МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СССР

«Утверждаю»
Начальник Главного
эпидемиологического управления
М. И. Наркевич
02.07.1991 г.
№ 15-6/15

«Утверждаю»
Начальник Главного управления
лечебно-профилактической помощи
детям и матерям
И. А. Лешкевич
09.07.1991 г.
№ 12-14/41-123

«ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА РЕСПИРАТОРНОЙ СТРЕПТОКОККОВОЙ ИНФЕКЦИЕЙ»

(Методические рекомендации)

г. Москва, 1991 год

gost.e-ecolog.ru

Под редакцией зав. кафедрой эпидемиологии Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова академика АМН СССР, профессора В. Д. Белякова.

Методические рекомендации подготовлены:
зав. ПНИЛ по изучению стрептококковых инфекций Н. И. Брико, научный сотр. В. В. Жуков, зав. эпидотделом СЭС г. Москвы Н. Н Филатов, зав. эпидотделом СЭС Ленинского района г. Москвы Е. Г. Гуреева.

Методические рекомендации предназначены для врачей-эпидемиологов, педиатров и других медицинских работников, осуществляющих лечение и профилактику респираторной стрептококковой инфекции.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение 5

1. Определение эпидемиологического надзора и порядок его проведения 5

2. Механизм развития и проявления эпидемического процесса респираторной стрептококковой инфекции 6

3. Методы и средства профилактики респираторной стрептококковой инфекции 10

4. Организационная структура и функциональные направления деятельности учреждений, подразделений и должностных лиц, занятых лечением и профилактикой стрептококковой инфекции 13

5. Эпидемиологическая диагностика в системе эпидемиологического надзора 18

6. Планирование профилактических мероприятий, направленных на достижение цели эпидемиологического надзора . . . 20

Приложение. Информационное обеспечение системы эпидемиологического надзора за респираторной стрептококковой инфекцией 23

ВВЕДЕНИЕ

Респираторная стрептококковая инфекция (ангина и ОРЗ стрептококковой этиологии, скарлатина) является одним из наиболее распространенных заболеваний бактериальной природы. В среднем в СССР 6—8 млн. детей и лиц юношеского возраста поражены стрептококковой инфекцией, что приносит экономический ущерб порядка 300—350 млн. рублей ежегодно.

С уровнем заболеваемости респираторной стрептококковой инфекцией тесно связана распространенность первичного ревматизма и частота его рецидивов. В отдельных регионах страны первичный ревматизм встречается с частотой 0,1 случай на 1000 населения, а его распространенность (превалентность) составляет до 17 случаев на 1000. По данным ВОЗ на поражения сердца, связанные со стрептококковой инфекцией, приходится 37—75 % случаев от всех заболеваний сердца. Велика угроза инвалидизации переболевших, нельзя полностью исключить смертность от ревматизма.

Особую значимость проблема профилактики респираторной стрептококковой инфекции приобретает в детских и взрослых организованных коллективах, характеризующихся продолжительной и интенсивной циркуляцией возбудителя.

Сложившаяся система профилактики стрептококковой инфекции не в состоянии повлиять на уровень заболеваемости. Действующие в стране инструкции явно устарели и не отражают современные представления о механизме развития эпидемического процесса.

В современных условиях рационализация мер борьбы со стрептококковой инфекцией, создание системы эпидемиологического надзора — наиболее прогрессивной организационной формы управления эпидемическим процессом — является одной из первоочередных задач здравоохранения.

1. Определение эпидемиологического надзора и порядок его проведения.

1.1. Эпидемиологический надзор за респираторной стрептококковой инфекцией — это динамическая оценка заболеваемости ангиной и стрептококковыми ОРЗ в организован-

ных коллективах детей и взрослых, обеспечивающая своевременное проведение лечебно-профилактических мероприятий в них с конечной (генеральной) целью предупреждения заболеваний скарлатиной и ревматизмом и снижения заболеваемости ангиной и другими проявлениями стрептококковой инфекции.

1.2. Предупреждение заболеваний ревматизмом и групповых заболеваний скарлатиной, снижение уровня заболеваемости ангиной и другими проявлениями стрептококковой инфекции обеспечивается решением следующих взаимосвязанных задач:

— своевременное выявление, клинико-эпидемиологическая и лабораторная диагностика заболеваний ангиной и стрептококковыми ОРЗ в организованных коллективах;

— своевременное и полноценное этиотропное лечение ангин и стрептококковых ОРЗ, возникающих в организованных коллективах, особенно после их формирования или частичного обновления;

— экстренная профилактика стрептококковой инфекции в организованных коллективах при возникновении ревматизма, групповых заболеваний скарлатиной в результате развития эпидемии ангины и стрептококковых ОРЗ;

— выявление и санация лиц с хроническими поражениями носоглотки (тонзиллит, синуситы и т. д.);

— проведение санитарно-гигиенических мероприятий по обеззараживанию воздуха в спальных и других помещениях. Ежедневная влажная уборка, кварцевание, воздухоочистительные аэрозоли, проветривание и т. д.

