Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование Российской Федерации

3.1.2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Эпидемиологический надзор за коклюшной инфекцией

Методические указания
МУ 3.1.2.2160—07

Издание официальное

Москва • 2007

gost.e-ecolog.ru

Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека

3.1.2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Эпидемиологический надзор за коклюшной инфекцией

Методические указания
МУ 3.1.2.2160—07

ББК 51.9
Э71

Э71 **Эпидемиологический** надзор за коклюшной инфекцией: Методические указания.—М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2007.—18 с.

ISBN 5—7508—0683—9

1. Разработаны: ФГУН Центральным НИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (Н. А. Семина, Т. С. Селезнева, А. И. Заргарьянц); Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Г. Ф. Лазикова, Г. Г. Чистякова, А. А. Мельникова); Федеральным государственным учреждением здравоохранения «Федеральный центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора (О. П. Чернявская, Е. А. Котова, А. А. Ясинский, Г. С. Коршунова, М. П. Сорокина) с учетом замечаний и предложений Территориальных управлений Роспотребнадзора по Рязанской, Тверской, Пермской, Нижегородской, Калининградской областям.

2. Рекомендованы к утверждению комиссией по государственному санитарно-эпидемиологическому нормированию при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (протокол № 4 от 26 декабря 2006 г.).

3. Утверждены Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г. Г. Онищенко 12 февраля 2007 г.

4. Введены впервые.

ББК 51.9

ISBN 5—7508—0683—9

© Роспотребнадзор, 2007
© Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2007

Содержание

1. Область применения 4
2. Описание метода 7
3. Мониторинг заболеваемости 7
4. Наблюдение за уровнем иммунизации 9
5. Слежение за состоянием противококлюшного иммунитета среди населения 9
6. Слежение за циркуляцией возбудителя коклюша 10
7. Оценка эпидемиологической ситуации и эффективности мероприятий 11
8. Прогнозирование 12
9. Эффективность эпидемиологического надзора 12
Приложение 1 13
Приложение 2 18

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека,
Главный государственный санитарный
врач Российской Федерации
Г. Г. Онищенко
12 февраля 2007 г.
Дата введения: 1 апреля 2007 г.

3.1.2. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ.
ИНФЕКЦИИ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Эпидемиологический надзор за коклюшной инфекцией

Методические указания
МУ 3.1.2.2160—07

1. Область применения

1.1. Методические указания предназначены для специалистов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и могут быть использованы в работе специалистами органов управления здравоохранением, медицинскими работниками лечебно-профилактических организаций независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

1.2. Основные направления деятельности, изложенные в методических указаниях, направлены на предупреждение заболеваемости коклюшной инфекцией среди населения.

Общие положения

Коклюш – острая антропонозная инфекционная болезнь с воздушно-капельным путем передачи, характеризующаяся длительным своеобразным спазматическим кашлем с явлениями интоксикации и поражением дыхательной, сердечно-сосудистой и нервной систем.

Возбудителем коклюша является Bordetella pertussis. Коклюшный микроб имеет несколько серотипов (1.2.3, 1.0.3, 1.2.0, 1.0.0) отличающихся своей вирулентностью.

Источником инфекции является больной коклюшем. Бактерионосительство при коклюше кратковременное (2—3 дня) и существенного эпидемиологического значения не имеет. В настоящее время имеются

данные, что в очагах инфекции среди детей с иммунодефицитами, привитых и переболевших коклюшем, могут выявляться бактерионосители в 1,5 % случаев. Передача заразного начала осуществляется через воздух с мельчайшими капельками слизи при разговоре, крике, плаче, чихании, кашле. Наиболее интенсивная передача инфекции происходит в катаральном и спазматическом периодах кашля.

