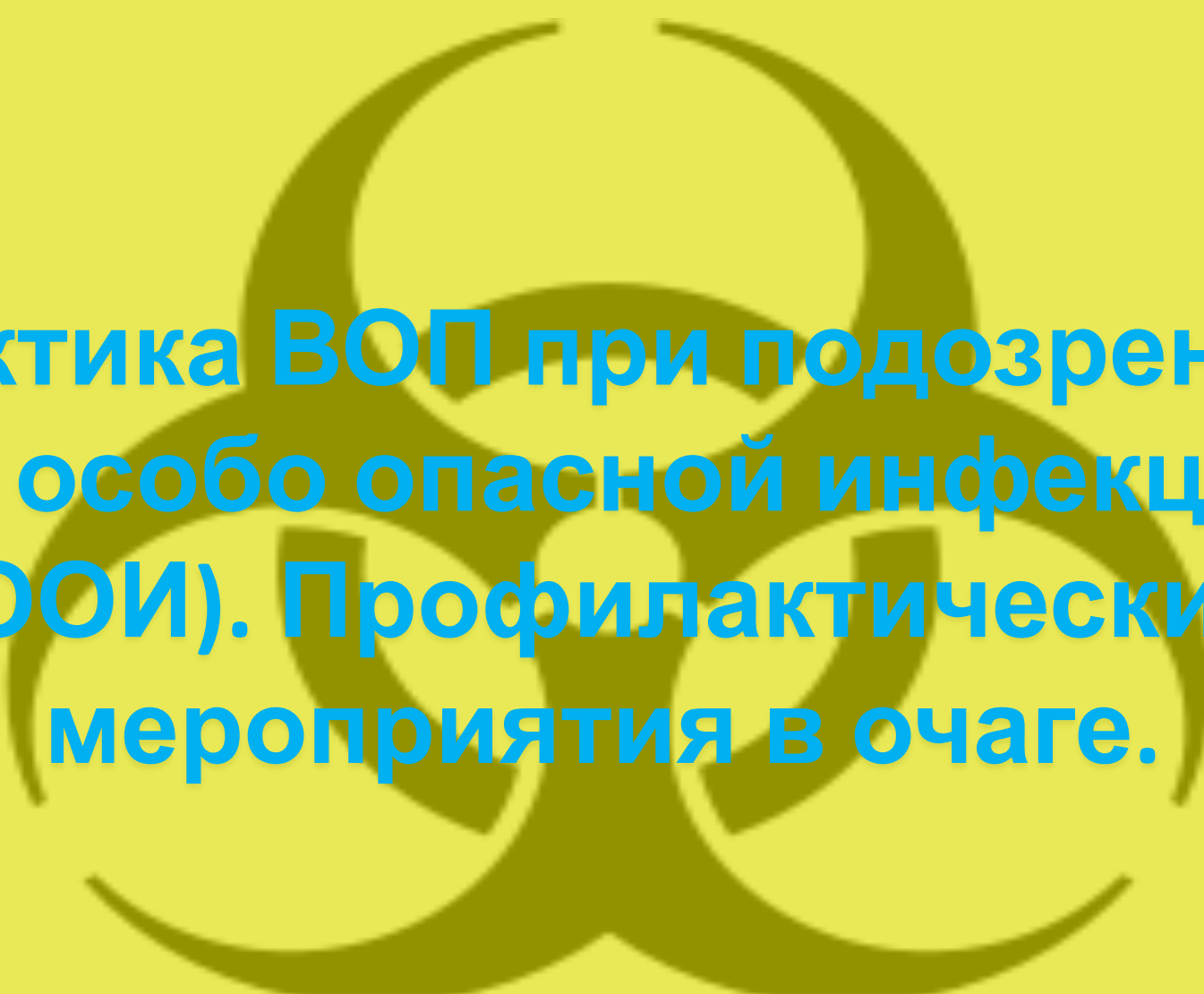




**Тактика ВОП при подозрении
на особо опасной инфекции
(ООИ). Профилактические
мероприятия в очаге.**

В соответствии с этими критериями у нас в стране все микроорганизмы были подразделены на 4 группы:___

Группа I - микроорганизмы, представляющие низкую как индивидуальную, так и общественную опасность (они не имеют эпидемиологического или эпизоотологического значения). К ним относятся: Эшерехия коли K12 или *Bac. subtilis*.