— организация правильного размещения детей и взрослых в спальных и других помещениях (рассредоточение групп, недопущение переуплотнения в спальной комнате и др.).

1.3. Эпидемиологический надзор проводится на основе:

— эпидемиологических особенностей стрептококковой инфекции;

— современных средств и методов профилактики;

— существующей организационной структуры системы лечения и профилактики респираторного стрептококкоза;

— сложившегося информационного обеспечения системы лечения и профилактики стрептококковой инфекции.

2. Механизм развития и проявления эпидемического процесса респираторной стрептококковой инфекции.

2.1. β-гемолитический стрептококк группы А (Str. pyogenes) является этиологическим агентом целого ряда заболеваний, которые в современной номенклатуре и классификации

болезней выделены отдельными рубриками, содержащимися в различных классах.

К заболеваниям, которые являются проявлениями стрептококковой инфекции можно отнести ангину, отдельные формы ОРЗ, скарлатину, ревматизм, острый гломерулонефрит, рожу, некоторые формы гнойных осложнений различной локализации и сепсиса, острые заболевания кожи и подкожной клетчатки (импетиго, эктима).

2.2. Возбудитель стрептококковой инфекции (Str. pyogenes) — облигатный паразит человека, обладающий рядом особенностей. Это прежде всего, резко выраженная неоднородность (гетерогенность) по антигенной структуре, вирулентности и ряду других признаков. В процессе взаимодействия стрептококка с гетерогенной по степени восприимчивости к нему популяцией людей происходит развитие различных клинических проявлений болезни у отдельных лиц и периодическая смена ведущих Т — и М — серотипов бактерий, обусловленная изменением иммунологической структуры человеческой популяции.

В зависимости от экологических свойств выделяют «кожные» (вызывающие различные поражения кожи) и «респираторные» (вызывающие различные поражения верхних дыхательных путей) штаммы стрептококка. «Респираторные» штаммы, как правило, более вирулентны, чем «кожные» стрептококки и имеют самостоятельную циркуляцию. «Кожные» штаммы, возможно, заселяют в последующем и верхние дыхательные пути. Однако, экологическая связь между ними пока изучена недостаточно. Известно, что после перенесенной респираторной стрептококковой инфекции в ряде случаев возникает ревматизм и гломерулонефрит. В то же время, после кожных поражений, обусловленных Str. pyogenes, как правило, возникает только гломерулонефрит. В последние годы показано, что ревматизм чаще всего возникает после инфицирования стрептококком типа 5, гломерулонефрит — 12, 24, 19, 49 и других серотипов возбудителя, то есть возможно наличие «ревматогенных» и «нефритогенных» штаммов стрептококка.

2.3. Гетерогенность популяции хозяина проявляется в неодинаковой способности людей к реакции на внедрение возбудителя, что кроме развития различных клинических проявлений стрептококкоза, проявляется феноменом носительства стрептококка. Показано, что частота носительства Str. pyogenes составляет в среднем среди детей дошкольного и школьного возраста 15—20 %, в определенных эпидемиологических ситуациях эти цифры увеличиваются до 50—60 %.

2.4. Перечисленные экологические особенности возбудителя и реактивности людей определяют закономерности возникновения и распространения в человеческой популяции проявлений стрептококковой инфекции. Наиболее изучены особенности эпидемиологии респираторных форм стрептококковой инфекции и связанного с ними ревматизма, что позволяет обосновать по отношению к ним мероприятия эпидемиологического надзора.

Основные клинические проявления респираторной стрептококковой инфекции (ангина, стрептококковые ОРЗ, скарлатина, ревматизм) являются болезнями организованных коллективов: детских дошкольных учреждений, школ, интернатов, общежитий и т. п.

Наличие в коллективе 15—20 % длительных носителей определяет практически постоянное наличие стрептококка в популяции человека. При этом стрептококк находится под определенным воздействием иммунитета носителей. Вирулентность его снижена. При формировании и обновлении состава коллективов в них приходят как носители стрептококка, так и восприимчивые лица. При циркуляции микроба среди восприимчивой прослойки людей гетерогенность популяции стрептококка сначала возрастает, а затем преимущество к размножению получают варианты возбудителя с более выраженной вирулентностью. Формируется эпидемический вариант стрептококка, что в коллективе проявляется в виде нарастания числа носителей и возникновением отдельных (спорадических) заболеваний ангиной. В силу того, что вирулентность возбудителя нарастает постепенно, ангина может иметь стертую клиническую картину и диагностироваться как ОРЗ. По данным специальных исследований в отдельные периоды 15—30 % всех ОРЗ можно связать со стрептококковой инфекцией. В то же время 25—30 % заболеваний в силу легкости клинического течения не попадает в поле зрения врачей. Рост носительства и появление первых заболеваний усиливают циркуляцию вирулентного варианта стрептококка (увеличивается интенсивность аэрозольного механизма передачи), что приводит к стадии эпидемического распространения. В эту стадию возникает наибольшее количество манифестных типичных форм ангины, однако, одновременно продолжают регистрироваться стертые формы ангин (стрептококковые ОРЗ). При наличии в коллективе лиц, восприимчивых к стрептококковому экзотоксину, и способности возбудителя его вырабатывать, на фоне эпидемии ангины возникают случаи скарлатины. Риск заболеть ревматизмом в этот период увеличивается в 10 раз.

