижный, плохо контурируемый), максимум развития бубона 8—10 день. Бубон рассасывается, склерозируется или нагнаивается. Температура держится 6—8 дней (без лечения), общее тяжелое состояние. Первичная легочная — на фоне выше перечисленных признаков появляются боли в грудной клетке, одышка, рано наступает угнетение психики, бред; кашель появляется с самого начала заболевания, мокрота часто пенистая с прожилками алой крови; характерно — несоответствие между данными объективного обследования легких и общим тяжелым состоянием больного; продолжительность	ния); кожной формой сибирской язвы (отсутствие болезненности, значительная отечность, дополнительное высыпание вокруг струпа новых пузырьков, данные лабораторного исследования), сапом (узелки твердоватые, безболезненные, лимфангоит, данные лабораторного исследования), лимфоаденитом вульгарной этиологии (наличие первичного аффекта, лимфангоита, данные лабораторного исследования) Легочную с крупозной пневмонией (наличие ржавой вязкой мокроты, herpes

Продолжение

Наименование заболеваний	Источники инфекции	Пути передачи	Инкубационный период	Основные клинические признаки	Заболевания, с которыми необходимо дифференцировать
1	2	3	4	5	6
				болезни 2—4 дня; без лечения — 100% летальность. Септическая — *ранняя тяжелая интоксикация*, чрезвычайно тяжелые общие симптомы заболевания и быстрая смерть (резкое падение кровяного давления, кровоизлияния на слизистых, коже, кровотечение из внутренних органов). Кожная, кожно-бубонная, кишечная формы встречаются редко. Однако, следует иметь в виду, что широкое применение антибиотиков, изменяющих клиническую картину заболевания, создаст возможность появления стертых форм болезни.	labialis, явления интоксикации проявляются позднее, данные лабораторного исследования); *гриппозной бронхопневмонией* (катарральные явления, менее выраженная интоксикация, быстрое падение температуры, данные эпиданамнеза); *туберкулезом легких* (данные эпиданамнеза и лабораторного исследования); *легочной формой сибирской язвы* (катарральные явления, сравнительное обилие перкуторных и особенно аускультативных данных, результат лабораторного исследования, данные эпиданамнеза). Септическую — с септическим состоянием различной этиологии (данные эпидемиологического и лабораторного исследования).

Отличительные признаки холеры

Признак	Холера	Пищевое отравление (гастроэнтерит)	Отравление мышьяком и сурьмой	Отравление бутифосом
Эпидемиология	общение с больным	групповое заболевание, связанное с употреблением одной и той же пищи	одиночное заболевание	групповое заболевание; обработка хлопчатника ядохимикатами
Инкубационный период	24—72 часа, редко до 7 дней	4—24 часа	0,5—2 часа	до 2—3-х часов
Начальный признак заболевания	понос, иногда рвота	рвота	жжение в горле, затем рвота	рвота
Тошнота	не наблюдается или редко	как правило	нет	не наблюдается
Рвота	продолжительная, водянистая, редко с кровью, имеет осадок	обычно в начале заболевания слизистая с примесью крови	мучительная, продолжительная с большой примесью крови и слизи	1—2 раза, непродолжительная
Испражнения	частые, обильные, водянистые, в последующем цвета рисового отвара	обычно начинаются после рвоты, частые, каловые массы с кровью и слизью	задержка, обычно розовые, затем выделяются кровь и слизь	жидкие, водянистые, 2—6 раз
Тенезмы	нет	обычны	резко выражены	резко выражены

Продолжение

Признак	Холера	Пищевое отравление (гастроэнтерит)	Отравление мышьяком и сурьмой	Отравление бутифосом
Боли в животе	нет	сильные	резкие	сильные
Обезвоживание	резко выраженное	незначительное	незначительное	незначительное
Судороги мышц	продолжительные и болезненные	только конечностей, менее продолжительные	болезненные	судороги в нижних конечностях
Температура тела	в начале болезни — нормальная; в период алгида и гастроэнтерита — ниже нормальной	часто 37,8—39°	нормальная, ниже нормальной	чаще повышенная
Головные боли	нет	часто	часто	часто, сильные
Мочеиспускание	задержано	редкое	задержано на поздней стадии отравления	учащено
Картина крови	лейкоцитоз, увеличение мононуклеаров, признаки сгущения крови	без изменений	незначительный лейкоцитоз	лейкопения, нейтропения, лимфоцитоз