Группа II - микроорганизмы, представляющие умеренную индивидуальную и ограниченную общественную опасность (они вызывают отдельные заболевания людей и/или животных и не представляют серьезной проблемы). Ограничить риск можно с помощью эффективных средств их профилактики и лечения. К ним относятся возбудители брюшного тифа и вирусного гепатита В.

Группа III - микроорганизмы, представляющие высокую индивидуальную, но низкую общественную опасность (они вызывают тяжелые заболевания, но не могут распространяться от одного индивидуума к другому либо в отношении их есть эффективные средства профилактики и лечения). Сюда относятся возбудители бруцеллеза, лихорадки Ласса.

Группа IV - микроорганизмы, представляющие высокую как индивидуальную, так и общественную опасность (они вызывают тяжелые, нередко, не поддающиеся лечению болезни у людей и/или животных и могут легко распространяться от одного индивидуума к другому, либо от животных к людям, непосредственно или опосредованно) и при работе с ними необходимо соблюдение максимальных мер безопасности. К ним относятся возбудители лихорадок Марбург и Эбола. Всемирная организация здравоохранения регламентировала санитарные правила, где IV и III группы микроорганизмов по отечественной классификации получили соответственно I и II номера. В связи с этим особо опасные инфекции отнесены к I и II группам патогенности.

Общие понятия

Особо опасные инфекции (ООИ) — условная группа инфекционных заболеваний, представляющих исключительную эпидемическую опасность. Перечень и меры профилактики распространения ООИ были закреплены в Международных медико-санитарных правилах (ММСП), принятых 22-й сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ 26 июля 1969 года. В 1970 году 23-я ассамблея ВОЗ исключила из перечня карантинных инфекций сыпной и возвратный тифы. С поправками 1981 года список включал лишь три заболевания: *чуму, холеру и жёлтую лихорадку*.

В настоящее время такого понятия «ООИ» в мировой медицине не существует. Этот термин продолжает быть распространенным только в странах СНГ, в мировой же практике ООИ — это «инфекционные заболевания, которые вошли в перечень событий, что могут являть собой чрезвычайную ситуацию в системе охраны здоровья в международном масштабе». Список таких заболеваний сейчас значительно расширен. Согласно приложению № 2 ММСП-2005 он разделен на две группы.

Первая группа — «болезни, которые являются необычными и могут оказать серьезное влияние на здоровье населения»: оспа, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом, человеческий грипп, вызванный новым подтипом, тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) или (SARS).

Вторая группа — это «болезни, любое событие с которыми всегда оценивается как опасное, поскольку эти инфекции обнаружили способность оказывать серьезное влияние на здоровье населения и быстро распространяться в международных масштабах»: холера, легочная форма чумы, желтая лихорадка, геморрагические лихорадки — лихорадка Ласса, Марбург, Эбола, лихорадка Западного Нила. Сюда же ММСП-2005 относят инфекционные болезни, «которые представляют особую национальную и региональную проблему», например лихорадку денге, лихорадку Рифт-Валли, менингококковую болезнь (менингококковую инфекцию).

Термин «карантинные инфекции» (англ. quarantinable diseases) сейчас не равнозначен понятию «ООИ», так как «карантинные инфекции» — это условная группа инфекционных болезней, при которой накладывают разную степень карантин. Может быть наложен полный карантин государством на всей своей территории (оспа, легочная чума), на уровне региона, города, района, отдельного учреждения.

Карантин

Карантин - комплекс ограничительных, административных и лечебно-профилактических мероприятий, направленных как на охрану определенной территории от заноса возбудителей ООИ из других территорий (стран), так и на предупреждение их распространения из эпидемического (эпизоотического) очага.

