3.1.2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Профилактика дифтерии

Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.2.1108—02

8-6664

gost.e-ecolog.ru

1.Разработаны: Московским научно-исследовательским институтом эпидемиологии и микробиологии им. Г. Н. Габричевского (Максимова Н. М., Маркина С. С., Корженкова М. П.), Центром госсанэпиднадзора в г. Москве (Филатов Н. Н., Чистякова Г. Г., Лыткина И. Н.), Департаментом госсанэпиднадзора Минздрава России (Лазикова Г. Ф., Кошкина Н. А.), Федеральным центром госсанэпиднадзора Минздрава России (Ясинский А. А., Садовникова В. Н.).

2. Утверждены 20 февраля 2002 г. и введены в действие постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации Г. Г. Онищенко от 6 марта 2002 г. № 8 с 1 июня 2002 г.

3. Зарегистрированы в Министерстве Юстиции Российской Федерации 16 мая 2002 г. Регистрационный номер 3439.

4. Введены впервые.

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

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

«На территории Российской Федерации действуют федеральные санитарные правила, утвержденные и введенные в действие федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор в порядке, установленном Правительством Российской Федерации» (статья 39, п. 1).

«Соблюдение санитарных правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц» (статья 39, п. 3).

«За нарушение санитарного законодательства устанавливается дисциплинарная, административная и уголовная ответственность» (статья 55, п. 1).

Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17.09.98 г. № 157-ФЗ

«Национальный календарь профилактических прививок включает профилактические прививки против гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита.

Указанные профилактические прививки проводятся всем гражданам Российской Федерации в сроки, установленные национальным календарем профилактических прививок» (статья 9, п. 1).

«Отсутствие профилактических прививок влечет:

запрет для граждан на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

временный отказ в приеме граждан в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

отказ в приеме граждан на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями» (статья 5, п. 2).

«При осуществлении иммунопрофилактики граждане обязаны:

выполнять предписания медицинских работников;

в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок» (статья 5, п. 3).

Министерство здравоохранения Российской Федерации

ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

П О С Т А Н О В Л Е Н И Е

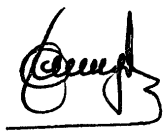
06.03.02 Москва № 8

О введении в действие
санитарно-эпидемиологических правил
«Профилактика дифтерии. СП 3.1.2.1108—02»

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

ПОСТАНОВЛЯЮ:

Ввести в действие санитарно-эпидемиологические правила «Профилактика дифтерии. СП 3.1.2.1108—02», утвержденные Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 20 февраля 2002 г., с 1 июня 2002 г.



Г. Г. Онищенко

Содержание

1. Область применения ... 117
2. Общие сведения о дифтерии ... 117
3. Выявление больных дифтерией, лиц с подозрением на это заболевание и носителей токсигенных коринебактерий дифтерии ... 118
4. Регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев дифтерии и носителей токсигенных коринебактерий дифтерии ... 119
5. Мероприятия в отношении источника инфекции (больные, носители токсигенных коринебактерий дифтерии) ... 120
6. Мероприятия в очаге дифтерийной инфекции ... 121
7. Мероприятия в отношении общавшихся с больными дифтерией, лицами с подозрением на это заболевание и носителями токсигенных коринебактерий дифтерии ... 122
8. Организация и проведение плановой иммунизации населения против дифтерии ... 123
9. Иммунизация лиц, переболевших дифтерией ... 126
10. Иммунизация по эпидемическим показаниям ... 126
11. Иммунизация лиц с неизвестным прививочным анамнезом ... 127
12. Учет прививок ... 127
13. Отчетность о проведенных прививках ... 128
14. Эпидемиологический надзор за дифтерией ... 128
15. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики дифтерии ... 128
Библиографический список ... 129
Приложение 1. Требования к взятию и транспортированию материала для бактериологической диагностики дифтерии ... 130
Приложение 2. Краткая клиническая характеристика дифтерии ... 131

УТВЕРЖДАЮ
Главный государственный санитарный врач Российской Федерации – Первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации
Г. Г. Онищенко
20 февраля 2002 г.
Дата введения: 1 июня 2002 г.

3.1.2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ. ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Профилактика дифтерии

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.1108—02

1. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебных и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, полное и своевременное проведение которых должно обеспечить предупреждение заболеваний дифтерией.

1.2. Правила подготовлены в соответствии с Федеральными законами «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, № 14, ст. 1650), «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ (Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 38, ст. 4736), «Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г. № 5487—1 (Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации, 1993, № 33, ст. 1318; Собрание законодательства Российской Федерации, 1998, № 10, ст. 1143), постановлением Правительства Российской Федерации от 24 июля 2000 г. № 554 «Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, № 31, ст. 3295).

1.3. Соблюдение настоящих санитарно-эпидемиологических правил является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

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

2. Общие сведения о дифтерии

Дифтерия – токсикоинфекция. Возбудитель дифтерии – коринебактерия дифтерии (C. diphtheriae), продуцирующая токсин, который оказывает повреждающее действие на органы и ткани организма.

Возбудитель дифтерии неоднороден по культуральным, морфологическим и ферментативным свойствам и подразделяется на три биовара: Митис, Гравис и Интермедиус.

Токсигенные коринебактерии всех вариантов продуцируют идентичный токсин.

Ведущий путь передачи возбудителя дифтерии – воздушно-капельный.

Возможно заражение через различные контаминированные предметы (мягкие игрушки и др.).

