

ПАСТАНОВА

ПОСТАНОВЛЕНИЕ

« 31 » мая 2012 г. № 52

Об утверждении Санитарных норм и правил «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения дифтерии»

На основании статьи 13 Закона Республики Беларусь от 7 января 2012 года «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», подпункта 8.32 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446 «О некоторых вопросах Министерства здравоохранения и мерах по реализации Указа Президента Республики Беларусь от 11 августа 2011 г. № 360», Министерство здравоохранения Республики Беларусь

ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить прилагаемые Санитарные нормы и правила «Требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения дифтерии».

2. Настоящее постановление вступает в силу с 19 июля 2012 г.

Министр

В.И.Жарко

УТВЕРЖДЕНО
Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
31 мая 2012 № 52

Санитарные нормы и правила
«Требования к организации и
проведению санитарно-
противоэпидемических мероприятий,
направленных на предотвращение
заноса, возникновения и
распространения дифтерии»

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Санитарные нормы и правила устанавливают требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предотвращение заноса, возникновения и распространения дифтерии.

2. Настоящие Санитарные нормы и правила обязательны для соблюдения государственными органами, иными организациями, физическими лицами, в том числе индивидуальными предпринимателями.

3. Для целей настоящих Санитарных норм и правил классифицируют следующие случаи заболеваний дифтерией и носительства коринебактерии дифтерии:

вероятный случай заболевания дифтерией – случай, который соответствует стандартному клиническому определению случая заболевания дифтерией: ларингит, фарингит или тонзиллит с образованием плотно прилегающих пленок на миндалинах, в глотке, в полости носа, а также наличие патологических пленок на коже и слизистых;

подтвержденный случай заболевания дифтерией – вероятный случай заболевания дифтерией, имеющий лабораторное подтверждение (выделение возбудителя дифтерии) и (или) эпидемиологическую связь с лабораторно подтвержденным случаем заболевания дифтерией;

случай бессимптомного носительства коринебактерии дифтерии – случай у лица с положительным результатом культурального исследования на коринебактерию дифтерии, но без проявлений, которые соответствуют вероятному случаю заболевания дифтерией.

ГЛАВА 2 ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА

4. Для проведения оценки санитарно-эпидемиологической обстановки по дифтерии, своевременного проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий в органах и учреждениях, осуществляющих государственный санитарный надзор, эпидемиологическому анализу подвергается информация, характеризующая:

заболеваемость дифтерией и бактерионосительство токсигенных штаммов коринебактерий дифтерии (по годам, месяцам, территориям, возрастным, социальным и иным группам населения Республики Беларусь, клиническим формам, степени тяжести);

охват профилактическими прививками лиц среди различных возрастных групп населения Республики Беларусь по административно-территориальным единицам;

количество медицинских противопоказаний к проведению иммунизации населения Республики Беларусь и отказов от профилактических прививок, их причины;

состояние противодифтерийного иммунитета;

клинические показатели – сроки обращаемости за медицинской помощью, установления диагноза; начало введения противодифтерийной сыворотки со дня заболевания и со дня обращения за медицинской помощью; начало лабораторного обследования на дифтерию со дня заболевания и со дня обращения за медицинской помощью; кратность обследования; количество лабораторно обследованных на дифтерию лиц, больных ангинами и другими воспалительными заболеваниями ротоглотки (тонзиллит, ларингит, паратонзиллярный и заглоточный абсцесс, инфекционный мононуклеоз, фарингит), с патологическими наложениями на миндалинах; структура клинических форм дифтерии; тяжесть заболевания; частота и характер осложнений; летальность; смертность;

циркуляцию возбудителя дифтерии и его свойства;

оценку эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических мероприятий.

5. Лабораторным критерием, подтверждающим дифтерию, является выделение токсигенного штамма коринебактерии дифтерии из клинического материала или четырехкратное и выше повышение уровня сывороточных антител при условии, что забор обеих проб осуществляется до введения дифтерийного анатоксина или противодифтерийной сыворотки.

6. Изучение популяционного иммунитета проводится государственным учреждением «Республиканский научно-практический центр эпидемиологии и микробиологии» (далее – ГУ РНПЦЭМ) и оценивается по результатам исследования антитоксических антител в реакции пассивной гемагглютинации и иммуноферментном анализе среди различных возрастных групп населения Республики Беларусь, определенных с учетом санитарно-эпидемиологической обстановки, Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

Минимальным защитным уровнем иммунитета следует считать 1:40 (0,01 МЕ/мл) дифтерийного антитоксина и 1:20 (0,01 МЕ/мл) столбнячного антитоксина в пробе сыворотки.

