

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)



Кафедра педиатрии №1

**ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ:
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И
ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ**



*Учебное пособие для студентов
педиатрических факультетов медицинских вузов
под редакцией профессора В.А.Шашель*

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России)



ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ: СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

*Учебное пособие
для студентов педиатрических факультетов
медицинских вузов*

Рекомендовано Координационным советом
по области образования «Здравоохранение и медицинские науки»
ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации
«Сеченовский университет» для использования в образовательных
учреждениях, реализующих профессиональные образовательные программы
высшего образования уровня специалитета
по направлению подготовки 31.05.02 «Педиатрия»

Краснодар, 2019

УДК 614.44

ББК 51.9

В 14

СОСТАВИТЕЛИ:

Т.Г. Баум, кандидат медицинских наук, доцент
кафедры педиатрии №1 ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
О.В. Первишко, кандидат медицинских наук, доцент
кафедры педиатрии №1 ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
В.А. Шашель, доктор медицинских наук, профессор, заведующая
кафедрой педиатрии №1 ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Н. А. Федько, зав. кафедрой поликлинической педиатрии ФГБОУ ВО СтГМУ
Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор
А.А. Лебеденко, зав. кафедрой детских болезней №2 ФГБОУ ВО РостГМУ
Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Учебное пособие представляет собой расширенный материал основных принципов специфической профилактики и противоэпидемических мероприятий вакциноуправляемых инфекций.

В учебном пособии учтены требования Федерального Государственного образовательного стандарта 3+ по направлению подготовки 31.05.02 Педиатрия (уровень специалитета), а также требования профессионального стандарта «Врач-педиатр участковый». Пособие написано для формирования у студента профессиональных компетенций в соответствии с ФГОС 3+ по специальности 31.05.02 Педиатрия и предназначается для студентов медицинских вузов.

Рекомендовано к изданию ЦМС ФГБОУ ВО КубГМУ Минздрава России
Протокол № 7 от 14.03.2019г.

*ГРИФ Координационного совета по области образования
«Здравоохранения и медицинские науки» №749 ЭКУ от 23 мая 2019 года
Протокол №031 от 23 мая 2019 года*

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений		6
Предисловие		8
Введение		10
ГЛАВА 1	Вакциноуправляемые инфекции	12
1.1.	Туберкулез	12
1.2	Вирусный гепатит В	22
1.3	Пневмококковая инфекция	28
1.4	Дифтерия	32
1.5	Коклюш	40
1.6	Столбняк	46
1.7	Полиомиелит	52
1.8	Нів-инфекция	59
1.9	Корь	65
1.10	Краснуха	70
1.11	Паротитная инфекция	76
1.12	Грипп	83
ГЛАВА 2	Вакцинопрофилактика по эпидемиологическим показаниям	90
2.1	Ротавирусная инфекция	90
2.2	Менингококковая инфекция	92
2.3	Ветряная оспа	101
2.4	Вирусный гепатит А	106
2.5	Шигеллез (дизентерия)	111

2.6	Холера	114
2.7	Брюшной тиф	118
2.8	Лептоспироз	123
2.9	Клещевой энцефалит	126
2.10	Чума	131
2.11	Туляремия	135
2.12	Папилломовирусная инфекция	138
Контрольные материалы к темам		142
Тестовый материал		142
Ситуационные задачи		148
Ответы на тестовые задания		151
Эталоны ответа ситуационной задачи		151
Приложение 1		155
Приложение 2		156
Приложение 3		157
Рекомендуемая литература		159
Основная литература		159
Дополнительная литература		159
Электронные ресурсы		159
Литература, используемая авторами		160

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АаКДС	коклюшно (ацеллюлярная)-дифтерийно-столбнячная вакцина
АДС	анатоксин дифтерийно-столбнячный адсорбированный
АДС-М	анатоксин дифтерийно-столбнячный адсорбированный с уменьшенным содержанием антигенов
АКДС	вакцина коклюшно-дифтерийно-столбнячная адсорбированная жидкая
АС	столбнячный анатоксин
ВАПП	вакциноассоциированный паралитический полиомиелит
ВГА	вирусный гепатит А
ВГВ	вирусный гепатит В
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПЧ	вирус папилломы человека
ГИСК	Государственный институт стандартизации и качества
ДДУ	Детское дошкольное учреждение
ДНК	дезоксирибонуклеиновая кислота
ИДС	иммунодефицитное состояние
ИПВ	инактивированная полиомиелитная вакцина
ИФА	иммуноферментный анализ
ЖКВ	живая коревая вакцина
ЖПВ	живая паротитная вакцина
МИБП	микробиологический препарат
ОПВ	оральная полиомиелитная вакцина
ПКВ	пневмококковая конъюгированная вакцина
ППВ	пневмококковая полисахаридная вакцина
ПСС	сыворотка противостолбнячная лошадиная
ПСЧИ	иммуноглобулин противостолбнячный человека

УГСЭН Учреждение государственного санитарно-эпидемиологического надзора

ХИБ гемофильная инфекция типаb

ПРЕДИСЛОВИЕ

Цель учебного пособия – содействовать приобретению студентами теоретических знаний и выработке практических навыков в одном из важных разделов «Поликлинической и неотложной педиатрии» - вакциноуправляемым инфекциям, которые встречаются в повседневной работе практического врача педиатра в условиях детской поликлиники и инфекционного стационара.

За последние десятилетия произошло развитие медицинской науки в области иммунопрофилактики, что способствовало новым открытиям, касающимся вакцинации инфекционных заболеваний. В пособии представлены современные сведения о профилактике управляемых инфекций, и проведении противоэпидемических мероприятий в очаге инфекционного заболевания.

Представленный материал пособия не только дополняет учебники по специальности педиатрия, но и позволит студентам совершенствовать свои знания в актуальных вопросах педиатрии и детских инфекций, улучшает ориентирование в современном подходе вакциноуправляемых инфекций, об эффективности новых вакцин, о противоэпидемических мероприятиях инфекционных заболеваний у детей.

Предлагаемое учебное пособие включает новый Национальный календарь профилактических прививок России и календарь прививок по эпидемическим показаниям. Пособие рекомендуется для студентов старших курсов педиатрического факультета по подготовке к занятиям по дисциплинам «Поликлиническая и неотложная педиатрия», «Инфекционные болезни у детей» и может быть использовано при аккредитации врачей педиатров. Представленное пособие включает теоретические материалы, ситуационные задачи, тестовые задания и приложения.

Оригинальностью структуры настоящего издания является последовательное представление заболеваний, совпадающие с основными разделами Национального календаря профилактических прививок.

Данное пособие направлено на повышение эффективности преподавания здоровьесберегающих технологий, формирование у студентов понимания основных законов вакциноуправляемых инфекций, расширения знаний по иммунопрофилактике и противоэпидемических мероприятий по предупреждению распространения инфекционных заболеваний в очагах поражения.

Выражаем искреннюю признательность и благодарность своему Учителю, заслуженному работнику здравоохранения Кубани, профессору О.К. Александровой, которая на протяжении многих лет занималась вопросами иммунопрофилактики. О.К. Александрова награждена почетным нагрудным знаком Европейским бюро Всемирной Организации Здравоохранения «За личный вклад по ликвидации полиомиелита в России и Европейском регионе».

Мы, ее ученики, благодарим профессора Ольгу Константиновну Александрову, за ее старания и знания, усилия и советы, доброту и понимание, профессионализм!

ВВЕДЕНИЕ

Инфекционные болезни занимают одно из ведущих мест в патологии детского возраста. Основная защита от возникновения инфекционных заболеваний – иммунопрофилактика.

Иммунопрофилактика — система мероприятий, для предупреждения, ограничения распространения и ликвидации инфекционных болезней путем проведения профилактических прививок. Профилактические прививки – введение в организм человека медицинских иммунобиологических препаратов для создания специфической невосприимчивости к инфекционным болезням.

Иммунопрофилактика подразделяется на **специфическую** (против конкретного возбудителя) и **неспецифическую** (активизация иммунной системы с помощью химических веществ). Специфическая профилактика бывает активная - создание иммунитета путем введения вакцин и пассивная - создание иммунитета путем введения сывороточных препаратов и иммуноглобулинов. Специфическая профилактика против инфекционных заболеваний проводится в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и инструкции по применению медицинских иммунобиологических препаратов (МИБП), зарегистрированными и разрешенными к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке.

Неуправляемые инфекции – это группа инфекционных заболеваний, для борьбы с которыми пока не разработано эффективных мероприятий.

Управляемые инфекции – это инфекционные болезни, в отношении которых разработаны научнообоснованные мероприятия и их эффективность доказана.

Выделяют две основные группы управляемых инфекций:

- а) инфекции, управляемые средствами иммунопрофилактики;
- б) инфекции, управляемые санитарно-гигиеническими мероприятиями.

Вакциноуправляемые инфекции – инфекции, при которых вакцинация предупреждает смертность, инвалидизацию, а при массовой иммуниза-

ции уменьшает циркуляцию возбудителя и даже его элиминацию.

В Российской Федерации иммунопрофилактика инфекционных заболеваний регламентируется Федеральным законом от 17.09.1998 № 157-ФЗ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней», который устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики, предусматривающие сочетание прав, обязанностей и ответственности гражданина и государства. Работа по вакцинопрофилактике в России проводится в соответствии с приказом № 673 от 30 октября 2007 года «О внесении изменений и дополнений в приказ Минздрава России от 27 июня 2001 г. № 229 «О Национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Национальный календарь профилактических прививок – нормативный правовой акт, устанавливающий сроки и порядок проведения гражданам профилактических прививок (национальный календарь профилактических прививок утвержден приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России) от 21 марта 2014 г. N 125н г. Москва "Об утверждении национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям").

ГЛАВА 1. ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ

1.1. ТУБЕРКУЛЕЗ (A15.0- A16.9)

Туберкулез – это инфекционное, специфическое, хроническое заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*).

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 от 22 октября 2013г. №60 «Профилактика туберкулеза»

ШИФРЫ МКБ-10:

A15.0 - Туберкулез легких, подтвержденный бактериоскопически с наличием или отсутствием роста культуры;

A15.1 - Туберкулез легких, подтвержденный только ростом культуры;

A15.2 - Туберкулез легких, подтвержденный гистологически;

A15.3 - Туберкулез легких, подтвержденный неуточненными методами;

A15.4 - Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов, подтвержденный бактериологически и гистологически;

A15.5 - Туберкулез гортани, трахеи и бронхов, подтвержденный бактериологически и гистологически;

A15.6 - Туберкулезный плеврит, подтвержденный бактериологически и гистологически;

A15.7 - Первичный туберкулез органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически;

A15.8 - Туберкулез других органов дыхания, подтвержденный бактериологически и гистологически;

A15.9 - Туберкулез органов дыхания неуточненной локализации, подтвержденный бактериологически и гистологически;

- Туберкулез органов дыхания, не подтвержденный бактериологически или гистологически (A16):

A16.0 - Туберкулез легких при отрицательных результатах бактериологических и гистологических исследований;

A16.1 - Туберкулез легких без проведения бактериологического и гистологического исследований;

A16.2 - Туберкулез легких без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении;

A16.3 - Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении;

A16.4 - Туберкулез гортани, трахеи и бронхов без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении;

A16.5 - Туберкулезный плеврит без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении;

A16.7 - Первичный туберкулез органов дыхания без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении;

A16.8 - Туберкулез других органов дыхания без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении;

A16.9 - Туберкулез органов дыхания неуточненной локализации без упоминания о бактериологическом или гистологическом подтверждении.

Клинические формы туберкулеза органов дыхания	Фаза	Бактериовыделение:	Осложнения туберкулеза:	Остаточные изменения после излеченного туберкулеза органов дыхания:
<ul style="list-style-type: none"> - первичный туберкулезный комплекс; - туберкулез внутригрудных лимфатических узлов; - диссеминированный туберкулез легких; - очаговый туберкулез легких; -инфильтративный туберкулез легких; - казеозная пневмония; -туберкулема легких; -кавернозный туберкулез легких; фиброзно-кавернозный туберкулез легких; -цирротический туберкулез легких; -туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема); - туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей; - туберкулез органов дыхания, комбинированный с профессиональными пылевыми заболеваниями легких (кониотуберкулез). 	<ul style="list-style-type: none"> а) инфильтрации, распада, обсеменения; б) рассасывания, уплотнения, рубцевания, обызвествления. 	<ul style="list-style-type: none"> а) с выделением микобактерий туберкулеза (МБТ+); б) без выделения микобактерий туберкулеза (МБТ-). 	<ul style="list-style-type: none"> кровохарканье и легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз, амилоидоз, свищи и др. 	<ul style="list-style-type: none"> фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезно-дистрофические, кальцинаты в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероз, цирроз.

Инкубационный период от 3 до 12 недель

Клиническая картина

- самочувствие больного часто не страдает;
- кашель (более 3 недель) сухой или с небольшим количеством слизистой мокроты без запаха, на фоне периодически возникающей субфебрильной температуры;
- умеренные симптомы интоксикации: общая слабость, снижение массы тела и тургора подкожной клетчатки, потливость;
- бледность кожных покровов и синева под глазами;
- одышка смешанного характера.

В отдельных случаях могут быть проявления параспецифических реакций:

- узловатая эритема (eritema nodosum);
- кератоконъюнктивит;
- увеличение многих групп лимфатических узлов.

Клинические проявления туберкулеза органов дыхания у детей могут отсутствовать (при малых формах) либо наблюдаются в виде слабовыраженных грудных жалоб и симптомов интоксикации.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- повышающие защитные силы организма (рациональный режим труда и отдыха, правильное полноценное питание, отказ от курения и употребления алкоголя, закаливание, занятие физкультурой).
- меры, оздоравливающие жилищную и производственную среду (снижение скученности и запыленности помещений, соблюдение режима проветривания помещения).

Специфическая профилактика:

Специфическая профилактика - проведение вакцинации и ревакцинации БЦЖ и химиопрофилактики.

Вакцина туберкулезная (БЦЖ) – филиал Медгамал, Микроген, Россия (1 доза – 0,05 мг в 0,1мл растворителя).

Вакцина туберкулезная для щадящей первичной иммунизации (БЦЖ-М) – филиал Медгамал, Микроген, Россия (1 доза – 0,025 мг в 0,1мл растворителя).

Штамм БЦЖ – это ослабленные в своей вирулентности микобактерии бычьего типа, сохранившие иммуногенные свойства.

Вакцинация проводится всем новорожденным доношенным детям (с массой тела 2500 г и более) на первой неделе жизни (4–7-й день), если нет противопоказаний.

Вакцинацию проводит специально обученная медсестра при строгом соблюдении стерильности и техники введения вакцины.

Недоношенным детям с массой тела 2000 г и более вводят вакцину БЦЖ-М (. Различие этих двух вакцин состоит в количестве микробных тел в одной дозе прививочной вакцины.

Для прививки БЦЖ применяют сухую вакцину, которая выпускается в ампулах, содержащих 1 мг БЦЖ, что составляет 20 доз по 0,05 мг. В одной ампуле вакцины БЦЖ-М содержится 0,5 мг, что составляет 20 доз по 0,025 мг, т. е. антигенная нагрузка при использовании вакцины БЦЖ-М вдвое меньше, чем при применении БЦЖ.

Хранят вакцину в специально выделенной комнате в холодильнике под замком. В этой же комнате проводят разведение и забор вакцины в шприц (индивидуальный для каждого ребенка).

Вакцину БЦЖ в объеме 0,1 мл **вводят строго внутривенно** на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча после обработки 70% спиртом. **Введение подкожно недопустимо, так как это приводит к развитию холодного абсцесса.**

При правильной технике введения образуется папула беловатого цвета, исчезающая через 15–20 мин. Запрещаются наложение повязки, обработка

раствором йода и другими дезинфицирующими растворами места введения вакцины.

Современные противопоказания к вакцинации и ревакцинации вакциной БЦЖ изложены в Приказе МЗ РФ от 21.03.2003 г. № 109.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. Больного открытой формой туберкулеза помещают в противотуберкулезный диспансер для лечения и изоляции. Если больной-бактериовыделитель отказывается от госпитализации и лечения, нарушает больничный режим или не принимает назначенные ему противотуберкулезные препараты, его направляют на принудительное лечение в спецбольницу.
3. **Госпитализация:** до клинического выздоровления и прекращения выделения возбудителей.
4. **Условия выписки из стационара:** клиническое выздоровление и отрицательные результаты бактериологического обследования.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** отсутствие признаков активного туберкулеза, стойкое прекращение бактериовыделения, отсутствие признаков активности процесса.

Мероприятия в отношении контактных:

1. Обследование осуществляется в течение 14 дней после выявления активной формы туберкулеза, независимо от наличия или отсутствия у них бактериовыделения.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** не регламентированы.
3. **Сроки изоляции для контактных:** не регламентированы.
4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.

5. **Обследование контактных:** лучевая диагностика – рентгенофлюорографическое обследование (РФО); микробиологическая диагностика (бактериоскопия и культуральное исследование мокроты или иного биологического материала); туберкулинодиагностика.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Для проведения текущей и заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза разрешается использовать только дезинфицирующие препараты, зарегистрированные Министерством здравоохранения России в установленном порядке, согласно инструкциям по их применению.
2. В случае отсутствия дезинфектантов обеззараживание отдельных предметов в эпидемическом очаге осуществляется путем их кипячения в 2 %-ном растворе соды в течение 15 минут с момента закипания.
3. Во время ухода за больным и обеззараживания объектов надевают резиновые перчатки, халат, косынку или колпак, а при сборе белья - 4-слойную марлевую повязку.
4. Мокроту больной собирает поочередно в две плевательницы: одной он пользуется, вторая обеззараживается.
5. Остатки пищи собирают в емкости, закрывают крышкой и обеззараживают.
6. Грязное белье больного, спецодежду обеззараживают в емкостях из расчета на 1 кг сухого белья 5 л дезинфицирующего раствора или воды (при кипячении). Затем это белье прополаскивают и стирают.
7. Уборку в квартире больного проводит ежедневно при открытых окнах и дверях, используя ветошь, смоченную в мыльно-содовом или дезинфицирующем растворе. При наличии в помещении мух до дезинфекции проводят дезинсекционные мероприятия.
8. Предметы ухода за больным и уборочный инвентарь обеззараживают в отдельных емкостях после каждого их использования.

Заключительную дезинфекцию проводят:

1. При первичном выявлении больного-бактериовыделителя.
2. При перемене места жительства (после переезда) в случае сохранения бактериовыделения.
3. При возвращении родильницы (в случае сохранения бактериовыделения и отказа бактериовыделителя от госпитализации).
4. В случае смерти больного туберкулезом, нераспознанным при жизни.
5. В плановом порядке 1 раз в год, если у больного сохраняется бактериовыделение и он постоянно проживает в очаге.

Диспансеризация

1. Наблюдение осуществляется в течение всего срока контакта с бактериовыделителем и еще в течение 1 года после снятия очага с эпидемиологического учета, выезда.

В случае смерти бактериовыделителя сроки наблюдения детей и подростков продлеваются до 2 лет. Лица, контактирующие с больными туберкулезом животными, наблюдаются в течение года после забоя этого животного.

2. Запрещается прописка и проживание посторонних лиц в очаге, сдача на реализацию и продажа частным лицам молока, овощей, фруктов и другой сельскохозяйственной продукции.

Основой диспансерного метода является организация постоянного, непрерывного и активного наблюдения за больными туберкулезом, а также за здоровыми лицами, имеющими тесный контакт с бактериовыделителями.

Диспансеризация на фоне перенесенного заболевания:

Среди контингентов детей и подростков до достижения 18-летнего возраста, состоящих на учете у фтизиатра-педиатра в детском отделении противотуберкулезного диспансера, выделяют семь групп.

0 (нулевая) группа - диагностическая. В нее включают детей и подростков, у которых нужно установить характер туберкулиновой чувствительности (поствакцинальная или инфекционная) и для проведения дифференциально-диагностических мероприятий в целях подтверждения или исключения туберкулеза любой локализации. Длительность наблюдения в этой группе - до 3 месяцев. Если туберкулезная этиология заболевания не подтверждается, детей передают для дальнейшего наблюдения педиатру поликлиники.

I группа - больные активным туберкулезом органов дыхания:

IA подгруппа - больные с распространенным и осложненным туберкулезом. На учете в IA подгруппе дети и подростки состоят 1-2 года.

IB подгруппа - больные с малыми и неосложненными формами туберкулеза.

Больные I группы проходят основной курс лечения в стационаре, санатории. При амбулаторном лечении они посещают диспансер не реже 1 раза в 10 дней, после стационарного или санаторного лечения 1 раз в месяц. Дети, наблюдающиеся в IB подгруппе, состоят на учете до 9 месяцев. Рентгенологическое исследование проводят 1 раз в 2 месяца. Мокроту на МБТ исследуют ежемесячно до их исчезновения, затем 1 раз в 2 - 3 месяца. Туберкулиновую пробу ставят в начале лечения и далее 1 раз в 6 месяцев.

II группа - больные активным туберкулезом любой локализации с хроническим течением, нуждающиеся в продолжение лечения. Наблюдение за больными в течение 24 месяца и более. Индивидуализированная комплексная химиотерапия с учетом лекарственной чувствительности, хирургическое и санаторное лечение. Посещение общей школы не разрешается. Перевод 80 % больных в ШБ подгруппу через 12 месяцев. Рентгенологическое

исследование, туберкулиновые пробы проводят 1 раз в 6 месяцев, исследование мокроты на МБТ - 1 раз в месяц до абацилирования, при отсутствии - 1 раз в 2 - 3 месяца.

III группа - дети и подростки с риском рецидива туберкулеза любой локализации:

IIIА подгруппа - с впервые выявленными остаточными посттуберкулезными изменениями. Наблюдение не более 12 месяцев.

IIIБ подгруппа - лица, переведенные из I, II, а также III А подгруппы. Наблюдение не более 24 месяцев. Посещение диспансера не реже 1 раза в 3 месяца. Лица с выраженными остаточными изменениями из I, II групп наблюдаются до перевода в диспансерное отделение для взрослых. Комплексное обследование в III группе проводится не реже 1 раза в 6 месяцев, противорецидивные курсы химиотерапии - по показаниям. Разрешается посещение школы. Перевод под наблюдение общей лечебной сети 90 % контингента - через 24 месяца. Рентгенологическое обследование, туберкулиновые пробы проводятся 2 раза в год.

IV группа - здоровые дети и подростки, проживающие в условиях контакта с больными туберкулезом:

IVА подгруппа - здоровые дети и подростки, состоящие в семейных, родственных и квартирных контактах с бактериовыделителями, а также с бактериовыделителями, выявленными в детских и подростковых учреждениях. Дети и подростки, проживающие на территории туберкулезных учреждений;

IVБ подгруппа - дети и подростки, состоящие в контакте с больными активным туберкулезом без бактериовыделения. Дети из семей животноводов, работающих на неблагополучных по туберкулезу фермах, а также из семей, имеющих больных туберкулезом сельскохозяйственных животных.