В результате развития эпидемии стрептококковой инфекции в коллективе вырабатывается иммунитет к эпидемическому варианту возбудителя. В этих условиях преимущество к распространению в коллективе получают слабовирулентные и невирулентные варианты стрептококка. Число манифестных форм инфекции падает. Эпидемический процесс переходит сначала в стадию становления резервационного варианта возбудителя, а затем в стадию резервации, которая характеризуется почти полным отсутствием манифестных форм инфекции.

Резервуар возбудителя сохраняется за счет длительных носителей стрептококка. Скарлатина, ОРЗ и ангина имеют сезонный рост заболеваемости в сентябре — декабре с максимумом в ноябре. Это обуславливается интенсивно действующим в этот период времени фактором «перемешивания», который реализуется при формировании или частичном обновлении организованных детских коллективов. Сроки формирования эпидемического варианта возбудителя, зависят от условий жизни коллективов, таких как, численность, скученность, степень обновления и прочих факторов. Поэтому максимум заболеваемости респираторными проявлениями стрептококка в зависимости от комбинации этих условий, может сдвигаться на относительно раннее или более позднее время. Аналогичную природу имеет годовая динамика заболеваемости первичным ревматизмом и возникновение его рецидивов. Максимум заболеваний приходится на осенне-зимний период, что соответствует пику эпидемии ангины.

Таким образом, современные представления о механизме развития эпидемического процесса респираторной стрептококковой инфекции учитывают новые данные, роль которых прежде не акцентировалась.

Во-первых, это признание важной роли бессимптомных носителей пиогенного стрептококка, взаимодействие которых с восприимчивым к стрептококку лицами является пусковым фактором изменения вирулентных свойств возбудителя, и, следовательно, началом развития эпидемического процесса в коллективе (фактор «перемешивания»).

Во-вторых, это связанное с постепенным нарастанием вирулентности возбудителя и изменением коллективной восприимчивости, последовательное появление в организованных коллективах манифестных проявлений эпидемического процесса от стертых форм (ОРЗ) до выраженных (стрептококковые ангины и скарлатина). Вообще, появление в коллективе заболеваний скарлатиной, является эпидемиологическим

критерием крайне неблагополучной ситуации по стрептококкозу.

В-третьих, это необходимость учитывать взаимодействие двух социально-детерминированных условий развития эпидемического процесса, регулирующих уровень заболеваемости, сроки наступления и продолжительность эпидемического подъема; концентрации вновь поступивших в коллектив лиц и условия их размещения.

3. Методы и средства профилактики респираторной стрептококковой инфекции.

3.1. Представленный механизм развития эпидемии стрептококковой инфекции определяет пути профилактики, основу которой составляют лечебно-диагностические мероприятия.

Реальность такого подхода объясняется тем, что Str. pyogenes остается в настоящее время чувствительным к действию пенициллина и его производных. Применение препаратов группы пенициллина может обеспечить предупреждение и групповых заболеваний скарлатиной, ревматизма и снижение уровня заболеваемости ангиной и стрептококковыми ОРЗ.

3.2. Ранняя и активная диагностика и изоляция заболевших имеет особое значение для профилактики респираторной стрептококковой инфекции, так как начальными проявлениями эпидемического процесса преимущественно являются стертые и нетипичные клинические формы (ОРЗ стрептококковой этиологии, катаральные ангины и т. д.). Своевременное удаление таких больных из коллектива позволяет значительно уменьшить распространение возбудителя в коллективе и тем самым замедлить темп развития эпидемического процесса.

Для этого необходима организация тщательного доврачебного и врачебного осмотра, своевременная изоляция заболевших уже по результатам доврачебного обследования до уточнения диагноза педиатров. Для выявления заболевших должен быть привлечен немедицинский персонал тесно общающийся с детьми и имеющий возможность заметить ранние признаки респираторных заболеваний и направить детей на медицинский осмотр или оформить активный вызов педиатра на дом.

Диагностика типичных форм стрептококковой инфекции не вызывает затруднений в силу их характерной симптоматики, однако диагностика нетипичных и стертых форм стрептококкоза затруднена из-за отсутствия характерных симптоматических признаков. В таких случаях необходимо использовать

бактериологический метод диагностики. Определенную помощь окажет и клинико-эпидемиологический подход к диагностике респираторной стрептококковой инфекции. Закономерная и характерная динамика появления и смены в коллективе различных клинических форм приводит к появлению на высоте эпидемии стрептококкоза заболеваний скарлатиной. Это служит своеобразным эпидемиологическим маркером наличия в коллективе вирулентного варианта Str. pyogenes, что позволяет установить стрептококковую природу ряда случаев ангин и острых респираторных заболеваний, возникающих у детей из окружения больных скарлатиной.