7. В организациях здравоохранения ежемесячно проводится мониторинг уровней охвата профилактическими прививками против дифтерии на основании отчетных форм о выполненных профилактических прививках.

8. Лабораторный мониторинг циркуляции штаммов коринебактерий, вызывающих заболевание дифтерией (коринебактерия дифтерии) и дифтериеподобные заболевания (коринебактерия ульцеранс, коринебактерия псевдотуберкулезис), проводится микробиологическими лабораториями органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, и ГУ РНПЦЭМ.

ГЛАВА 3 ТРЕБОВАНИЯ К ПОРЯДКУ ВЫЯВЛЕНИЯ И РЕГИСТРАЦИИ СЛУЧАЕВ ЗАБОЛЕВАНИЯ ДИФТЕРИЕЙ И НОСИТЕЛЬСТВА ТОКСИГЕННЫХ КОРИНЕБАКТЕРИЙ ДИФТЕРИИ

9. Выявление лица с симптомами заболевания дифтерией и лица с бессимптомным носительством коринебактерии дифтерии (далее – бактерионоситель) осуществляют медицинские работники организаций здравоохранения (далее – медицинские работники) при оказании медицинской помощи, в том числе на дому, а также при обращении за медицинской помощью, проведении медицинских осмотров, медицинском наблюдении за лицами, контактировавшими с лицом, которому установлен диагноз «дифтерия».

10. Внеочередная и заключительная информация о случае заболевания дифтерией и случае смерти от дифтерии представляется медицинским работником в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 14 февраля 2011 г. № 149 «Об утверждении Инструкции о порядке представления внеочередной и заключительной информации об осложнении санитарно-эпидемической обстановки».

11. Ответственность за полноту и достоверность сведений, своевременность учета заболеваний дифтерией, а также оперативное информирование территориальных центров гигиены и эпидемиологии (далее – ЦГЭ) несет руководитель организации здравоохранения.

12. В целях раннего выявления случая заболевания дифтерией медицинский работник организует проведение бактериологического обследования на дифтерию в течение первых 12 часов при выявлении:

лиц, больных ангиной, с налетами на миндалинах;

лиц с паратонзиллярным абсцессом;

лиц со стенозирующим ларингофарингитом с налетами на миндалинах;

лиц с пленчатым налетом на слизистой носа, глаз, ушей, половых органов, раневой и ожоговой поверхностях;

лиц с воспалительными изменениями в зеве с отеками шейной клетчатки.

Сбор материала проводится в течение 3-4 часов с момента обращения лица в больничную, амбулаторно-поликлиническую организацию здравоохранения. Материал для исследования забирается до начала лечения антибактериальными лекарственными средствами. Материалом для исследования служат мазки из ротоглотки или носа. При подозрении на экстрабуккальные формы дифтерии помимо отделяемого из раны, слизистых оболочек глаз, из ушей, половых органов следует обязательно брать материал из ротоглотки или носа.

13. При наблюдении за пациентами с заболеваниями, указанными в части первой пункта 12 настоящих Санитарных норм и правил, должна соблюдаться четкая преемственность в передаче сведений о них на всех этапах оказания медицинской помощи – от момента обращения за медицинской помощью до госпитализации. Медицинские работники службы скорой (неотложной) медицинской помощи, врачи-оториноларингологи и медицинские работники других специальностей при выявлении пациентов с ангиной и иными заболеваниями, указанными в части первой пункта 12 настоящих Санитарных норм и правил, передают вызовы на этих лиц участковым врачам-педиатрам (врачам-терапевтам, фельдшерам) в амбулаторно-поликлинические организации здравоохранения по их месту жительства (месту пребывания), которые проводят активное наблюдение за ними в течение трех дней от первичного обращения за оказанием медицинской помощи.

14. Лица с заболеваниями, указанными в части первой пункта 12 настоящих Санитарных норм и правил, из учреждений с круглосуточным режимом пребывания, общежитий, а также проживающие в социально-неблагополучных семьях и в неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях, подлежат госпитализации в первый день

обращения за оказанием медицинской помощи в инфекционные отделения больничных организаций здравоохранения или в больничные организации здравоохранения инфекционного профиля (далее – больничные организации здравоохранения).

15. Учет и регистрация случаев заболевания дифтерией в организациях здравоохранения осуществляется в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь.