Стандартное определение подтвержденного случая заболевания дифтерией включает:

- одно или несколько характерных проявлений дифтерии (см. ниже) плюс лабораторное подтверждение – выделение токсигенных C. diphtheriae со слизистых оболочек ротоглотки, носа и гортани. В редких случаях лабораторное подтверждение может быть получено четырехкратным и более увеличением антитоксина в парных сыворотках, если больному не вводили антитоксин с лечебной целью;
- выделение токсигенных C. diphtheriae из типичных поражений кожи и слизистых оболочек (язвочка, рана, конъюнктива, влагалище).

Характерные признаки дифтерии:

- *местные* – пленчатые налеты, фарингит, ларингит, тонзилит, увеличение региональных лимфоузлов;
- *прогрессирующие (распространенные)* – стридор;
- *злокачественные* – плотный отек шеи (бычья шея или шея Цезаря), петехиальная сыпь и геморрагическое пропитывание слизистых оболочек и кожи, токсический сосудистый коллапс, острая почечная недостаточность, миокардит и (или) двигательный паралич через 1—6 недель от начала заболевания.

3. Выявление больных дифтерией, лиц с подозрением на это заболевание и носителей токсигенных коринебактерий дифтерии

3.1. Врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других учреждений независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, а также врачи и средние медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, выявляют больных дифтерией, лиц с подозрением на это заболевание и носителей токсигенных коринобактерий дифтерии при оказании медицинской помощи и бактериологическом исследовании биологического материала от людей.

3.2. Выявление больных дифтерией и лиц с подозрением на это заболевание, а также носителей токсигенных коринебактерий дифтерии осуществляется при:

- обращении населения за медицинской помощью;
- оказании медицинской помощи на дому;
- приеме у частнопрактикующих врачей;
- прохождении периодических профилактических медицинских осмотров, а также предварительных медицинских осмотров при поступлении на работу;

• профилактических бактериологических обследованиях на дифтерию лиц, поступающих на работу в детские дома, дома ребенка, интернаты психоневрологического профиля для детей и взрослых, противотуберкулезные детские санатории, а также детей и взрослых, направляемых в эти учреждения;

• медицинском наблюдении за лицами, общавшимися с больными дифтерией или носителями токсигенных коринебактерий дифтерии.

3.3. В целях раннего выявления дифтерии врач-педиатр (врач-терапевт) активно наблюдает за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалинах (включая паратонзилярные абсцессы) в течение 3 дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию в течение первых 24 ч.

3.4. При наблюдении за больным ангиной должна соблюдаться четкая преемственность в передаче сведений о них на всех этапах оказания медицинской помощи – от момента обращения за медицинской помощью (скорая и неотложная медицинская помощь, поликлиника) до госпитализации. Медицинские работники скорой и неотложной медицинской помощи, врачи-отоларингологи и медицинские работники других специальностей при установлении диагноза «ангина» передают вызовы на этих больных участковым врачам-педиатрам и врачам-терапевтам в поликлиники по месту жительства.

3.5. В направлении на госпитализацию больных ангинами с патологическими наложениями и подозрением на дифтерию должны быть указаны первоначальные симптомы заболевания, лечение, сведения о профилактических прививках и о контактах с больным дифтерией или бактерионосителем.

3.6. Больные ангинами, паратонзилярными абсцессами, стенозирующими ларинготрахеитами из учреждений с круглосуточным пребыванием, общежитий и проживающие в социально-неблагополучных условиях подлежат госпитализации в первый день обращения.

4. Регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев дифтерии и носителей токсигенных коринебактерий дифтерии

4.1. О каждом случае заболевания дифтерией или подозрения на это заболевание, а также носительства токсигенных коринебактерий дифтерии врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других учреждений, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, обязаны подать в установленном порядке немедленно по телефону и затем в течение 12 ч в письменном виде экстренное извещение по установленной форме в территориальный центр госсанэпиднадзора по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного).

4.2. За полноту, достоверность и своевременность учета заболеваний дифтерией, а также оперативное и полное сообщение о них в центр госсанэпиднадзора несет ответственность руководитель учреждения.

4.3. Каждый случай заболевания дифтерией или подозрения на это заболевание, а также носительства токсигенных Коринебактерий дифтерии подлежит регистрации и учету по месту их выявления в лечебно-профилактических, детских,

подростковых, оздоровительных и других учреждениях, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, в журнале учета инфекционных заболеваний установленной формы.

4.4. Лечебно-профилактическое учреждение, изменившее или уточнившее диагноз, обязано подать новое экстренное извещение на этого больного и в течение 12 ч отослать его в центр госсанэпиднадзора по месту выявления заболевания, указав измененный (уточненный) диагноз, дату установления, первоначальный диагноз и результаты лабораторного исследования.

4.5. Центры госсанэпиднадзора при получении извещений об измененном (уточненном) диагнозе обязаны поставить в известность об этом учреждения по месту выявления больного, приславшее первоначальное экстренное извещение.

4.6. Месячные и годовые отчеты о заболеваниях дифтерией и носителях токсигенных коринебактерий дифтерии составляются по установленным формам государственного статистического наблюдения.

5. Мероприятия в отношении источника инфекции (больные, носители токсигенных коринебактерий дифтерии)

5.1. Больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носители токсигенных коринебактерий дифтерии должны быть госпитализированы в специализированные отделения инфекционных больниц.