Карантинными мерами

являются:

- а) оцепление очага;
- б) запрещение выезда из него без предварительной обсервации;
- в) организация прямого транзита, перевалочных пунктов и ограничение транс-
портных связей очага с другими территориями;
- г) организация строгой системы вывоза из очага и ввоза в него сырья, товаров и
продуктов;
- д) организация санитарно-карантинных пунктов на транспорте, в аэропортах, на
вокзалах, в речных и морских портах;
- е) ограничение водопользования для бытовых, хозяйственных, рекреационных
нужд;
- ж) ограничение посещения тех участков территории, где выявлены опасные для
человека эпизоотии;
- з) ограничение массовых мероприятий, ярмарок, торговли и др.

Особо опасные инфекции (ООИ) могут быть:

- ▣ Карантинными
- ▣ конвенционными (чума, холера, желтая лихорадка)

Они могут быть:

- ❖ зоонозными (чума, туляремия, сибирская язва и др.)
- ❖ антропонозными (сыпной тиф, н.оспа, холера, ВИЧ-инфекция и др.)
- ❖ сапронозными (легионеллез, микозы и др.).

При выявлении больного с ООИ в лечебно-профилактическом учреждении (ЛПУ) приём пациентов в кабинете (осмотр в палате) прекращается. Запрещается выход из кабинета всех лиц, находящихся в нём. Врач через телефон или проходящий в коридоре медперсонал передаёт начальнику ЛПУ (главврачу, заведующему) о выявлении случая ООИ, используя специальные коды (не называя само заболевание).

Начальник ЛПУ сообщает по коду выявленное заболевание начальнику департамента здравоохранения региона и главному санитарному врачу региона. Главный санитарный врач обеспечивает подготовку специального стационара на базе инфекционной больницы (инфекционного отделения), а также вызывает машинную перевозку к месту выявления ООИ.

Запрещается выход из ЛПУ всех лиц, находящихся в нём. Старшая медсестра ЛПУ выставляет к кабинету ответственного медработника, отвечающего за передачу необходимых материалов в кабинет. В кабинет передаются комплекты спецодежды (противочумные костюмы) для медработников, дезсредства, экстренная укладка для взятия анализов на ООИ, медикаменты и оборудование, необходимые для оказания первой медицинской помощи больному. Старшая медсестра обеспечивает перепись всех лиц, находящихся в ЛПУ.

Медработники в кабинете после предварительной обработки себя дезсредствами надевают спецодежду, берут анализы на инфекцию в установленной форме, оказывают больному первую медицинскую помощь. Врач заполняет экстренное извещение в СЭС. По прибытию машинной перевозки медработники и другие находящиеся в кабинете вместе с больным отправляются в медицинский стационар. Больной помещается в палату-бокс, сопровождающие — в изолятор на карантин. Находящиеся в ЛПУ люди выпускаются, дезстанция СЭС проводит во всех помещениях ЛПУ заключительную дезинфекцию.

Составляется список людей, контактировавших с заболевшим. Близкоконтактные (члены семьи и жильцы одной квартиры, друзья, близкие соседи и члены коллектива, медработники, обслуживающие пациента) помещаются в изолятор на карантин. Неблизкоконтактные (неблизкие соседи и члены коллектива, медработники и пациенты ЛПУ, в котором была выявлена ООИ) берутся на учёт участково-терапевтической службой. При выявлении у неблизкоконтактных подозрительных симптомов, они госпитализируются в диспансерное отделение инфекционного стационара. По распоряжению главного эпидемиолога среди неблизкоконтактных может быть проведена экстренная вакцинация. Неблизкоконтактные, не имеющие симптомов и желающие выехать из очага предварительно помещаются в наблюдательное отделение инфекционного стационара на карантин. При значительном количестве заболевших в населённом пункте может быть объявлен карантин.

Противоэпидемические меры в эпидемическом очаге следующие:

- 1) выявление и госпитализация больных;
- 2) выявление и захоронение погибших от контролируемой болезни;
- 3) выявление и изоляция лиц, соприкасавшихся с трупами;
- 4) дезинфекция квартиры, вещей, предметов, нательного и постельного белья, которыми пользовался больной (умерший);
- 5) активное выявление лиц с проявлениями заболевания;
- 6) организация экстренной профилактики населения;
- 7) организация санитарной очистки населенных пунктов;
- 8) санитарно-просветительная работа среди населения;
- 9) исследование объектов окружающей среды на контаминированность возбудителями контролируемой инфекции;
- 10) выявление инфицированности живых переносчиков и организация работы по сокращению их численности.