ГЛАВА 4 ТРЕБОВАНИЯ К ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

16. Профилактические прививки против дифтерии проводятся в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и перечнем профилактических прививок по эпидемическим показаниям, определяемыми Министерством здравоохранения Республики Беларусь.

17. Микробиологические лаборатории органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, выполняют серологические исследования в случаях необходимости уточнения прививочного статуса детей и взрослых, привитых с нарушением схем иммунизации или не имеющих документов о проведенных профилактических прививках, а также контактных лиц в очагах дифтерийной инфекции.

Если в результате проведения указанного серологического исследования будет установлено, что титр противодифтерийных антител в сыворотке крови обследуемого равен или превышает 1:40 (0,01 МЕ/мл), а титр противостолбнячных антител – 1:20 (0,01 МЕ/мл), то дальнейшая иммунизация должна быть проведена в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

В случае, если дифтерийный и столбнячный антитоксины не были обнаружены, то:

детям в возрасте до 4 лет проводится комплекс профилактических прививок вакциной адсорбированной коклюшно-дифтерийно-столбнячной с цельноклеточным или бесклеточным коклюшным компонентом (далее – АКДС или АаКДС) или анатоксином дифтерийно-столбнячным адсорбированным (далее – АДС);

детям в возрасте от 4 лет до 7 лет проводится комплекс профилактических прививок АаКДС или АДС;

дети в возрасте от 7 лет и старше, а также взрослые прививаются анатоксином дифтерийно-столбнячным адсорбированным с уменьшенным содержанием антигена (далее – АДС-М), и через 2 недели определяется иммунный ответ.

При достаточно высоком содержании антител (1:160 и более) дальнейшая иммунизация проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

При содержании дифтерийного и столбнячного антитоксинов менее 1:160 (первичный иммунный ответ) выполненная профилактическая прививка считается началом вакцинации, и дальнейшая иммунизация проводится по индивидуальной схеме в соответствии с возрастом пациента.

18. При выявлении пациента с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией, а также бактерионосителя проводятся следующие санитарно-противоэпидемические мероприятия.

Пациент с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией, а также бактерионоситель в установленном порядке госпитализируется в больничную организацию здравоохранения.

В направлении на госпитализацию пациента с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией должны быть указаны: симптомы заболевания, проведенное лечение, сведения о полученных профилактических прививках и контактах с лицом с заболеванием дифтерией или бактерионосителем. При отсутствии сведений о профилактических прививках их в установленном порядке предоставляют амбулаторно-поликлинические организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) пациента по запросу больничной организации здравоохранения, указанной в части второй настоящего пункта.

При поступлении в стационар пациенту с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией независимо от назначения антибактериальных лекарственных средств проводится двукратное бактериологическое обследование с интервалом в 1 день на наличие возбудителя дифтерии. Клинический образец (мазок из зева или носа) в двух экземплярах доставляется:

первый – немедленно или в течение 2-х часов в территориальную микробиологическую лабораторию, проводящую исследования по выявлению возбудителя дифтерии;

второй – в течение 2-х календарных дней нарочным или экспресс-почтой в микробиологическую лабораторию областных центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья или Минский городской центр гигиены и эпидемиологии.

Выделенные культуры коринебактерий доставляются в течение трех календарных дней в ГУ РНПЦЭМ.

У каждого пациента с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией в течение 5 календарных дней от начала заболевания и до начала введения противодифтерийной сыворотки

должна быть взята кровь для серологического исследования на наличие дифтерийных и столбнячных антител.

Если противодифтерийная сыворотка не была введена, то через 10-14 календарных дней после взятия первого образца забирается второй образец крови (с целью серологического подтверждения диагноза по нарастанию титра антител).

Если кровь пациента не была взята до начала лечения противодифтерийной сывороткой, то наличие антител в ней определяется через 2-3 месяца после введения такой сыворотки.

Сыворотка крови от пациента с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией направляется на исследование в ГУ РНПЦЭМ в замороженном виде в течение 3 календарных дней с даты забора. После сбора образца сыворотка крови от пациентов может храниться при температуре $+4-6^{\circ}\text{C}$ в течение 72 часов, а при отсутствии такой возможности – сыворотка крови подлежит замораживанию в условиях микробиологической лаборатории органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарный надзор, и доставляется в ГУ РНПЦЭМ в течение 5 рабочих дней при условии соблюдения «холодовой» цепи. К каждой сыворотке крови прилагается заполненная сопроводительная форма, в которой указываются: фамилия, собственное имя, отчество (если таковое имеется) обследуемого; дата рождения (день, месяц, год); адрес места жительства (места пребывания); дата вакцинации и ревакцинации; показания к обследованию, дата начала заболевания.