5.2. Больные ангинами, паратонзилярными абсцессами из учреждений с круглосуточным пребыванием и общежитий также подлежат госпитализации.

5.3. В направлениях на госпитализацию больных ангинами с патологическими наложениями, больных дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носителей токсигенных коринебактерий дифтерии, кроме анкетных данных, должны быть указаны первоначальные симптомы заболевания, лечение, сведения о профилактических прививках и контактах с больным дифтерией или носителем токсигенных коринебактерий дифтерии.

5.4. В день поступления в стационар и затем в течение 2 дней подряд независимо от назначения антибиотиков проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии.

5.5. У каждого привитого ребенка или взрослого, заболевшего дифтерией, в первые 5 дней от начала заболевания и до начала введения противодифтерийной сыворотки (ПДС) должна быть взята кровь для серологического исследования на наличие дифтерийных и столбнячных антител с целью верификации прививочного анамнеза.

Если кровь заболевшего не взята до начала лечения ПДС, наличие антител в ней определяется через 2—3 месяца после введения сыворотки.

5.6. В день поступления носителя токсигенных коринебактерий дифтерии в стационар и затем в течение 2 дней подряд до назначения антибиотиков проводится бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии. При получении 2 отрицательных результатов обследования носителя токсигенных коринебактерий дифтерии при поступлении в стационар, его выписывают и назначают лечение хронической патологии носоглотки и ротовой полости.

5.7. Выписка больного дифтерией должна проводиться после полного клинического выздоровления и 2-кратного бактериологического обследования на на-

личие возбудителя дифтерии с отрицательным результатом. Больного обследуют с интервалом 1—2 дня и не ранее 3 дней после отмены антибиотиков.

5.8. В случае положительного результата бактериологического обследования носителю токсигенных коринебактерий дифтерии назначают курс антибиотиков. Выписка носителя токсигенных коринебактерий дифтерии осуществляется после 2-кратного бактериологического обследования с отрицательным результатом. Обследование проводится с интервалом 1—2 дня и не ранее 3 дней после отмены антибиотиков.

5.9. После выписки из стационара больные и носители токсигенных коринебактерий дифтерии сразу допускаются в организованные коллективы.

5.10. Если бактерионоситель продолжает выделять возбудителя дифтерии, несмотря на проведение 2 курсов санации антибиотиками, его допускают в коллектив. При этом в коллективе все лица, непривитые против дифтерии, должны срочно получить прививки согласно действующей схеме иммунизации.

В этот коллектив вновь принимают только привитых против дифтерии лиц.

5.11. В отдельных случаях (по совместному решению учреждений здравоохранения и госсанэпидслужбы) возможна санация носителей токсигенных коринебактерий дифтерии без госпитализации в стационар. Это относится к коллективам детей и взрослых с круглосуточным пребыванием (дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, стационары психоневрологического профиля, психоневрологические интернаты), где дети, подростки, взрослые и персонал полностью привиты против дифтерии. Такая необходимость может возникнуть при одномоментном выявлении в коллективе 10—15 % и более носителей токсигенных коринебактерий дифтерии. При этом должны проводиться: ежедневное врачебное наблюдение, осмотр врача-отоларинголога и термометрия; провизорная госпитализация всех больных ангиной; однократное серологическое обследование контактировавших; бактериологическое обследование лиц, имеющих непосредственный контакт с носителем токсигенных коринебактерий дифтерии, не реже 1 раза в месяц до прекращения выявления носителей этого возбудителя; обеспечение иммунизации всех выявленных не иммунных к дифтерии лиц; санация носителей токсигенных коринебактерий дифтерии и лиц с хронической патологией носоглотки и ротовой полости. Вновь поступающие в эти учреждения должны быть полностью привиты против дифтерии.

5.12. Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежат госпитализации и лечению антибиотиками. Они допускаются во все коллективы. Им проводят консультацию врача-отоларинголога с целью диагностики хронической патологии верхних дыхательных путей (ЛОР-органов). Противоэпидемические мероприятия не проводятся.

6. Мероприятия в очаге дифтерийной инфекции

Эпидемическим очагом дифтерии является место пребывания источника инфекции (больного, носителя токсигенных коринебактерий дифтерии) с окружающей его территорией в пределах возможности реализации механизма передачи возбудителя.

6.1. Целью проведения противоэпидемических мероприятий в эпидемическом очаге дифтерии является локализация и ликвидация очага.

В процессе проведения противоэпидемических мероприятий осуществляется выявление больных дифтерией, лиц с подозрением на это заболевание, носителей токсигенных коринебактерий дифтерии и их госпитализация; выявление лиц с патологией ЛОР-органов и проведение соответствующих лечебно-оздоровительных мероприятий; выявление лиц, незащищенных против дифтерии, и проведение им иммунизации.

6.2. При получении экстренного извещения врач-эпидемиолог центра госсанэпиднадзора обязан в течение 24 ч провести эпидемиологическое обследование очага инфекции с заполнением карты эпидемиологического обследования очага инфекционных заболеваний, определить границы очага, круг контактных и назначить все необходимые противоэпидемические мероприятия.

6.3. В очаге после госпитализации больного дифтерией или подозрительного на это заболевание, а также носителя токсигенных коринебактерий дифтерии персонал учреждений организует и проводит кипячение белья, посуды, игрушек, которыми пользовались больные, а также влажную уборку с применением дезинфицирующих средств.

В домашних очагах эти мероприятия проводятся силами населения под контролем медицинского персонала лечебно-профилактического учреждения.