Наблюдение проводят в течение всего периода контакта и не менее 1 года с момента прекращения активности туберкулезного процесса у больно-

го.

Для лиц, контактировавших с умершим от туберкулеза больным - 2 года. Дети и подростки IV группы должны посещать диспансер 2 раза в год. При наличии следов вакцинации ревакцинацию БЦЖ проводят в декретированные сроки. Если прививка по каким-либо причинам не была проведена, ее следует провести. При взятии и снятии с учета детей и подростков обследуют рентгенологически, а также ставят туберкулиновые пробы. Контролируемую первичную или вторичную химиопрофилактику проводят в учреждениях санаторного типа.

V группа - дети и подростки с осложнениями после противотуберкулезных прививок;

VA подгруппа - больные с генерализованными распространенными поражениями. Сроки наблюдения не ограничены, посещение диспансера определяется состоянием больного и проводимым лечением, но не менее одного раза в 10 дней;

VB подгруппа - больные с локальными, ограниченными поражениями. Длительность наблюдения - не менее 12 месяцев, посещение диспансера определяется состоянием больного и проводимым лечением, но не реже одного раза в месяц;

VB подгруппа - лица с неактивными локальными осложнениями, как впервые выявленные, так и переведенные из VA и VB подгрупп. Длительность наблюдения не ограничена, посещение диспансера 1 раз в 6 месяцев.

Во всех подгруппах проводится курс лечения, при соответствующих показаниях - хирургическое. Посещение общих детских учреждений разрешено. Проводится рентгенологическое обследование при постановке и снятии с учета, проба Манту 2ТЕ 1 раз в 6 месяцев. Необходим ежемесячный контроль общеклинических анализов в процессе лечения. Исследование на МБТ биоптата пораженного участка при диагностике заболевания.

VI группа - лица с повышенным риском заболевания локальным туберкулезом;

VI А подгруппа - дети любого возраста и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции (вираж пробы);

VI Б подгруппа - все инфицированные с гиперергической реакцией на туберкулин;

VI В подгруппа - дети и подростки с усиливающейся туберкулиновой чувствительностью.

В VI группе наблюдаются не более года.

1.2. ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В (В16.0)

Вирусный гепатит В - острое или хроническое заболевание печени, вызываемое ДНК-содержащим вирусом, передающимся парентеральным путём, и характеризующееся медленным развитием болезни, длительным течением, возможностью формирования хронического гепатита, цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2341-08 от 28 февраля 2008г. №14 «Профилактика вирусного гепатита В»

ШИФРЫ МКБ-10:

В16.0 - Острый гепатит В с D-агентом (коинфекция) и печеночной комой

В16.1 - Острый гепатит В с D-агентом (коинфекция) без печеночной комы

В16.2 - Острый гепатит В без D-агента с печеночной комой

В16.3- Острый гепатит В без D-агента и без печеночной комы

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

По типу	По форме тяжести	По длительности	По характеру
Типичная Атипичная (безжелтушная, стер- тая, бессимптомная, латентная)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая Фульминантная (злокачественная)	Острое (до 3-х мес.) Затяжное (до 6 мес.) Хроническое (более 6 мес.)	Гладкое Негладкое: с ослож- нениями, с обостре- ниями, с присоеди- нением вторичной инфекции, с

			обострением хронических заболеваний
--	--	--	-------------------------------------

Инкубационный период - 1,5 до 6 месяцев

Клиническая картина

Преджелтушный период:

- эпидемиологический анамнез, постепенное начало;
- диспепсический синдром (тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье);
- астеновегетативный синдром (слабость, недомогание, головная боль);
- увеличение и уплотнение печени;
- артралгии;
- возможно гриппоподобный синдром (катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, субфебрильная температура).

Желтушный период:

- желтушное окрашивание кожных покровов, слизистых оболочек, склер, постепенное развитие желтухи, с появлением желтухи улучшение состояния не наступает;
- температура тела нормальная;
- кожный зуд;
- брадикардия;
- увеличенная и болезненная печень, возможно увеличение селезенки;
- насыщенная моча, бесцветный стул.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- избегайте случайных контактов с чужой кровью;

- при проведении инъекций используйте одноразовые шприцы;
- не пользуйтесь чужими гигиеническими принадлежностями (бритва, зубная щетка);
- избегать пирсинга и татуировок;
- избегать случайных половых связей.

Пассивная иммунопрофилактика

Для пассивной иммунизации используют специфические иммуноглобулины против гепатита В (ГВИГ) – вводят одновременно с вакциной (в/м, в разные части тела).

Специфический иммуноглобулин против гепатита В выпускается под коммерческими названиями: «Антигеп» (Россия), «Неогепатект» (Германия).

Детям, родившимся от HBsAg-позитивных матерей, доза Антигеп – 100МЕ, Неогепатект – 20 МЕ/кг (0,4мо/кг, не менее 2 мл). Для постэкспозиционной профилактики ГВИГ применяют не позднее 72 часов. В случаях предполагаемого инфицирования следует вводить иммуноглобулин, по возможности непосредственно после контакта, а затем однократно с интервалом в 1 месяц. Продолжительность защитного иммунитета до 2 месяцев.

Специфическая профилактика:

Детей 1-го года вакцинируют по схеме 0-1-6 месяцев.

Детей групп риска (рожденных от матерей с вирусным гепатитом В) - по схеме 0-1-2-12 месяцев.

Не привитые дети, подростки и взрослые вакцинируют по схеме 0-1-6 месяцев.

Экстренная вакцинация (перед операцией с массивной гемотрансфузией) проводится по схеме 0-7-21 день-12 месяцев.

Удлинение интервала перед второй дозой возможно до 8-12 недель, но в группах риска его лучше ограничить 4-6 неделями. Сроки введения третьей дозы могут варьировать в еще большей степени - до 12-18 месяцев после первой дозы.

В России зарегистрированы следующие вакцины:

Моновакцины

Вакцина гепатита В рекомбинантная дрожжевая (ЗАО «Комбиотех», Россия), выпускается с содержанием консерванта – мертиолят, и без него.

Схема вакцинации: по схеме 0-1-6 месяцев (детям до 1-го года);

по схеме 0-1-2-12 месяцев (детям групп риска);

по схеме 0-7-21 день с введением 4-ой дозы через 12 месяцев (экстренная вакцинация).

Вакцинация проводится **в/м**, детям до 2 лет – в бедро, старше – в дельтовидную мышцу.

Регевак В(вакцина против гепатита В рекомбинантная дрожжевая жидкая) (ЗАО «Биннофарм», Россия); содержит консервант – мертиолят.

Энджерикс (вакцина против гепатита В рекомбинантная дрожжевая жидкая)(GlaxoSmithKline, Бельгия); не содержит консервант.

Эувакс В (вакцина против гепатита В рекомбинантная дрожжевая жидкая) (LGLifeSciencesLtd, Корея);не содержит консервант.

Вакцина гепатита В рекомбинантная (pДНК) (SerumInst.Ltd, Индия); содержит консервант – мертиолят.

Все вакцины взаимозаменяемы, вакцинация проводится по единому установленному графику. Для вакцинации новорожденных используют моновакцины.

Комбинированные

Вакцина «Инфанрикс-Гекса» содержит инактивированную полиомиелитную вакцину, гемофильную тип В и вакцину против гепатита В,

анатоксины коклюшный, дифтеритический, столбнячный (АаКДС+Хиб+ИПВ+ВГВ) (GlaxoSmithKline, Бельгия), для профилактики гепатита В, дифтерии, коклюша, столбняка, полиомиелита, гемофильной инфекции.

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни в/м. По рекомендации врача могут также применяться другие схемы трехдозовой (2-3-4 месяца; 3-4-5 месяцев; 2-4-6 месяцев) и двухдозовой (-3-5 месяцев) первичной вакцинации. Ревакцинация однократно в 18 месяцев жизни.

Вакцина «Инфанрикс-Гекса» не применяется у детей старше 36 месяцев.

Вакцина «Бубо-М» комбинированная с гепатитом В, анатоксина дифтерийно-столбнячного очищенного адсорбированного с уменьшенным содержанием антигенов (АДС-М+Геп В) (ЗАО «Комбиотех», Россия). Профилактика гепатита В, дифтерии и столбняка у детей старше 6 лет, подростков и взрослых.

Схема вакцинации: Применяют для плановых возрастных ревакцинаций детей старше 6 лет, подростков в 14-15 лет и взрослых без ограничения каждые 10 лет, а также при проведении курса вакцинации подросткам и взрослым из групп эпидемиологического риска по гепатиту В.

Вакцина «Бубо Кок» комбинированная с гепатитом В и анатоксина дифтерийно-коклюшно-столбнячного очищенного адсорбированного с уменьшенным содержанием антигенов (АКДС+Геп В) (ЗАО «Комбиотех», Россия). Профилактика гепатита В, дифтерии, коклюша и столбняка у детей до 4 лет.

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни в/м.

Вакцина АКДС-ГепВ адсорбированная вакцина для профилактики гепатита В, коклюша, столбняка и дифтерии. (ЗАО, «Микроген», Россия).

Схема вакцинации: Дети, которые не были привиты против гепатит В до 3-х месяцев, получают АКДС-ГепВ трижды по схеме: 3 месяца, 4,5 месяца, 6 месяцев. Ревакцинация в 18 месяцев.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного** с острым вирусным гепатитом В прекращается после клинического выздоровления. Хронические формы гепатита В изолируются по клиническим показаниям.
3. **Госпитализация:** до клинического выздоровления.
4. **Условия выписки из стационара:** клинико-лабораторная стабилизация.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** через 1 месяц при удовлетворительных клинико-биохимических показателях крови.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин не накладывается.**
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 6 месяцев от момента контакта (оценка общего состояния, осмотр кожных покровов, термометрия, определение размеров печени).
3. **Сроки изоляции для контактных:** не регламентированы.
4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.
5. **Обследование контактных:** проводятся 1-кратно сразу при возникновении очага и далее по решению врача в течение 6 мес.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. **Текущая дезинфекция:** обеззараживание предметов, при контакте с кровью больного.
2. Соблюдение в домашних условиях личной гигиены, правила личной профилактики.

3. В условиях стационара проводят ежедневную текущую дезинфекцию хлорсодержащими растворами (предметы ухода за пациентом, выделений больного, посуды), обработка медицинского инструментария.
4. **Заключительная дезинфекция:** не проводится.

Диспансеризация:

1. **Сроки диспансеризации** – 12 месяцев после выписки из стационара.
2. Диспансерное наблюдение (клинические осмотры, биохимические обследования, маркеры гепатита В) проводится через 1 месяц, далее каждые 3 месяца. При первичном обнаружении заболевания углубленное клинико-лабораторное обследование.
3. Дальнейшее наблюдение через 3, 6, 12 месяцев и далее 2 раза в год.

1.3. ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ

Пневмококковая инфекция – группа инфекционных заболеваний человека, вызываемых пневмококком, имеющих всеобщую распространенность, поражающих преимущественно детское население и проявляющихся разнообразными симптомами с возможным развитием бактериемических (инвазивных) форм (бактериемия, пневмония с плевритом или деструкцией, менингит, сепсис) и небактериемических (мукозальных форм: пневмония средней тяжести, острый гнойный средний отит, синусит).

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3116-13 «Профилактика пневмококковой инфекции»

ШИФРЫ МКБ-10:

- B95.3 Streptococcus pneumoniae как причина болезней, классифицированных в других рубриках
- A40.3 Септицемия, вызванная Streptococcus pneumoniae
- H66.0 Острый гнойный средний отит
- J13 Пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae
- J03.0 Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями
- J01.4. Острый пансинусит

J01.8. Другой острый синусит

J01.9. Острый синусит неуточненный

J06.9 Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная

Клиническая классификация

По типу	По тяжести	По течению
1. Типичная • Инвазивная (бактериемия, пневмококковый сепсис, гнойный менингит, тяжелая, осложненная внебольничная пневмония) • Неинвазивная (неосложненная пневмония средней степени тяжести, острый гнойный отит, синусит) Атипичная • Субклиническая • Бактерионосительство	1. Легкой степени тяжести 2. Средней степени тяжести 3. Тяжелой степени тяжести	1. Гладкое; 2. Негладкое: • с осложнениями • с наложением вторичной инфекции • с обострением хронических заболеваний

Инкубационный период - от 1 до 5 дней

Клиническая картина

- интоксикационный синдром выражен ярко (слабость, вялость, головная боль, снижение аппетита, тошнота, рвота);
- синдром поражения легочной ткани (влажный или сухой кашель при отсутствии других катаральных явлений, перкуторные и аускультативные признаки пневмонии);
- синдром поражения органа слуха (боли в области уха, гноетечение из уха, острое снижение слуха);
- синдром поражения пазух носа (заложенность носа, гнойные выделения из носа, головная боль);
- синдром поражения ЦНС по типу гнойного менингита (судороги, тремор, гиперестезия, выбухание большого родничка, менингеальный синдром неполный и неярко выраженный).

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- санация носоглоточного носительства пневмококков литическими ферментами бактериофагов *S. Pneumoniae*;
- проведение санитарно-гигиенических мероприятий в организованных коллективах детей и взрослых (уменьшение численности коллектива, его скученности).

Специфическая профилактика:

Превенар13 - конъюгированная 13-валентная вакцина (Pfizer, США), включающая в свой состав капсулярные полисахариды 13 серотипов пневмококка: 1, 3, 4, 5, 6А, 6В, 7F, 9V, 14, 18С, 19А, 19F и 23F, индивидуально конъюгированные с дифтерийным белком CRM₉₇ и адсорбированные на алюминия фосфате.

Синфлорикс - конъюгированная 10-валентная вакцина (GlaxoSmithKline, Бельгия) включающая в свой состав капсулярные полисахариды 10 серотипов пневмококка: 1, 4, 5, 6В, 7F, 9V, 14, 18С, 19А, 19F и 23F, индивидуально конъюгированные с белками *H.influenzae*, анатоксины дифтерийный и столбнячный.

Схема вакцинации ПКВ: в 2 мес, 4,5 мес и 15 месяцев.

Для детей, которым вакцинация не была начата впервые 6 месяцев жизни (*Catch-up* – догоняющая вакцинация) введение препарата **ПКВ** проводят по следующим схемам:

- **в возрасте от 7 до 11 месяцев** - 2 дозы с интервалом между введениями не менее 1 месяца. Ревакцинацию проводят однократно на 2-м году жизни.

- **в возрасте от 12 до 23 месяцев** - 2 дозы с интервалом не менее 2 месяца.

- *в возрасте от 2 лет до 5 лет* включительно: **Превинар13** – 1 доза однократно, **Синфлорикс** – 2 дозы.

- *старше 5 лет без ограничения возраста* – **Превинар 13** – 1 доза однократно.

Пневмо 23 –23-валентная полисахаридная вакцина(SanofiPasteur, S.A., Франция) и **Пневмовакс 23 - 23-валентная полисахаридная вакцина**(MerkSharp&Dohme,США) рекомендуется для вакцинации лиц в возрасте от 2 до 64 лет с повышенным риском приобретения пневмококковых инфекций, а также людей в возрасте 65 лет и старше.

Схема вакцинации: после 2 лет, однократно п/к или в/м. Ревакцинация показана пожилым людям и больным с иммунодефицитом через 3 года.

У непривитых желательно начать вакцинацию с Превинар13, затем через 1 год ввести ППВ23, ревакцинация ППВ23 проводят через 5 лет после предыдущей дозы ППВ. Если вакцинация начата ППВ23, то следует ввести Превинар13, ревакцинацию ПКВ23 проводят через 5 лет (но не ранее чем через 1 год после Превинар13). У больных с иммунодефицитом интервал между прививками ПКВ13 и ППВ23 может сокращаться до 8 недель, вторая ревакцинация ППВ23 проводят с интервалом в 5 лет.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. **Экстренное извещение** в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного:** только клинико-эпидемическим показаниям.
3. **Госпитализация:** по клиническим показаниям.
4. **Условия выписки из стационара:** клинико-лабораторное выздоровление.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин:** не регламентирован.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** не регламентированы.
3. **Сроки изоляции для контактных:** не определены.
4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.
5. **Обследование контактных:** не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции:

Текущая дезинфекция - влажная уборка помещений, проветривание.

Диспансеризация: в зависимости от формы.

1.4. ДИФТЕРИЯ (А 36.0-36.9)

Дифтерия - острое инфекционное заболевание, вызывается токсигенными коринебактериями дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*), характеризуется воспалительными изменениями слизистых и кожи с образованием фибриновых пленок и специфическим повреждением ряда органов и тканей, преимущественно сердечно-сосудистой и нервной систем.

**Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3109-13 от 9 октября 2013г.№54
«Профилактика дифтерии»**

ШИФРЫ МКБ – 10:

А36 Дифтерия

А36.0 Дифтерия глотки

Дифтерийная мембранозная ангина

Тонзиллярная дифтерия

А36.1 Дифтерия носоглотки

А36.2 Дифтерия гортани

Ларинготрахеит дифтерийный

А36.3 Дифтерия кожи

Исключена: эритразма (I08.1)

А36.8 Другая дифтерия

Конъюнктивальная дифтерия+ (H13.1*)

Дифтерийный:

- миокардит+ (I41.0*)
- полиневрит+ (063.0*)

А36.9 Дифтерия неуточненная

Классификация дифтерии (Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф., 1990):

I. Дифтерия ротоглотки

-Локализованная: а) катаральная, б) островчатая, в) пленчатая (налеты только на миндалинах).

-Распространенная (налеты на миндалинах, дужках, маленьком язычке, стенках глотки и полости рта, т.е. выходят за пределы миндалин).

- Токсическая:

- субтоксическая а) эдематозная (отек зева), б) отек клетчатки шеи и подчелюстной области (односторонний или двусторонний),

- токсическая 1 степени – отек подкожной клетчатки шеи до второй шейной складки,

- токсическая 2 степени – отек клетчатки шеи до ключицы,

- токсическая 3 степени – отек клетчатки шеи ниже ключицы.

- Гипертоксическая: а) молниеносная, б) геморрагическая (с ДВС-синдромом).

- Комбинированная (сочетанное поражение нескольких систем: дифтерия глаза, носа, кожи, зева, и т.п.)

II. Дифтерия носа

Локализованная: а) пленчатая, б) эрозивная, в) катаральная.

Распространенная: с поражением придаточных полостей.

Токсическая: большие налеты в носу с отеком шейной клетчатки или лица, носовые кровотечения.

III. Дифтерия глаз

Локализованная: катаральная, пленчатая, (крупозная) - поражение только слизистых век.

Распространенная: с поражением глазного яблока (дифтерическая).

Токсическая: с отеком вокруг глаз, пропитыванием кровью налетов (дифтерическая).

IV. Дифтерия гортани

Локализованный круп (ларингит).

Распространенный круп А (ларинготрахеит).

Распространенный круп Б или нисходящий круп (ларинготрахеобронхит).

V. Дифтерия наружных половых органов

Локализованная: типичная - пленчатая, атипичная - катаральная. Распространенная: пленки распространяются на кожу вокруг наружных половых органов. Токсическая: I степени - выраженный отек половых органов, токсическая II степени - отек половых органов и кожи.

VI. Дифтерия кожи

Локализованная: типичная (пленчатая) - без отека кожи. Токсическая - с отеком кожи.

Гнойничковая - пустулезная, импетигоподобная, панариций, флегмома кожи.

VII. Редкие локализации дифтерии

Дифтерия уха.

Дифтерия пупочной ямки.

Дифтерия ран.

Дифтерия органов пищеварения (пищевода, желудка, кишечника).

Инкубационный период от 1 до 10 дней, чаще 2-5 дней

Клиническая картина

- интоксикационный синдром выражен незначительно (вялость, повышения температуры до 38-39°C в течение 2-4 дней, головная боль, бледность кожных покровов);
- при пленчатой форме дифтерии фибриновая пленка с гладкой поверхностью беловато-серого цвета и перламутровым блеском. Дифтеритическая пленка плотная, чаще сплошная, трудно снимающаяся, при отторжении появляются кровоточащие эрозии. В воде пленка не тонет, не растворяется, между стеклами не растирается. Налеты при пленчатой форме дифтерии ротоглотки держатся до 6-8 суток;
- при распространенной форме налеты выходят за пределы миндалин, выражены отечность, гиперемия миндалин, небных дужек, увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов;
- при токсической форме выражена интоксикация, болевой тризм жевательных мышц, отек ротоглотки, который начинается с миндалин, затем переходит на дужки, язычок, мягкое и твердое небо. На 2 – 3 сутки заболевания появляется отек подкожной клетчатки шеи и распространяется спереди вниз, затем на лицо, затылок и спину, тестоватой консистенции. Появляется неприятный приторно-сладкий запах изо рта;
- **дифтерия гортани** характеризуется постепенным началом, субфебрильной температурой при умеренной интоксикации и отсутствием катаральных явлений. Развитие дифтеритического (истинного) крупа характеризуется стадийностью: **стадия катаральная (крупозного кашля)** - резкий, громкий, «лающий» кашель, осиплость голоса, нарастание симптомов дисфонии; **стадия стеноза (стенотическая)**- беззвучный кашель, афония, удлинение вдоха, шумное дыхание с втяжением податливых мест грудной клетки, нарастающая гипоксия, психомоторное возбуждение;

асфиксическая стадия - после психомоторного возбуждения появляется сонливость, адинамия, тонус дыхательного центра падает, дыхание становится поверхностным учащенным, конечности холодные, пульс частый, нитевидный, иногда парадоксальный. Летальный исход наступает в результате истощения центров дыхания и нарушений кровообращения;

- **дифтерия носа** характеризуется затруднением носового дыхания, появлением слизистых, серозно-слизистых, а затем и сукровичных выделений из носа, раздражением крыльев носа и кожи верхней губы, на слизистой носа появляются язвочки, покрытые корками. Интоксикации отсутствует, температура тела нормальная или субфебрильная;
- **дифтерия глаз** характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации, односторонним поражением, отеком век, наличие фибриновых пленок на фоне цианотичного оттенка слизистой конъюнктивы, серозно-кровоянистым отделяемым из глаз;
- **дифтерия уха** встречается крайне редко, характеризуется скудным сукровично-гнойным отделяемым;
- **дифтерия кожи** чаще развивается в области пупочной ранки у новорожденных, характеризуется симптомами общей интоксикации, повышением температуры тела, кровоянистыми корочками и отеком окружающих тканей вокруг пупочной ранки. У старших детей на поврежденной коже (поверхностная рана, ссадина) дифтерийный процесс может развиваться по типу локализованной (без отека клетчатки) или по типу токсической дифтерии - с общей интоксикацией, отеком окружающих тканей и развитием осложнений;
- **дифтерия наружных половых органов** характеризуется появлением гиперемии, отека, пленок в области половых губ, увеличением паховых лимфатических узлов;
- **дифтерия слизистых оболочек полости рта** встречается редко и чаще сочетается с дифтерией ротоглотки и характеризуется появлением плот-

ных безболезненных бляшек, которые возвышаются над поверхностью слизистой (пленки налета);

- **дифтерия легких, пищевода, желудка** встречаются крайне редко, нераспознается при жизни, и являются патологоанатомическими находками;
- развитие токсических осложнений: инфекционно-токсический шок, нефроз, миокардит, полинейропатия.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- ранняя диагностика заболевания и изоляция больного.