Применение антибиотиков при лечении больных карантинными инфекциями

Антибиотики	Метод введения	Дозы при самостоятельном применении в ед.			Дозы при комбинированном применении в ед.		
		зовая	суточная	курсовая	разовая	суточная	курсовая
При бубонной форме чумы							
Стрептомицин Дигидрострептомицин Пасомицин	Внутримышечный	500 000— 1 000 000	1 500 000— 3 000 000	10 500 000— 21 000 000	250 000 — 500 000	750 000— 1 500 000	7500000— 15 000 000
Хлортетрациклин Дибиомицин Окситетрациклин	Через рот	500 000— 1 000 000	2 000 000— 4 000 000	2 0000 000 4 0000 000	500 000	1 500 000	1 5000 000
Мономицин	Внутримышечный	—	—	—	250 000	750 000	7 500 000
При первично-септической, легочной формах чумы							
Стрептомицин Дигидрострептомицин Пасомицин.	Внутримышечный	750 000— 1 000 000	3 000 000— 4 000 000	30 000 000— 40 000 000	250 000— 500 000	1 000 000— 2 000 000	10 000 000— 20 000 000

Продолжение

Антибиотики	Метод введения	Дозы при самостоятельном применении в ед.			Дозы при комбинированном применении в ед.		
		разовая	суточная	курсовая	разовая	суточная	курсовая
Стрептомицин Дигидрострептомицин Пасомицин	Аэрозольный	250 000—500 000	1 000 000—2 000 000	7 000 000—14 000 000	Дополнительно к внутримышечному введению при легочной форме		
	Через нос	125 000—250 000	500 000—1 000 000	3 500 000—7 000 000			
Хлортетрациклин Дибиомицин Окситетрациклин	Через рот	—	—	—	500 000	2 000 000	2 0000 000
Мономицин	Внутримышечный	—	—	—	250 000	1 000 000	1 000 0000
При холере							
Тетрациклин	Внутримышечный	200 000	800 000	5 600 000	—	—	—
	Через рот	200 000	800 000	5 600 000			
Сигмамицин	Внутримышечный	100 мг	300—400 мг	2 100—2 800	При улучшении состояния можно переходить на олететрин		

Продолжение

Антибиотики	Метод введения	Дозы при самостоятельном применении в ед.			Дозы при комбинированном применении в ед.		
		разовая	суточная	курсовая	разовая	суточная	курсовая
Олететрин	Через рот	250 000	1 000 000	7 000 000	—	—	—
Левомицетин	Через рот	0,75—1,0	3,0—4,0	21,0—28,0	—	—	—
Стрептомицин	Внутримышечный	500 000	1 000 000	4 000 000—5 000 000			
	Через рот	500 000	1 000 000	7 000 000	— дополнительно к внутримышечному введению		
При оспе							
Пенициллин	Внутримышечный	200 000—300 000	600 000—1 200 000		Применяется с момента высыпания элементов		
Стрептомицин	„	250 000—500 000	500 000—1 000 000				

Применение антибиотиков для профилактики лиц, соприкасавшихся с больными карантинными инфекциями

Антибиотики	Метод введения	Дозы при самостоятельном применении в ед.			Дозы при комбинированном применении в ед.		
		разовая	суточная	курсовая	разовая	суточная	курсовая
При чуме:							
Стрептомицин Дигидрострептомицин	Внутримышечный	500 000	1 000 000	5 000 000	250 000	500 000	2 500 000
Пасомицин	Через рот	—	—	—	500 000	1 000 000	5 000 000
Пасомицин Стрептомицин	Аэрозольный	250 000 — 500 000	500 000— 1 000 000	1 500 000— 3 000 000	Дополнительно к внутримышечному введению		
Стрептомицин Пасомицин	Через нос	125 000— 250 000	250 000— 500 000	750 000— 1 500 000			
Хлортетрациклин дибиомицин, окситетрациклин	Через рот	500 000	1 500 000	7 500 000	500 000	1 000 000	5 000 000
Мономицин	Внутримышечный	500 000	1 000 000	5 000 000	250 000	500 000	2 500 000
Мицерин	Внутримышечный	200 000	600 000	1 800 000			

Продолжение

Антибиотики	Метод введения	Дозы при самостоятельном применении в ед.			Дозы при комбинированном применении в ед.		
		разовая	суточная	курсовая	разовая	суточная	курсовая
Окситетрациклин	Внутримышечный	200 000	800 000	4 000 000	—	—	—
При холере							
Левомицетин	Через рот	0,5 г	1,5 г	4,5 г	—	—	—
Тетрациклин	Через рот	200 000	600 000	1 800 000	—	—	—
Олететрин	Через рот	250 000	750 000	2 250 000	—	—	—
Синтомицин	Через рот	1,0	3,0	9,0	—	—	—

СПИСОК

основных инструкций и методических пособий по чуме, холере и натуральной оспе

1. Методические пособия к составлению комплексного плана противоэпидемических мероприятий по обеспечению санитарной охраны территории от завоза и распространения карантинных заболеваний. Москва, 1966 г.

2. Правила по санитарной охране территории СССР от завоза и распространения карантинных и других инфекционных заболеваний. Москва, 1967 г.