7. Мероприятия в отношении общавшихся с больными дифтерией, лицами с подозрением на это заболевание и носителями токсигенных коринебактерий дифтерии

7.1. За лицами, общавшимися с больным дифтерией, лицами с подозрением на это заболевание, носителями токсигенных коринебактерий дифтерии устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с осмотром зева и термометрией в течение 7 дней с момента изоляции источника с регистрацией данных наблюдения в медицинской документации.

7.2. Лица из очага инфекции должны быть однократно обследованы бактериологически и осмотрены в течение первых 3 дней врачом-отоларингологом.

7.3. Бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии общавшихся проводится в течение 48 ч с момента установления диагноза дифтерии или подозрения на это заболевание, а также носителя токсигенных коринебактерий дифтерии. В случае выявления носителя токсигенных коринебактерий дифтерии среди общавшихся бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии повторяют до прекращения выявления носителей в этом очаге.

7.4. Взятие и транспортирование материалов для бактериологического исследования на наличие возбудителя дифтерии проводится в установленном порядке (прилож. 2).

7.5. Бактериологические исследования материалов от больных дифтерией, лиц с подозрением на это заболевание, носителей токсигенных коринебактерий дифтерии и общавшихся с ними проводятся в соответствии с действующими нормативно-методическими документами.

7.6. Необходимость серологического обследования общавшихся определяет врач-эпидемиолог центра госсанэпиднадзора. На взятие крови у контактных лиц следует получить их согласие или согласие их родителей. Серологиче-

ское обследование должно проводиться не позднее 48 ч с момента выявления источника инфекции.

7.7. В очаге инфекции профилактическим прививкам подлежат:

- непривитые против дифтерии лица;
- дети и подростки, у которых наступил срок очередной вакцинации или ревакцинации;
- взрослые лица, у которых согласно медицинской документации от последней прививки прошло 10 и более лет;
- лица, у которых при серологическом обследовании не обнаружены защитные титры дифтерийных антител (1 : 20 и более).

7.8. В детских дошкольных учреждениях, школах, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка и оздоровительных учреждениях наблюдение за общавшимися, бактериологическое, серологическое (по показаниям) обследование и проведение профилактических прививок возлагается на врача и медицинскую сестру этих учреждений. При отсутствии медицинских работников в этих учреждениях – эта работа возлагается на поликлинику, которая обслуживает эти объекты.

7.9. В сельских населенных пунктах (при численности населения до 1000 чел.) при регистрации тяжелого случая или повторного заболевания дифтерией проводятся ежедневные подворные обходы в течение 7 дней врачом или фельдшером с целью выявления больного дифтерией и подозрительных на это заболевание с последующей их госпитализацией.

8. Организация и проведение плановой иммунизации населения против дифтерии

8.1. Основным методом защиты от дифтерии является вакцинопрофилактика, которая направлена на создание невосприимчивости населения к этой инфекции. У привитых против дифтерии людей вырабатывается антитоксический иммунитет, который защищает от токсических форм дифтерии и летальных исходов.

Профилактические прививки против дифтерии включены в национальный календарь прививок.

8.2. Профилактические прививки проводятся с согласия граждан, родителей или иных законных представителей несовершеннолетних и граждан, признанных недееспособными в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

8.3. Отказ от проведения прививки должен быть оформлен записью в медицинской документации и подписан гражданином или его законным представителем, а также медицинским работником.

8.4. Руководители учреждения обеспечивают планирование, организацию и проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов о них в центр госсанэпиднадзора.

8.5. Сводный план профилактических прививок и потребность лечебно-профилактических учреждений в медицинских иммунобиологических препаратах для их проведения согласовывается с центром госсанэпиднадзора и передается в вышестоящую организацию для обобщения.

8.6. План профилактических прививок на детей и подростков составляется ответственными за проведение прививочной работы медицинскими работниками

лечебно-профилактических учреждений по месту жительства, детского дошкольного учреждения, школы, школы-интерната, высшего и среднего учебного заведения, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

8.7. В план включаются дети и подростки:

- непривитые против дифтерии;
- находящиеся в стадии вакцинации;
- подлежащие очередной возрастной ревакцинации.

8.8. Учет детского населения, организация и ведение прививочной картотеки, формирование плана профилактических прививок осуществляется в соответствии с требованиями действующих нормативно-методических документов.

8.9. Учет детского населения проводится 2 раза в год (апрель, октябрь). В перепись включаются дети от 0 до 14 лет (14 лет 11 месяцев 29 дней), проживающие и зарегистрированные по данному адресу, фактически проживающие по данному адресу, но не зарегистрированные. На основании проведенной переписи оформляется журнал учета детского населения по участкам (перепись по домам), перепись по годам рождения. Учет детского населения между переписями должен корректироваться путем внесения сведений о новорожденных, вновь прибывших детях и снятия с учета выбывших. Временный отъезд на срок до 1 года не является причиной для снятия с учета.

8.10. Учет детей и подростков, посещающих детские дошкольные учреждения, дома ребенка, детские дома, школы, школы-интернаты и другие образовательные учреждения, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, проводится один раз в год. Сведения о детях и подростках, посещающих вышеуказанные учреждения, передаются в поликлиники по месту расположения учреждения.