Выписка пациента с заболеванием дифтерией осуществляется после его клинического выздоровления и двукратного бактериологического обследования с отрицательным результатом, проводимого с интервалом 1-2 дня и не ранее трех дней после отмены приема антибактериальных лекарственных средств. При повторном высеве лечение продолжается в больничной организации здравоохранения.

19. Иммунизация лиц, переболевших дифтерией, осуществляется в следующем порядке.

Лицам, прошедшим полный курс профилактических прививок против дифтерии в соответствии с возрастом, в больничной организации здравоохранения за 1 день до выписки вводится 0,5 мл АДС (АДС-М) или анатоксина дифтерийного адсорбированного с уменьшенным содержанием антигена (далее – АД-М), если со времени последней профилактической прививки против дифтерии прошло более 5 лет. В дальнейшем, указанные лица иммунизируются в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок. В случае, если с момента последней профилактической прививки против дифтерии прошло менее 5 лет, то

иммунизация перед выпиской в больничной организации здравоохранения не проводится.

Лицам, не прошедшим полный курс иммунизации против дифтерии в соответствии с возрастом, в больничной организации здравоохранения за 1 день до выписки вводится 0,5 мл АДС, АДС-М или АД-М в зависимости от возраста. В дальнейшем эти лица прививаются в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

Лицам, ранее не привитым против дифтерии, в больничной организации здравоохранения за 1 день до выписки вводится 0,5 мл АДС, АДС-М или АД-М в зависимости от возраста. Вторая доза препарата вводится в амбулаторно-поликлинических организациях здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) через 1 месяц после выписки. Первая ревакцинация проводится через 9-12 месяцев после выписки, последующие – в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

20. При поступлении бактерионосителя в больничную организацию здравоохранения проводится его двукратное бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии: первое – до назначения антибактериальных лекарственных средств, второе – через 1 день после первого обследования. При получении двух отрицательных результатов обследования бактерионоситель подлежит выписке из больничной организации здравоохранения.

21. В случае положительного результата бактериологического обследования бактерионосителю назначают лечение. В этом случае выписка бактерионосителя осуществляется после двукратного бактериологического обследования с отрицательным результатом, которое проводится с интервалом 1-2 дня и не ранее трех дней после отмены приема антибактериальных лекарственных средств.

22. После выписки из больничной организации здравоохранения лица, переболевшие дифтерией, и бактерионосители допускаются в организованные коллективы, если иное не предусмотрено законодательством Республики Беларусь, в том числе настоящими Санитарными нормами и правилами.

Бактерионоситель после выписки из больничной организации здравоохранения иммунизируется в амбулаторно-поликлинической организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок.

23. В случае, если бактерионоситель продолжает выделять возбудитель дифтерии, несмотря на проведение двух курсов санации антибактериальными лекарственными средствами, то он допускается в

организованный коллектив не ранее чем через две недели после проведения профилактических прививок против дифтерии среди непривитых контактных лиц. При этом профилактические прививки против дифтерии проводятся в течение 48 часов с момента выявления источника инфекции, а в организованный коллектив допускают вновь только привитых против дифтерии лиц. В организованном коллективе, в который допущен бактерионоситель, медицинским работником проводится медицинский осмотр и бактериологическое обследование контактных лиц и бактерионосителя 1 раз в две недели.

24. Бактерионоситель нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежит госпитализации, лечению антибактериальными лекарственными средствами и допускается во все организованные коллективы. Данному бактерионосителю назначается консультация врача-оториноларинголога с целью диагностики хронической патологии верхних дыхательных путей. При этом санитарно-противоэпидемические мероприятия среди контактных лиц не проводятся.

25. С целью профилактики заболеваний дифтерией медицинскими работниками проводится информационно-просветительская работа среди населения Республики Беларусь, в том числе с использованием средств массовой информации.

ГЛАВА 5 ТРЕБОВАНИЯ К ПРОВЕДЕНИЮ САНИТАРНО- ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ В ОЧАГЕ ДИФТЕРИЙНОЙ ИНФЕКЦИИ

26. При получении из организации здравоохранения экстренного извещения о вероятном или подтвержденном случае заболевания дифтерией, а также о случае носительства токсигенной коринебактерии дифтерии врач-эпидемиолог (помощник врача-эпидемиолога) ЦГЭ в течение 24 часов проводит в установленном порядке эпидемиологическое обследование очага дифтерийной инфекции.