Специфическая профилактика:

Охват прививками против дифтерии должен составлять:

- законченно вакцинацией детей в возрасте 12 месяцев – не менее 95%;
- первой вакцинацией детей в возрасте 24 месяца – не менее 95%;
- взрослых в каждой возрастной группе - не менее 95%.

Вакцина коклюшно-дифтерийно-столбнячная адсорбированная жидкая – АКДС (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия).

Схема вакцинации: профилактика дифтерии, коклюша, столбняка согласно Национального календаря прививок у детей трехкратно с интервалом 1,5 месяца (3 мес., 4,5 мес., 6 мес.). Ревакцинация в 18 месяцев.

Анатоксин дифтерийный очищенный адсорбированный уменьшенным содержанием антигена жидкий **АД-М** (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, ОАО «Биомед», Россия).

Схема вакцинации: профилактика дифтерии согласно Национального календаря прививок у детей с 6-летнего возраста, подростков и взрослых. АД-М применяют для ревакцинации лицам, получившим АС при травме.

Анатоксин дифтерийный очищенный адсорбированный жидкий – АДС-А (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия)

Схема вакцинации: профилактика дифтерии и столбняка согласно Национального календаря прививок у детей до 6 лет включительно.

Анатоксин дифтерийно-столбнячный очищенный адсорбированный с уменьшенным содержанием антигенов жидкий - АДС-М (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, ОАО «Биомед», Россия).

Схема вакцинации: профилактика дифтерии и столбняка согласно Национального календаря прививок у детей с 6 лет, подростков и взрослых. Ревакцинация детей в 7 лет, подростков 14 лет и взрослых каждые 10 лет, а также для вакцинации ранее не привитых лиц старше 7 лет (две прививки с интервалом 30-45 дней, первая ревакцинация – через 6-9 месяцев, вторая – через 5 лет, далее - каждые 10).

В России зарегистрированы и разрешены к применению для профилактики дифтерии зарубежные вакцины:

Вакцина Пентаксим против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и гемофильной инфекции тип В. (SanofiPasteur, S.A., Франция).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация в 18 месяцев.

Вакцина Инфанрикс дифтерийно-столбнячная трехкомпонентная бесклеточная коклюшная адсорбированная жидкая (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация в 18 мес.

Вакцина Инфанрикс-Гекса содержит также инактивированную полиомиелитную вакцину, гемофильную тип В и вакцину против гепатита В (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация в 18 мес.

Вакцина Тетракок (AventisPasteur, Франция), содержит в прививочной дозе (0,5 мл) дифтерийный, столбнячный анатоксины, коклюшную и инактивированную полиомиелитную вакцины 1, 2, 3 типов. Является альтернативой АКДС.

Вакцина Бубо-М (см.Раздел «ГепатитВ»).

Вакцина Бубо Кок (см.Раздел «ГепатитВ»).

Вакцина Д.Т.Вакс (AventisPasteur, Франция), аналог АДС-анатоксина, содержит 30 МЕ дифтерийного и 40 МИЕ столбнячного анатоксинов;

Вакцина ИмоваксДТ. Адюльт (AventisPasteur, Франция), аналог АДС-М-анатоксина, содержит 2 ЛФ дифтерийного и 40 МИЕ столбнячного анатоксинов.

Адасель (Tdap) содержит уменьшенные дозы дифтерийного анатоксина, столбнячного анатоксина и бесклеточного коклюшного компонента (SanofiPasteur, S.A., Франция). Применяется с целью ревакцинации коклюша, дифтерии, столбняка у лиц с 4 до 64 лет однократно.

Сроки ревакцинации от дифтерии

Ревакцинацию проводят вакциной **АДС-М, Адасель** в возрасте 6 и 14-и лет, и далее 1 раз каждые 10 лет до 56-летнего возраста.

Постэкспозиционная профилактика

- не привитые ранее дети и взрослые подлежат немедленной иммунизации. Если наступил срок вакцинации и ревакцинации, немедленно прививают соответствующим препаратом;
- при тесном (семейном, половом) контакте с больным дифтерией, для предупреждения распространения инфекции проводится химиопрофилактика. Назначают макролиды до 10 дней или оральные пенициллины, или парентерально бензатин-бензилпенициллин (в/м) однократно в дозе 600 000Ед детям до 6 лет и 1200000Ед – старшим.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у);
2. **Изоляция больного** прекращают после клинического выздоровления и двукратного бактериологического исследования (с отрицательными результатами) отделяемого из носа и зева, проводимого с двухдневным промежутком. Если переболевшие дифтерией после клинического выздоровления продолжают выделять дифтерийные микробы, их расценивают как носители. Носители токсигенных дифтерийных микробов если остаются дома или в иммунном коллективе, то он находится под наблюдением эпидемиолога и педиатра до прекращения носительства (при этом проводят бактериологическое обследование контактных 1 раз в 7 – 10 дней, а также еженедельные медицинские осмотры).
3. **Госпитализация:** все формы заболевания, включая носительство токсигенных штаммов *Corynebacterium diphtheria*.
4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления и отрицательного результата двукратного бактериологического исследования слизи из носа и зева, проводимого с интервалом 1 день через 3 дня после окончания лечения.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления с двумя отрицательными анализами.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на детское учреждение на 7 дней
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 7 дней с ежедневной термометрией и осмотра ЛОР-врача.
3. **Сроки изоляции контактных:** до однократного отрицательного результата бактериологического исследования слизи из зева и носа.

4. **Сроки разобщение контактных:** разобщение прекращается после изоляции больного или носителя токсигенных *Corinebacteriumdiphtheria*, заключительной дезинфекции и однократного отрицательного результата бактериологического исследования слизи из зева и носа.
5. **Обследование контактных:** однократно исследование слизи из зева и носа на *Corinebacteriumdiphtheria*.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Проводится текущая и заключительная дезинфекция

1.5.КОКЛЮШ (А37.0-А37.9)

Коклюш– острое инфекционное заболевание, передающееся воздушно-капельным путем, вызываемое коклюшной палочкой, протекающее с преимущественным поражением дыхательных путей, сопровождающееся приступообразным спазматическим кашлем и характерными изменениями в крови (лейкоцитоз, лимфоцитоз, нормальное СОЭ).

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3162-14 от 17 марта 2014г.№9 «Профилактика коклюша»

ШИФРЫ МКБ – 10:

А37 Коклюш

А37.0 Коклюш, вызванный *Bordetellapertussis*

А37.1 Коклюш, вызванный *Bordetellaparapertussis*

А37.8 Коклюш вызванный другим уточненным возбудителем вида *Bordetella*

А37.9 Коклюш неуточненный

Классификация коклюша (Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф., 1990)

По типу	Периоды заболевания	По форме тяжести	По течению
Типичная	Катаральный(1-2 недели)	Легкая Среднетяжелая	Гладкое Негладкое:
Атипичная - стертая;	Спазматический (2-4 недели)	Тяжелая	- с осложнениями; - с присоединением

- бессимптомная	Разрешения (2-3 недели)	вторичной инфекции; -с обострением хронических заболеваний.
-----------------	-------------------------	--

Инкубационный период от 3 до 20 дней, чаще 5-12 дней

Клиническая картина

Предсудорожный (катаральный, начальный) период продолжается от 3 до 14 суток и характеризуется:

- постепенное начало заболевания, с нормальной температурой тела;
- навязчивый, сухой, постепенно усиливающийся кашель;
- отсутствие катаральных явлений;
- отсутствие патологических (перкуторных и аускультативных) данных в легких;
- изменения в общем анализе крови – лейкоцитоз с лимфоцитозом, нормальное СОЭ;
- выделение коклюшной палочки из слизи, взятой с задней стенки глотки.

Приступообразный (спазматический) период продолжается от 2 – 3 недель до 6 – 8 недель и более и характеризуется:

- судорожный приступообразный кашель, обусловленный тонической судорогой дыхательной мускулатуры. Приступ кашля представляет следующие друг за другом дыхательные толчки на выдохе;
- наличие «реприз» - прерываемый свистящий судорожный вдох;
- аура (чувство страха, беспокойство, чихание, першение в горле и др.), которая может предшествовать приступу;
- при приступе кашля характерен вид больного: лицо краснеет, затем синее, становится напряженным, набухают подкожные вены шеи, лица, головы; отмечается слезотечение. Язык высовывается из ротовой полости до предела, кончик его поднимается кверху;

- надрыв уздечки языка и образование язвочки;
- вне приступа кашля сохраняются одутловатость и пастозность лица, отечность век, бледность кожи, периоральный цианоз; возможны субконъюнктивальные кровоизлияния, петехиальная сыпь на лице и шее;
- нарастает участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, на 2-ой неделе судорожного периода, усиливается приступообразный кашель, с возможным развитием дыхательной недостаточности;
- у детей первых месяцев жизни вместо типичных приступов кашля отмечаются их эквиваленты (чихание, немотивированный плач, крик);
- в легких перкуторно тимпанический звук, аускультативно над всей поверхностью легких выслушиваются сухие и влажные (средне- и крупнопузырчатые) хрипы. При коклюше возможно исчезновение хрипов после кашля и появление вновь через короткий промежуток времени;

Период разрешения (ранняя реконвалесценция) продолжается от 2 до 8 недель и характеризуется:

- редким кашлем;
- самочувствие и состояние ребенка улучшается;
- нормализуются сон и аппетит.

Период разрешения (поздняя реконвалесценция) продолжается от 2 до 6 месяцев и характеризуется:

- длительным редким кашлем;
- возможны следовые реакции - возврат приступообразного судорожного кашля при наложении интеркуррентных заболеваний.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- ранняя и активная диагностика заболевания, и изоляция больного.

Специфическая профилактика:

Вакцина цельноклеточная коклюшно-дифтерийно-столбнячная адсорбированная жидкая – АКДС (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия).

Схема вакцинации: профилактика дифтерии, коклюша, столбняка согласно Национального календаря прививок у детей трехкратно с интервалом 1,5 месяца (3 мес., 4,5 мес., 6 мес.). Ревакцинация через 18 мес.

В России зарегистрированы и разрешены к применению для профилактики коклюша зарубежные вакцины (см.Раздел «Дифтерия»).

Вакцина Пентаксим против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и гемофильной инфекции тип В. (SanofiPasteur, S.A., Франция).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Вакцина Инфанрикс дифтерийно-столбнячная трехкомпонентная бесклеточная коклюшная адсорбированная жидкая (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Вакцина Инфанрикс-Гекса содержит также инактивированную полиомиелитную вакцину, гемофильную тип В и вакцину против гепатита В (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через **18 мес.**

Вакцина Тетракок (AventisPasteur, Франция), содержит в прививочной дозе (0,5 мл) дифтерийный, столбнячный анатоксины, коклюшную и инактивированную полиомиелитную вакцины 1, 2, 3 типов. Является альтернативой АКДС.

Адасель (Tdap) содержит уменьшенные дозы дифтерийного анатоксина, столбнячного анатоксина и бесклеточного коклюшного компонента

(SanofiPasteur, S.A., Франция). Применяется с целью ревакцинации коклюша, дифтерии, столбняка у лиц с 4 до 64 лет. **Сроки ревакцинации от коклюша (АКДС)**

Ревакцинацию делают через 1,5-2 года после законченной трехкратной вакцинации. После введения 3-х инъекций вакцины при вакцинировании через 1- 1,5 года проводится ревакцинация АКДС.

С целью ревакцинации применяется вакцина **Адасель** у лиц с 4 до 64 лет.

Постэкспозиционная профилактика

- экстренная химиопрофилактика в любом возрасте вне зависимости от наличия прививок используют макролиды в возрастных дозах (азитромицин 5 дней, кларитромицин 10 дней);
- контактными непривитым детям не проводится вакцинопрофилактика, частично привитым детям вакцинацию продолжают по Национальному Календарю. Если более 6 мес назад ребенок получал 3-ю дозу **АКДС**, то проводят ревакцинацию.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного** прекращается не ранее 30 дней от начала заболевания, а при двукратном отрицательном результате бактериологического исследования на 25 день.
3. **Госпитализация:**
по эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений (детские дома, санатории, школы-интернаты); больные,

проживающие в условиях неблагоприятных факторов жилой среды. по клиническим показаниям: дети раннего возраста; больные среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания.

4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления без дополнительного бактериологического обследования, но не ранее, чем через 25 дней от начала заболевания. Если кашель прекратился раньше, то ребенка можно принять в ДДУ при наличии 2-х отрицательных бактериологических анализов на коклюш. Бактерионосителей коклюшной палочки изолируют и допускают в коллектив при наличии 2-х отрицательных бактериологических анализов, но не ранее, чем через 14 дней после первичного выделения возбудителя.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на детское учреждение на 14 дней
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 14 дней.
3. **Сроки изоляции контактных:** изоляции подлежат дети до 7 лет на 14 дней.
4. **Сроки разобщение контактных:** разобщение детей до 7 лет в течение дней от момента последнего контакта с больным. Дети старше 7 лет разобщению не подлежат.
5. **Обследование контактных:** дети и взрослые (персонал ДДУ) обследуются бактериологически 2-хкратно с интервалом 1-2 дня. Дети с упорным кашлем (в течение 5-7 дней) изолируются на дому и обследуются в поликлинике (двухкратно).

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Текущая и заключительная дезинфекция не проводится.

2. Проводится регулярное проветривание помещений, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение помещения.

1.6.СТОЛБНЯК(А35)

Столбняк (tetanus, травматический клостридиоз) – зооантропонозное острое инфекционное заболевание, обусловленное воздействием на организм экзотоксина столбнячной палочки при ее попадании в организм через поврежденную кожу или слизистые оболочки, с преимущественным поражением нервной системы и развитием судорог скелетной мускулатуры, приводящих к асфиксии.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3113-13 от 22 октября 2013г.№59 «Профилактика столбняка»

ШИФРЫ МКБ - 10:

А35 Другие формы столбняка

Столбняк БДУ

Исключен:

столбняк:

- новорожденного А33

- акушерский А34

Классификация столбняка

По локализации в организме	По тяжести заболевания
1. Общий или генерализованный (головной столбняк Бруннера или бульбарный столбняк);	Легкая
2. Местный столбняк (головной столбняк Розе или лицевой столбняк)	Средне-тяжелая
	Тяжелая
	Особо тяжелая

Инкубационный период от 3 до 35 дней (минимальный – несколько часов, максимальный – 60 дней)

Клиническая картина

- продромальный период может отсутствовать или проявляться недомоганием, беспокойством, раздражительностью;
- острое начало, стреляющие боли в области раны, жжение, покалывание;
- болезненное непроизвольное сокращение жевательных мышц;
- тризм (судорожное сжатие) жевательных мышц, приводящее к затруднению открывания рта;
- лицо застывает в иронической улыбке (risus sardonicus) – морщинистый лоб, суженные глаза, растянутые в улыбку губы (злобно-насмешливое выражение);
- появление тонических судорог внезапно, которые захватывают затылочные, шейные мышцы, мышцы спины, живота, конечностей;
- тело больного изгибается дугой, развивается опистотонус;
- распространяются судороги и на мышцы грудной клетки, диафрагмы – могут быть и остановки дыхания, асфиксия;
- приступы сопровождаются гипертермией и сильным потоотделением, сознание сохранено;
- нарастающая рефлекторная возбудимость, вызывают или усиливают судороги внешние раздражители (шум, прикосновение и др.).

Столбняк новорожденных

- возникает вследствие инфицирования пупочной раны;
- начинается с беспокойства, возбуждения;
- тризм, отказ от сосания;
- быстро возникают тонические судороги мышц туловища, конечностей;
- опистотонус в виде приступов;
- отдельные группы мышц, особенно живота, становятся твердыми, дыхание поверхностное, тахикардия;
- летальность высокая.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- предупреждение травматизма в быту и на производстве;
- соблюдение правил асептики и антисептики в операционных, родильных залах – обработка пупочных и других ран;
- ранняя и тщательная хирургическая обработка ран.

Специфическая профилактика:

- плановая активная иммунизация взрослых и детей с 3 месяцев трехкратно, первая ревакцинация через 1-1,5 года с последующими ревакцинациями каждые 10 лет;
- экстренная иммунопрофилактика по поводу травм.

Иммунизация против столбняка

Вакцина коклюшно-дифтерийно-столбнячная адсорбированная жидкая – АКДС (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия).

Схема вакцинации: профилактика дифтерии, коклюша, столбняка согласно Национального календаря прививок у детей трехкратно с интервалом 1,5 месяца (3 мес., 4,5 мес., 6 мес.). Ревакцинация в 18 месяцев.

Анатоксин дифтерийный очищенный адсорбированный жидкий – АДС-А (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия)

Схема вакцинации: профилактика дифтерии и столбняка согласно Национального календаря прививок у детей до 6 лет включительно.

Анатоксин дифтерийно-столбнячный очищенный адсорбированный с уменьшенным содержанием антигенов жидкий - АДС-М (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, ОАО «Биомед», Россия).

Схема вакцинации: профилактика дифтерии и столбняка согласно Национального календаря прививок у детей с 6 лет, подростков и взрослых.

Анатоксин столбнячный очищенный адсорбированный жидкий –

АС(ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, ОАО «Биомед», Россия).

Схема вакцинации: вводят глубоко подкожно в подлопаточную область.

Курс вакцинации для лиц ранее не привившихся против столбняка состоит из двух прививок с интервалом 30-40-дней и ревакцинацией через 6-12 месяцев.

Последующие ревакцинации производятся каждые 10 лет.

В России зарегистрированы и разрешены к применению для профилактики столбняка зарубежные вакцины (см.Раздел «Дифтерия»):

Вакцина Пентаксим против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и гемофильной инфекции тип В. (SanofiPasteur, S.A., Франция).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Вакцина Инфанрикс дифтерийно-столбнячная трехкомпонентная бесклеточная коклюшная адсорбированная жидкая (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Вакцина Инфанрикс-Гекса содержит также инактивированную полиомиелитную вакцину, гемофильную тип В и вакцину против гепатита В (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Вакцина Тетракок (AventisPasteur, Франция), содержит в прививочной дозе (0,5 мл) дифтерийный, столбнячный анатоксины, коклюшную и инактивированную полиомиелитную вакцины 1, 2, 3 типов. Является альтернативой АКДС.

Вакцина Бубо-М комбинированная с гепатитом В и анатоксина дифтерийно-столбнячного очищенного адсорбированного с уменьшенным содержанием

антигенов По составу препарат представляет собой комбинацию АДС-М-анатоксина и рекомбинантной вакцины против гепатита В «Комбиотех».

Схема вакцинации: применяют для плановых возрастных ревакцинаций детей старше 6 лет, подростков в 14-15 лет и взрослых без ограничения каждые 10 лет, а также при проведении курса вакцинации подросткам и взрослым из групп эпидемиологического риска по гепатиту В.

Адасель (Tdap) содержит уменьшенные дозы дифтерийного анатоксина, столбнячного анатоксина и бесклеточного коклюшного компонента (SanofiPasteur, S.A., Франция). Применяется с целью ревакцинации коклюша, дифтерии, столбняка у лиц с 4 до 64 лет.

Вакцина Д.Т.Вакс (AventisPasteur, Франция), аналог АДС-анатоксина, содержит 30 МЕ дифтерийного и 40 МИЕ столбнячного анатоксинов;

Вакцина Имовакс ДТ.Адюльт (AventisPasteur, Франция), аналог АДС-М-анатоксина, содержит 2 ЛФ дифтерийного и 40 МИЕ столбнячного анатоксинов.

Сроки ревакцинации от столбняка

Ревакцинацию проводят вакциной АДС-М в возрасте 6 и 17-и лет, и далее 1 раз каждые 10 лет. Адасель применяется с целью ревакцинации коклюша, дифтерии, столбняка у лиц с 4 до 64 лет.

Экстренная постэкспозиционная профилактика проводится при:

- любых травмах и ранах с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек;
- обморожениях и ожогах 2-4 степеней;
- укусах животных;
- проникающих повреждениях или оперативных вмешательствах на ЖКТ;
- у непривитых или лиц с неизвестным прививочным анамнезом;
- внебольничных абортах, родах вне медицинских учреждений;

- гангрене или некрозе тканей любого типа;
- абсцессах, карбункулах.

Экстренная профилактика столбняка предусматривает первичную хирургическую обработку раны и создание, при необходимости, специфического иммунитета против столбняка.

Экстренную профилактику столбняка проводят до 20 дня с момента получения травмы.

Для экстренной профилактики применяют:

- **Анатоксин столбнячный очищенный адсорбированный (АС-анатоксин) «Микроген» Россия**, содержит в 1 мл 20ЕС, в ампулах по 1 мл (2 дозы), вводят глубоко подкожно в подлопаточную область 0,5мл;
- **Иммуноглобулин противостолбнячный человека (ПСЧИ) «Микроген» Россия, «Сычуань Юанда Шуян», Китай**, ампулы по 250 и 500 МЕ– вводят внутримышечно (в ягодицы);
- **Сыворотка противостолбнячная лошадиная очищенная концентрированная жидкая (ПСС) (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия)**. Перед введением сыворотки обязательно ставят внутрикожную пробу с разведенной 1:100 сывороткой – 0,1мл. Лицам с положительной пробой (диаметр отека или покраснения 1 см и более) введение ПСС противопоказано.

Схема экстренной профилактики: АС-Анатоксин + противостолбнячная сыворотка в дозе 3000 МЕ

Схема лечения: больным вводят противостолбнячную сыворотку в максимально ранние сроки от начала заболевания в дозе 100000-200000 МЕ.

P.S.

- при инфицированных ранах вводят **ПСЧИ или ПСС**;
- если после предшествующей ревакцинации прошло более 5 лет, то при инфицированных ранах, вводят 0,5мл **АС**;

- при экстренной профилактике столбняка возможно использовать АДС-М.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у);
2. **Изоляция больного** прекращается после исчезновения острых симптомов болезни.
3. **Госпитализация:** при подозрении больные подлежат немедленной госпитализации в отделение интенсивной терапии (реанимации) или в хирургическое отделение.
4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** не накладывается.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** не проводится.
3. **Сроки изоляции контактных:** не проводится.
4. **Сроки разобщение контактных :** не проводится.
5. **Обследование контактных:** не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Текущая и заключительная дезинфекция: не проводится

1.7. ПОЛИОМИЕЛИТ (А80-А80., В91)

Полиомиелит (детский спинальный паралич, болезнь Гейне-Медина) – острое инфекционное антропонозное заболевание, вызываемое 1, 2 и 3

серотипами полиовирусов и характеризуется большим диапазоном клинических проявлений – от abortивных до паралитических форм.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2951-11 от 28 июля 2011г.№107 «Профилактика полиомиелита»

ШИФРЫ МКБ – 10:

A80 Острый полиомиелит

A80.0 Острый паралитический полиомиелит, ассоциированный с вакциной

A80.1 Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким завезенным вирусом

A80.2 Острый паралитический полиомиелит, вызванный диким природным вирусом

A80.3 Острый паралитический полиомиелит другой и неуточненный

A80.4 Острый непаралитический полиомиелит

A80.5 Острый полиомиелит неуточненный

B91 Последствия полиомиелита

**Классификация полиомиелита
(Н.И.Нисевич, В.Ф.Учайкин, Е.В.Лещинская, 1997)**

Формы полиомиелита без поражения ЦНС:

I. Инаппарантная (вирусоносительство). II. Abortивная (малая болезнь).

Формы полиомиелита с поражением ЦНС:

I.