8.11. По завершению переписи списки детей должны быть сверены с картами профилактических прививок и индивидуальными картами развития ребенка, табелями ежедневной посещаемости детей дошкольного учреждения, списками школьников по классам. На неучтенных детей заполняются соответствующие документы, указанные выше. После этого составляется сводная перепись по годам рождения по дошкольно-школьному отделению.

8.12. План профилактических прививок на взрослое население должны составлять медицинские работники лечебно-профилактических учреждений по месту жительства или работы, ответственные за проведение прививочной работы.

8.13. В план включаются все взрослые лица, непривитые против дифтерии и не получившие прививки против дифтерии в течение последних 10 лет.

8.14. Учет взрослого населения проводится один раз в год (октябрь, ноябрь).

8.15. Перепись неработающего населения должна составляться по каждому дому отдельно с указанием номеров квартир. В перепись включаются все неработающие от 15 лет и старше, фактически проживающие по данному адресу с указанием прививочного анамнеза.

8.16. Учет работающего населения на предприятиях, учреждениях и других объектах, расположенных на территории обслуживания лечебно-профилактических учреждений, должен проводиться на основании списков, представляемых ежегодно руководителями учреждений.

8.17. На основании переписи неработающего и работающего населения составляется сводная перепись взрослого населения по поликлинике. На основании сведений о профилактических прививках формируется прививочная картотека на работающее и неработающее население, обслуживаемое данным лечебно-профилактическим учреждением.

8.18. Учет детского и взрослого населения должен проводиться в городской и сельской местности.

8.19. Государственные, муниципальные или частные учреждения здравоохранения либо граждане, занимающиеся частной медицинской практикой при наличии лицензий на соответствующие виды деятельности для проведения профилактической прививки против дифтерии выдают «Сертификат профилактических прививок» на руки.

8.20. Каждый ребенок, подросток и взрослый имеет право обратиться в учреждения, перечисленные в п. 8.19 и получить «Сертификат профилактических прививок» на руки.

8.21. В случае отсутствия прививок врач-педиатр, врач-терапевт выясняет причины, из-за которых ребенок, подросток, или взрослый не был привит, и принимает необходимые меры по их иммунизации.

8.22. Охват прививками должен составлять:

- законченной вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев 95 %;
- первой ревакцинацией детей в возрасте 24 месяцев 95 %;
- взрослых в каждой возрастной группе 90 %.

8.23. Иммунизацию должен проводить медицинский персонал, прошедший специальную подготовку.

8.24. Для проведения прививок в поликлиниках должны быть выделены специальные прививочные кабинеты, оснащенные необходимым оборудованием.

8.25. При отсутствии прививочного кабинета в лечебно-профилактическом учреждении, обслуживающим взрослое население и имеющим лицензию на проведение профилактических прививок, прививки могут проводиться в других кабинетах учреждения.

8.26. Детям, посещающим детские дошкольные учреждения, школы, школы-интернаты, находящимся в детских домах, домах ребенка, прививки проводят в этих учреждениях в специально оборудованных прививочных кабинетах.

8.27. Проводить прививки на дому разрешается при организации массовой иммунизации прививочными бригадами, обеспеченными соответствующими средствами.

8.28. Лица, проводящие иммунизацию, должны быть здоровы. Больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых, независимо от их локализации, от проведения прививок должны быть отстранены.

8.29. Хранение, транспортирование и использование медицинских иммунобиологических препаратов должны осуществляться в соответствии с требованиями, предъявляемыми к условиям транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов.

8.30. Профилактические прививки против дифтерии проводятся препаратами, зарегистрированными на территории Российской Федерации в установленном порядке, в строгом соответствии с инструкциями (наставлениями) по их применению.

8.31. Иммунизацию проводят только одноразовыми шприцами. При массовой иммунизации населения разрешается применять безыгольный инъектор ВМ-ЭМ с обязательным использованием противоинфекционного протектора (в дозах не более 0,5 мл).

9. Иммунизация лиц, переболевших дифтерией

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

9.2. Дети и подростки, привитые против дифтерии (получившие законченную вакцинацию, одну или несколько ревакцинаций) и переболевшие легкой формой дифтерии без осложнений, не подлежат дополнительной прививке после заболевания.

Очередная возрастная ревакцинация им проводится в соответствии с интервалами, предусмотренными действующим календарем прививок.

9.3. Дети и подростки, привитые два или более раз и перенесшие тяжелые формы дифтерии, должны быть привиты препаратом в зависимости от возраста и состояния здоровья однократно в дозе 0,5 мл, но не ранее чем через 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации им следует проводить согласно действующему национальному календарю профилактических прививок.

9.4. Взрослые, переболевшие дифтерией в легкой форме, дополнительной прививке против дифтерии не подлежат. Ревакцинацию им следует провести через 10 лет.

9.5. Взрослые, перенесшие тяжелые формы дифтерии (токсические), должны быть привиты двукратно против дифтерии, но не ранее 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

10. Иммунизация по эпидемическим показаниям

10.1. Решение о проведении профилактических прививок против дифтерии по эпидемическим показаниям в масштабах всей страны принимает Главный государственный санитарный врач Российской Федерации; на отдельных территориях – главный государственный санитарный врач субъекта Российской Федерации.

10.2. Порядок и сроки проведения профилактических прививок против дифтерии по эпидемическим показаниям, определение групп населения и сроков проведения профилактических прививок устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения.