Появление в организованном коллективе заболеваний скарлатиной и значительного числа ангин, сопровождающихся заболеваниями ОРЗ, свидетельствует о крайне напряженной эпидемической обстановке. В такой обстановке риск появления заболеваний ревматизма крайне высок и поэтому ранняя диагностика, изоляция и полноценное этиотропное лечение всех больных должны проводиться особо тщательно. Для купирования таких вспышек респираторного стрептококкоза требуется лечение препаратами пенициллинового ряда больных не только явными, но и скрытыми формами стрептококковой инфекции с использованием методов, изложенных в рекомендациях Минздрава СССР от 19.02.81 за № 10/11-30 «Профилактика ревматизма и его рецидивов у детей и взрослых». Как дополнительное средство, обладающее синергическим действием, вместе с антибиотиками при лечении заболевших стрептококкозом детей может применяться томицид, что разрешено приказом МЗ СССР от 01.05.84. за № 514 «О разрешении производства и применения томицида». Томицид изготавливается на предприятии биологических медицинских препаратов («Биомед» им. И. И. Мечникова. Моск. обл., Красногорский район, с. Петрово-Дальнее). Иногда персонал детских учреждений, регулярно контактировавший с заболевшими детьми, может становиться носителем S. pyogenes и должен быть санирован. Так как подобная ситуация может повторяться часто, то это делает нецелесообразными применение препаратов пенициллинового ряда. В подобных случаях может быть применен томицид, в виде полосканий зева пятикратно по 5—10 мл в течение 5—7 дней, по показаниям врача оториноларинголога.

3.3. Санитарно-гигиенические мероприятия предполагают контроль за условиями размещения и санитарно-гигиеническим режимом в организованных коллективах.

Воздушно-капельная передача пиогенного стрептококка наиболее эффективна при непосредственном близком и про-

должительном контакте, сопровождающемся экзальтированной речью, пением, скандированием и т. п. Большое значение могут иметь мероприятия, направленные на организацию правильного размещения детей и взрослых в спальных помещениях, игровых комнатах, классах и др. (рассредоточение групп предотвращение переуплотнения в спальных комнатах, соблюдение дистанций между кроватями, партами на уровне санитарных норм и т. п.). Имеет важное значение регулирование воздушного режима в спальных помещениях, помещениях массовых занятий (проветривание, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение).

3.4. Санитарно-просветительная работа среди медицинского персонала организованных коллективов должна быть направлена на совершенствование знаний о закономерностях развития эпидемического процесса респираторного стрептококкоза в конкретных условиях их деятельности, о средствах и методах диагностики, лечения и профилактики заболеваний. Целью санитарно-просветительной работы среди немедицинского персонала, детей и взрослых является получение знаний и навыков по раннему выявлению и изоляции заболевших респираторной патологией, обоснованности и необходимости проведения тех или иных лечебных и профилактических мероприятий.

3.5. К дополнительным мероприятиям по профилактике стрептококковой инфекции относятся плановые действия, предусматривающие повышение неспецифической резистентности и адаптационных возможностей организма. Сюда могут входить: систематическое закаливание, занятия физкультурой, водные процедуры, рациональная организация режима трудовой деятельности и отдыха, рациональное питание и т. п. действия.

3.6. Лабораторные исследования играют важную роль в системе эпидемиологического надзора за респираторной стрептококковой инфекцией и должны широко использоваться для выявления стертых форм заболеваний ангиной и скарлатиной, стрептококковых ОРЗ. Эти исследования должны быть направлены на распознавание эпидемического процесса на ранних стадиях его становления и активизации. Малое научно-производственное предприятие «Акваласт» и предприятие по производству бакпрепаратов ЛенНИИЭМ им. Пастера (197101, г. Ленинград, ул. Мира, 14) разработали и наладили производство коагглютинационного набора для экспресс-диагностики стрептококка группы А. Набор предназначен для идентификации группоспецифического антигена стреп-

тококка группы А непосредственно в материале из слизистой зева и кожи больного стрептококковой инфекцией в течение 10 минут. Он может быть использован для работы в приемном покое больницы, в поликлинике, на дому, и в организованных коллективах детей и взрослых в следующих целях:

— оперативного подтверждения клинического диагноза ангины и стрептококковых ОРЗ и назначения адекватной этиотропной терапии;

— выявления эпидемиологически опасных (число КОЕ на тампон 1000 и более) носителей стрептококка группы А и оценки эффективности их санации антибиотиками;

— обоснования решения на проведение экстренной бициллинопрофилактики эпидемии стрептококковой респираторной инфекции в организованных коллективах;

— оценки эффективности лечения и профилактики респираторной стрептококковой инфекции;

Классические методы лабораторной идентификации возбудителя, предусматривающие выделение чистой культуры стрептококка не пригодны для оперативного подтверждения клинического диагноза из-за отсроченности результатов исследования. Они предназначены для углубленного изучения эпидемической обстановки, накопления информационного материала для обоснованных обобщений на этапе ретроспективного эпидемиологического анализа. Такие исследования могут проводится в специализированных лабораториях, таких как ПНИЛ по изучению стрептококковых инфекций Московской медицинской академии им. И. М. Сеченова, ИЭМ АМН СССР г. Ленинград, ЦИЭ МЗ СССР г. Москва.