Основным сдерживающим фактором заболеваемости коклюшем является массовая плановая вакцинопрофилактика АКДС-вакциной с 1959 г., которая привела к резкому снижению заболеваемости, смертности, летальности. Плановая иммунизация при охвате прививками (более 95 %) снизила заболеваемость к 1965 г. в 4,5 раза (показатель на 100 тыс. населения – 86,0). В последующее десятилетие заболеваемость коклюшем последовательно снижалась, и к 1976 г. ее уровень составил 12,9 на 100 000 населения. С 1979 г. наблюдается стабилизация показателей заболеваемости с незначительными колебаниями в годы периодических подъемов, их интенсивность стала ниже только в 90-е годы. Однако в 2006 г. по сравнению с 2005 г. отмечается рост заболеваемости в 1,8 раза. Сохраняется заболеваемость городского и сельского населения, как среди непривитых, так и привитых детей организованного и неорганизованного детства.

Коклюш наиболее опасен для детей младшего возраста, в том числе новорожденных и недоношенных, и нередко приводит у них к тяжелым нарушениям со стороны дыхательной и нервной систем. Регистрируется высокая заболеваемость у детей до года (2004 г. - 110,0 на 100 000 детей этой возрастной группы).

Эпидемиологической особенностью коклюша в последние годы является рост заболеваемости среди школьников, которым диагноз ставится лишь при эпидемиологическом и лабораторном обследовании, и которые, в большинстве случаев, служат источниками инфекции для детей младшего возраста. Так, в 2003 г. самые высокие показатели заболеваемости были зарегистрированы у детей в возрасте 3—6 лет – 232,2, а в 2003—2004 гг. у детей в возрасте 7—14 лет – 294,7—141,9 на 100 000 детей, соответственно. Отсутствие стойкого иммунитета к коклюшу в сочетании с высоким индексом восприимчивости (70—90 %) способствуют заболеванию не только детей, но и взрослых.

Другой особенностью эпидемического процесса коклюша является возникновение периодических подъемов заболеваемости на фоне высокого охвата прививками детей раннего возраста. Это объясняется недостаточной напряженностью и длительностью поствакцинального имму-

нитета, создаваемого прививками АКДС-вакциной (2—3 года), и способствует накоплению значительного числа не иммунных лиц к семилетнему возрасту.

После перенесенного заболевания остается пожизненный иммунитет. В то же время поствакцинальный иммунитет не предохраняет от заболевания. Коклюш в этих случаях протекает в виде легких и стертых форм инфекции, которые диагностируются в основном серологически, ретроспективно. За годы специфической профилактики их количество увеличилось до 95 % случаев. Треть заболевших пациентов не обращается к врачу, т. к. нет существенного нарушения самочувствия. Лишь тщательное наблюдение за динамикой болезни, эпидемиологический анамнез и бактериологическое исследование позволяют диагностировать коклюш при легком и стертом его течении.

В последние годы имеет место рост и увеличение вирулентности и токсичности штаммов серовара 1.2.3, который на ряде территорий выделяется в равных соотношениях с сероваром 1.0.3, а на отдельных – даже превышает его. Более того, токсичные штаммы стали выделяться от больных в 11,1 % случаев. Удельный вес штаммов 1.0.3 увеличился с 55,6 до 80 %.

Изменение вирулентности возбудителя способствует формированию очагов с 3 и более случаями. Параллельно увеличивается число тяжелых и среднетяжелых форм коклюша не только среди непривитых детей, но также и у привитых, утративших поствакцинальный иммунитет.

Трудности диагностики на ранних стадиях заболевания обусловлены сходством симптомов и синдромов с осложненными формами ОРЗ и другими вирусными инфекциями, случаи которых постоянно учащаются. При постановке диагноза врачами редко учитывался факт контакта детей с больными коклюшем и длительно кашляющими людьми. Не проводится обследование контактных с больными в детских образовательных учреждениях, школах.

Отсутствие бактериальной диагностики длительно кашляющих (более 3—7 дней) приводит к низкому проценту высеваемости возбудителя у детей на поздних сроках обследования, а также после продолжительного лечения антибактериальными препаратами. Бактериологическое подтверждение диагноза коклюша по отдельным регионам России составляет всего от 10 до 36 %.

Широко распространены коклюш и паракоклюшная инфекция, которая регистрируется только при бактериологической диагностике.

Сходство клинических симптомов затрудняет порой дифференциальную диагностику, выявление и учет.

Таким образом, коклюш в нашей стране требует пристального внимания, как со стороны эпидемиологов, так и клиницистов.