10.3. Критериями для введения иммунизации по эпидемическим показаниям и отбора контингентов, подлежащих иммунизации, являются:

- высокий процент токсических форм дифтерии среди заболевших (более 15 %);
- наличие летальных исходов среди привитых против дифтерии;

- низкие уровни охвата прививками по данным медицинской документации у детей и взрослых (менее 80 %) и противодифтерийного иммунитета (число лиц с защитными титрами антител не менее 80 %);
- решение принимается при наличии не менее 2 приведенных критериев.

11. Иммунизация лиц с неизвестным прививочным анамнезом

11.1. Лицам с неизвестным прививочным анамнезом следует провести серологическое обследование с целью определения у них состояния иммунитета, при этом сыворотка крови должна быть исследована одновременно на наличие специфических противодифтерийных и противостолбнячных антител. При отсутствии возможности проведения серологического обследования иммунизация лицам с неизвестным прививочным анамнезом проводится в соответствии с наставлением к препарату.

11.2. Ребенок с неизвестным прививочным анамнезом, имеющий в сыворотке крови достаточное содержание дифтерийных и столбнячных антитоксических антител (титр дифтерийного и столбнячного антитоксинов 1 : 20 и более), должен в последующем прививаться согласно календарю прививок.

11.3. При отсутствии защитных титров дифтерийного и столбнячного антитоксинов в сыворотке крови (титр менее 1 : 20), ребенку следует провести дополнительную прививку АКДС-вакциной, АДС или АДС-М-анатоксинами (в зависимости от возраста) и через 1—1,5 месяца от момента проведения проверить состояние иммунного ответа. Детей, у которых в ответ на дополнительную прививку не отмечалось выраженной продукции дифтерийного и столбнячного антитоксинов (титр 1 : 80 и более), следует считать ранее не привитыми. Им нужно начать прививки заново, считая сделанную прививку началом иммунизации.

11.4. У взрослых с неизвестным прививочным анамнезом прививки проводят в случае отсутствия в сыворотке крови защитного уровня дифтерийных антител и через 1—1,5 месяца проверяют состояние иммунного ответа. Если уровень дифтерийных антител после первой прививки не превышает титр 1 : 80 (что наблюдается у лиц ранее не прививавшихся против дифтерии), то данному лицу проводят вторую прививку и через 6—9 месяцев ревакцинацию. Если титр антител более 1 : 80, то вторую прививку против дифтерии не проводят.

12. Учет прививок

12.1. Сведения о выполненной прививке (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение) должны быть внесены в установленные учетные формы медицинской документации.

12.2. Учетными формами медицинской документации для регистрации профилактических прививок являются:

- *у детей и подростков* – карта профилактических прививок, история развития ребенка, медицинская карта ребенка – для школьников, вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного – для подростков;
- *у взрослых* – амбулаторная карта больного, журнал учета профилактических прививок;
- *у детей, подростков и взрослых* – сертификат профилактических прививок.

12.3. В лечебно-профилактическом учреждении учетные формы профилактических прививок должны быть заведены на всех детей в возрасте до 14 лет (14 лет 11 мес. 29 дней), проживающих в районе его обслуживания, а также на всех детей, посещающих детские дошкольные учреждения и школы, располагающиеся в районе обслуживания поликлиники.

12.4. Сведения о всех проведенных прививках детям до 14 лет (14 лет 11 мес. 29 дней) и подросткам, независимо от места их проведения, должны быть внесены в соответствующие учетные формы.

12.5. Учет профилактических прививок взрослому населению осуществляется в журнале учета профилактических прививок.

12.6. Сведения о проведенной прививке взрослым вносятся в амбулаторную карту.

12.7. Учет местных, общих, сильных, необычных реакций и поствакцинальных осложнений на прививки против дифтерии в лечебно-профилактических учреждениях и центрах госсанэпиднадзора проводится в установленном порядке в соответствии с действующими нормативно-методическими документами Министерства здравоохранения Российской Федерации.

13. Отчетность о проведенных прививках

Отчет о прививках проводится в соответствии с действующими формами государственного статистического наблюдения.

14. Эпидемиологический надзор за дифтерией

Эпидемиологический надзор за дифтерией осуществляется учреждениями государственной санитарно-эпидемиологической службы в соответствии с действующими нормативно-методическими документами.

15. Гигиеническое воспитание и обучение граждан по вопросам профилактики дифтерии

15.1. Координация, руководство и контроль за гигиеническим воспитанием и обучением граждан в области профилактики дифтерии осуществляется государственной санитарно-эпидемиологической службой.

15.2. Органы и учреждения здравоохранения и госсанэпидслужбы составляют планы проведения гигиенического воспитания и обучения граждан по вопросам профилактики дифтерии.

15.3. В целях пропаганды профилактики дифтерии органы и учреждения здравоохранения и госсанэпидслужбы должны использовать культурно-просветительные учреждения и каналы массовой информации (местная печать, радио, телевидение), а также тесно сотрудничать с общественными организациями.

15.4. Медицинские работники должны быть обеспечены методическими материалами, наглядными и научно-популярными материалами по соответствующей тематике.

15.5. Пропаганду профилактики дифтерии должны проводить врачи поликлиники при общении с больными.

Библиографический список

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

2. Федеральный закон «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 17 сентября 1998 г. № 157-ФЗ.

3. «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 22 июля 1993 г.

4. Положение о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации, утвержденное Постановлением Правительства Российской Федерации от 24 июля 2000 года № 554.