4. Организационная структура и функциональные направления деятельности учреждений, подразделений и должностных лиц, занятых лечением и профилактикой стрептококковой инфекции.

4.1. Организационная структура системы лечения и профилактики респираторного стрептококкоза включает лечебно-профилактические и санитарно-эпидемические учреждения. К проведению отдельных видов работ привлекаются должностные лица обслуживающего персонала и педагогических коллективов учреждений и школ.

4.2. Основными лечебно-профилактическими учреждениями системы лечения и профилактики стрептококковой инфекции являются детские и взрослые поликлиники, а также медико-санитарные части. К основным подразделениям, обеспечи-

вающим лечение и профилактику клинических проявлений стрептококковой инфекции относятся дошкольные и педиатрические отделения детских поликлиник, а также кардиоревматологические кабинеты детских и взрослых поликлиник.

Основным функциональным направлением деятельности лечебно-профилактических учреждений в решении задач профилактики стрептококковой инфекции является исполнительское. Медицинский состав этих учреждений осуществляет слежение за движением заболеваемости, обеспечивает своевременное выявление больных и клиническую диагностику заболеваний, отстранение заболевших ангиной и стрептококковыми ОРЗ от посещения детских учреждений, а также этиотропное лечение больных.

4.2.1. Средний медицинский работник медицинского кабинета детского учреждения осуществляет:

— выявление больных ангиной, оформление активного вызова педиатра и отстранение от посещения учреждения;

— учет всех больных ангиной и ОРЗ;

— своевременный доклад врачу медицинского кабинета о динамике заболеваний ангиной и ОРЗ;

— проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в детском учреждении;

— допуск переболевшего в детское учреждение по предоставлению справки, удостоверяющей правильность лечения;

— проведение санитарной пропаганды среди обслуживающего персонала, педагогов и родителей;

4.2.2. Врач медицинского кабинета детского учреждения осуществляет:

— организацию активного выявления детей, заболевших всеми формами респираторного стрептококкоза;

— диагностику различных клинических форм респираторного стрептококкоза;

— оценку динамики заболеваемости ангиной и стрептококковыми ОРЗ и использование эпидемиологических данных в клинической диагностике проявлений стрептококкоза и для контроля правильности лечения;

— организацию и контроль проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий в детском учреждении;

— проведение медицинских мероприятий, направленных на повышение неспецифической резистентности организма детей;

— санитарно-просветительскую работу среди обслуживающего персонала, педагогов и родителей;

— методическую работу и контроль за деятельностью среднего медицинского персонала.

4.2.3. Участковый педиатр осуществляет:

— своевременную и полноценную клиническую и бактериологическую диагностику и лечение больных стрептококковой инфекцией;

— активное привлечение врачей-специалистов детской поликлиники (ЛОР, ревматолог, инфекционист и т. д.) для консультации при постановке диагноза и амбулаторном ведении больных;

— анализ состояния и тенденций заболеваемости респираторным стрептококкозом на участке.

4.2.4. Заведующий дошкольно-школьным отделением детских поликлиник:

— обеспечивает взаимодействие и преемственность при проведении лечебно-профилактических мероприятий силами медицинского персонала детских учреждений и участковых педиатров;

— организует теоретическую и методическую подготовку медицинских кадров;

— контролирует деятельность участковых педиатров и медицинского персонала детских учреждений.

4.2.5. Врач-кардиоревматолог детской поликлиники:

— обеспечивает выявление, лечение и диспансерное наблюдение за больными ревматизмом;

— осуществляет контроль и оказывает методическую помощь врачам-педиатрам в диагностике и первичной профилактике ревматизма.

4.2.6. Врач-отоларинголог:

— оказывает помощь в своевременной диагностике и полноценном лечении ангин и ОРЗ и их осложнений.

4.2.7. Главный врач детской поликлиники:

— формулирует цели и задачи лечебно-профилактической работы по респираторной стрептококковой инфекции на календарный год, планирует мероприятия, направленные на предупреждение заболеваемости, ставит задачи перед исполнителями;

— осуществляет согласование плана с санитарно-эпидемиологической и кардиоревматической службами, обеспечивает выполнение плана необходимыми материальными и лекарственными средствами;

— организует совещания, семинары по различным вопросам диагностики, лечения и профилактики стрептококковой

инфекции с привлечением необходимых специалистов из научно-практических учреждений;

— контролирует всю деятельность медицинского персонала, занятого в системе лечения и профилактики стрептококковой инфекции и оценивает эффективность проводимых мероприятий.

4.3. В разных типах организованных коллективов и в разные периоды времени эпидемический процесс респираторной стрептококковой инфекции приобретает различное течение. В связи с этим правильный и направленный выбор профилактических и противоэпидемических мероприятий возможен лишь с учетом конкретно сложившейся эпидемической обстановки.

Всю деятельность медицинского персонала в организованных коллективах можно разделить на:

— текущую деятельность по ежедневной оценке эпидемической ситуации в коллективе;

— мероприятия по снижению заболеваемости стрептококковыми ОРЗ, ангинами, скарлатиной и предупреждению ревматизма;

— мероприятия по купированию развившейся вспышки скарлатины (ревматизма).