Различают 4 основных типа противочумных костюмов.

Костюм первого типа (полный костюм) включает пижаму или комбинезон, длинный "противочумный" халат, капюшон или большую косынку, ватномарлевую повязку, или противопылевой респиратор, или фильтрующий противогаз, очки-консервы или целлофановую пленку одноразового использования, резиновые перчатки, носки, тапочки, резиновые или кирзовые сапоги (бахилы), клеенчатый или полиэтиленовый фартук, клеенчатые нарукавники, полотенце. Данный костюм используют при работе с материалом, подозрительным на зараженность возбудителем чумы, а также при работе в очаге, где выявлен больной этой инфекцией; при эвакуации в госпиталь подозрительных на легочную форму чумы; проведении текущей или заключительной дезинфекции и дезинфекции в очагах чумы; наличии в изоляторе госпиталя лиц, подозреваемых в общении с больным легочной формой чумы, или с лицом, вызывающим подозрение на такую форму чумы; при вскрытии трупа человека или животного, погибшего от чумы, а также трупа, погибшего от геморрагической лихорадки Крым Конго; работе с экспериментально зараженными животными и вирулентной культурой чумного микроба, сапа, мелиоидоза, глубоких микозов; проведении работ в очагах легочной формы сибирской язвы и сапа, а также болезней, вызываемых вирусами, отнесенными к 1 группе патогенности, и вирусом геморрагической лихорадки Крым-Конго. Продолжительность непрерывной работы не более 3 часов, в жаркое время года - 2 часа.

Костюм второго типа - (облегченный противочумный костюм) - состоит из комбинезона или пижамы, противочумного халата, шапочки или большой косынки, ватно-марлевой повязки или респиратора, сапог, резиновых перчаток и полотенца. Используют при дезинфекции и дезинсекции в очаге бубонной формы чумы, других форм сапа, сибирской язвы, холеры, коксиеллеза; эвакуации в госпиталь больного со вторичной пневмонией, бубонной, кожной или септической формой чумы; лабораторных работах с вирусами, отнесенными к I группе патогенности; работе с экспериментальными животными, зараженными возбудителями холеры, туляремии, бруцеллеза, сибирской язвы; вскрытии и захоронении трупов людей, умерших от сибирской язвы, мелиоидоза, сапа (при этом дополнительно надевают клеенчатый или полиэтиленовый фартук, такие же нарукавники и вторую пару перчаток).

Костюм третьего типа (пижама, противочумный халат, шапочка или большая косынка, резиновые перчатки, глубокие калоши) - используют при работе в госпитале, где находятся больные с бубонной, септической или кожной формой чумы; в очагах и лабораториях при работе с иккероорганизмами, отнесенными ко II группе патогенности; при работе с дрожжевой фазой глубоких микозов костюм дополняется маской или респиратором.

Костюм четвертого типа (пижама, противочумный халат, шапочка или малая косынка, носки, тапочки или любая другая легкая обувь) - применяют в изоляторе, где находятся лица, общавшиеся с больными бубонной,



Тактика врача общей практики.

1) Немедленно прекратить дальнейший прием больных, закрыть двери.

2) Не выходя из кабинета, по телефону или через ожидающих приема по-

сетителей вызвать кого-либо из медицинских работников поликлиники и передать гл. врачу поликлиники (зав. отделением) о выявлении больного, потребовать консультанта и необходимую защитную одежду, дезсредства, медикаменты, укладку для взятия материала на бактериологическое исследование.

3) Переодеться в защитную одежду.

4) Организовать защиту кабинета от залета мух, немедленно уничтожить летающих мух.

5) Составить список лиц, бывших в контакте с больным на приеме.