27. В очаге дифтерийной инфекции проводится заключительная и текущая дезинфекции.

В домашних (квартирных) очагах дифтерийной инфекции заключительная и текущая дезинфекции осуществляются самим лицом, инфицированным возбудителем дифтерии (бактерионосителем), реконвалесцентом, членами его семьи или совместно проживающими с ним лицами с применением физических методов обеззараживания и использованием бытовых моющих средств и средств дезинфекции.

В неквартирных очагах дифтерийной инфекции текущая дезинфекция проводится работниками соответствующих организаций (очагов) в

течение 7 календарных дней с даты изоляции из этих очагов лиц, инфицированных возбудителем дифтерии (бактерионосителей).

Инструктаж о порядке проведения текущей и заключительной дезинфекций осуществляют медицинские работники амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, а также врач-эпидемиолог (помощник врача-эпидемиолога) ЦГЭ.

28. Медицинским работником устанавливается ежедневное медицинское наблюдение за контактными лицами с осмотром зева и термометрией продолжительностью 7 календарных дней с даты изоляции лица с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией (бактерионосителя токсигенной коринебактерии дифтерии). При этом данные медицинского наблюдения регистрируются в медицинском документе по форме № 025/у-07 «Медицинская карта амбулаторного больного», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 30 августа 2007 г. № 710 «Об утверждении форм первичной медицинской документации в амбулаторно-поликлинических организациях», и (или) медицинском документе по форме № 112/у «История развития ребенка», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 сентября 2007 г. № 774 «Об утверждении форм первичной медицинской документации акушерско-гинекологической и педиатрической службы».

29. Медицинским работником ЦГЭ проводится однократное бактериологическое обследование контактных лиц в течение 48 часов с момента выявления лица с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией (бактерионосителя токсигенной коринебактерии дифтерии). Врачом-оториноларингологом организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) осуществляется медицинский осмотр контактных лиц в течение первых трех дней со дня выявления указанных лиц. В случае выявления бактерионосителя токсигенной коринебактерии дифтерии среди контактных лиц, то бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии повторяется до прекращения выявления бактерионосителя. При этом в указанном очаге медицинское наблюдение продлевается на 7 календарных дней с даты разобщения коллектива с бактерионосителем.

30. Медицинский работник организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) организует серологическое обследование контактных лиц в течение 48 часов с даты выявления лица с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией (бактерионосителя токсигенной коринебактерии), а также их иммунизацию против дифтерии в соответствии с результатами обследования согласно пункту 17 настоящих Санитарных норм и правил.

31. Врач-специалист организации здравоохранения по месту жительства (месту пребывания) проводит антибиотикопрофилактику в отношении контактных лиц (независимо от их вакцинального статуса) после взятия материала для бактериологического обследования:

при массе тела менее 30 кг – вводится бензатин пенициллин (бициллин) 600 000 единиц (450 мг/1 мл) 1 мл (однократно внутримышечно);

при массе тела 30 кг и более – вводится бензатин пенициллин (бициллин) 1 200 000 единиц (900 мг/2 мл) 2 мл (однократно внутримышечно).

В случае, если у контактного лица на бензатин пенициллин (бициллин) наблюдается аллергия, то назначается эритромицин – внутрь в течение 7 календарных дней (в суточной дозе для детей 40 мг/кг, а для взрослых – 1 грамм, при этом суточная доза должна быть разделена на 4 приема).

В случае, когда прием контактным лицом эритромицина внутрь невозможен, то назначается эритромицин парентерально в дозе 40-50 мг/кг/день (максимальная суточная доза – 2 грамма).

32. В очаге дифтерийной инфекции профилактическим прививкам против дифтерии подлежат:

лица, не привитые против дифтерии;

дети, у которых настал срок очередной профилактической прививки;

взрослые лица, у которых согласно медицинским документам от последней профилактической прививки против дифтерии прошло 5 и более лет;

лица, у которых при серологическом обследовании противодифтерийные антитела выявлены в титре менее 1:40.

33. В сельских населенных пунктах при регистрации тяжелого случая или повторного заболевания дифтерией медицинским работником проводятся ежедневные подворные обходы в течение 7 календарных дней с последующей госпитализацией заболевших лиц.

34. Запрещается прием не привитых против дифтерии лиц в детские организованные коллективы в период проведения в данных коллективах санитарно-противоэпидемических мероприятий в связи с выявлением лица с вероятным или подтвержденным случаем заболевания дифтерией (бактерионосителя токсигенной коринебактерии).