4.4. Для организации правильных и достаточных по объему мероприятий необходима постоянная оценка эпидемической ситуации, складывающейся в детском коллективе. Для этого медицинской сестрой проводится:

— ежедневный учет отсутствующих детей и оперативное выяснение причин их отсутствия;

— ежедневная регистрация заболеваний скарлатиной, ангинами и ОРЗ;

— использование экспресс-метода для лабораторного подтверждения этиологии заболеваний.

4.5. Анализ динамики возникновения ОРЗ и ангин в коллективе служит основой для ряда организационных мероприятий. При нарастании числа стрептококковых ОРЗ и появления на их фоне заболеваний ангинами медицинскому персоналу необходимо:

— провести совместно с педагогами (воспитателями) усиленную работу по активному выявлению больных стертыми формами:

— широко использовать для этих целей метод экспресс — идентификации возбудителя;

— отстранить детей с выявленными поражениями респираторного тракта от посещения детского коллектива с оформ-

лением активного вызова участкового врача на дом и извещении его о контакте с больным стрептококковой инфекцией;

— допускать переболевших ангиной или ОРЗ из очага инфекции по предъявлению справки с отметкой о проведенном лечении;

4.6. При развившейся вспышке ангины и скарлатины необходимо:

— сообщить врачу СЭС о сложившейся в коллективе эпидемической ситуации;

— установить активное медицинское наблюдение за всеми детьми, бывшими в очаге инфекции (в течение 7 дней со дня последнего контакта, с ежедневным осмотром носоглотки, термометрии, осмотром кожных покровов);

— отстранить всех больных детей от посещения детского учреждения с оформлением им активного вызова участкового врача на дом с извещением его о ситуации в коллективе;

— в связи с высоким риском заболевания ревматизмом антибиотикотерапии подлежат не только с явными, но и скрытыми формами болезни;

— не принимать в коллектив переболевших без выполнения условия адекватной антибиотикотерапии.

4.7. Санитарно-эпидемиологическая станция выполняет функции управления в системе профилактики стрептококковой инфекции. Основными функциональными направлениями деятельности должностных лиц СЭС являются: эпидемиолого-диагностическое, организационное, методическое и контрольное. Для выполнения этих функциональных направлений деятельности на районном и городском уровнях противоэпидемической системы из состава противоэпидемического отделения СЭС первой категории выделяется врач-эпидемиолог, курирующий группу аэрозольных антропонозов и ответственный за организацию профилактики стрептококковой инфекции в районе. Эпидемиолог районной СЭС второй и третьей категории эпидемиологический надзор проводит наряду с надзором за всеми другими инфекционными заболеваниями. К проведению различных видов работ в основном контрольно-методического характера, в зависимости от обстановки, привлекаются помощники эпидемиолога, специалисты отделений гигиены детей и подростков санитарно-гигиенического отдела и других подразделений СЭС. По мере дальнейшей разработки и внедрения лабораторных методов диагностики различных проявлений стрептококковой инфекции на бактериологическую лабораторию СЭС будут возлагаться исполнительские функции по обеспечению полного объема лабораторных ис-

следований в системе профилактики и лечения стрептококковой инфекции.

5. Эпидемиологическая диагностика в системе эпидемиологического надзора.

В основе эпидемиологической диагностики лежит:

— ретроспективный эпидемиологический анализ и проведение на основе его результатов адекватного планирования;

— оперативный эпидемиологический анализ и проведение в ходе его мероприятий по вмешательству в течение эпидемического процесса.

5.1. Ретроспективный эпидемиологический анализ- один из основных разделов эпидемиологического надзора, осуществляемый врачом-эпидемиологом, ответственным за профилактику стрептококковой инфекции.

Ретроспективный анализ проводится в конце календарного года перед планированием мероприятий на очередной год или более отдаленную перспективу.

Ретроспективный эпидемиологический анализ решает следующие задачи:

— определение уровней и тенденций развития заболеваемости респираторным стрептококкозом за анализируемый год в сопоставлении с данными прошедших лет;

— исследование закономерностей внутригодовой динамики заболеваемости данного года и в сопоставлении со среднемноголетними данными;

— оценка эффективности проведенных лечебно-профилактических мероприятий и качества работы.

Совокупным результатом ретроспективного анализа заболеваемости должны являться:

— выявление групп-риска — контингентов, наиболее поражаемых респираторным стрептококкозом;

— определение времени риска во внутригодовой динамике заболеваемости, выяснение особенностей возникновения, роста и снижения заболеваний, распознования завозных и возникших внутри коллективов заболеваний. Полученные при этом данные должны учитываться при слежении за заболеваемостью в ходе оперативного эпидемиологического анализа.

Совокупность данных о группах риска и времени риска позволяет сделать выводы о факторах риска, различающихся в каждом конкретном коллективе, что и позволяет, в конечном счете, сделать адекватный выбор профилактических мероприятий и произвести изменения в планировании.