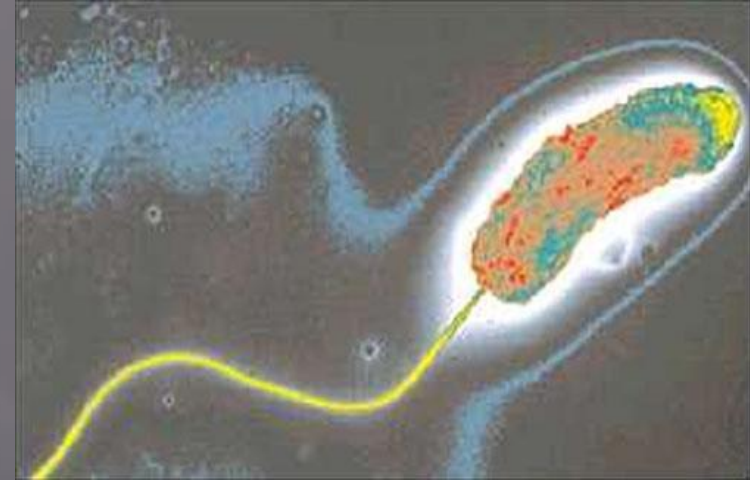
6) Провести текущую дезинфекцию выделений больного и воды после

мытья посуды, рук, предметов ухода и т.п.

7) По указанию гл. врача по прибытии специального транспорта сопро-

вождает больного в больницу, после чего проходит санобработку и направляется в карантин.

Холера



Холера - это острая антропонозная кишечная инфекция, вызываемая холерным вибрионом и характеризующаяся водянистой диареей с последующим присоединением рвоты, развитием дегидратации, деминерализации и ацидоза.

Инкубационный период длится 1-5 дней. На этот срок (5 дней) накладывается карантин. Периоды заболевания:

- Холерный энтерит
- Гастроэнтерит (рвота)
- Алгидный период - нарушение микроциркуляции приводит к тому, что кожные покровы становятся холодными.

ХОЛЕРА

При выделении от больных холерой и вибрионосителей токсигенных штаммов холерных вибрионов 01 и 0139 проводится:

- госпитализация (обязательная) больных холерой и вибрионосителей в холерный госпиталь;
- госпитализация больных с тяжелым обезвоживанием в результате острой водянистой диареи в любой возрастной группе в населенном пункте, где холеру не регистрировали, или с острой водянистой диареей в любой возрастной группе в населенном пункте, где наблюдается вспышка холеры - в холерный госпиталь;
- эпидемиологическое обследование каждого случая холеры и вибрионосительства;

- выявление, изоляция или меднаблюдение, трехкратное обследование (бактериологическое) на холеру и превентивное лечение (по эпидпоказаниям) контактных с больными холерой (вибрионосителями) и лиц, находившихся в одинаковых условиях по риску инфицирования;
- активное выявление, госпитализация в провизорный госпиталь с трехкратным бакобследованим на холеру всех больных с дисфункцией кишечника и рвотой;
- вскрытие умерших от острых кишечных инфекций с бактериологическим исследованием на холеру;
- заключительная дезинфекция в очаге холеры (на дому, по месту работы, учебы и других мест пребывания больного или вибрионосителя);
- введение ограничительных и карантинно-обсервационных мероприятий в зависимости от конкретной эпидемической обстановки; - усиление санитарно-эпидемиологического надзора за коммунальными

Для экстренной профилактики используют один из следующих препаратов:

- 1) тетрациклин - 1,0 x 2-3 раза в сутки - 4 дня
- 2) доксициклин - 0,1 x 1-2 раза в сутки - 4 дня
- 3) левомицетин - 0,5 x 4 раза в сутки - 4 дня
- 4) эритромицин - 0,5 x 4 раза в сутки - - 4 дня
- 5) ципрофлоксацин - 0,5 x 2 раза в сутки - 4 дня
- 6) фуразолидон - 0,1 x 4 раза в сутки - 4 дня

ТИПЫ ГОСПИТАЛЕЙ, РАЗВЕРТЫВАЮЩИХСЯ ПРИ ВСПЫШКЕ ХОЛЕРЫ

1. **Холерный госпиталь** - больные с подтвержденным бактериологическим диагнозом холеры.
2. **Провизорный госпиталь** - у больных с диарейным синдромом; бактериологическое исследование еще не проведено. Проводят бактериологическое исследование. Если есть холерный вибрион переводят в холерный госпиталь, если это сальмонеллез переводят в обычное инфекционное отделение.
3. **Обсервационный госпиталь** - госпитализируются все контактные лица на 45 дней. Проводится бактериологическое исследование, наблюдение.