Непаралитическая или менингеальная.

II. Паралитическая:

- 1) спинальная (шейная, грудная, поясничная, ограниченная,
- 2) распространенная);
- 3) понтинная;
- 4) бульбарная;
- 5) понтоспинальная;
- 6) бульбоспинальная;
- 7) бульбопонтоспинальная.

Периоды заболевания при паралитической форме:

- препаралитический;
- паралитический;
- восстановительный (>1 года);
- резидуальных проявлений.

Инкубационный период от 3 до 35 дней, чаще 7-14 дней.

Клиническая картина

Препаралитический период не превышает 1-2 дня:

- интоксикационный синдром с двухволновой лихорадкой;
- катаральные явления слабо выраженные;
- синдром поражения желудочно-кишечного тракта – диспепсические расстройства;
- болевой синдром (спонтанные мышечные боли в конечностях, спине);
- в ЦСЖ – на ранних стадиях болезни отмечается клеточно-белковая диссоциация до 30-200 клеток в 1 мкл.

Паралитический период (клиника паралитического периода определяется локализацией поражений ЦНС).

Спинальная форма:

- развивается остро периферические, вялые парезы (параличи) с нарастанием в течение 1-2 дней. Иногда параличи развиваются на фоне повторного повышения температуры тела (двухволновая лихорадка), реже – в первый день болезни («утренний паралич») без четкой препаралитической стадии;
- поражение преимущественно проксимальных отделов конечностей с развитием гипо- или адинамии, арефлексии, атонии, атрофии;
- мозаичный, ассиметричный характер распределения парезов и параличей;
- расстройства чувствительности и нарушения функции тазовых органов отсутствует;
- выраженный болевой синдром;
- раннее прогрессирующее развитие трофических нарушений в пораженных конечностях;
- в ЦСЖ отмечается переход клеточно-белковой диссоциации в белково-клеточную диссоциацию, для которой характерно нарастание белка при нормальном или минимальном плеоцитозе.

Бульбарная форма:

- протекает бурно;
- на фоне лихорадки нарушаются глотание, фонация и речь;
- исчезает глоточный небный и рефлекс, снижается кашлевой;
- отмечается асимметрия или неподвижность нёбных дужек, язычка, мягкого нёба;
- часто поражаются ядра 9, 10 нервов, реже 11 и 12 нервов;
- возможно поражение дыхательного и сердечно-сосудистого центров, что является причиной развития нарушений дыхания и сердечной деятельности.

Понтинная форма:

- асимметрия мимической мускулатуры лица;
- сглаженностью носогубной складки, опущением угла рта;
- лагофталм,
- парез лобной мышцы;
- нарушений чувствительности, слезотечения, вкуса и болевых ощущений не отмечается.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- ранее выявление и изоляция больного;
- контактным в очаге полиомиелита рекомендуется применение средств неспецифической экстренной профилактики в виде иммуномодуляторов и противовирусных средств, в соответствии с инструкциями по их применению.

Специфическая профилактика:

- обязательная вакцинация комбинированной схемой:

Вакцинации V_1 и V_2 – инактивированной полиовакциной (ИПВ), V_3 и все ревакцинации R (всего 2) – оральной живой полиовакциной (ОПВ). Для

достижения протективного иммунитета необходимо инактивированную вакцину вводить 4 дозы, а при комбинированных схемах или только оральной живой полиовакциной – 5 доз.

Моновакцины

Вакцина полиомиелитная пероральная 1,3 типов (БиВак полио – пероральная, двухвалентная, живая аттенуированная 1,3типов)(ФНЦИРИП «Предприятие по производству бактериальных и вирусных препаратов Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова», Россия)

Схема вакцинации: принимать орально трехкратно (3 месяца; 4,5 месяца; 6 месяцев). Ревакцинация в 18-20 месяцев и 14 лет.

Вакцина полиомиелитная пероральная 2 тип (МоноВак полио – пероральная, моновалентная, живая аттенуированная 2 типа)(ФНЦИРИП «Предприятие по производству бактериальных и вирусных препаратов Института полиомиелита и вирусных энцефалитов им. М.П. Чумакова», Россия)

Схема вакцинации: принимать орально трехкратно (3 месяца; 4,5 месяца; 6 месяцев). Ревакцинация в 18-20 месяцев и 14 лет.

Вакцина полиомиелитная инактивированная Имовакс Полио- инактивированная типа 1, 2, 3 (SanofiPasteur, S.A., Франция).

Схема вакцинации: трехкратно (3 месяца - 4,5 месяца - 6 месяцев). Ревакцинация через 1 год, последующие ревакцинации через каждые пять лет до 18 лет и затем через каждые 10 лет.

Вакцина полиомиелитная инактивированная Полиорикс - инактивированная типа 1, 2, 3 (GlaxoSmithKline Biologicals, Бельгия).

Схема вакцинации: трехкратно (3 месяца – 4,5 месяца – 6 месяцев). Ревакцинация в 18-20 месяцев и 14 лет.

Вакцина полиомиелитная инактивированная Полилексинактивиро-

ванная типа 1, 2, 3 (Нанолек, Россия).

Схема вакцинации: трехкратно (3 месяца – 4,5 месяца – 6 месяцев). Ревакцинация в 18-20 месяцев и 14 лет.

Комплексные (см. Раздел «Дифтерия»):

Вакцина Пентаксим против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и гемофильной инфекции (SanofiPasteur, S.A., Франция).

Схема вакцинации: в 3, 4, 5, 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Вакцина Тетракок (AventisPasteur, Франция), которая содержит в прививочной дозе (0,5 мл) дифтерийный, столбнячный анатоксины, коклюшную и инактивированную полиомиелитную вакцины 1, 2, 3 типов. Является альтернативой АКДС.

Схема вакцинации: в 3, 4, 5, 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Вакцина Инфанрикс-Гекса содержит также инактивированную полиомиелитную вакцину, гемофильную тип В и вакцину против гепатита В (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Постэкспозиционная профилактика

- дети до 18 лет и взрослые – однократно;
- медицинские работники – однократно;
- лица из декретированной группы – однократно;
- дети, прибывшие из эндемических по полиомиелиту стран с 3 месяцев до 15 лет - однократно (при наличии достоверных данных о предшествующих прививках) или трехкратно (при их отсутствии).

P.S. Для вакцинированных в детстве любой вакциной лиц, выезжающих в эндемичные по полиомиелиту регионы, рекомендуется введение 1 дозы ИПВ. Для лиц, не получавших вакцинации или с неясным статусом, рекомендуется полный курс ИПВ по схеме 1-2-12 мес., а при невозможности ее проведения –

по схеме 0-1-2 мес, 0-1 мес. или однократно с последующей ревакцинацией.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у);
2. **Изоляция больного** прекращается после исчезновения острых симптомов болезни, но не ранее 40-го дня от начала заболевания.
3. **Госпитализация:** все клинические формы полиомиелита или с подозрением на них.
4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на 21 день.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** в течение 21 дня ежедневное медицинское наблюдение (термометрия 2 раза в день, осмотр детей); не переводятся дети в другие группы, детские учреждения.
3. **Сроки изоляции контактных:** дети в возрасте до 15 лет, а также взрослые из декретированных групп, изолируются на 21 день от момента общения с больным.
4. **Сроки разобщение контактных:** в течение 21 дня.
5. **Обследование контактных:** не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Проводится текущая и заключительная дезинфекция:
 - Текущая дезинфекция: проводится 1% раствором хлорной извести или 1% раствором хлорамина, экспозиция 60 мин;
 - Заключительная дезинфекция - 1% раствором хлорной извести или 1% раствором хлорамина, экспозиция 60 мин

2. Осуществляется проветривание помещений, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение помещения.

1.8. ГЕМОФИЛИУС-ИНФЛЮЭНЦИЯ ИНФЕКЦИЯ (Hib-инфекция)(J14,J20.1)

Гемофилюс-инфлюэнция инфекция (Hib-инфекция) - острое инфекционное заболевание, преимущественно детей раннего возраста, вызываемое микроорганизмами из рода гемофильных бактерий, проявляющееся гнойным менингитом, отитом, заболеваниями дыхательных путей, эндокардитом, остеомиелитом.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3116-13 от 18 февраля 2013г.№62 «Профилактика гемофильной инфекции»

ШИФРЫ МКБ – 10:

J14 Пневмония, вызванная Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева-Пфейффера]

Бронхопневмония, вызванная *H. influenzae*

Исключена: врожденная пневмония, вызванная *H. influenzae* (P23.6)

J20.1 Острый бронхит, вызванный Haemophilus influenzae [палочкой Афанасьева-Пфейффера]

**Гемофилюс-инфлюэнция инфекция (Hib-инфекция)
(Иванова В.В, Сорокина М.Н., Скрипченко Н.Я., 1998):**

Формы заболевания:		
Локализованные:	Генерализованные:	Редкие:
<ul style="list-style-type: none"> - острое респираторное заболевание; - отит; - остеомиелит; - гнойный артрит; - конъюнктивит; - целлюлит; - носительство 	<ul style="list-style-type: none"> - пневмония; - менингит; - острый эпиглотит (воспаление надгортанника); - перикардит; - гипертоксическая форма с ИТШ 	<ul style="list-style-type: none"> - перитонит; - гепатит; - вульвовагинит; - уретрит

Инкубационный период от 2 до 10 дней, чаще 5-7 дней

Клиническая картина

Острый эпиглоттит (воспаление надгортанника) встречается у детей в возрасте 2-7 лет и характеризуется:

- начало заболевания стремительное, с выраженной общей интоксикацией;
- быстрое повышение температуры тела;
- прогрессирует симптомы крупа, который в течение нескольких часов может привести к гибели ребенка от асфиксии;
- обильное слюнотечение, обусловленное затруднением глотания;
- ощущение инородного тела в горле; сильная боль в горле;
- запрокидывание головы;
- голос осиплый, сменяется афонией;
- одышка и невозможность сделать глоток воды или произнести слово;
- признаки дыхательной недостаточности нарастают в течение нескольких часов;
- важный опорно-диагностическим симптомом эпиглоттита - поза, когда для облегчения дыхания, больные принимают характерную позу - сидят, подавшись вперед и вытянув подбородок;
- в зеве вишнево-красный надгортанник;
- немедленная интубация трахеи и назначение антибактериальной терапии;
- при отсутствии своевременной медицинской помощи смертность составляет 5–10% .

Целлюлит (панникулит) воспаление подкожной клетчатки характеризуется:

- развивается у детей до 2 лет, чаще до года;
- начинается с симптомами острой респираторной инфекции (ринофарингит);

- симптомы общей интоксикации выражены слабо; температура тела субфебрильная;
- припухлость в области щеки или вокруг глазницы появляется чаще на второй день;
- кожа над припухлостью гиперемирована с цианотичным оттенком;
- панникулит сопровождается воспалением среднего уха.

Гемофильный менингит характеризуется:

- развивается чаще у детей первых месяцев жизни, возможно и до 3 лет;
- острое начало, с выраженной интоксикацией;
- повышение температуры тела до 39-40⁰С;
- головная боль, повторная рвота;
- возбуждение ;расстройство сна;
- гиперестезии кожи;
- тремором подбородка; кистей рук;
- наличие менингеальных симптомов;
- ЦСЖ характеризуется: в первые часы и сутки болезни возможен половинный цитоз (до 50% лимфоцитов) при небольшом количестве клеток. Белок в норме, белковые пробы (Панди, Нонне-Апельта) слабоположительные. Цитоз высокий- нейтрофилы составляют до 90%, белок повышается до 0,66-1,0 г/л. Диагностическим критерием Ниб-менингита считается гипоглюкорахия с уровнем глюкозы менее 0,4 г/л.

Гемофильная пневмония характеризуется:

- выраженным интоксикационным синдромом;
- повышением температуры до фебрильных цифр;
- возможно затяжное течение и проявляется в виде очаговой, долевой (крупозной) пневмонией;
- часто сопровождается у детей гнойным плевритом;
- может осложняться гнойным перикардитом, воспалением среднего уха.

Гемофильный перикардит характеризуется:

- выраженным интоксикационным синдромом;
- повышением температуры до фебрильных цифр;
- появляется дыхательная недостаточность в отсутствие изменений в легких;
- перкуторно границы сердца расширены, аускультативно тоны сердца глухие.

Гемофильный остеомиелит характеризуется:

- острое начало с выраженным синдромом интоксикации;
- повышение температуры до фебрильных цифр и выше, озноб;
- головная боль, рвота, иногда бред и потеря сознания;
- поражение больших трубчатых костей (плечевой, бедренной или большеберцовой);
- пораженную конечность больной старается не беспокоить (псевдопаралич);
- в последующие дни происходит локализация гнойного участка – участок кожи краснеет, отек становится ярко выявленным, появляются сильные боли в конечностях, возможно распространение гнойных метастаз;
- диагноз устанавливают на основании результатов бактериологических посевов аспирата костного мозга, а также изучения мазков, окрашенных по Грамму.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- ранняя диагностика заболевания и изоляция больного

Специфическая профилактика:

- плановую иммунизацию;
иммунизацию по эпидемиологическим показаниям.

Плановая иммунизация

Вакцина моновалентная против гемофильной инфекции типа b"Акт-Хиб" (SanofiPasteur,S.A.,Франция). Возраст начала вакцинации: с 3 месяцев жизни.

Схема вакцинации: при начале вакцинации в возрасте младше 6 месяцев вакцина вводится 3-хратно с интервалом 1-2 месяца; ревакцинацию проводят однократно в 18 месяцев. При начале вакцинации в возрасте от 6 до 12 месяцев вакцина вводится 2-хкратно с интервалом в 1 месяц; ревакцинацию проводят однократно в 18 месяцев. При начале вакцинации в возрасте от 1 года до 5 лет: однократная инъекция.

Вакцина моновалентная против гемофильной инфекции типа b"Хиберикс"(GlaxoSmithKline, Бельгия). Возраст начала вакцинации: с 6 недель жизни.

Схема вакцинации: при начале вакцинации в возрасте младше 6 месяцев вакцина вводится 3-хкратно с интервалом 1-2 месяца; ревакцинацию проводят однократно в 18 месяцев. При начале вакцинации в возрасте от 6 до 12 месяцев вакцина вводится 2-хкратно с интервалом в 1 месяц; ревакцинацию проводят однократно в 18 месяцев. При начале вакцинации в возрасте от 1 года до 5 лет: однократная инъекция.

Вакцина Пентаксим против дифтерии, столбняка, коклюша, полиомиелита и гемофильной инфекции тип В (SanofiPasteur,S.A.,Франция).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Вакцина Инфанрикс-Гекса содержит также инактивированную полиомиелитную вакцину, гемофильную тип В и вакцину против гепатита В (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: применяют в 3 мес., 4,5 мес., 6 мес. жизни. Ревакцинация через 18 мес.

Постэкспозиционная профилактика

В очаге контактными детям до 4-х лет назначают рифампицин (10-20 мг/кгх 1-2 раз в день) в течение 4 дней.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не подается.
2. **Изоляция больного** проводят до исчезновения клинических симптомов.
3. **Госпитализация:**
по эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений (детские дома, санатории, школы-интернаты).
по клиническим показаниям: дети до 3 лет в состоянии средней степени тяжести; больные с тяжелым менингитом, пневмонией, артритом, остеомиелитом, отитом, синуситом и др. и с осложненными формами заболевания.
4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на детское учреждение на 10 дней
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 7 дней с ежедневной термометрией и осмотра ЛОР-врача.
3. **Сроки разобщения контактных:** проводится для детей до 4-х летнего возраста. Для новорожденных детей в роддомах и отделениях новорожденных проводится изоляция контактных.
4. **Обследование контактных:** не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Проводится текущая и заключительная дезинфекция.

1.9.КОРЬ (B05- B05.9)

Корь – острое инфекционное заболевание, протекающее с лихорадкой, интоксикацией, катаром верхних дыхательных путей и слизистых оболочек глаз, а также пятнисто-папулезной сыпью.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2952-11 от 28 июля 2011 г.№108
«Профилактика кори»

ШИФРЫ МКБ-10

B05 Корь

Включена: morbilli

Исключен: подострый склерозирующий панэнцефалит (A81.1)

B05.0 + Корь,осложненная энцефалитом(G05.1 *)

Послекоревой энцефалит

B05.1 + Корь, осложненная менингитом (G02.0*)

Послекоревой менингит

B05.2+ Корь,осложненная пневмонией(J17.1*)

Послекоревая пневмония

B05.3 + Корь, осложненная средним отитом (H67.1*)

Послекоревой средний отит

B05.4 Корь с кишечными осложнениями

B05.8 Корь с другими осложнениями

Коревой кератит и коревой кератоконъюнктивит+ (H19.2*)

B05.9 Корь без осложнений

Классификация кори (Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф., 1990)

Тип	Тяжесть	Течение
Типичная форма	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	Гладкое Осложненное
Атипичная форма: стертая; агравированная (гипертоксическая, геморрагическая); митигированная		
Корь у привитых		

Инкубационный период от 9 до 17 дней, если не болевшие и не вакцинированные против кори; от 9 до 21 дней если вводился иммуноглобулин.

Клиническая картина

Катаральный период продолжительность 3-4 дня:

- эпидемиологический анамнез – контакт с больным корью;
- выраженный интоксикационный синдром, острое начало, повышение температуры 38-39°C, вялость, недомогание, адинамия, отказ от еды, плаксивость, нарушение сна, головная боль, рвота, судороги;
- на 2-3 день болезни температура снижается, иногда до субфебрильных цифр, нарастают катаральные явления (ринит, фарингит);
- нарастающий грубый, сухой, навязчивый иногда лающий кашель, осиплость голоса, с развитием отека гортани и стенозом;
- наличие конъюнктивита, склерита, блефароспазм;
- поражение слизистых оболочек полости рта – отек, гиперемия, разрыхленность;
- на твердом и мягком небе неспецифическая коревая энантема - небольшие розовато-красного цвета, неправильной формы пятна размером 3-5 мм, через 1-2 дня элементы энантемы сливаются;
- до 1-2 дня периода высыпаний, появляется специфическая энантема (патогномоничный симптом кори - пятна Бельского-Филатова-Коплика) – на слизистой оболочке щек против малых коренных зубов, реже на слизистой губ, десен. Пятна имеют вид мелких, 1-2 мм, серовато-белых папул, окруженных узкой каймой гиперемии, не сливающихся между собой, не снимаются шпателем, сохраняются 2-3 дня.

Период высыпания продолжительность 3-4 дня:

- на 4-5-й день от начала заболевания появляется сыпь, сопровождающаяся новым подъемом температуры;

- максимально выражены интоксикационный, катаральный синдром;
- этапное появление сыпи: в 1-е сутки – на лице, шее, верхней части груди и плеч; во 2-е сутки – сыпь полностью покрывает туловище и распространяется на проксимальные отделы рук, на 3-4-е сутки – дистальные отделы верхних и нижних конечностей сыпь пятнисто-папулезная с тенденцией к слиянию;
- сыпь располагается на неизменном фоне кожи, сливная, неправильной формы, пятнисто-папулезная;
- возможно одутловатость лица, отечность век и носа, сухие губы, в трещинах.

Период пигментации продолжительность 3-4 дня:

- переход сыпи в пигментацию происходит поэтапно, в том же порядке, как и появление сыпи на 4-5-й день от начала заболевания. Сыпь быстро темнеет, приобретает бурый оттенок, вследствие образования гемосидерина;
- пигментация разрешается и отрубевидным шелушением.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- ранняя диагностика заболевания и изоляция больного корью.

Специфическая профилактика:

Моновакцины

Вакцина коревая культуральная живая сухая-ЖКВ (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия)

Вакцина коревая культуральная живая сухая (ФГУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора, Россия)

Рувакс живая лиофилизированная вакцина для профилактики кори содержит аттенуированный штамм вируса кори Schwarz;(Aventis Pasteur,

S.A.Франция).

Схема вакцинации: плановые прививки проводят двукратно детям в возрасте 12 месяцев и 6 лет, не болевшим корью.

Экстренную профилактику проводят детям с 12 месяцев, подросткам и взрослым, контактировавшим с больными корью и ранее не привитым против данной инфекции.

Комбинированные вакцины

Вакцина Приорикс ассоциированная лиофилизированная живая культуральная вакцина против кори, паротита, краснухи (GlaxoSmithKline, Бельгия)

Схема вакцинации: двукратно – первая вакцинация в возрасте 12 месяцев, вторая вакцинация в возрасте 6 лет.

Вакцина М-М-Р ассоциированная живая вакцина против кори, паротита, краснухи живая культуральная (MerkShar, Dohm, США)

Схема вакцинации: двукратно – первая вакцинация в возрасте 12 месяцев, вторая вакцинация в возрасте 6 лет.

Вакцина паротитно-коревая культуральная живая сухая (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия)

Схема вакцинации: плановые прививки проводят двукратно детям в возрасте 12 месяцев и 6 лет, не болевших эпидемическим паротитом. Экстренную профилактику проводят детям с 12 месяцев, подросткам и взрослым, имевшим контакт с больными паротитом и ранее не привитым против данной инфекции.

По эпидемическим показаниям иммунизации против кори подлежат лица:

- имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание);
- не болевшие корью ранее;
- не привитые;
- не имеющие сведений о прививках против кори;

- лица, привитые против кори однократно - без ограничения возраста.

Иммунизация против кори по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного.

Сроки иммунизации у контактных могут продлеваться до 7 дней (при расширении границ очага кори - по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта).

Постэкспозиционная профилактика проводится **немедленно у детей старше 12 месяцев**, не болевших и не привитых ранее (не позднее 5 дней от момента контакта). Детям **в возрасте от 3 до 12 месяцев** вводят человеческий иммуноглобулин (3 мл – 2 дозы).

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у);
2. **Изоляция больного** прекращается через 4 дня от начала высыпаний, а при наличии пневмонии не ранее 10 дней.
3. **Госпитализация:**
по эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений (детские дома, санатории, школы-интернаты); больные, проживающие в условиях неблагоприятных факторов жилой среды).
по клиническим показаниям: дети раннего возраста; больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания; больные с развитием осложнений.
4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления, но не ранее 5 дня с момента высыпаний при гладком течении, при осложнении через 10 дней.