5.2. Эффективность профилактики стрептококковой инфекции в районе (городе) и на отдельных участках оцени-

вается на основе изменений, произошедших в характере эпидемического процесса, которые могут быть достоверно объяснены влиянием проведенных лечебно-профилактических мероприятий.

Критериями эффективности проведенных мероприятий являются:

— устойчивая тенденция к снижению уровня заболеваемости проявлениями респираторной стрептококковой инфекции на фоне проводимых мероприятий;

— достоверное снижение показателя заболеваемости в анализируемом году в соответствии со среднемноголетними данными заболеваемости совокупного населения, а также отдельных возрастных групп населения;

— изменений, произошедших в характере распределения заболеваемости по отдельным группам и коллективам;

— изменений в характере внутригодовой (помесячной) заболеваемости совокупного населения, а также в отдельных группах и коллективах в анализируемом году в сопоставлении со среднемноголетними данными. Отсутствие фактического эффекта может свидетельствовать о недостаточном качестве работы проявляющемся:

— в некачественном проведении эпидемиологической диагностики и, следовательно, ошибках в выборе действенных профилактических мероприятий и в распределении сил и средств;

— в некачественной исполнительской деятельности по проведению адекватно выбранных мероприятий в жизнь.

5.3. Оперативный эпидемиологический анализ проводится в течение всего календарного года и включает:

— контроль выполнения учреждениями, подразделениями и должностными лицами плановых мероприятий по профилактике стрептококковой инфекции;

— регистрацию и учет ежеквартальной заболеваемости ОРЗ и скарлатиной в детских дошкольных учреждениях и школах, слежение за происходящими изменениями в условиях жизни и функционирования детских коллективов;

— использование полученных эпидемиологических данных при организации активного выявления заболевших стертыми маломанифестными формами респираторной патологии, при назначении или отмене заболевшим ОРЗ и ангинами этиотропного лечения.

— выявление тенденции в развитии заболеваемости, контроль за сроками, полнотой и качеством проведения лечебно-профилактических мероприятий, оценку их эффективности и принятие решений по их изменению или дополнению;

— эпидемиологическое обследование очагов скарлатины с целью описания, а также вскрытия причин и условий формирования вспышек острой респираторной стрептококковой инфекции в организованных коллективах с последующим оформлением вытекающих из результатов обследований организационных решений;

— ежеквартальный анализ эпидемической обстановки по стрептококковой инфекции в районе с оформлением информационных писем по результатам анализа.

6. Планирование профилактических мероприятий, направленных на достижение цели эпидемиологического надзора.

6.1. Планирование профилактики стрептококковой инфекции проводится в соответствии с результатами ретроспективного эпидемиологического анализа и включает составление:

— проблемно-тематического плана профилактики инфекции в районе;

— разделов функционально-отраслевых планов учреждений, подразделений и отдельных должностных лиц по реализации проблемно-тематического плана профилактики стрептококковой инфекции.

6.2. Проблемно-тематический план является основным документом, определяющим профилактику стрептококковой инфекции. Проект плана готовит врач-эпидемиолог, ответственный за профилактику стрептококковой инфекции. План оформляется отдельным разделом комплексного плана профилактики инфекционных заболеваний в районе. По мере накопления опыта работы предпочтительно оформление самостоятельной целевой программы профилактики стрептококковой инфекции: срок действия которой определяется возможностями обеспечения мероприятий по достижению конечной (генеральной) цели.

6.3. Проблемно-тематический план (целевая программа) включает:

— управленческую цель;

— основные положения управленческого решения по достижению цели;

— перечень конкретных мероприятий с указанием исполнителей и сроков исполнения реализующих управленческое решение по достижению управленческой цели.

6.4. Управленческая цель формулируется на основе:

— требований генеральной цели;

— результатов ретроспективного эпидемиологического анализа;

— реального материального обеспечения на планируемый период. На первых этапах работы в соответствии с настоящими рекомендациями управленческая цель формулируется

в терминах качества (снижения заболеваемости) с последующим переходом по мере накопления опыта на термины количества (снижения во столько то раз, предупреждение заболеваемости во стольких то коллективах и т.д.).

6.5. Управленческое решение отражает основные разделы работы по достижению управленческой цели с учетом результатов ретроспективного эпидемиологического анализа по оценке проблем, а также качества исполнительской и управленческой работы. Оно включает:

— необходимую теоретическую и методическую подготовку персонала, занятого лечением и профилактикой стрептококовой инфекции;

— мероприятия по совершенствованию информационного обеспечения (введения обязательной регистрации ангин и ОРЗ, составление еженедельных сводок о заболеваемости в детских учреждениях и т. д.);

— мероприятия по обеспечению лечебных учреждений пенициллином и наборами для экспресс-идентификации стрептококка группы А;

— организационно-методические и контрольные мероприятия по обеспечению своевременного выявления, диагностики и этиотропного лечения больных ангиной и ОРЗ стрептококковой этиологии и проведение по показаниям экстренной бициллинопрофилактики.