2. Описание метода

Формула метода

Усовершенствование системы эпидемиологического надзора за коклюшем заключается в разработке наиболее рациональной системы организации профилактических и противоэпидемических мероприятий в изменившихся условиях течения эпидемического процесса.

Эпидемиологический надзор проводится органами, уполномоченными осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Характеристика метода:

- мониторинг заболеваемости (текущий и ретроспективный анализ);
- наблюдение за уровнем иммунизации (охват профилактическими прививками;
- слежение за состоянием противококлюшного иммунитета (выборочное серологическое обследование отдельных групп населения);
- слежение за циркуляцией возбудителя коклюша и его свойствами;
- оценка эффективности проводимых мероприятий;
- принятие управленческих решений;
- прогнозирование.

Целью эпидемиологического надзора за коклюшем является оценка эпидемиологической ситуации и разработка мероприятий, направленных на снижение заболеваемости и предупреждение формирования очагов инфекции, смертности и летальности.

3. Мониторинг заболеваемости

Для персонального учета больных коклюшем или подозрении на него составляется экстренное извещение по форме № 058/у и представляется в ФГУЗ центр гигиены и эпидемиологии Территориального Управления Роспотребнадзора, обеспечивающего деятельность. Для учета полноты регистрации заболевших и сроков подачи информации сведения об экстренных извещениях дополнительно вносятся в «Журнал учета инфекционных заболеваний» – форма № 060/у, как в учреждениях здравоохранения, так и в учреждениях Роспотребнадзора..

Эпидемиологический анализ заболеваемости является составной частью эпидемиологического надзора за коклюшем и включает оценку заболеваемости по возрастам, клиническим формам инфекции, бактериологическому подтверждению диагноза, сезонности, очаговости. Большое значение имеют такие его параметры, как сроки обращения за медицинской помощью от начала заболевания, сроки госпитализации от сроков обращения, первичный диагноз. При обследовании детей и взрослых в очагах инфекции по эпидемическим показаниям и с профилактической целью необходимо выявлять не только заболевших, но и бактерионосителей коклюша.

Анализ заболеваемости коклюшем проводится на основании данных, представленных в табл. 1 (прилож. 1). Данные, представленные в табл. 2 (прилож. 1) характеризуют помесячную заболеваемость и сезонность коклюша.

Возрастная заболеваемость коклюшем в условиях длительной массовой вакцинопрофилактики является одним из важных разделов надзора. Высокая заболеваемость в каких-либо возрастных группах свидетельствует о недостаточной их защищенности (табл. 3 прилож. 1).

Среди взрослых группой повышенного риска заражения являются прежде всего медработники, работники транспорта, сферы обслуживания и студенты ВУЗов.

Анализ заболеваемости коклюшем по группам населения проводится среди детей дошкольного возраста, посещающих и не посещающих детские дошкольные учреждения, учащихся общеобразовательных учреждений, средних специальных учебных заведений (учреждений профессионального образования), студентов вузов и взрослых (табл. 4 прилож. 1).

Анализ клинических форм коклюша необходим для объективной оценки тяжести течения коклюша у заболевших, а также для прогнозирования возможного ухудшения эпидемиологической ситуации (табл. 5 прилож. 1).

О качестве бактериологической диагностики коклюшной инфекции по срокам взятия материала для исследования свидетельствуют материалы (табл. 6 прилож. 1).

Данные о частоте заноса инфекции и интенсивности ее распространения представлены в табл. 7 (прилож. 1). Анализ очаговости проводится с учетом числа случаев заболевания коклюшем и выделением крупных очагов с числом более 3. Это позволит выявить территории, где инфекция распространяется наиболее интенсивно. Общее число за-

болеваний во всех очагах показывает суммарную заболеваемость, которая принимается за 100 % и затем подсчитывается число очагов с 1, 2, 3 и более числом случаев. Процент очагов с 1—3 случаями характеризует качество проводимых противоэпидемических мероприятий.

Критерием защищенности коллектива от коклюша и своевременности проведения противоэпидемических мероприятий является локализация очагов инфекции без последующего ее распространения.