Мероприятия в отношении контактных:

- 1. Карантин** накладывается на детское дошкольное учреждение (только для детей до 7 лет) на 21 день с момента изоляции последнего больного.
- 2. Сроки наблюдения за контактными:** в течение 17 дней - не болевшие и не вакцинированные против кори, и в течение 21 дня - получавшие по контакту иммуноглобулин (для детей до 7 лет), если точно установлена дата общения, дети посещают детский сад, ежедневно проводят термометрию и осмотр детей; не переводятся дети в другие группы; в ДДУ можно принимать детей, переболевших корью и привитых.
- 3. Сроки изоляции контактных: не проводится.**
- 4. Сроки разобщение контактных:** разобщение проводится с 9 по 17 день для не болевших и не вакцинированных; с 9 по 21 день для получавших по контакту иммуноглобулин (для детей до 7 лет).
- 5. Обследование контактных: не проводится.**
- 6. Экстренная профилактика.** Детей, старше 12 месяцев, не болевших и не привитых ранее, немедленно (не позднее 5 дней от момента контакта) привить. Детям в возрасте от 3 до 12 месяцев вводят человеческий иммуноглобулин (3мл- 2 дозы).

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Текущая и заключительная дезинфекция не проводится.
2. Осуществляется проветривание помещений, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение помещения.

1.10 КРАСНУХА (B06, B06.0- B06.9)

Краснуха – острое инфекционное заболевание, характеризующееся мелкой пятнисто-папулезной сыпью, генерализованной лимфаденопатией, умеренно выраженной лихорадкой.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2952-11 от 28 июля 2011 г. №108 «Профилактика краснухи»

ШИФРЫ МКБ –10:

В06Краснуха (немецкая корь)

Исключена: врожденная краснуха (P35.0)

В06.0+ Краснуха с неврологическими осложнениями

Краснушный:

- энцефалит (G05.1*)
- менингит (G02.0*)
- менингоэнцефалит (G05.1*)

В06.8 Краснуха с другими осложнениями

Краснушный (ая):

- артрит + (M01.4*)
- пневмония + (J17.1)

В06.9 Краснуха без осложнений

Классификация краснухи (Р.Е.Берман, В.К.Воган, 1992)

По механизму развития	По форме	По тяжести	По течению
Приобретенная	Типичная	Легкая	Гладкое (без осложнений)
Врожденная:	Атипичная:	Среднетяжелая	Негладкое:
а) с классической триадой симптомов:	стертая;	Тяжелая	с осложнениями;
- катаракта;	субклиническая;		с наслоением вторичной инфекции;
- пороки сердца;	гипертоксическая		с обострением хронических заболеваний.
- глухота			
б) с расширенным синдромом - множественные пороки развития			

Инкубационный период от 11 до 24 дней, чаще 16-20 дней.

Клиническая картина приобретенной краснухи:

- эпидемиологический анамнез – контакт с больным краснухой, зимне-весенняя сезонность;
- продромальный период длится от нескольких часов до суток;
- период разгара продолжается 2-3 дня и характеризуется максимальной выраженностью лихорадки, интоксикационного, катарального синдромов, появлением экзантемы;
- для интоксикационного синдрома характерно недомогание, небольшая слабость, умеренная головная боль, иногда боль в мышцах и суставах;
- температура тела нормальная или субфебрильная в течение 1-3 дней;
- для катарального синдрома, который слабо выражен, характерно незначительная гиперемия зева, конъюнктивит, энантема в виде мелких бледно-розовых пятнышек на мягком небе (пятна Форхгеймера); Иногда отмечается гиперемия, зернистость слизистой ротовой полости, точечные кровоизлияния на язычке и мягком небе;
- синдром лимфоаденопатии ранний признак заболевания - развивается за 1-3 дня до появления экзантемы и катаральных симптомов и исчезает через несколько дней после угасания сыпи. Характерно увеличение и болезненность затылочных и заднешейных лимфатических узлов, возможна генерализованная лимфоаденопатия;
- одномоментное появление сыпи (на 1-2-й день от начала заболевания) на различных участках тела, пятнисто-папулезная сыпь, мелкая, несливная, с преимущественной локализацией на разгибательных поверхностях конечностей, спине и ягодицах. Сыпь расположена на негиперемизированной коже, не возвышается над уровнем кожи, исчезает при надавливании на кожу;
- элементы сыпи сохраняются 2-3 дня, исчезают бесследно, не оставляя пигментации и шелушения.

Клиническая картина врожденной краснухи:

- триада врожденных аномалий (описан австралийским офтальмологом Gregg, 1942) – катаракта, глухота, пороки сердца;
- возможны и другие пороки – микро- и гидроцефалия, незаращение мягкого и твердого неба, spina bifida, крипторхизм гипоспадия, гидроцеле, пилоростеноз, врожденный гепатит и др.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- ранняя диагностика заболевания и изоляция больного краснухой

Специфическая профилактика:

Моновакцины

Живая аттенуированная вакцина для профилактики краснухи («Серум Инститьют»Индия).

Схема вакцинации: двукратная - первая вакцинация в 12 месяцев, вторая вакцинация в 6 лет; однократная – девочек в возрасте 13 лет ранее не болевших и не прививавшихся или прививавшихся однократно; однократная - женщин детородного возраста не болевших краснухой и ранее непрививавшихся против данной инфекции.

Вакцина Рудивакс - живая аттенуированная вакцина против краснухи (SanofiPasteur, S.A., Франция).

Вакцина Эрвевакс - живая аттенуированная вакцина против краснухи (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Комплексные вакцины

Вакцина Приорикс ассоциированная лиофилизированная живая культуральная вакцина против кори, паротита, краснухи (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: двукратно – первая вакцинация в возрасте 12 месяцев, вторая вакцинация в возрасте 6 лет.

Вакцина М-М-В II ассоциированная живая вакцина против кори, паротита, краснухи живая культуральная (MerkShap,Dohm, США)

Схема вакцинации: двукратно – первая вакцинация в возрасте 12 месяцев, вторая вакцинация в возрасте 6 лет; показана вакцинация девочек в 13 лет, ранее не прививавшихся и не болевших краснухой.

По эпидемическим показаниям иммунизации против краснухи подлежат лица:

- имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание);
- не болевшие краснухой ранее;
- не привитые;
- не имеющие сведений о прививках против краснухи;
- лица, привитые против краснухи однократно - без ограничения возраста.

Иммунизация против краснухи по эпидемическим показаниям проводится в течение первых 72 часов с момента выявления больного.

Сроки иммунизации у контактных могут продлеваться до 7 дней (при расширении границ очага краснухи- по месту работы, учебы, в пределах района, населенного пункта).

Постэкспозиционная профилактика проводится **немедленно у детей старше 12 месяцев**, не болевших и не привитых ранее (не позднее 5 дней от момента контакта). Детям **в возрасте от 3 до 12 месяцев** вводят человеческий иммуноглобулин (1 доза – 1,5 мл в/м).

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у);
2. **Изоляция больного** прекращается через 4 дня от начала высыпаний.
3. **Госпитализация:** по эпидемиологическим показаниям: дети из

закрытых детских учреждений (детские дома, санатории, школы-интернаты); больные, проживающие в условиях неблагоприятных факторов жилой среды).по клиническим показаниям: больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания, в том числе с поражением ЦНС;

4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления.

5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления, но не ранее 4-6 дней с момента высыпаний.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** не накладывается.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** в течение 21 дня ежедневное медицинское наблюдение (термометрия, осмотр детей); не переводятся дети в другие группы; в ДДУ можно принимать детей, переболевших краснухой и привитых.
3. **Сроки изоляции контактных:** для детей не проводится, только для женщин первых 3-х месяцев беременности. Беременные изолируются от больных краснухой до 10 дня от начала заболевания.
4. **Сроки разобщение контактных:** не проводится.
5. **Обследование контактных:** не проводится.
6. Экстренная профилактика. Детей, старше 12 месяцев, не болевших и не привитых ранее, немедленно (не позднее 5 дней от момента контакта) вакцинировать. Детям в возрасте от 3 до 12 месяцев вводят человеческий иммуноглобулин (3 мл – 2 дозы).

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Текущая и заключительная дезинфекция не проводится.
2. Осуществляется проветривание помещений, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение помещения.

1.12 ПАРОТИТНАЯ ИНФЕКЦИЯ (B26.0-B26.9)

Паротитная инфекция - высококонтагиозная острая генерализованная вирусная инфекция, характеризующаяся поражением железистых органов (чаще слюнных желез, реже поджелудочной железы, яичек, яичников), а также ЦНС (менингит, менингоэнцефалит).

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2952-11 от 28 июля 2011 г. №108
«Профилактика эпидемического паротита»

ШИФРЫ МКБ – 10:

B26 Эпидемический паротит

Включен: паротит:

- * эпидемический
- * инфекционный

B26.0+ Паротитный орхит (N51.1*)

B26.1+ Паротитный менингит (G02.0*)

B26.2+ Паротитный энцефалит (G05.1*)

B26.3+ Паротитный панкреатит (K87.1*)

B26.8 Эпидемический паротит с другими осложнениями

Паротитный(ая):

- * артрит+ (M01.5*)
- * миокардит+ (I41.1*)
- * нефрит+ (N08.0*)
- * полиневропатия+ (G63.0*)

B26.9 Эпидемический паротит неосложненный

Эпидемический паротит:

- * БДУ
- * паротит БДУ

Классификация паротитной инфекции(Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф., 1990)

Формы заболевания	По форме тяжести
1. Типичная <i>железистая:</i> - паротит - субмаксилит - сублингвит - панкреатит - орхит	Легкая. Среднетяжелая. Тяжелая.

<ul style="list-style-type: none"> - оофарит - бартолинит - мастит <p><i>нервная:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - серозный менингит - менингоэнцефалит - железисто-нервная (комбинированная). <p>2. Атипичная:</p> <ul style="list-style-type: none"> - стертая - инаппарантная. 	
---	--

Инкубационный период от 11 до 23 дней, чаще 14-16 дней

Клиническая картина

- заболевание начинается остро с повышением температуры, от субфебрильных цифр (при легкой степени тяжести) до 38,0-40,0°C и может сохраняться в течение 10-14 суток при тяжелой степени;
- слабость, недомогание, головная боль, снижение аппетита, иногда боль в мышцах и суставах;
- болезненность и припухлость в области околоушной слюнной железы (паротит);
- сухость во рту, боли в области уха, усиливающиеся при жевании, разговоре;
- увеличивается слюнная железа и приобретает тестоватую консистенцию, местная температура и цвет кожных покровов не изменяются;
- болезненные точки Филатова (болезненность при надавливании на козелок, мочку уха, сосцевидный отросток, ретромандибулярную ямку);
- отмечается отек и гиперемия слизистой вокруг выводного протока околоушной слюнной железы (симптом Мурсона);
- характерно полиорганность поражения органов: панкреатит, орхит, серозный менингит и т.д.

Поражение поджелудочной железы (панкреатит) возникает на 4-6 день болезни в 20-40% случаев и проявляется:

- боль в верхней части живота, тошнота, рвота, анорексия, запоры;
- повышение активности амилазы крови и мочи;
- исходом эпидемического паротита с поражением поджелудочной железы может стать развитие хронического панкреатита (до 13%), сахарного диабета, ожирения.

Поражения половых желез (орхит) развивается остро на 6-8 день болезни, реже в более поздние сроки и характеризуется:

- повторным подъемом температуры;
- односторонним поражением, чаще правого яичко, с уплотнением и увеличением в размерах в течение 3-5 дней;
- боль в пораженном яичке, иррадиирующей в паховую и бедренную область;
- симптомы полностью исчезают через 7-12 дней;
- исходы орхита: атрофия яичек, опухоли тестикул, "хронический орхит", гипогонадизм, приапизм, бесплодие, импотенция; гинекомастия.

Поражение женских половых желез (оофорит) отмечается у девочек (5%) в период полового созревания и проявляется:

- болезненностью в подвздошной области;
- высокая температура тела с признаками интоксикации;
- быстрая обратная динамика заболевания (5- 7 дней);
- исходы оофоритов чаще благоприятные, однако, оофорит может быть причиной бесплодия, ранней менопаузы (преждевременная яичниковая недостаточность), карциномы яичника, атрофии яичников, нарушений менструального цикла, ювенильных маточных кровотечений.

Синдром поражения центральной и периферической нервной системы.

Серозный менингит возникает, как правило, на 6-8 день болезни, реже позже 10-го дня и характеризуется:

- острое, иногда внезапное начало, с резким повышением температуры тела;
- повторная рвота, возможны судороги, бред, потеря сознания;
- менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптом Кернига) выражены умеренно и возникают с первых часов заболевания;
- в цереброспинальной жидкости наблюдается - плеоцитоз умеренный (до 500-1000 клеток в 1 мкл) лимфоцитарного характера (лимфоцитов 96-98%), давление ликвора повышено, жидкость прозрачная или опалесцирующая, содержание белка нормальное или незначительно повышено (0,6 г/л), концентрация хлоридов в пределах нормы.

Менингоэнцефалит встречается редко (2-4%), развивается на 6-10 день заболевания, чаще у детей до 6 лет и характеризуется:

- в патологический процесс вовлекаются черепные нервы, пирамидная и вестибулярная системы, мозжечок;
- состояние больных крайне тяжелое, отмечаются высокая температура тела;
- сильная головная боль, многократная рвота;
- вялость, сонливость;
- нарушение сознания, бред;
- тонические и клонические судороги;
- парезы черепных нервов, гемипарезы, мозжечковая атаксия;
- исходы менингоэнцефалита - нарушение общего состояния (повышенная утомляемость, головные боли, плаксивость, агрессивность, ночные страхи, нарушение сна, снижение успеваемости), эпилепсия, глухота, слепота (редко).

Поражение черепных нервов (мононевриты) встречается редко, преимущественно у детей старшего возраста:

- при поражении слухового нерва отмечается головокружение, нистагм, шум в ушах, снижение слуха вплоть до глухоты.

Миелиты и энцефаломиелиты появляются чаще на 10-12 день болезни и проявляются спастическим нижним парапарезом, недержанием кала и мочи.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- закаливание, начиная с младенческого возраста;
- витаминная поддержка организма, заключающаяся в грамотном планировании рациона, обилии свежих фруктов, овощей и ягод в нем, а также в приёме специализированных мультивитаминных комплексов;
- быстрая и эффективная борьба с любыми соматическими заболеваниями (они ослабляют иммунитет);
- избегание стрессов, как физических, так и психологических;
- обилие движения, особенно — на свежем воздухе;
- ранняя диагностика заболевания и изоляция больного.

Специфическая профилактика:

Моновакцина

Вакцина паротитная культуральная живая сухая (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия)

Схема вакцинации: плановые прививки проводят двукратно детям в возрасте 12 месяцев, ревакцинацию в 6 лет.

Комплексные

Вакцина Приорикс против кори, паротита, краснухи живая культуральная (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: двукратно - первая вакцинация в возрасте 12 месяцев, ревакцинация - в 6 лет; показана вакцинация девочек в 13 лет, ранее не прививавшихся и не болевших краснухой.

Вакцина против кори, паротита, краснухи живая культуральная М-М-Р II (MerkShap,Dohm, США)

Схема вакцинации: двукратно – первая вакцинация в возрасте 12 месяцев, вторая ревакцинация в 6 лет; показана вакцинация девочек в 13 лет, ранее не прививавшихся и не болевших краснухой.

Вакцина паротитно-коревая культуральная живая сухая (ФГУП «НПО «Микроген» МЗ РФ, Россия)

Схема вакцинации: плановые прививки проводят двукратно детям в возрасте 12 месяцев и ревакцинацию в 6 лет, не болевших эпидемическим паротитом. Экстренную профилактику проводят детям с 12 месяцев, подросткам и взрослым, имевшим контакт с больными паротитом и ранее не привитым против данной инфекции.

По эпидемическим показаниям иммунизации против эпидемического паротита подлежат лица:

- лица, имевшие контакт с больным (при подозрении на заболевание);
- не болевшие эпидемическим паротитом ранее, не привитые (или однократно привитые);
- лица с неизвестным инфекционным и прививочным анамнезом;
- лица, у которых при серологическом обследовании не выявлены антитела в защитных титрах к вирусу эпидемического паротита.

Иммунизация против эпидемического паротита по эпидемическим показаниям проводится в течение 7 дней с момента выявления первого больного в очаге.

Детям, не привитым против эпидемического паротита (не достигшим прививочного возраста или не получившим прививки в связи с медицинскими противопоказаниями или отказом от прививок) не позднее 5-го дня с момента контакта с больным вводится иммуноглобулин человека нормальный в соответствии с инструкцией по его применению.

Постэкспозиционная профилактика проводится срочная активная иммунизация живой паротитной вакциной детей, не болевших паротитом и ранее не привитых, не позднее чем через 72 часа после контакта с больным.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у);
2. **Изоляция больного** прекращается через 9 дней от начала заболевания.
3. **Госпитализация:**
по эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений (детские дома, санатории, школы-интернаты); больные, проживающие в условиях неблагоприятных факторов жилой среды.поклиническим показаниям: больные с тяжелыми или комбинированными формами заболевания; больные с поражением центральной нервной системы; больные с поражением железистых органов (панкреатитом, орхитом, оофаритом).
4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления, но не ранее 9 дня от начала заболевания.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на детское учреждение на 21 дней.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** с 11-го по 21 день, для детей до 10 лет, ежедневно проводят медицинское наблюдение (термометрия.осмотр). Запрещен прием новых детей (не болевших и не привитых) и перевод детей в другие группы.
3. **Сроки изоляции контактных:** изоляции подлежат дети до 10 лет, не

привитые и не болевшие.

4. Сроки разобщение контактных: разобщение с 11 по 21 день с момента изоляции последне больного (для детей до 10 лет). Дети старше 10 лет разобщению не подлежат.

5. Обследование контактных: не проводится.

6. Экстренная профилактика у контактных непривитых:

- срочная активная иммунизация живой паротитной вакциной детей, не болевших паротитом и ранее не привитых, не позднее чем через 72 часа после контакта с больным.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Текущая и заключительная дезинфекция не проводится.
2. Проводится регулярное проветривание помещений, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение помещения.

1.12.ГРИПП (J10.0-11.0)

Грипп - острое инфекционное заболевание, вызываемое разными серотипами вируса гриппа, передающееся воздушно-капельным путем, характеризующееся преимущественным поражением респираторного тракта, с симптомами выраженной интоксикации, кратковременной лихорадкой, умеренным катаральным синдромом.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3117-13 от 18 ноября 2013 г. №63 «Профилактика гриппа»

ШИФРЫ МКБ-10

J10 Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа

J10.0 Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован

Гриппозная (бронхо)пневмония, вирус гриппа идентифицирован

J10.1 Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован

Гриппозная(ый):

- острая респираторная инфекция верхних дыхательных путей
- ларингит

- фарингит
- плевральный выпот

J10.8 Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован

Энцефалопатия, вызванная гриппом

- гастроэнтерит
- миокардит (острый)

J11 Грипп, вирус не идентифицирован

J11.0 Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован

Гриппозная (бронхо)пневмония неуточненная или без упоминания об идентификации вируса.

Классификация гриппа (Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф., 1990)

По основному синдрому:	Дополнительные синдромы:	По форме тяжести:	По течению:
Нейротоксикоз Судорожный Менингеальный Энцефалитический. Сегментарный отек легкого Геморрагический отек легкого Стенозирующий ларинготрахеит	Обструктивный. Синдром крупа. Пленчатый конъюнктивит. Диареи. РЭС-моноклеоидный.	Легкая. Среднетяжелая. Тяжелая. Гипертоксическая. Атипичная (бессимптомная, стертая).	Гладкое. Негладкое: - с осложнениями; - с присоединением вторичной инфекции; - с обострением хронических заболеваний

Инкубационный период от нескольких часов до 3 дней, чаще 1-2 дня.

Клиническая картина

- эпидемический подъем заболеваемости в зимне-весенний период;
- острейшее начало с выраженной интоксикации (39°C и выше);
- **интоксикационный синдром** характеризуется головной болью, ломотой в мышцах, суставах, ознобом, светобоязнью, слезотечением, слабостью. Иногда возникает головокружения, бред, галлюцинации, судороги;
- **катаральный синдром** характеризуется затруднением носового дыхания, скудным слизисто-серозным ринитом, сухостью слизистых, першением в горле, болью за грудиной, сухим нечастым, а иногда грубым «трахеитным», кашлем. Характерна умеренная гиперемия с синюшным

оттенком дужек, зернистость и инъекция сосудов на мягком небе, задней стенке глотки;

- **геморрагический синдром** проявляется носовыми кровотечениями, возможны мелкоточечная или петехиальная сыпь на коже лица, шеи, груди и верхних конечностях, геморрагии на слизистой оболочке рото- и носоглотки, задней стенки глотки, конъюнктив, примесь крови в рвотных массах, мокроте, гематурия и т.д.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода;
- осуществлять частое проветривание и влажную уборку помещения с помощью имеющихся бытовых моющих и дезинфицирующих средств;
- посуду, используемую больным, необходимо кипятить или обрабатывать, дезинфицирующими средствами в специальной емкости;
- тщательно мыть руки с мылом после каждого контакта с больным;
- носить маски, имеющиеся в продаже или сделанные из подручных материалов (ватно- марлевые) при условии их смены через каждые 2 часа с последующей утилизацией или надлежащей стиркой и двухсторонним проглаживанием.

Специфическая профилактика:

Специфическая профилактика гриппа включает вакцинопрофилактику и экстренную химиопрофилактику.

Вакцинация против гриппа проводится ежегодно в осенний период.

Для специфической профилактики гриппа используются живые, инактивированные, в том числе расщепленные и субъединичные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, приготовленные из эпидемиче-

ски актуальных штаммов вируса (как правило, относящихся к подтипам А(Н1N1), А(Н3N2), В и рекомендуемых ВОЗ на основании анализа антигенных и генетических свойств циркулирующих вирусов), зарегистрированные на территории РФ.

Живая цельновирионная вакцина (Живая гриппозная вакцина (ЖГВ)

Ультравак (НПО МИКРОГЕН, ФГУП, Россия)

Схема вакцинации: насадку-распылитель вводят на глубину 0,5 см в носовые ходы, предварительно очищенные от слизи.

Инактивированные вакцины

Цельновирионные вакцины

Ультрикс (Форт); **Микрофлю** (СПбНИИВС); **Флюоваксин** (Чанчунь Чаншэн Лайф Сайенсиз Лтд, Китай)

Схема вакцинации: однократно детям с 3-х лет и взрослым; двукратно детям с 6-ти месяцев и до 3-х лет.

Расщепленные (сплит) вакцины

Ваксигрипп (SanofiPasteur, S.A.Франция); **Флюарикс** (GSK, Россия); **Бегривак** (Novartis,Германия).

Схема вакцинации: детям от 6 мес до 3 лет - 0,25 мл; от 3 лет и взрослым - 0,5 мл однократно; детям до 3 лет, которые не были вакцинированы в предыдущие годы, рекомендуется двукратная вакцинация по 0,25 мл с интервалом в 4 недели.