3. Инструкция по режиму работы с материалом, зараженным или подозрительным на зараженность возбудителями чумы, холеры, сапа, мелиоидоза, натуральной оспы, сибирской язвы, туляремии и бруцеллеза (для противочумных учреждений, отделов особо опасных инфекций санитарно-эпидемиологических станций и институтов и других противоэпидемических и лечебно-профилактических учреждений). Москва, 1967 г.

4. Инструкция по экстренной профилактике и лечению больных чумой, 1966 г.

5. Инструкция по патологоанатомической работе противочумных учреждений. Саратов, 1963 г.

6. Наставление по ускоренной диагностике возбудителей чумы и холеры, 1957 г.

7. Наставление по применению противочумного костюма, 1959 г.

8. Методическое руководство по борьбе с чумой у верблюдов. Саратов, 1963 г.

9. Инструкция по клинике, лабораторной диагностике, лечению и профилактике холеры, 1966 г.

10. Инструкция по проведению обязательных прививок против натуральной оспы, 1965 г.

11. Инструктивно-методические указания по проверке прививочного иммунитета к оспе у населения. Москва, 1968 г.

12. Инструкция по лабораторной диагностике натуральной оспы, 1966 г.

13. Инструкция по дезинфекции при натуральной оспе, 1965 г.

14. Инструкция по проведению мероприятий в случае заноса заболеваний натуральной оспой, 1961 г.

СОДЕРЖАНИЕ

I. Введение 3
II. Обязанности персонала лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений при выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинной инфекцией (чума, холера, натуральная оспа) 7
А. Общие вопросы 7
Б. Первичные мероприятия при выявлении больного в учреждениях амбулаторно-поликлинической помощи населению 11
а) обязанности участкового врача, выявившего больного на приеме в амбулатории, поликлинике (поликлиническом отделении больницы) 11
б) обязанности участкового врача, выявившего больного на дому 12
в) обязанности врача при выявлении больного в гостинице 13
г) обязанности главного врача амбулатории, поликлиники (заведующего поликлиническим отделением больницы) 15
д) обязанности фельдшера (медицинской сестры) при выявлении больного на фельдшерско-акушерском (фельдшерском) пункте 18
В. Первичные мероприятия при выявлении больного в больнице 20
а) обязанности дежурного врача при выявлении больного в приемном отделении 20
б) обязанности врача-ординатора при выявлении больного в одном из отделений 21
в) обязанности врача-патологоанатома при обнаружении на вскрытии изменений, характерных для чумы, холеры, натуральной оспы 22
г) обязанности заведующего отделением больницы . . 23
д) обязанности главного врача больницы 24

Г. Первичные мероприятия при обнаружении больного на транспорте 26
а) обязанности медицинского работника при выявлении больного в вагоне поезда 26
б) обязанности врача (фельдшера) при выявлении больного в медицинской комнате (медицинском пункте) вокзала (порта) 27
в) обязанности врача (фельдшера) при выявлении больного в самолете в аэропорту 28
г) обязанности судового медика при выявлении больного на судне 29
Д. Обязанности бригады эвакуаторов при перевозке больных, подозрительных на заболевание карантинной инфекцией 30
Е. Первичные мероприятия, проводимые противоэпидемическими учреждениями, при получении сообщения о выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинной инфекцией 32
а) обязанности начальника (заведующего), дежурного врача (фельдшера) санитарно-карантинного (контрольного) пункта (отдела) 32
б) обязанности эпидбригады, направляемой к месту выявления больного (трупа) 33
в) обязанности дезбригады при проведении заключительной дезинфекции в очагах карантинной инфекции . 34
г) обязанности главного врача санитарно-эпидемиологической станции 36

III. ПРИЛОЖЕНИЯ

1. Порядок применения противочумного костюма . . 38
2. Правила забора материала от больного (трупа), подозрительного на заболевание карантинной инфекцией 45
3. Укладка для забора материала от больных и трупов, подозрительных на заболевание чумой, холерой, натуральной оспой 50
4. Меры экстренной профилактики 52
5. Методы и средства заключительной дезинфекции в очаге карантинной инфекции 53
6. Краткие сведения о лечении больных карантинными инфекциями и лиц, соприкасавшихся с ними . . . 54
7. Краткая характеристика натуральной оспы, холеры и чумы 62

8. Отличительные признаки холеры 69
9. Применение антибиотиков при лечении больных карантинными инфекциями 71
10. Применение антибиотиков для профилактики лиц, соприкасавшихся с больными карантинными инфекциями 74
11. Список основных инструкций и методических пособий по чуме, холере и натуральной оспе 76

Л75596. Подписано в печать 8/V—68. Зак. 414. Объем 5 п. л.
Тир. 10 000. Бесплатно.

Типография № 1 Управления по печати Мосгорисполкома
Москва, ул. Макаренко, д. 5/16.

gost.e-ecolog.ru