В условиях массовой плановой иммунизации против коклюша необходимым условием является проведение анализа заболеваемости привитых и не привитых детей (табл. 8 прилож. 1).

4. Наблюдение за уровнем иммунизации

Уровень охвата прививками против коклюша детей декретированных возрастов оценивают по данным официальной статистики: истории развития (ф. 112/у) и карты профилактических прививок (ф. 063/у).

Анализ состояния коллективного иммунитета осуществляется по следующим показателям: охват прививками детей до 3 лет, своевременность проведения вакцинации и ревакцинации, обоснованность медицинских противопоказаний.

Своевременное начало прививок АКДС-вакциной (с трех месяцев) должно быть не менее, чем у 75 % детей. Следует считать удовлетворительным своевременный охват законченной вакцинацией (три прививки АКДС-вакциной) и ревакцинацией, если их получили 95 % детей в возрасте 12 и 24 месяцев жизни соответственно. Общий процент охвата троекратной вакцинацией и ревакцинацией детей с года до трех лет включительно должен быть не менее 97—98 %.

По данным табл. 9 (прилож. 1) оценивается охват прививками и иммунная прослойка к коклюшу среди детей по каждому возрасту до 4 лет.

Возникающие реакции на прививку АКДС-вакциной – местные, общие, необычные и поствакцинальные осложнения представлены в табл. 10 (прилож. 1).

5. Слежение за состоянием противококлюшного иммунитета среди населения

Серологический мониторинг является важной составной частью эпидемиологического надзора. Его основными задачами являются: определение групп повышенного риска, полнота выявления больных при

существующей системе надзора и изучение альтернативных подходов к оценке иммунизации.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ и программой Всероссийского центра по слежению за состоянием коллективного иммунитета среди населения против инфекций, управляемым средствами специфической профилактики (ФГУН ЦНИИЭ Роспотребнадзора) на каждой административной территории органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор организуют выборочный серологический контроль за состоянием коллективного иммунитета различных возрастных групп населения с целью:

- подтвердить коклюш или паракоклюш у привитых и не привитых детей и взрослых; в отсутствии бактериологического подтверждения диагноза – по наличию динамики титров антител;
- обследовать длительно кашляющего ребенка или взрослого в случае его контакта с больным коклюшем или паракоклюшем;
- для дифференциальной диагностики коклюша и паракоклюша;
- для оценки уровня противококлюшного иммунитета у привитых АКДС вакциной в очагах инфекции в зависимости от сроков после прививки.

Сыворотки крови исследуют в реакции агглютинации, при этом уровень антител при титре 1 : 160 считается условно-защитным, а 1 : 320 и выше – защитным.

6. Слежение за циркуляцией возбудителя коклюша

Для оценки эпидемиологической ситуации постоянно осуществляется слежение за циркуляцией возбудителя коклюша среди различных возрастных групп населения, с изучением его биологических свойств (определение серовара, биохимических свойств и т. д.).

С этой целью бактериологические исследования материала от лиц, подозрительных на коклюш, проводят в лабораториях учреждений здравоохранения, а также в лабораториях ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» Роспотребнадзора. При транспортировании биологического материала в лабораторию необходимо оберегать его от воздействия прямых солнечных лучей и низкой температуры (промерзание).

Очень важно правильно оформлять направление на исследование, в котором надо указать наименование учреждения, направившего материал для исследования; фамилию, имя, возраст, адрес обследуемого, повод к обследованию; дату заболевания; метод, дату и время взятия биологического материала и подпись ответственного лица.

В связи с длительным ростом возбудителя коклюша бактериологическое исследование продолжается 5—7 дней. Высеваемость микробов рода Bordetella зависит от своевременного и правильного взятия материала, кратности обследования, качества питательных сред, сроков и условий доставки материала в лабораторию.

Противококлюшный иммунитет, создаваемый АКДС-вакциной не является абсолютным препятствием к инфицированию возбудителем коклюша. Привитые дети болеют, но, в основном, легкой или стертой формой инфекции. Однако у 1—2 % детей в возрасте 10 лет и старше, привитых против коклюша, имеет место кратковременное бактерионосительство (2—3 дня). У детей младшего возраста случаи бактерионосительства встречаются исключительно редко. В коллективах, свободных от заболеваний, бактерионосители не обнаруживаются.