Профилактика

Профилактические меры направлены на предупреждение заноса возбудителя холеры из-за рубежа и распространения его на территории страны, что регламентируется «Правилами по санитарной охране территории». Вторым предупредительным мероприятием является исследование на наличие холерного вибриона воды открытых водоемов в зоне водозаборов, местах купания ниже сброса сточных вод. По показаниям производят специфическую вакцинацию корпускулярной вакциной и холероген-анатоксином.

В очаге холеры проводят комплекс ограничительных мероприятий, включающих ограничение въезда и 5-дневную обсервацию выезжающих, с медицинским наблюдением и бактериологическим обследованием. Осуществляют мероприятия по контролю за водоисточниками, обеззараживанию воды, контролю за предприятиями общественного питания, санитарно-профилактическую работу и т.д.

После госпитализации больного проводят заключительную дезинфекцию, выявление и провизорную госпитализацию контактных лиц, их обследование и химиопрофилактику тетрациклином, рифампицином и сульфатом.

ЧУМА



Чума – острая природно-очаговая инфекционная болезнь, характеризуется тяжелой интоксикацией, лихорадкой, поражением кожи, лимфатических узлов, легких, способностью принимать септическое течение. Относится к особо опасным инфекциям.

Клиника

- Инкубационный период длится 3-6 сут, при легочной форме он сокращается до 1-2 дней, у привитых может удлиняться до 8-10 сут.
- Различают следующие клинические формы чумы (классификация Руднева Г. П.):
 - а) локальная: кожная, бубонная, кожно-бубонная;
 - б) внутридиссеминированная: первично-септическую, вторично-септическую;
 - в) внешнедиссеминированная: первично-легочную, вторично-легочную.
- Чаще всего наблюдается бубонная форма чумы (70-80%), реже септическая (15-20%) и легочная (5-10%).

Неотложные мероприятия

- Срочная госпитализация.
- Больного и лиц, общавшихся с ним, помещают в специализированные инфекционные лечебные учреждения.
- При своевременно начатом лечении (в первые 15 ч) прогноз благоприятный.

Профилактика

Общая профилактика заключается прежде всего в недопущении заноса инфекции на «чистую» территорию, контроле над существующими в природе очагами чумы, а при появлении случаев чумы на прежде свободной от нее территории — в локализации очага и недопущении распространения инфекции. Защита государства от заноса инфекции лежит на санитарно-эпидемиологической службе (санитарный осмотр грузов на границе, особенно в портовых городах, обсервация лиц, прибывших из мест, где регистрируется чума, контроль за соблюдением санитарных правил, в том числе в медицинских учреждениях, и др.).

- О всех зарегистрированных случаях чумы сведения должны передаваться в ВОЗ не позднее чем через 24 ч после выявления больного. В свою очередь ВОЗ регулярно представляет информацию в официальные органы всех стран о случаях чумы, зарегистрированных в отдельных странах, что, безусловно, облегчает контрольные меры.
- Очень важным является уничтожение крыс в городах, но полностью истребить их невозможно, удастся в лучшем случае контролировать численность популяции ЭТИХ ЖИВОТНЫХ.

- Специфическая профилактика проводится путем вакцинации, осуществляемой по эпидпоказаниям. Имеются различные типы вакцин — живая ослабленная для подкожного и внутрикожного введения, сухая таблетированная для перорального применения и убитая формоловая.
- Каждая из них имеет свои схемы вакцинации, достоинства и недостатки. Ни одна из них не дает абсолютной гарантии защищенности — привитые тоже могут заболеть, при этом течение болезни имеет свои особенности, а именно:
 - — удлиняется инкубационный период (до 10 дней);
 - — начало более постепенное, температура тела первые 2—3 дня может быть субфебрильной, а интоксикация — умеренной;
 - — формирующийся бубон меньше в размерах, менее выражена и локальная болезненность.
- Но если больному на этом фоне не назначить адекватную антибактериальную терапию, через 3—4 дня развернется классическая картина чумы.





Больной холерой



Девочка из Бангладеш с натуральной оспой



Поражение шеи у больного сибирской язвой



Поражение правой руки у больного туляремией



Спасибо за внимание !!!