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

6. Действующие приказы, методические указания, рекомендации, инструкции и наставления по применению вакцин и анатоксинов, утвержденные Министерством здравоохранения Российской Федерации, Государственным комитетом санитарно-эпидемиологического надзора Российской Федерации.

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 36 от 03.02.97 «О совершенствовании мероприятий по профилактике дифтерии».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 229 от 27.06.01 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

9. Инструкция по составлению форм государственного статистического наблюдения: № 1 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (месячная), № 2 «Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях» (месячная, годовая), утвержденная Госкомсанэпиднадзором России и Минздравмедпромом России, 1996.

10. Инструкция по составлению формы № 5 государственного статистического наблюдения «Сведения о профилактических прививках» (полугодие, год), утвержденная Госкомсанэпиднадзором России и Минздравмедпромом России, 1996.

11. Инструкция по составлению формы № 6 государственного статистического наблюдения «Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний» (годовая).

12. Инструкции по применению адсорбированного дифтерийно-столбнячного анатоксина с уменьшенным содержанием антигенов (АДС-М-анатоксина), адсорбированного дифтерийно-столбнячного анатоксина (АДС-анатоксина), адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины (АКДС-вакцины), утвержденные Минздравмедпромом России от 15.12.93.

13. Приказ Минздрава СССР № 654 от 13.12.89 «О совершенствовании системы учета инфекционных и паразитарных заболеваний».

14. Информационное письмо Минздравмедпрома России от 13.07.94 № 04—6/99—6 «Об использовании безыгольных инъекторов».

Приложение 1

Требования к взятию и транспортированию материала для бактериологической диагностики дифтерии

Взятие мазков из зева и носа для бактериологического исследования на дифтерию должны осуществлять медицинские работники (врач, фельдшер, медицинская сестра, лаборант) после соответствующего инструктажа.

Для взятия материала используют стерильные сухие ватные тампоны.

Материал с миндалин и из носа забирают отдельными тампонами натощак или не менее чем через 2 ч после еды, а также до применения полоскания или других видов лечения.

При дифтерии редких локализаций (глаза, уши, кожа, раны и др.) помимо материала из пораженных участков необходимо взять также мазки из зева и носа.

Мазок из зева следует брать при хорошей освещенности под контролем глаза, с использованием шпателя. Вращательными движениями тампона необходимо захватить слизь с пораженных миндалин на границе воспалительного очага с налетами и здоровых тканей. При отсутствии наложений (налета) слизь забирают с поверхности миндалин, небных дужек, язычка, при этом нельзя касаться слизистой языка и щек.

При взятии слизи из носа следует предварительно очистить носовые проходы или протереть слизистые сухим ватным фитилем и убрать корки. После этого надо снять секрет, вводя тампон глубоко в каждую ноздрю и плотно прикасаясь всеми его сторонами к стенкам и перегородке носа.

При прямой ларингоскопии материал (слизь, пленка) собирают непосредственно из гортани. В случаях оперативного вмешательства для бактериологического исследования слизь следует брать из интубационной трахеотомической трубки, а также пленки, измельченной при операции.

При исследовании на дифтерию пораженных участков кожи, их необходимо протереть промокательными движениями стерильной марлевой салфеткой или тампоном, смоченными стерильным физиологическим раствором, осторожно приподнять или отодвинуть струпы и корочки и после этого взять тампонами секрет с пораженного участка.

Тампоны должны быть доставлены в лабораторию не позднее 3 ч после взятия материала. При проведении обследования в отдаленных районах материал засевается в пробирки с транспортной средой или на чашки с селективной питательной средой и в течение суток доставляется в лабораторию.

В стационаре при наличии термостата забор материала следует проводить круглосуточно, используя чашки с селективной питательной средой. Засеянные чашки от больных, поступивших в вечернее и ночное время, передаются утром в бактериологическую лабораторию.

Для постмортального исследования на коринебактерии дифтерии материал следует брать с миндалин, гортани и полости носа (слизь, пленки).

Пробирки от одного лица должны быть скреплены вместе. На каждой пробирке должен быть четко написан порядковый номер анализа в соответствии с прилагаемым списком.

В сопроводительном документе на все анализы должны быть: фамилия, адрес больного, название учреждения, направляющего материал, происхождение материала (нос, зев), цель обследования (диагноз, по эпидпоказаниям).

Приложение 2

Краткая клиническая характеристика дифтерии

Клинические критерии типичных форм дифтерии различной тяжести и локализации на слизистых оболочках с многослойным эпителием (1—3), однослойным эпителием (4).

1. ***Локализованные формы (легкие):***

• *дифтерия ротоглотки* – кратковременное повышение температуры от субфебрильной до 38—39 °С, боль при глотании не затрудняет прием пищи, неяркая гиперемия слизистой ротоглотки, умеренный отек миндалин и небных дужек, пленчатые налеты на миндалинах, умеренно увеличенные и слабо болезненные региональные лимфоузлы; при дифтерии налеты однородно фибринозные, в начале формирования – рыхлые паутинообразные либо желеобразные (прозрачные или мутнеющие), легко снимаются, сформированные налеты – плотные, снимаются с трудом и кровоточивостью;

• *дифтерия носоглотки* – кратковременное повышение температуры, затруднение носового дыхания, увеличение заднешейных лимфоузлов, обнаружение налетов при задней риноскопии;

• *дифтерия носа* – затруднение носового дыхания и сукровичные выделения, чаще односторонние, катарально-язвенное воспаление или фибринозные пленки, изначально появляющиеся на перегородке носа;

• *дифтерия глаз* (редкая локализация) – резкий отек век, обильное слизисто-гнойное отделяемое, гиперемия конъюнктивы, пленка на конъюнктиве одного или обоих век;

• *дифтерия гениталий* (редкая локализация) – катарально-язвенный или фибринозно-некротический уретрит или вульвит.