Для наблюдения за распространением возбудителя коклюша среди населения бактериологическое обследование проводят:

- с диагностической целью (двухкратно):
  - детям, кашляющим в течение 7 дней и более, независимо от указаний на контакт с больным коклюшем;
  - детям с подозрением на коклюш и коклюшеподобными заболеваниями по клиническим данным;
  - взрослым с подозрением на коклюш и коклюшеподобные заболевания, работающим в родильных домах, детских больницах, санаториях, детских образовательных учреждениях и школах, в т. ч. закрытого типа.
- по эпидемическим показаниям (всем лицам, общавшимся с больным коклюшем):
  - детям, посещающим детские образовательные учреждения, находящимся в детских больницах, санаториях, а также дети до 14 лет, общавшиеся с больным коклюшем в домашних условиях;
  - взрослым, работающим в указанных выше детских учреждениях, при общении с больным коклюшем в домашних условиях.

Анализ серологической характеристики циркулирующих штаммов проводится в соответствии с табл. 11 (прилож. 1).

7. Оценка эпидемиологической ситуации и эффективности мероприятий

При условии успешной реализации Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера на 2002—2006 гг.», подпрограммы «Вакцинопрофилактика», и

достижении уровня коллективного иммунитета против коклюша не менее 95 % в декретированных возрастах, заболеваемость коклюшем должна носить спорадический характер и регистрироваться преимущественно в виде легких форм.

8. Прогнозирование

По результатам эпиднадзора проводится оценка эпидемиологической ситуации на территориях. В случае признания ее неблагополучной должен быть разработан дополнительный план мероприятий.

Неблагоприятными прогностическими признаками являются:

- преобладающее число тяжелых и среднетяжелых форм коклюша и наличие крупных очагов инфекции с повторными случаями заболеваний;
- увеличение циркуляции возбудителя коклюша и рост его высеваемости по сравнению с предыдущим годом;
- низкий уровень охвата прививками (менее 95 %) детей декретированных возрастов;
- регистрация тяжелых форм коклюша (более 5 %) у привитых детей.

9. Эффективность эпидемиологического надзора

Проведение эффективного эпидемиологического надзора за коклюшной инфекцией в каждом субъекте Российской Федерации позволит своевременно оценивать и прогнозировать эпидемиологическую ситуацию в целях разработки рекомендаций по повышению эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий для стабилизации показателей заболеваемости, предупреждения тяжелых форм инфекции и летальных исходов.

Приложение 1

Таблица 1

Многолетний анализ заболеваемости коклюшем (на 100 000 населения)

Наименование территорий	200_ год		200_ год		200_ год	
	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс	абс. число	на 100 тыс.

Таблица 2

Сезонное распределение заболеваемости коклюшем

Год	Январь			И т. д. до декабря вкл			Всего за год	
	абс. чис	% от годового	на 100 тыс	абс. чис.	% от годового	на 100 тыс.	абс.чис. 100 %	на 100 тыс.

Таблица 3

Возрастная структура заболевших коклюшем

Возраст	200__год		И т. д.	
	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.
До года				
1 год				
2 года				
3 года				
4 года				
5 лет				
6 лет				
7 лет				
8 лет				
9 лет				
10 лет				
11 лет				
12 лет				
13 лет				
14 лет				
15—17 лет				
Всего до 17 лет				
18 л и ст.				
Итого				

Таблица 4

Заболеваемость коклюшем по группам населения

Группы населения	200_ год		200_ год	
	абс. число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.
Дети, не посещающие ДОУ:				
До 1 года				
1 год				
2 года				
3 года				
4 года				
5 лет				
6 лет				
Дети, посещающие ДОУ:				
До 1 года				
1 год				
2 года				
3 года				
4 года				
5 лет				
6 лет				
Учащиеся общеобразоват. учреждений				
Учащиеся средних спецучреждений				
Студенты вузов				
Взрослые				
Итого				