6.6. Управленческое решение детализируется конкретными мероприятиями, которые в проблемно-тематическом плане оформляются в качестве рекомендаций по составлению функционально-отраслевых планов отдельными учреждениями, подразделениями и должностными лицами.

6.7. Функционально-отраслевые планы учреждений, подразделений и должностных лиц системы лечения и профилактики стрептококковой инфекции составляются с учетом их функциональных предназначений. Раздел функционально-отраслевых планов, касающихся профилактики стрептококковой инфекции, составляется в соответствии с требованиями проблемно-тематического плана. Эпидемиолог, ответственный за профилактику стрептококковой инфекции, контролирует полноту реализации проблемно-тематического плана в функционально-отраслевых планах.

Вопросы планирования подобных мероприятий подробно рассмотрены в Методических рекомендациях ГУЗМа от 10.09.1987 г. «Планирование деятельности районной санэпидстанции по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний».

Информационное обеспечение системы эпидемиологического надзора за респираторной стрептококковой инфекцией

Информацинная база данных, необходимых для обеспечения эпидемиологического надзора за респираторной стрептококковой инфекцией представляет собой совокупность учетных и отчетных документов (форм) лечебно-профилактических и санитарно-эпидемиологических учреждений, а также директивных, методических и информационных документов.

Используемые санитарно-эпидемиологической службой официальные формы учета заболеваемости (уч. форма 058/у, уч. форма № 85) не позволяют решать задачи ретроспективного эпидемиологического анализа в полном объеме, так как они не содержат данных о заболеваемости всеми клиническими проявлениями стрептококковой инфекции. Однако, интеграция данных из различных учетных и отчетных форм, установленных для лечебно- и санитарно-эпидемиологической сети позволяют получить необходимую информацию о заболеваемости ангинами, ОРЗ и скарлатиной.

Порядок использования информационной базы определяет врач-эпидемиолог, ответственный за профилактику стрептококковой инфекции на основе потребностей ретроспективного или (и) оперативного эпидемиологического анализов. Официально принятые документы приведены в таблице. Существующие учетные и отчетные формы о заболеваемости не позволяют в полной мере решать задачи и оперативного эпидемиологического анализа. В связи с этим в условиях детских организованных коллективов должны быть организованы:

— ежедневная регистрация заболевших ОРЗ, ангинами и скарлатиной по предварительным и окончательным диагнозам;

— учет ежедневных случаев заболеваний в виде наглядных таблиц с цифровым или символическим отображением течения заболеваемости в каждом из детских учреждений или отдельных его групп в виде линейных диаграмм;

— сбор сведений об условиях функционирования детских учреждений и проводимых профилактических мероприятиях.

Характер информации	Учетная (отчетная) форма-носитель информации	Подразделения, где хранится указанная форма
1	2	3
I. Ежемесячные и годовые уровни заболеваемости ангиной, ОРЗ и скарлатиной		
а) в районе (городе)	Отчет о движении инф. заб. (ф. № 85 — инфек)	СЭС
б) по отдельным детским учреждениям	Ежемесячные сведения о заболеваемости по детским дошк. учр и школах. Картотека по детск. учр. района (забол. скарлатиной и ангиной)	СЭС
в) по врачебным участкам	Годовой отчет детской поликлиники о заболеваемости Журнал учета инфек. заб. (ф. № 060/У) Домовая картотека	Райздравотдел СЭС СЭС
II. Ежедневная заболеваемость ангиной, ОРЗ и скарлатиной		
а) в районе (городе)	Журнал учета инфек. заб. (ф. № 060/У) Экстренное извещение об инфек. забол. (ф. № 058/У) Журнал ежедневного учета забол. гриппом и ОРЗ	СЭС
б) по отдельным детским учреждениям	Журнал ежедневного учета инф. забол. (ф. № 060/У) История развития ребенка (ф. № 112) Мед. карта ребенка (ф. № 026/У) Мед. справка о перенесенном заболевании (ф. № 095/У)	детские учреждения
в) по врачебным участкам	Журнал учета инфек. заб. (ф. № 060/У) Статистич. талон для регистрации уточненных (заключительных) диагнозов (ф. № 025-2/У)	детские и взрослые поликлиники СЭС

1	2	3
III. Клиническая характеристика заболевания и методы лечения	История развития ребенка (ф. 112)	детские уч.
	Мед карта ребенка (ф. № 026/У)	
	Мед карта амбулат. больного (№ 025, ф. № 025-87)	регистратура поликлиники
IV. Экономический ущерб, связанный со стреп. инф.	Книга учета листов нетрудоспособности (ф. № 036/У)	регистратура поликлиники
	Журнал ежедневной забол. гриппом и ОРЗ	
	Журнал учета инфек. забол. (ф. № 060/У)	СЭС
V. Данные об обеспеченности мед. кадрами и их функциональной нагрузке	Статистич. отчет леч.-проф. учр. (ф. 1а статотчетности)	поликлиника
	Статистич. отчет СЭС (ф. № 36)	СЭС

Подп. в печ. 09.07.1991 г. Зак. 584 Тир. 200

Типография Министерства здравоохранения СССР

gost.e-ecolog.ru