Субъединичные вакцины

Инфлювак (Abbott, Нидерланды); **Агриппал** (Novartis,Италия).

Схема вакцинации: детям от 6 мес до 3 лет - 0,25 мл; от 3 лет и взрослым - 0,5 мл однократно; детям до 3 лет, которые не были вакцинированы в предыдущие годы, рекомендуется двукратная вакцинация по 0,25 мл с интервалом 4 недели.

Субъединичные адъювантные вакцины

Гриппол плюс (Петровакс, Россия); **Гриппол** (Микроген, СПбНИИВС, Россия); **Инфлексал V** (Berna Biotech, Швейцария); **Совигрипп** (Микроген, Россия).

Схема вакцинации: детям от 6 мес до 3 лет - 0,25 мл, от 3 лет и взрослым - 0,5 мл однократно; детям до 3 лет, которые не были вакцинированы в предыдущие годы, рекомендуется двукратная вакцинация по 0,25 мл с интервалом 4 недели.

Экстренная профилактика проводится в начале эпидемического подъема заболеваемости с применением противовирусных химиопрепаратов, интерферонов и быстродействующих индукторов эндогенного интерферона, обладающих немедленным эффектом.

Экстренную профилактику подразделяют на внутриочаговую и внеочаговую

Внутриочаговую профилактику проводят среди людей, находящихся в непосредственном контакте с больными, в семьях, квартирах, больничных палатах (эпидемических очагах). При прекращении контакта с источником инфекции длительность внутриочаговой профилактики колеблется от 2 дней, если контакт сохранен до 5 - 7 дней.

Внеочаговую профилактику проводят среди непривитых, и у лиц с высоким риском заболевания гриппом.

Постэкспозиционная профилактика: ремантадин в день в течение 2-7 дней, арбидол в течение 10-14 дней. Ослабленным детям и детям первого года жизни – иммуноглобулин человеческий нормальный 2 дозы (3,0 мл) в/м, однократно.

Вакцинации против гриппа в предэпидемический период в первую очередь подлежат лица, относящиеся к категории высокого риска заболе-

вания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:

- лица старше 60 лет, прежде всего проживающие в учреждениях социального обеспечения;
- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет);
- нарушениями обмена веществ (ожирение);
- болезнями системы кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца);
- хроническими заболеваниями дыхательной системы (хронический бронхит, бронхиальная астма);
- хроническими заболеваниями печени и почек;
- беременные женщины (только инактивированными вакцинами);
- лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями;
- дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка);
- школьники;
- медицинские работники;
- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений;
- воинские контингенты.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у); Информация в ЦГСЭН: не подается.
2. **Изоляция больного** проводят до исчезновения клинических симптомов, но не ранее 7 дней с момента появления симптомов

заболевания.

3. Госпитализация:

по эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских коллективов (детские дома, санатории, школы-интернаты); больные, проживающие в условиях неблагоприятных факторов жилой среды).
по клиническим показаниям: дети до 3 лет в состоянии средней степени тяжести; больные с тяжелыми и осложненными формами заболевания; беременные женщины;

4. Условия выписки из стационара: после клинического выздоровления.

5. Условия допуска в детский коллектив: после клинического выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. Карантин накладывается на детское учреждение на 7 дней ?????
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 7 дней с ежедневной термометрией и осмотра ЛОР-врача.
3. **Сроки изоляции контактных:**
4. **Сроки разобщение контактных:** не проводится.
5. **Обследование контактных:** не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Текущая и заключительная дезинфекция не проводится.
2. Проводится регулярное проветривание помещений, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение помещения.
3. Проводят мероприятия по ограничению общения (отмена массовых мероприятий и т.д).

ГЛАВА 2. ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКА ПО ЭПИДЕМИЧЕСКИМ ПОКАЗАНИЯМ

2.1. РОТАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (А 08)

Ротавирусная инфекция - острое инфекционное заболевание, вызываемое ротавирусами, характеризуется общей интоксикацией, поражением слизистых оболочек ротоглотки и пищеварительного тракта с ведущим синдромом гастроэнтерита и дегидратацией организма.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.3108-13 от 9 октября 2013 г. №53 «Профилактика острых кишечных инфекций»

ШИФРЫ МКБ-10:

- А08.0 – Ротавирусный энтерит.

Классификация

(А.Г.Букринская, Н.М.Грачева, В.И.Васильева, 1989; Л.В.Феклисова, 1997)

По форме	По тяжести	По характеру течения
Типичная: гастроэнтерит, гастрит, энтерит Атипичная: стертая, субклиническая, вирусоносительство	Легкая форма Среднетяжелая форма Тяжелая форма	Острое Затяжное Микст-инфекция

Инкубационный период-от 15 ч до 7 дней (чаще 1-2 дня)

Клинические симптомы:

- острое начало, лихорадка, чаще у детей раннего возраста;
- катар верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, гиперемия и зернистость задней стенки глотки);
- рвота, с последующим присоединением диареи «секреторного» характера;
- стул кашицеобразный или жидкий, водянистый, обильный, без патологических примесей;
- боли в животе, интенсивные;
- синдром дегидратации.

Специфическая и неспецифическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- строгое соблюдение санитарно-гигиенических и санитарно-технических норм и правил на предприятиях общественного питания, объектах пищевой промышленности, в детских дошкольных учреждениях, школах и других объектах.

Специфическая профилактика:

Вакцина РотаТек (MSD, США) - живая пероральная пентавалентная вакцина которая содержит 5 реассортантных штаммов человеческого и бычьего ротавирусов серотипов G1, G2, G3, G4 и P1A.

Схема вакцинации: трехкратно по 2,0мл/1 доза с интервалом между вакцинации 4-6 недели, первую дозу вводят между 6 и 12 нед., 3-ая доза вводится не позднее возраста 8 месяцев (все 3 дозы необходимо вводит до достижения ребенком возраста 32 недели).

P.S. Введение РотаТек одновременно со всеми инактивированными вакцинами не противопоказано. Рекомендовано вводит РотаТек в 2 месяца с пневмококковой вакциной, 2-я и 3-я дозы – в 3 и 4,5 мес (возможно в 4,5 и 6 мес).

Вакцина Ротарикс(GlaxoSmithKline Biologicals,Бельгия) моновалентная серотип G1, (1,5мл/1доза) - в России не зарегистрирована.

Экстренная профилактика: возможно использование коммерческого препарата «Иммуноглобулин человека антиротавирусный энтеральный» (выпускается НИИЭМ им. Габричевского).

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 24 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного:** только клинико-эпидемическим показаниям.
3. **Госпитализация:** при средне-тяжелых формах заболевания, а также пациенты с тяжелым преморбидным фоном.

4. **Условия выписки из стационара:** полное клиническое выздоровление и однократное отрицательное исследование испражнений.

5. **Условия допуска в детский коллектив:** при клинико-лабораторном выздоровлении.

Мероприятия в отношении контактных:

1. Карантин на 7 дней.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 7 дней (термометрия, оценка общего состояния, объективный осмотр, опрос о характере стула).
3. **Сроки изоляции для контактных:** 7 день.
4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.
5. **Обследование контактных:** проводится по клиническим показаниям.
6. Возможна экстренная профилактика.

Мероприятия в очаге инфекции:

Текущая дезинфекция: уборку помещения начинают с использования физических и механических способов дезинфекции (стирка, глажение, проветривание и т.д.), с помощью средств бытовой химии или дезинфицирующих средств.

Заключительная дезинфекция: не является обязательной, применяются различные дезинфекционные средства.

Диспансеризация:

- срок диспансеризации – до 1 месяца после выписки из стационара. При наличии клинических проявлений проводят дополнительное исследование испражнений.

2.2.МЕНИНГОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ (A39.0-A39.9)

Менингококковая инфекция – острое инфекционное заболевание, вызываемое менингококками с воздушно-капельным механизмом передачи возбудителя и вариабельной клиникой – от здорового носительства и

локализованных форм с поражением слизистой оболочки носоглотки (назофарингит) до генерализованных форм (менингит, менингококкемия, менингоэнцефалит), форм редкой локализации (пневмония, артрит, иридоциклит, эндокардит и др.).

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.2512-09 от 18 мая 2009 г. №33 «Профилактика менингококковой инфекции»

ШИФРЫ МКБ – 10:

A39 Менингококковая инфекция

A39.0 Менингококковый менингит (G01*)

A39.1+ Синдром Уотерхауса-Фридериксена (E35.1)

Менингококковый геморрагический аденалит

Менингококковый аденаловый синдром

A39.2 Острая менингококкемия

A39.3 Хроническая менингококкемия

A39.4 Менингококкемия неуточненная

Менингококковая бактериемия БДУ

A39.5+ Менингококковая болезнь сердца

Менингококковый:

- кардит БДУ (I52.0*)
- эндокардит (I39.0*)
- миокардит (I41.0*)
- перикардит (I32.0*)

A39.8 Другие менингококковые инфекции

Менингококковый:

- артрит+ (M01.0*)
- конъюнктивит+ (H13.1*)
- энцефалит+ (G05.0*)
- неврит зрительного нерва (H48.1*)

Постменингококковый артрит+ (M03.0*)

39.9 Менингококковая инфекция неуточненная

Менингококковая болезнь БДУ

**Классификация менингококковой инфекции
(В.И.Покровский, Л.А. Фаворова, Н.Н. Костюкова, 1976)**

Формы заболевания	По форме тяжести	По течению
1. Локализованные: - менингококконосительство - острый назофарингит	1. Легкая. 2. Среднетяжелая. 3. Тяжелая.	Молниеносное. Острое. Подострое. Хроническое.
2. Генерализованные: - менингококкемия		

<p>- менингит</p> <p>3. Смешанные: менингит + менингококкемия</p> <p>4. Редкие формы:</p> <p>- менингококковая пневмония</p> <p>- менингококковый менингит</p> <p>- менингококковый артрит (синовит)</p> <p>- полиартрит</p> <p>-менингококковый иридоциклит.</p>		
---	--	--

Инкубационный период от 1 до 7 дней, чаще 2-4 дня

Клиническая картина

Менингококковый назофарингит характеризуется:

- симптомы интоксикации умеренно выраженные (субфебрильная температура в течение 3-5 дней);
- заложенность носа, скудные «сукровичные» выделения;
- першение в горле; гиперемия с синюшным оттенком и зернистость задней стенки глотки – «симптом булыжной мостовой»;
- бледность кожных покровов, возможно «мраморность» кожи;

Менингококкемия характеризуется:

- выраженный интоксикационный синдром (острое или внезапное начало заболевания с подъема температуры тела до 38-40°C);
- озноб, вялость, раздражительность, расстройство сна, апатичность;
- общая мышечная слабость, боли в мышцах, суставах, ногах;
- головная боль, рвота;
- экзантема появляется в начале заболевания, сыпь может быть розеолезной, пятнисто-папулезной, геморрагической, склонная к слиянию.
- сыпь локализуется чаще на ягодицах, задней поверхности бедер и голей, веках и склерах, реже - на лице (плохой прогностический признак);

- признаки ИТШ (снижение АД, синдром «белого пятна», признаки олигоанурии);
- признаки ДВС- синдрома.

Менингококковый менингит характеризуется:

- острое или внезапное начало заболевания;
- интоксикационный синдром выраженный - гипертермия, озноб, потливость, вялость, раздражительность, расстройство сна, общая мышечная слабость, апатичность, расстройство аппетита;
- приглушенность тонов сердца, изменение частоты пульса, неустойчивость артериального давления;
- небольшое увеличение печени;
- признаки ИТШ (снижение АД, синдром «белого пятна», признаки олигоанурии).
- выраженный менингеальный синдром - общемозговые и собственно менингеальные симптомы.

Общемозговые симптомы:

- ✓ интенсивная распирающего характера головная боль;
- ✓ гиперестезия;
- ✓ повторная рвота, не приносящая облегчения;
- ✓ нарушения поведения и сознания.

Менингеальные симптомы:

- ✓ Ригидность мышц затылка: невозможность пригибания головы к груди в результате напряжения мышц - разгибателей шеи;
- ✓ Менингеальная поза («поза ружейного курка» или «легавой собаки»), при которой больной лежит на боку с запрокинутой головой, разогнутым туловищем и подтянутыми к животу ногами;

- ✓ Симптом Кернига: невозможность разгибания в коленном суставе ноги, согнутой в тазобедренном и коленном суставах (у новорожденных он является физиологическим и исчезает к 4-му месяцу жизни);
- ✓ Симптом Брудзинского средний (лобковый): при надавливании на лобок в позе лежа на спине происходит сгибание (приведение) ног в коленных и тазобедренных суставах;
- ✓ Симптом Брудзинского нижний (контралатеральный): при пассивном разгибании ноги, согнутой в коленном и тазобедренном суставах, происходит произвольное сгибание (подтягивание) другой ноги в тех же суставах.

Синдром воспалительных изменений в цереброспинальной жидкости:

нейтрофильный плеоцитоз; повышение белка свыше 1,0 г/л, положительные реакции Панди и Нонне - Апельта; снижение уровня глюкозы в ЦСЖ (снижение коэффициента глюкоза ЦСЖ/глюкоза сыворотки крови).

Менингококковый менингит у детей грудного возраста характеризуется:

- резкое беспокойство;
- пронзительный немотивированный «мозговой» крик;
- тремор рук, подбородка, запрокидывание головы кзади;
- обильные срыгивания;
- повторная рвота, обычно «фонтаном», не связанная с приемом пищи, особенно в утренние часы или ночью;
- общая гиперестезия (кожная, мышечная, оптическая, акустическая);
- выбухание большого родничка, расхождение сагиттального и коронарного швов;
- увеличение окружности головы с расширением венозной сети;
- отсутствие типичных менингеальных симптомов (эквивалентом является симптом Лессажа);

- быстрое развитие судорог, которые могут быть как кратковременными и носить характер фебрильных, так и длительных с развитием судорожного статуса на фоне нарастающего отека головного мозга (ОГМ).

Менингококковый менингоэнцефалит характеризуется:

- острое или внезапное начало заболевания;
- выраженный интоксикационный синдром - гипертермия, озноб, вялость, раздражительность, расстройство сна, общая мышечная слабость, апатичность, расстройство аппетита;
- выраженный менингеальный синдром - общемозговые и собственно менингеальные симптомы.

Общемозговые симптомы:

- интенсивная распирающего характера головная боль, гиперестезия, повторная рвота, не приносящая облегчения, нарушения поведения и сознания;
- выраженная очаговая неврологическая симптоматика - стойкие нарушения со стороны черепных нервов, развитие парезов, фокальные судороги, нарушения речи и др. неврологический дефицит;
- синдром воспалительных изменений в цереброспинальной жидкости. Нейтрофильный плеоцитоз, повышение белка свыше 1,0 г/л., положительные реакции Панди и Нонне - Апельта; снижение уровня глюкозы в ЦСЖ (снижение коэффициента глюкоза ЦСЖ/глюкоза сыворотки крови).

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- ранняя диагностика заболевания и изоляция больного.

Специфическая профилактика:

Вакцина менингококковая группы А полисахаридная сухая (ФГУП

«НПО «Микроген», Россия).

Схема вакцинации: однократно. Прививочная доза для детей от 1 года до 8 лет включительно - 0,25 мл; в возрасте от 9 лет и старше - 0,5 мл. Ревакцинация через три года.

Показания: специфическая профилактика менингококковой инфекции группы А, вызванной *Neisseria meningitidis* у детей с 2-х месячного возраста, подростков и взрослых.

Вакцина Менюгейт, вакцина группы С (Novartis Vaccines and Diagnostics, S.r.l., Италия).

Схема вакцинации: детям от 2 месяцев; грудным детям вводят в/м трижды по схеме (2-3-4-мес.) с ревакцинацией в 12-16 мес. Невакцинированные дети в возрасте от 7 до 23 мес вакцинируются дважды по 0,5мл, вторая доза вводится через 2 месяца после первой дозы. Дети от 2 до 18 лет, и взрослые до 65 лет вакцинируются однократно в дозе 0,5мл. Иммунитет вырабатывается на 10 лет.

Вакцина Менцевакс АСWУ менингококковая полисахаридная (GlaxoSmithKline, Бельгия)

Схема вакцинации: однократно 0,5мл/1доза только п/к для детей с 2 лет и взрослых. Ревакцинация через 2-3 года.

Вакцина Менактра менингококковая полисахаридная (серогрупп А,С,УиW-135), конъюгированная с дифтерийным анатоксином – **МенАСWУ-ДТ** (Sanofi Pasteur, S.A., Франция).

Схема вакцинации: однократно только в/м по 0,5 мл детям от 9 мес. и взрослым до 55 лет. У лиц в возрасте от 9 до 23 мес. вакцинация Менактра проводится двухкратно по одной дозе (0,5мл) с интервалом не менее 3 мес. У лиц в возрасте от 2 до 55 лет вакцинация проводится однократно в дозе 0,5мл.

Вакцина Менвео менингококковая олигосахаридная (серогрупп А,С,У,W) конъюгированная с дифтерийным анатоксином

(GlaxoSmithKline, Vaccines, S.r.l. Италия)

Схема вакцинации: детям от 2 до 6 месяцев вводят в/м трижды (0,5мл) интервал между 2 месяца, с ревакцинацией в 12-16 мес. Невакцинированные дети в возрасте от 7 до 24 мес вакцинируются дважды по 0,5мл, вторая доза вводится – на 2-м году. Дети от 2 до 65 лет вакцинируются однократно в дозе 0,5мл.

Постэкспозиционная профилактика

Активная экстренная иммунизация

- проводится детям с 1-2 х летнего возраста, подросткам и взрослым;
- всем контактным лицам (из детских дошкольных учреждениях;
- средних и высших учебных заведениях; из закрытых учреждений и т.д.).

Пассивная экстренная иммунизация

- **вводится нормальный иммуноглобулин** в дозе 1,5 мл детям до 1 года и 3 мл детям от 2 до 7 лет **не позже 7-и дней** от момента выявления первого случая заболевания.

В очаге контактным также проводят химиопрофилактику:

- амоксициллином: детям в соответствии с инструкцией по применению в возрастной дозировке 4 раза в день 4 дня; взрослым по 0,5г – по той же схеме;
- рифампицином: взрослым – 600мг через каждые 12 часов в течение 2 дней; детям от 12 мес – 10мг/кг веса через 12 часов в течение 2 дней; детям 0-12 мес – 5 мг/кг через 12 часов в течение 2 дней (беременным не рекомендуется);
- ципрофлоксацином: с 18 лет – 500мг на 1 дозу (лицам до 18 лет, беременным и кормящим матерям не рекомендуется).

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у);
2. **Изоляция больного** прекращают после клинического выздоровления и отрицательного результата однократного бактериологического исследования слизи из рото- и носоглотки, проведенного не ранее чем через 3 дня после окончания этиотропной терапии.
3. **Госпитализация:** все генерализованные формы заболевания. По показаниям госпитализируются больные менингококковым назофарингитом и бактерионосители
4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления и отрицательного результата однократного бактериологического исследования со слизью рото- и носоглотки, проведенного не ранее трех дней (72 час) после окончания антибактериальной терапии.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** реконвалесценты допускаются в детское учреждение после одного отрицательного результата бактериологического исследования, проведенного через 5 дней после выписки из стационара.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на детское учреждение на 10 дней
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 10 дней с ежедневным медицинским наблюдением (термометрия, осмотр носоглотки и кожных покровов), осмотр ЛОР-врача.
3. **Сроки изоляции контактных:** не проводится.
4. **Сроки разобщение контактных:** дети, посещающие ДДУ разобщаются до получения двукратного отрицательного бактериологического исследования слизи из рото- и носоглотки.
5. **Обследование контактных:** детям дошкольных учреждений проводится двукратное бактериологическое исследование содержимого носоглотки на менингококк с интервалом 3-7 дней;

однократное бактериологическое исследование – школьникам.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Текущая и заключительная дезинфекция не проводится.
2. Осуществляется проветривание помещений, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение помещения.

Диспансеризация:

1. Переболевшие генерализованной формой менингококковой инфекции должны находиться на диспансерном учете у врача-невропатолога в течение 2-3 лет с периодичностью осмотров один раз в три месяца в течение первого года, в последующем два раза в год.
2. Профилактические прививки реконвалесцентам менингококкового менингита проводятся не ранее, чем через 1 год (по согласованию с невропатологом); реконвалесцентам менингококцемии – через 6 месяцев; назофарингит – через 2 месяца; при бактерионосительстве – через 1 месяц после санации.

2.3. ВЕТРЯНАЯ ОСПА (V01.0- V01.9)

Ветряная оспа – острое инфекционное заболевание, вызываемое вирусом из семейства Herpesviridae, характеризующееся умеренной лихорадкой и появлением на коже, слизистых оболочках мелких пузырьков с прозрачным содержимым.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3525-18 от 05 февраля 2018 г. №12 «Профилактика ветряной оспы и опоясывающего лишая»

ШИФРЫ МКБ – 10:

V01.0 Ветряная оспа с менингитом (G02.0*)

V01.1 Ветряная оспа с энцефалитом (G05.1*)

Энцефалит после ветряной оспы

Энцефаломиелит при ветряной оспе

V01.2 Ветряная оспа с пневмонией (J17.1*)

V01.8 Ветряная оспа с другими осложнениями

В01.9 Ветряная оспа без осложнениями

Ветряная оспа БДУ

Классификация ветряной оспы (В.Ф.Учайкин, Н.И.Нисевич 1990)

Механизм возникновения	Форма	Тяжесть	Течение
Врожденная	Типичная	Легкая	Гладкое (без осложнений)
Приобретенная	Атипичная: -рудиментарная -гангренозная -геморрагическая -висцеральная (генерализованная)	Среднетяжелая Тяжелая	С осложнениями С микст-инфекцией

Инкубационный период от 10 до 21 дня, чаще 13-17 дней

Клиническая картина

- эпидемиологический анамнез (контакт с больным ветряной оспой или опоясывающим герпесом);
- продромальный период продолжается от нескольких часов до 1-2 суток (чаще отсутствует);
- заболевание обычно начинается остро, с повышения температуры тела до 37,5-38,5°C, умеренно выраженной интоксикации (головная боль, раздражительность);
- сыпь везикулезная, с захватом волосистой части головы и слизистых оболочек, элементы сыпи имеют округлую или овальную форму, располагаются на неинфильтрированном основании, окружены венчиком гиперемии; содержимое везикул прозрачное;
- характерен ложный полиморфизм сыпи, когда элементы сыпи находятся на разной стадии развития;

- температурная кривая неправильного типа, новое высыпание всегда сопровождается повышением температуры тела;
- период обратного развития продолжается в течение 1-2 нед. после появления последних элементов сыпи;

у детей первого года жизни часто регистрируется период продромы (2-4 дня), сопровождающийся умеренно выраженной интоксикацией;

- период высыпания сопровождается симптомами интоксикации и общеземозговыми явлениями;
- высыпания часто обильные, эволюция элементов замедлена;
- период высыпаний продолжается 7-9 дней;
- часто возникают бактериальные осложнения;
- заболевание часто протекает в тяжелой форме;
- возможно развитие висцеральной, геморрагической и гангренозной форм.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика

- раннее выявление и изоляция больного (с 5-го дня с момента высыпания);

Специфическая профилактика (пассивная и активная)

Активная специфическая профилактика:

Вакцина Варилрикс живая аттенуированная (GlaxoSmithKline, Бельгия)

Схема вакцинации: вводится подкожно с возраста 12-15 мес, в область дельтовидной мышцы по 0,5мл/1доза двукратно с интервалом между введением 6-10 недель.