Таблица 5

Структура клинических форм коклюша

Клинические формы	Возраст							
	0—1	2—3	4—5	6—7	8—10	11—15	16—17	Взрослые
Атипичная								
Легкая								
Среднетяжелая								
Тяжелая								
Всего								

Таблица 6

Бактериологические обследования с диагностической целью на коклюш

Годы	Количество обследований с диагностической целью	Сроки обследования со дня заболевания					
		от 1 до 14 дней		15—21 день		свыше 21 дня	
		обследовано	выделено культур	обследовано	выделено культур	обследовано	выделено культур

Таблица 7

Очаговость коклюша в детских учреждениях

Детские учрежд.	Всего учр.	Всего случ	Всего очагов	Из них с числом случаев заболеваний (в знаменателе число носителей)					
				1	2	3	4	5	6 и более
Детские образовательные учреждения									
Детские интернатные учреждения									
Общеобразовательные учреждения									
Летние оздоров учреждения									
Итого									

Таблица 8

Заболеваемость коклюшем среди привитых и непривитых

Возраст	Привитые *		Непривитые **	
	абс число	на 100 тыс.	абс. число	на 100 тыс.
С 6 до 12 мес.				
1 год				
2 года				
3 года				

Примечание:

* привитые – считаются дети, получившие законченную вакцинацию или ревакцинацию.

** непривитые – считаются дети, имеющие одну или две вакцинации и не имеющие ни одной вакцинации АКДС.

Таблица 9

Состояние привитости против коклюша в _____

Возраст	Вакцинация						Ревакцинация		Всего не привито	
	1V		2V		3V					
	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%
0—3 мес.										
3—6 мес.										
6—12 мес.										
Всего до года										
1 г.										
2 г.										
3 г.										
Всего										

Таблица 10

Реакции на вакцинацию и ревакцинацию АКДС-вакциной

Ф.,И.,О.	Возраст	Адрес	Реакция на прививку (1, 2, 3 вак., ревакц.)			Дата прививки, серия, контрольный номер	Место госпитализации	Первоначальный диагноз	Окончательный диагноз, кем подтвержден
			общие реакции	местные реакции	осложнения после прививки				

Таблица 11

Характеристика сероваров коклюшного микроба

Кол-во обследованных лиц	Кол-во анализов	Из них выделено сероваров с диагностической целью:								
		сероварь	1.2.3		1.0.3		1.2.0		1.0.0	
			абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%

Кол-во обследованных лиц	Кол-во анализов	Из них выделено сероваров по эпидемическим показаниям:								
		сероварь	1.2.3		1.0.3		1.2.0		1.0.0	
			абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%	абс. чис.	%

Приложение 2

Нормативные ссылки

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. Постановление правительства Российской Федерации от 30.06.04 № 332 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

5. СП3.1/3.2.558—96 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний».

6. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 229 от 27.06.2001 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

7. 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 постановлением Росстата от 18.11.05.

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

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

10. Инструкции по применению адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной вакцины (АКДС-вакцины), утвержденные Минздравмедпромом России от 15.12.93.

11. Методические рекомендации МЗ СССР «Коклюш и паракоклюш» (профилактика, клиника, диагностика), 1993.

12. Методические рекомендации МЗ РФ «Коклюш (клиника, диагностика, лечение)», 1993.

13. Инструкция по бактериологическому и серологическому исследованиям при коклюше и паракоклюше, утвержденная Минздравом Российской Федерации, 1983.

Эпидемиологический надзор за коклюшной инфекцией

Методические указания
МУ 3.1.2.2160—07

Редакторы Барабанова Т Л , Максакова Е И.
Верстка Григорьев А А
Технический редактор Ломанова L. В.

Подписано в печать 27 03 07

Формат 60x88/16 Печ л 1,25

Тираж 500 экз Заказ 15

Федеральная служба по надзору
в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека
127994, Москва, Вадковский пер , д 18/20

Оригинал-макет подготовлен к печати Издательским отделом и
тиражирован отделом информационно-технического обеспечения
Федерального центра гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора
117105, Москва, Варшавское ш , 19а
Отделение реализации, тел 952-50-89

gost.e-ecolog.ru