• *дифтерия пищевода и желудка* (редкие локализации) – фиброзно-некротический эзофагит и гастрит.

2. ***Распространенные формы (средней тяжести):***

• *дифтерия ротоглотки* – интоксикация умеренная, боль при глотании не затрудняет прием пищи, налеты распространяются на небные дужки, нижние отделы мягкого неба, боковые и заднюю стенки глотки, региональный лимфаденит умеренный, токсического отека слизистых оболочек ротоглотки и подкожной клетчатки шеи нет;

• *дифтерия носа* – распространение налетов в придаточные пазухи носа;

• *дифтерия глаз* (редкая локализация) – кератоконъюнктивит;

• *дифтерия гениталий* (редкая локализация) – налеты за пределами вульвы и головки полового члена.

3. ***Токсические формы (тяжелые):***

• *дифтерия ротоглотки* – повышение температуры до 39—40 °С с ознобом, головной болью и ломотой (артралгии – при гипертоксической форме), слабость, снижение аппетита, бледность; при токсической III степени и гипертоксической – головокружение, повторная рвота или тошнота, боли в животе, делириозное возбуждение с гиперемией лица. Продолжительность высокой температуры 3—5 дней, при гипертоксической – возможно снижение ниже нормы на вторые сутки; болевые симптомы появляются рано, их количество соответствует степени тяжести; боль при глотании, затрудняющая прием пищи, болезненность лимфоузла, болевой тризм, боль в области шеи; при гипертоксической форме возможна анестезия болевых ощущений. Токсический отек ротог-

лотки – с максимальным распространением на твердое небо и в гортаноглотку, при гипертоксической форме – приводит к развитию фарингеального стеноза на первые—вторые сутки. Цвет слизистых оболочек – от яркой гиперемии до резкой бледности, с цианозом и желтоватым оттенком, возможна обширная или ограниченная геморрагическая имбибиция. Фибринозные налеты сначала формируются на миндалинах, затем на местах токсического отека за их пределами, при III и гипертоксической – с геморрагическим пропитыванием. Тонзилярные лимфоузлы – увеличенные, болезненные и плотные; их размеры более 5 см – при гипертоксической дифтерии. Токсический отек подкожной клетчатки появляется над региональным лимфоузлом при гипертоксической форме – через несколько часов, при III степени – с конца первых—начала вторых суток, II степени – на вторые сутки, I степени и субтоксической – на вторые—третьи сутки. В пользу наиболее тяжелых форм (III степени и гипертоксическая) свидетельствуют быстрое распространение отека не только вниз до ключицы и ниже, но и на лицо и спину, плотный выпуклый отек и гемморагические проявления на коже, а также резкий приторно-сладкий запах. Токсические осложнения: инфекционно-токсический шок и тромбогеморрагический синдром с наиболее тяжелым поражением «шоковых органов» – отек мозга, геморрагический отек легких, «шоковая» почка и острая сердечная недостаточность, кровоизлияние в надпочечники; миокардит, токсический нефроз, полирадикулонейропатия.

Токсические формы других локализаций – интоксикация, отек подкожной клетчатки вокруг очага фиброзно-некротического воспаления и над региональным лимфоузлом; токсические осложнения.

4. ***Дифтерийный круп*** – у детей раннего возраста последовательное появление кашля и осиплости, их усиление (катаральная стадия в течение 1—3 дней), затем с появлением фибринозных налетов в гортани присоединяется стенотическое дыхание (затруднение вдоха) с постепенным усилением степени стеноза в течение 2—3 дней (стенотическая стадия), асфиксия через 5—6 дней от начала болезни; у детей старшего возраста и взрослых – кашель и осиплость в течение 6—8 дней, когда стенотическое дыхание отсутствует, несмотря на формирование фибринозных пленок в дыхательных путях. Дыхательная обструкция знаменует начало предасфиктической фазы, поначалу имеет приступообразный характер, затем становится постоянной. Длительность предасфиктической фазы – двое суток, в конце ее – асфиксия.

5. ***Атипичная форма дифтерии.*** Дифтерия кожи (раны) – корки, плотный отек вокруг раны, флегмона с отсутствием гноя, обнаружение возбудителя дифтерии или появление токсических осложнений помогает установлению диагноза.

6. ***Коэффициент тяжести*** – удельный вес тяжелых форм дифтерии – все токсические формы, дифтерийный круп, дифтерия кожи (раны) с большой площадью поражения и (или) отеком, комбинированные формы, включающие хотя бы одну тяжелую. Группа риска по тяжелым осложнениям и летальности – токсическая дифтерия II, III степени тяжести, гипертоксическая, дифтерийный круп, дифтерия раны (кожи) с массивным поражением и отеком, комбинированные формы, включающие хотя бы одну из группы риска по летальности.

7. Предварительный диагноз дифтерии основывается на клинических и клинико-эпидемиологических данных, определяет вопросы госпитализации, изоляции и лечения больных.

Окончательный диагноз дифтерии устанавливается клинически по результатам развития симптомов болезни с учетом терапии; клинико-эпидемиологически и

gost.e-ecolog.ru

:о-бактериологически.