Вакцина Окавакс живая аттенуированная (Research Foundation for Microbial Diseases of Osaka University, Япония).

Схема вакцинации: вводится подкожно, в область дельтовидной мышцы.

Допустимо внутримышечное введение. Вакцинацию проводят однократно 1 дозой вакцины (0,5мл). Ревакцинация не проводится.

Вакцина Варивакс живая вакцина штамма вируса Ока (MerkShar,Dohm, США).

Вакцина Приорикс-Тетра – тетравакцина: Приорикс в комбинации с вакциной Варилрикс (GlaxoSmithKline,Бельгия). Находится в фазе регистрации.

Вакцина Проквад – тетравакцина: вакцина ММРП в комбинации с вакциной Варилрикс (MerkShar,Dohm, США). Находится в фазе регистрации.

Вакцина Зоставакс – вакцина против опоясывающего лишая (для взрослых) (MerkShar,Dohm, США). Находится в фазе регистрации.

Пассивная специфическая профилактика введение 2,0мл иммуноглобулина показана:

- контактными детям группы риска (с заболеваниями крови, различными иммунодефицитными состояниями);
- контактными беременным, не болевшим ветряной оспой (опоясывающим герпесом).
- беременным женщинам в случае контакта с больным ветряной оспой в последние месяцы беременности и при отсутствии указаний на перенесенное заболевание в анамнезе с целью профилактики рекомендуется ввести 2,0 мл иммуноглобулина.

Постэкспозиционная профилактика: ослабленным детям, не болевшим ветряной оспой, вводится иммуноглобулин человеческий нормальный в дозе 1,5-3 мл.

- экстренная профилактика ветряной оспы у лиц, не болевших ветряной оспой и не привитых ранее, находившихся в контакте с больными ветряной оспой (члены семей, врачи, средний и младший медицинский персонал, а также другие лица впервые 96 часов контакта).

Вакцинацию проводят однократно 1 дозой вакцины (0,5мл) в течение первых 96 часов после контакта (предпочительно в течение первых 72 часов).

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у);
2. **Изоляция больного** до 9 дня с момента высыпаний.
3. **Госпитализация:** по эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений (детские дома, санатории, школы-интернаты); больные, проживающие в условиях неблагоприятных факторов жилой среды). по клиническим показаниям: дети до 3 лет в состоянии средней степени тяжести; больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания; больные с развитием осложнений.
4. **Условия выписки из стационара:** после клинического выздоровления, но не ранее чем через 5 дней с момента появления последних элементов сыпи.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после клинического выздоровления, но не ранее 9 дня с момента высыпаний.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на детское дошкольное учреждение (только для детей до 7 лет) на 21 день с момента изоляции последнего больного.
2. **Сроки наблюдения законттактными:** в течение первых 10 дней (минимальный инкубационный период), если точно установлена дата общения, дети посещают детский сад, ежедневно проводят термометрию и осмотр детей; не проводятся профилактические прививки; не переводятся дети в другие детские учреждения.

3. Сроки разобщение контактных: разобщение с 11 по 21 день с момента изоляции последнею больного (для детей до 7 лет). Дети старше 7 лет разобщению не подлежат.

4. Обследование контактных: не проводится.

5. Экстренная профилактика. Ослабленным детям вводится иммуноглобулин в дозе 0,2-0,5 мл на 1 кг массы тела. Лучше вводить специфический Варицелла-Зостер иммуноглобулин. В одной ампуле (1,25 мл) содержится 125 ЕД, что составляет минимальную дозу на каждые 10 кг массы тела. Максимальная доза – 625 ЕД (5 ампул). Препарат максимально эффективен, если он вводится в течение 48 часов, но не позже 96 часов после контакта.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. Текущая и заключительная дезинфекция не проводится.
2. Осуществляется проветривание помещений, влажная уборка, ультрафиолетовое облучение помещения.

2.4.ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ А (В 15)

Вирусный гепатит А - острое циклическое инфекционное заболевание, вызываемое РНК-вирусом с фекально-оральным механизмом передачи, характеризующееся умеренно выраженным синдромом интоксикации, нарушением функции печени и доброкачественным течением.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2825-10 от 30 декабря 2010 г. №30 «Профилактика вирусного гепатита А»

ШИФРЫ МКБ-10:

В15- Острый гепатит А

В15.9- Острый гепатит А без печеночной комы

В15.0- Острый гепатит А с печеночной комой

Классификация (Н.И. Нисевич, В.Ф. Учайкин, 1990)

По клинической форме	По форме тяжести	По течению
----------------------	------------------	------------

Типичная Атипичная (безжелтушная, стертая, бессимптомная, субклиническая)	Легкая Среднетяжелая Тяжелая	По длительности: - острое (до 3-х мес.); - затяжное (до 6 мес.) По характеру: гладкое; негладкое: с осложнениями, с обострениями, с присоединением вторичной инфекции, с обостре- нием хронических заболеваний
--	------------------------------------	--

Инкубационный период-от 14 дней до 35 дней (возможно до 50 дней)

Клиническая картина

- **преджелтушный период** - кратковременная интоксикация, субфебрильная температура;
- диспепсический синдром (тошнота, рвота, тяжесть в правом подреберье);
- астеновегетативный синдром (слабость, недомогание, головная боль);
- смешанный синдром;
- **желтушный период** - желтушное окрашивание склер, кожных покровов, слизистых оболочек, быстрое развитие желтухи;
- нормальная температура;
- увеличенная и болезненная печень, возможно увеличение селезенки;
- насыщенная моча, бесцветный стул.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- строгое соблюдение санитарно-гигиенических и санитарно-технических норм и правил на предприятиях общественного питания, объектах пищевой промышленности, в детских дошкольных учреждениях, школах и других объектах;
- для питья использовать только кипяченую или бутилированную воду;
- мыть руки с мылом перед каждым приемом пищи и после каждого

посещения туалета, строго соблюдать правила личной и общественной гигиены;

- перед употреблением фруктов и овощей их необходимо тщательно мыть с применением щетки и последующим ополаскиванием кипятком;
- купаться только в официально разрешенных местах, при купании стараться не заглатывать воду;
- не приобретать продукты у частных лиц и в неустановленных для торговли местах;
- соблюдать правила личной гигиены.

Специфическая профилактика.

Вакцинация проводится в/м или п/к, двукратно с интервалом 6-12 месяцев, не ранее 12-месячного возраста. Массовая вакцинация проводится не ранее 3-летнего возраста.

Вакцина ГЕП–А–ин–ВАК инактивированный вирус штамма ЛБА-86 (Вектор, Россия). Без консерватов и антибиотиков.

Схема вакцинации: вводится детям от 3-17 лет по 0,5 мл, взрослым - 1,0мл.

Вакцина Аваксим 80 инактивированный вирус штамма GBM(SanofiPasteur, S.A., Франция).

Схема вакцинации: вводится детям от 12 мес до 15 лет по 0,5 мл.

Вакцина Аваксим 160 инактивированный вирус штамма GBM(SanofiPasteur, S.A., Франция).

Схема вакцинации: вводится подросткам по 0,5 мл от 16 лет и взрослым.

Вакцина Хаврикс 720 и 1440 суспензия вируса, инактивированная формалином и адсорбированная на геле алюминия гидроксида (SanofiPasteur, S.A., Франция). **Схема вакцинации:** вводится детям от 1-16 лет по 0,5 мл, взрослым - 1,0мл.

Вакцина Вакта инактивированный формальдегидом вирус SR 326F(MerkShar,Dohm, США).

Схема вакцинации: вводится детям от 2-17 лет 25 АЕ (0,5 мл), взрослым –50

АЕ (1,0 мл).

Постэкспозиционная профилактика

Предпочительно применение вакцины в очагах; ее можно комбинировать с иммуноглобулином лицам, имевшим тесный контакт.

Пассивная профилактика иммуноглобулином проводится однократно детям из семейного или тесного контакта в детском учреждении в сроки до 2-й недели: в возрасте 1-6 лет в дозе 0,75 мл, 7-10 лет – 1,5 мл, старше 10 лет, подросткам и взрослым – 3,0 мл.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изолируются** на дому больные старше 2-х лет с легким течением ВГА при возможности соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства.
3. **Госпитализация:** по эпидемиологическим показаниям: дети из закрытых детских учреждений (детские дома, санатории, школы-интернаты); невозможность соблюдения противоэпидемического режима по месту жительства больного; наличие в семейном очаге детей дошкольного возраста, ранее не болевших ВГА. по клиническим показаниям: дети до 2 лет; больные со среднетяжелыми, тяжелыми и затяжными формами заболевания; лица с этиологически недифференцированным гепатитом; гепатит А у лиц, резко ослабленных и отягощенных сопутствующими заболеваниями;
4. **Условия выписки из стационара:** клинико-лабораторная стабилизация.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после выписки на домашнем режиме до 6 дней, после чего допускаются для посещения в организованные детские и подростковые учреждения.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на 35 дней.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** дети дошкольных и подростковых учреждений наблюдаются ежедневно (термометрия, оценка общего состояния, определение размеров печени, осмотр кожных покровов) в течении 35 дней.
3. **Сроки изоляции для контактных:** 35 дней.
4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.
5. **Обследование контактных:** биохимический анализ крови (АлАТ, АСТ, билирубин общий, непрямо́й, прямо́й); серологическое исследование крови (определение специфического IgM) с интервалом в 10 дней при максимальном инкубационном периоде 50 дней.
6. **Экстренная профилактика:** специфический иммуноглобулин с высоким содержанием анти-НАV (1:10000) в течение 7-10 дней с момента выявления заболевшего. Также может быть проведена вакцинация в течение первых 3-х дней с момента контакта с источником инфекции.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. **Текущая дезинфекция:** выделяют пациенту предметы строго индивидуального пользования: постельные принадлежности, белье, полотенца, носовые платки, салфетки, предметы личной гигиены, посуду для приема пищи и др.
2. Соблюдают чистоту в помещениях и местах общего пользования.
3. Обеззараживание белья, посуды, игрушек, предметов обстановки, пола, санитарно-технического оборудования, уборочного инвентаря с помощью дезсредств, разрешенных при гепатите А.
4. **Заключительная дезинфекция:** обеззараживание и использование бытовых моюще-дезинфицирующих средств.

Диспансеризация: Срок диспансеризации - 6 мес после выписки из стационара. Диспансерное наблюдение (клинические осмотры, биохимические

обследования, маркеры гепатита А) проводится через 1 мес, далее каждые 3 месяца врачом педиатром, инфекционистом, гастроэнтерологом.

При первичном обнаружении заболевания углубленное клинико-лабораторное обследование. Дальнейшее наблюдение через 3, 6 месяцев.

2.5.ШИГЕЛЛЕЗ (ДИЗЕНТЕРИЯ) (А03)

Шигеллез – острое инфекционное заболевание человека с энтеральным механизмом заражения, вызываемое бактериями рода шигелл, проявляющееся синдромами общей интоксикации, колита, нередко с развитием первичного нейротоксикоза.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.3108-13 от 9 октября 2013 г.№53 «Профилактика острых кишечных инфекций» (с изменениями на 5 декабря 2017 года)

ШИФРЫ МКБ-10:

А03.1 - Шигеллез, вызванный *Shigella flexneri*

А03.2 - Шигеллез, вызванный *Shigella boydii*

А03.3 - Шигеллез, вызванный *Shigella sonnei*

А03.8 -Другой шигеллез

А03.9 - Шигеллез неуточненный

Классификация (Покровский В.И., 1982) с изменениями

Форма	Клинический вариант	Особенности течения	Тяжесть течения
Острая дизентерия (до 1 месяца)	Колит Гемоколит Гастроэнтероколит Гастроэнтерит	Типичное; Атипичное: • стертое • бессимптомное Гладкое; негладкое: - с осложнениями - с рецидивами	Легкая Среднетяжелая Тяжелая
Затяжное (от 1 мес. до 3 мес. от начала заболевания)	Колит Гемоколит Гастроэнтероколит Гастроэнтерит	Гладкое; негладкое: - с осложнениями - с рецидивами	Легкая Среднетяжелая Тяжелая

Хроническая дизентерия (свыше 3 мес.)		Рецидивирующее Непрерывное	Легкая Среднетяжелая Тяжелая
Шигеллезное бактерионосительство		Хроническое, реконвалесцентное, транзиторное	

Инкубационный период-2-5 суток

Клиническая картина

- острое начало; общеинтоксикационный синдром (вялость, недомогание, слабость, снижение аппетита);
- у детей раннего возраста – беспокойство, в тяжелых случаях развитие нейротоксикоза;
- болевой синдром (боли в животе, которые часто носят приступообразный характер, усиливающиеся перед актом дефекации);
- синдром дистального колита (спазм и болезненность сигмовидной кишки, тенезмы, податливость ануса);
- стул в виде «ректального» плевка (частый, скудный со слизью и прожилками крови).

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- строгое соблюдение санитарно-гигиенических и санитарно-технических норм и правил на предприятиях общественного питания, объектах пищевой промышленности, в детских дошкольных учреждениях, школах и других объектах.

Специфическая профилактика проводится при угрозе возникновения вспышки (стихийные бедствия и др.). Прививки проводят перед сезонным подъемом заболеваемости.

Вакцина Шигеллвак очищенный липополисахарид из культуры S.Sonei (ООО «Гритвак», Россия). Консерват – фенол.

Схема вакцинации: вводится однократно, в/м или п/к детям от 3 лет. Доза для всех возрастов составляет 0,5 мл (50мкг). Ревакцинацию против дизентерии проводят при необходимости ежегодно однократно той же дозой.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного:** все тяжелые и средне-тяжелые формы инфекции, лица с отягощенным анамнезом, сопутствующими заболеваниями, с затяжными и хроническими формами.
3. **Госпитализация:** до клинического выздоровления.
4. **Условия выписки из стационара:** клинико-лабораторная стабилизация и однократного отрицательного результата бактериологического обследования, проведенного через 1-2 дня после окончания лечения.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** при нормализации стула не менее чем в течение 5 дней, хорошем клиническом состоянии.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на 7 дней
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 7 дней от момента контакта (термометрия, оценка общего состояния, опрос о характере стула).
3. **Сроки изоляции для контактных:** 7 дней.
4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.
5. **Обследование контактных:** проводятся однократно сразу при возникновении очага.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. **Текущая дезинфекция** в домашних условиях соблюдение личной гигиены, правила личной профилактики. Хранение белья, одежды осуществляют отдельно от других членов семьи. Ежедневно проводят влажную уборку помещения, проводят проветривание. В домашнем очаге проводят обработ-

ку с помощью дезинфицирующих средств. Проводят обработку от летающих насекомых.

2. Текущая дезинфекция в условиях стационара: проводят ежедневно с помощью хлорсодержащих растворов (предметы ухода за пациентом, выделений больного, посуды), обработка медицинского инструментария.

3. Заключительная дезинфекция: проводят уборку помещения и поверхностей с помощью различных дезинфицирующих средств – растворы хлорамина (0,5-1,0%), сульфохлорантина (0,1-0,2%), хлордезина (0,5-1,0%), перекиси водорода (3%), дезама (0,25-0,5%) и др.

Диспансеризация:

Срок диспансеризации – до 1 месяца после выписки из стационара. Лабораторные повторные обследования назначают только по показаниям.

ХОЛЕРА (А 00)

Холера – острая кишечная инфекция, вызываемая холерными вибрионами, характеризующаяся гастроэнтеритическими проявлениями с быстрым обезвоживанием организма вследствие потери воды и электролитов с рвотными массами и жидким стулом.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2521-09 от 21 января 2002 г. №44 «Профилактика холеры» (с изменениями от 17 мая 2016 года №65)

ШИФРЫ МКБ-10:

A00 -Холера.

A00.0. -Холера, вызванная холерным вибрионом 01, биовар cholerae.

A00.1. -Холера, вызванная холерным вибрионом 01, биовар eltor.

A00.9. -Холера неуточненная.

Классификация (В.И.Покровский и соавт., 1978)

Типичная форма:	Атипичная форма	Носительство
Легкая (I ст. обезвоживания, потеря до 3% массы)	Субклиническая	Здоровое
Среднетяжелая (II ст. обезвоживания, потеря 4-6% массы)	Стертая	Транзиторное
	Сухая	Реконвалесцентное

Тяжелая (III ст. обезвоживания, потеря 7-9% массы) Очень тяжелая (IV ст. обезвоживания, потеря 10 и более % массы)	Молниеносная Геморрагическая Микст-инфекция	
---	---	--

Инкубационный период-от нескольких часов до 5 суток, чаще 24-48 часов

Клиническая картина

- острое начало с частого жидкого стула;
- урчание по ходу кишечника;
- протекает по типу гастроэнтерита (испражнения вначале носят разжиженный каловый характер, далее водянистые, бесцветные с обильными хлопьями похожими на «рисовый» отвар, без запаха или с запахом рыбы или «тертого» картофеля, дефекации безболезненны, испражнения обильные);
- дефекация происходит самопроизвольно;
- многократная рвота, обильная, «фонтаном», неукротимая икота;
- присутствует неутолимая жажда;
- живот втянут, реже - вздут (при метеоризме и парезе кишечника);
- температура тела нормальная или субфебрильная;
- тонические судороги разных групп мышц, особенно икроножных, сопровождающиеся резкими болями и болезненностью при надавливании;
- нарастают быстро признаки эксикоза I-IV степени вплоть до гиповолемического шока: «лицо Гиппократата» (заостренные черты лица, запавшие глаза, синюшность вокруг глаз, склеры тусклые, цианоз губ, ушей, носа); «рука акушера» и «конская стопа» (тоническое напряжение и судороги конечностей); симптом «заходящего солнца» (глазные яблоки глубоко западают, повернуты кверху); «рука прачки», холерная склад-

ка (кожа полностью теряет эластичность, собранная в складку долго не расправляется).

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- личная гигиена (не трогать грязными руками нос, глаза, рот; увлажнять и промывать нос в период эпидемий);
- одевать маски на больного, чтобы исключить попадание в пространство крупных частиц слюны при кашле и чихании;
- тщательная влажная уборка помещений;
- сбалансированное питание и здоровый образ жизни, занятие спортом, прогулки и др.;
- избегать мест массовых скоплений людей, где могут оказаться инфицированные люди и где шанс подцепить вирус высок.

Специфическая профилактика

Вакцина холерная бивалентная химическая таблетированная представляет смесь холерогена-анатоксина и О-антигенов, полученных из инактивированных формалином холерного вибриона штамма 569В КМ-76 серовара Инаба и М-41 серовара Огава.

Схема вакцинации: проводится с 2-летнего возраста. Для детей 2- 10 лет – 1 таблетка; для подростков 11-17 лет – 2 таблетки; для взрослого – 3 таблетки. Таблетки принимают внутрь за 1 час до еды, глотая целиком, не разжевывая, запивая $\frac{1}{2}$ стакана кипяченой воды. однократно, в/м или п/к детям от 3 лет. Доза для всех возрастов составляет 0,5 мл (50мкг). Иммунитет действует до 6 мес. Ревакцинацию проводят через 6-7 мес после первичной вакцинации.

Меры экстренной профилактики

При подозрении на попадание заразного материала на слизистые оболочки глаз, носа, рта и кожу, последнюю обрабатывают дезинфицирующим раствором (1% хлорамин, 3% лизол) или 70-градусным

спиртом, слизистые - раствором соответствующего антибиотика.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 24 часов после выявления больного (форма 058/у).

2. **Изоляция больного:** пациенты с токсигенными и нетоксигенными штаммами холерных вибрионов O1- и O139-серогрупп (от вибрионосителя до тяжелых форм) госпитализируются в стационар.

3. **Госпитализация:** до клинического выздоровления.

4. **Условия выписки из стационара:** клинико-лабораторная стабилизация, полное окончание курса выбранной схемы антибактериальной терапии и наличие трех отрицательных бактериологических обследований.

5. **Условия допуска в детский коллектив:** после выписки из стационара, без дополнительных обследований.

Мероприятия в отношении контактных:

1. Карантин на 5 дней.

2. **Сроки наблюдения за контактными:** 5 дней от момента контакта (термометрия, оценка общего состояния, объективный осмотр, опрос о характере стула).

3. **Сроки изоляции для контактных:** 5 дней.

4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.

5. **Обследование контактных:** проводятся - 1-кратно сразу при возникновении очага, до начала антибактериальной терапии.

6. Проводится экстренная антибактериальная терапия.

Мероприятия в очаге инфекции:

1. **Текущая и заключительная дезинфекция** проводится бригадой специалистов федеральных государственных унитарных предприятий дезинфекционного профиля в течении 6 часов от момента госпитализации больного в стационар.

2. Уборку помещения начинают с уничтожения мух.
3. В детских поликлиниках, ЛПУ и других лечебных организациях проводят текущую и заключительную дезинфекцию в соответствии с требованиями санитарных правил по биологической безопасности при работе с микроорганизмами I и II групп патогенности (опасности) - в течение первых суток.
4. Персонал при проведении очаговой заключительной дезинфекции должен быть одет в защитную одежду в соответствии с требованиями санитарных правил по биологической безопасности при работе с микроорганизмами I и II групп патогенности (опасности). После окончания обработки очага бригада дезинфекционистов обеззараживает обувь и руки (в перчатках) и полиэтиленовые (клеенчатые) фартуки. По окончании смены персонал обязан пройти санитарную обработку.
5. При работе с пациентами используют противочумный костюм четвертого типа. Состав: пижамы, медицинского халата, шапочки или марлевой козырьки, носков, тапочек (туфель).

Диспансеризация:

Срок диспансеризации - до 3-х месяцев после выписки из стационара.

В первый месяц проводится исследование испражнений один раз в 10 дней, в дальнейшем - один раз в месяц. Первый забор испражнений проводится после дачи слабительного средства.

2.7.БРЮШНОЙ ТИФ И ПАРАТИФЫ (А 01.0)

Брюшной тиф и паратифы - острое инфекционное заболевание, типичный антропоноз с энтеральным механизмом заражения, вызываемое брюшнотифозными палочками и характеризующееся преимущественным поражением лимфатического аппарата тонкого кишечника, высокой лихорадкой, выраженной интоксикацией и бактериемией, розеолезной сыпью, гепатоспленомегалией, нередко – волнообразным течением и длительным бактериовыделением.

**Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1.2137-06 от 16 ноября 2006г.№31
«Профилактика брюшного тифа и паратифов»**

ШИФРЫ МКБ-10:

А 01.0 – Брюшной тиф

Классификация (И.К.Мусабаев, 1983)

По типу	По тяжести	По характеру течения	Осложнения и последствия
<p>Типичные</p> <p>Атипичные: стертая, субклиническая, с преимущественным поражением отдельных органов (пневмотиф, нефротиф, колотиф, менинготиф, холанготиф)</p>	<p>Легкая форма</p> <p>Среднетяжелая форма</p> <p>Тяжелая форма</p>	<p>Гладкое</p> <p>Негладкое: обострение, рецидивы, осложнения, формирование хронического очага</p>	<p>- кишечное кровотечение;</p> <p>- перфорация язвы с перитонитом;</p> <p>- холецистит, холангит;</p> <p>- хронический гепатит;</p> <p>- носительство тифозной палочки;</p> <p>- поражение органов дыхания, мочеполовой, нервной системы, ССС, опорной;</p> <p>- рецидивы</p>

Инкубационный период-9-14дней

Клиническая картина

- острое начало; температура тела достигает максимальных цифр за 3-5 дней («зеркало» брюшного тифа), ступенеобразный подъем температуры с утренними ремиссиями и с последующим замедленным литическим снижением в форме трапециевидной температурной кривой (кривая Вундерлиха) или постоянная лихорадка (суточные колебания от 0,3 до 1°C);

- кожные покровы и видимые слизистые бледные, лицо одутловато;
- оглушенность, резкая заторможенность, сонливость, нарушение сознания, галлюцинации, бред;
- сыпь скудная розеолезная на бледном фоне на коже передней брюшной стенки и боковых поверхностях передней грудной клетки, живота;
- сухой, отечный язык, с грязно-серым налетом у корня, отпечатками зубов на боковых поверхностях; иногда налет имеет грязно-бурый оттенок («фулигинозный» язык);
- в подвздошной области - урчание, болезненность, в илеоцекальной области - укорочение перкуторного звука (симптом Падалки), что обусловлено гиперплазией лимфоузлов брыжейки, живот вздут, метеоризм, характерна задержка стула;
- со стороны сердечно-сосудистой системы отмечается относительная брадикардия, тоны сердца приглушены, регистрируется дикротия пульса (двухволновость);
- вздутие живота, болезненность, укорочение перкуторного звука (симптом Падалки);
- увеличение печени и селезенки.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- на проведении комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, и в первую очередь – это благоустройство источников водоснабжения, обеспечение населения безупречной в санитарном отношении водой, проведение регулярной чистки населенных мест от мусора и нечистот, обеззараживание сточных вод;
- укрепление санитарного надзора за общественным питанием, создание условий для выполнения правил личной гигиены в местах сосредоточения народа (вокзалы, аэропорты, школы и т. д.);

- выявление бактерионосителей, особенно среди работников пищевых предприятий и учреждений, обслуживающих детей, санитарное просвещение населения.

Специфическая профилактика проводится с помощью трех вакцин.

Вакцина Тифивак - брюшнотифозная спиртовая сухая из штамма Ty2 4446 (Гритвак, Россия).

Схема вакцинации: двукратно п/к 0,5мл, через 25-35 суток – 1,0мл; разрешена к использованию с 15 лет. Ревакцинация через 2 года – 1,0мл.

Вакцина Вианвак - брюшнотифозная Vi-полисахаридная очищенный раствор капсульного Vi-полисахарида (СПбНИИВС, Россия).

Схема вакцинации: однократно п/к 0,5мл (1 доза все возраста); разрешена к использованию с 3-х летнего возраста и взрослые. Ревакцинация через каждые 3 года.

Зарубежом используют и другие вакцины:

Вакцина Тифим-Vi брюшнотифозная полисахаридная (Aventis Pasteurs, Франция) – очищенный капсулярный полиозид Vi S.Typhi.

Вакцина Vivotif Verna пероральная живая аттенуированная вакцина из штамма Ty21a (Berna Products, Швейцария).

Экстренная профилактика:

Брюшнотифозный бактериофаг, а в очагах паратифов – поливалентный сальмонеллезный 3-кратно с интервалом в 3-4 дня.

Фаготерапия начинается после проведения первого бактериологического обследования.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов (в городе) 24 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного:** изоляцию прекращают после исчезновения у пациентов клинических симптомов и получения отрицательных результатов

трехкратного бактериологического исследования испражнений и мочи, однократного – желчи. Первое исследование проводят спустя 5 дней после нормализации температуры, следующие – с интервалом в 5 дней.

3. **Госпитализация:** обязательно в городе в течение 3 часов; в сельской местности – в течение 6 часов до клинического выздоровления.

4. **Условия выписки из стационара:** получавших антибиотики, выписывают из стационара не ранее, чем через 21 день, а не получавших антибиотики – не ранее, чем через 14 дней после установления нормальной температуры, при отрицательных результатах контрольных бактериологических исследований.

5. **Условия допуска в детский коллектив:** при нормализации стула не менее чем в течение 5 дней, хорошем клиническом состоянии.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на 21 дней.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** устанавливается на 21 день, начиная со дня изоляции больного и проведения заключительной дезинфекции – при брюшном тифе, на 14 дней – при паратифах; с обязательной термометрией 1 раз в 3 дня (термометрия, оценка общего состояния, объективный осмотр, опрос о характере стула).
3. **Сроки изоляции для контактных:** 21 день.
4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.
5. **Обследование контактных:** однократное бактериологическое (испражнений, мочи) и серологическое (крови с помощью РПГА) исследования.
6. Проводится экстренная профилактика бактериофагами.

Мероприятия в очаге инфекции:

Текущая дезинфекция:

1. Уборку помещения начинают с уничтожения мух, находящихся в квартире больного, с помощью средств в аэрозольной упаковке при закрытых окнах и дверях. В брюшнотифозном очаге используют физиче-

ские и механические способы дезинфекции (стирка, глаженье, проветривание и т.д.), с помощью средств бытовой химии.

Заключительная дезинфекция:

1. Обязательная, проводится бригадой специалистов федеральных государственных унитарных предприятий дезинфекционного профиля, с проведением камерной дезинфекции.

Диспансеризация:

Срок диспансеризации – до 3-х месяцев после выписки из стационара, термометрия 1 раз в неделю в течение 1 месяца и далее 1 раз в 2 недели весь последующий период.

2.8.ЛЕПТОСПИРОЗ (БОЛЕЗНЬ ВЕЙЛЯ-ВАСИЛЬЕВА) (А 27.0)

Лептоспироз - зоонозное инфекционное заболевание, обусловленное различными видами лептоспир, протекающее у человека в виде острого лихорадочного заболевания с выраженной интоксикацией с поражением почек, печени, ЦНС, развитием геморрагического синдрома.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.2835-11 от 20 января 2011 г.№6 «Профилактика лептоспирозной инфекции у людей»

ШИФРЫ МКБ-10:

- А 27 - Лептоспироз
- А 27.0 - Лептоспироз желтушно-геморрагический
- А 27.8 - Другие формы лептоспироза
- А 27.9 - Лептоспироз неуточненный

Классификация (В.И. Покровский и соавт., 1979)

Формы заболевания	По течению	Исходы

<p>Желтушная (гепаторенальный, геморрагический, менингеальный)</p> <p>Безжелтушная (ренальный, менингеальный, геморрагический)</p>	<p>Острое без рецидивов</p> <p>Острое с рецидивами</p> <p>Острое и затяжное с осложнениями: специфическими - ОПН, острая почечно-печеночная недостаточность, уремическая кома, кровотечения, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек мозга, ириты, иридоциклиты, астеновегетативный синдром и др.;</p> <p>неспецифическими (вторичными) - гнойные паротиты, отиты, гингивиты, менингиты, гипостатические пневмонии и др.</p>	<p>Выздоровление</p> <p>С обратимыми изменениями: длительная астения, некро-нефроз, гепатоз, парезы, ириты, иридоциклиты, и др.</p> <p>С необратимыми изменениями: параличи, потеря остроты зрения, ХПН и др.</p> <p>Летальный исход: ОПН, острая почечно-печеночная недостаточность, кровотечения, острая сердечно-сосудистая недостаточность, отек мозга</p>
--	---	--

Инкубационный период-от 4 дней до 14 дней

Клиническая картина

- температура до 39-40°C, гипертермия;
- одутловатость лица;
- боли в икроножных мышцах;
- увеличение печени, селезенки;
- полиморфная экзантема;
- неврологическая симптоматика (головные боли, нарушение сна, развитие серозного менингита).

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- владельцы домашних животных, в том числе собак, должны в обязательном порядке прививать своих питомцев против лептоспироза;
- обязательно соблюдение мер личной профилактики;
- лица, работающие на территории природных очагов лептоспирозов,

должны использовать резиновые сапоги и перчатки;

- необходимо строго контролировать хранение и доставку пищевых продуктов и воды, употребление некипяченой воды запрещено;
- необходимо проводить дератизационные мероприятия для защиты от грызунов водоисточников, пищевых продуктов в складских помещениях и в домашних условиях.

Специфическая профилактика:

Вакцина лептоспирозная концентрированная инактивированная поливалентная жидкая (Россия).

Схема вакцинации: вводят однократно п/к в дозе 0,5мл в область нижнего угла лопатки с возраста 7 лет, иммунитет длится 1 год. Ревакцинацию проводят через год однократно той же дозой.

Экстренная профилактика осуществляется доксициклином для взрослых и детей старше 12 лет 1 раз в день по 0,1 г в течение 5 дней.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного:** только клинико-эпидемическим показаниям.
3. **Госпитализация:** при подозрении на заболевание - обязательная.
4. **Условия выписки из стационара:** полное выздоровление.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** при клинико-лабораторном выздоровлении.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на 14 дней.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 14 дней (термометрия, оценка общего состояния, объективный осмотр, опрос о характере стула).
3. **Сроки изоляции для контактных:** 7 день.
4. **Сроки разобщения контактных:** не регламентированы.

5. **Обследование контактных:** всех лихорадящих пациентов в очаге, в течение последнего месяца.

6. **Возможна экстренная профилактика.**

Мероприятия в очаге инфекции:

1. **Текущая дезинфекция:** очистка территорий, складов, помещений для хранения от грызунов, своевременная дератизация. Использование только питьевой воды и запрет купания в загрязненных водоемах.

2. **Заключительная дезинфекция:** не регламентирована.

Диспансеризация:

срок диспансеризации – до 6 месяцев после выписки из стационара, с частотой 1 раз в месяц.

2.9.КЛЕЩЕВОЙ ЭНЦЕФАЛИТ(А84.0-А84.9)

Клещевой энцефалит - вирусная инфекция, поражающая оболочку, серое и белое вещество и другие отделы головного и спинного мозга, приводящая к развитию вялых парезов и параличей.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3.2352-08 от 7 марта 2008 г.№19 «Профилактика клещевого вирусного энцефалита»

ШИФРЫ МКБ-10:

- А 84.0 Дальневосточный клещевой энцефалит русский весенне-летний энцефалит
- А84.1 Центральноевропейский клещевой энцефалит
- А84.8 Другие клещевые вирусные энцефалиты
- А84.9 Клещевой вирусный энцефалит неуточненный

Классификация острого периода клещевого энцефалита, представленная

А.П. Иерусалимским (2001) в виде следующих форм:

1. Лихорадочная
2. Менингеальная
3. Менингоэнцефалитическая (очаговая или диффузная)
4. Полиоэнцефалитическая
5. Полиоэнцефаломиелитическая
6. Полиомиелитическая
7. Двухволновое течение с указанием формы второй волны.

Клиническая форма	Тяжесть заболевания	Течение заболевания	Исходы
А. Инаппарантные			Выздоровление
Б. Манифестные			
1. Неочаговые Лихорадочные Менингеальная	легкая среднетяжелая тяжелая	острое	Выздоровление (полное; с неврологическим дефицитом); Хронизация процесса
2. Очаговые - Энцефалитическая - Менингоэнцефалитическая Полиоэнцефалитическая Полиоэнцефаломиелитическая - Полиомиелитическая	Тяжелая	1. острое 2. хроническое: (первично-хроническое; вторично-хроническое) Б. прогрессивное	Выздоровление (полное; с неврологическим дефицитом); Хронизация Летальный исход

Инкубационный период-от 1 до 4 дней

Клиническая картина

Лихорадочная форма:

- внезапный подъем температуры до 38-39⁰С, лихорадка продолжается от 1 до 6 дней
- интоксикация, общее недомогание;
- явления менингизма, при этом воспалительные изменения в СМЖ отсутствуют.

Менингеальная форма:

- головная боль различной интенсивности и локализации, боль в глазных яблоках,
- тошнота, рвота;
- менингеальные знаки: ригидность затылочных мышц и симптом Кернига.
- в цереброспинальной жидкости: плеоцитоз преимущественно лимфоцитарный, колеблется от нескольких десятков до нескольких сотен клеток, но иногда достигает 1000 клеток в 1 мкл, количество белка

умеренно повышено до 0,66 г/л, содержание глюкозы в ЦМЖ нормальное;

- рассеянная неврологическая симптоматика (лицевая асимметрия, незначительная девиация языка, легкое недоведение глазного яблока кнаружи, оживление или угнетение сухожильных рефлексов, анизорефлексия).

Менингоэнцефалитическая форма:

- двигательных расстройств: спастических гемипарезов, гиперкинезов, атаксии, акинетико-ригидного синдрома;
- синдрома кожевниковской эпилепсии, когда на фоне гемипареза появляются постоянные локальные миоклонии, постепенно распространяющиеся от дистальных отделов конечностей (чаще кистей) на проксимальные, затем на лицо и всю паретическую половину тела;
- мозжечковые расстройства, клинически проявляющиеся головокружением, рвотой, нистагмом, атаксией, мышечной слабостью, интенционным тремором.

Полиоэнцефалитическая форма:

- дизартрия, дисфагия, дисфония;
- фибрилляции языка, назолалия;
- поперхивание, вытекание жидкой пищи через нос
- брадикинезии взора, парез взора, недостаточности конвергенции, анизокории, горизонтального нистагма;
- нарушением дыхания по центральному типу с изменением ритма (дыхание Чейн-Стокса), развитием сосудистого коллапса.

Полиоэнцефаломиелитическая форма:

- клиническая картина складывается из признаков, характерных для полиоэнцефалитического и полиомиелитического вариантов;

- картина панэнцефаломиелита с тотальным поражением всех ядер черепных нервов, судорожным синдромом, атаксией.

Клещевой вирусный энцефалит с двухволновым течением:

- начинается остро, с озноба;
- головной боли, тошноты, рвоты, головокружения;
- болей в конечностях, нарушения сна, вегетативных расстройств и характеризуется двухволновой лихорадкой.

Хроническое (прогредиентное) течение клещевого вирусного энцефалита:

- чаще всего прогредиентное течение развивается в первый год после острого периода, иногда уже в течение первых 2-6 месяцев.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- избегать посещения мест обитания клещей;
- применять репеленты;
- использовать одежду с длинными рукавами, штаны заправлять в длинные носки, волосы поместить под головной убор;
- периодически проводить осмотры одежды.

При обнаружении клеща, необходимо обратиться за медицинской помощью.

При самостоятельном удалении клеща, процедуру проводят в перчатках.

Необходимо помнить, что по возможности избегать раздавливание клеща.

Место присасывания клеща обработать любым дезинфицирующим средством.

Специфическая профилактика:

- контингент для обязательной вакцинации: работники в эндемичных очагах (лесники, геологи и т. д.) и дети, проживающие на эндемичной территории.
- вакцины: проводится зарубежными (Энцепур взрослый, Энцепур детский) или отечественными вакцинами (Вакцина клещевого энцефалита

культуральная очищенная концентрированная инактивированная сухая, ЭнцеВир (EnceVir) по основной и экстренной схемам.

Основная схема (0, 1-3, 9-12 месяцев; ревакцинация каждые 3-5 лет).

Экстренная схема (две инъекции с интервалом в 14 дней) применяется для не вакцинированных ранее лиц, приезжающих в эндемичные очаги весной-летом.

Экстренно вакцинированные лица иммунизируются только на один сезон (иммунитет развивается через 2-3 недели), через 9-12 месяцев им ставится 3-й укол.

Противоклещевой иммуноглобулин, внутримышечно однократно, в дозировке 0,1мл/кг, в первые 96 часов от момента контакта с клещем.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного:** не регламентирована.
3. **Госпитализация:** при выявлении заболевания-обязательна.
4. **Условия выписки из стационара:** клинико-лабораторное выздоровление.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин:** не регламентирован.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 21 день.
3. Сроки изоляции для контактных: не определены.
4. Сроки разобщения контактных: не регламентированы.
5. Обследование контактных: не проводится.

Мероприятия в очаге инфекции:

Текущая дезинфекция и заключительная дезинфекция: влажная уборка помещений, проветривание. Обработка лесных массивов от клещей.

Диспансеризация: педиатром до 6 месяцев, неврологом, дерматологом по клиническим показаниям.

2.10 ЧУМА (A20)

Чума - зооантропонозная природно-очаговая бактериальная инфекционная болезнь, сопровождающаяся высокой летальностью и возможностью эпидемического распространения.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.3465-17 от 29 марта 2017 г. №44 «Профилактика чумы»

ШИФРЫМКБ-10:

A20.0 Чума

A20.1 Бубонная чума

A20.2 Целлюлярнокожная чума

A20.3 Легочная чума

A20.7 Чумной менингит

A20.8 Септическая чума

A20.9 Другие формы чумы

Клиническая классификация (по Г. П. Рудневу 1970 году)

Локальная форма	Генерализованная	Внешнедиссеминированная
Бубонная	Первично-септическая	Первично-легочная
Кожная	Вторично-септическая	Вторично-легочная
Кожно-бубонная		Кишечная

Инкубационный период 3-6 дней

Клиническая картина

Кожная форма:

- появление карбункула в том месте, где возбудитель внедрился;
- пустула с темно-красным содержимым, вокруг венчик гиперемии и инфильтрации. При вскрытии образуется язва с желтоватым дном. В последствии дно покрывается черным струпом и остается рубцы.

Буббонная форма:

- поражение лимфатических узлов (обычно это паховые узлы, иногда – подмышечные, и реже – шейные);
- буббон сопровождается болевым синдромом и интоксикацией;
- буббоны одиночны, но могут быть и множественными. На месте следующего образующегося буббона возникают боли, это сопровождается интоксикацией.

Кожно-буббонная форма:

- узлы объединяются в малоподвижный конгломерат, который может флюктуировать при пальпации из-за наличия в нем периаденита;
- лимфатические узлы могут рассасываться, изъязвляться или склерозироваться;
- развивается заболевание около 7 дней, за этим следует период конвалесценции;
- увеличенные узлы могут рассасываться, изъязвляться или склерозироваться, этому способствует некроз и серозно-геморрагическое воспаление;
- данное заболевание сопровождает выраженный интоксикационный синдром, гемморагические проявления, кровоизлияния в кожу и слизистые.

Легочная форма:

- характеризуется долевой или очаговой пневмонией.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- дератизация (уничтожение грызунов);
- дезинсекция (переносчиков, насекомых).

Специфическая профилактика:

- по эпидемическим показаниям в эндемичных районах, лицам из группы высокого риска (пастухи, охотники, геологи, работники противочумных учреждений).

Вакцина чумная живая (таблетки)– лиофилизированная культура живого вакцинного штамма чумного микроба ЕВ линии НИИЭГ.

Схема вакцинации: применяется с 14 лет, рассасывают 1 таб (1 доза) или разжевывают в течение 5-7 мин и затем в течение 30 минут не пить, не есть.

Запрещается проглатывать таблетку целиком.

Вакцина чумная живая (лиофилизат) – лиофилизированная культура живого вакцинного штамма чумного микроба ЕВ линии НИИЭГ (ЕВ - инициалы больного мальчика, от которого был выделен штамм J. pestis).

Схема вакцинации: применяется однократно тремя способами (в/к, п/к, н/к) с 2 лет. Обе вакцины иммунитет создают длительностью до 1 года. Ревакцинацию проводят через 1 год, при неблагоприятной эпидобстановке – через 6 мес той же дозой.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12-24 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного:** обязательно в отдельный бокс.
3. **Госпитализация:** при выявлении заболевания-обязательна, до клинико-лабораторного выздоровления.
4. **Условия выписки из стационара:** не ранее 4-х недель при бубонной форме; легочной формой – не ранее 6-ти недель со дня клинического выздоровления и отрицательного бактериологического исследования (при бубонной форме чумы проводят бактериологическое исследование пунктатов бубонов двукратно с промежутками 2 дня, при первичной легочном - при отрицательном анализе мокроты).

5. **Условия допуска в детский коллектив:** после выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на 7 дней.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 7 дней.
3. **Сроки изоляции для контактных:** 7 дней.
4. **Сроки разобщения контактных:** на 6 дней, для лиц, работающих с больным чумой, и трупным материалом.
5. **Обследование контактных:** проводится.
6. **Экранная профилактика:** в течение 7 дней внутримышечно-стрептомицин, рифампицин, сульфатон, тетрациклин, дигидрострептомицин, пасомицин 2-3 раза в сутки в дозе 0,2-0,5 г.

Мероприятия в очаге инфекции:

Текущая и заключительная дезинфекция:

1. Полы, стены, предметы обстановки, белье и др. обильно орошают дезинфицирующими растворами (3% раствором хлорамина, 1% раствором ДТСГК, 5% мыльно-феноловым раствором); Через 4 ч осуществляют вторичную дезинфекцию одним из указанных растворов, после которой помещение закрывают на 3-4 дня;

2. Нательное и постельное белье, занавески и т.п. кипятят в 2% содовом растворе в течение 15 мин или погружают в один из дезинфицирующих растворов (3% раствором хлорамина, 1% раствором ДТСГК, 5% мыльно-феноловым раствором) на 2 часа;

3. Посуду кипятят в 2% содовом растворе 15 мин;

4. Остатки пищи засыпают сухой хлорной известью (200 г на 1 л остатков пищи), перемешивают и через 1 ч удаляют в канализацию;

5. Трупы заворачивают в простыни, смоченные 5% раствором лизола или 5% раствором фенола, или 3% раствором хлорамина, укладывают в гроб, обитый внутри железом или клеенкой, на дно которого насыпают слой хлор-

ной извести толщиной 10 см, сверху трупа также насыпают хлорную известь, заколачивают); хоронят на глубину не менее 2 м или сжигают.

б. Транспорт, который использовался для перевозки больных, лиц, общавшихся с больным, и трупов, дезинфицируют обильным орошением изнутри и снаружи 3% раствором хлорамина.

Диспансеризация: пациенты наблюдаются до 3-х месяцев.

2.11. ТУЛЯРЕМИЯ (A21)

Туляремия – острое инфекционное заболевание зоонозной природы, характеризующаяся лихорадкой, интоксикацией, лимфаденитами, разнообразием симптомов и доброкачественным течением.

Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.7.2642-10 от 31 мая 2010 г.№61 «Профилактика туляремии»

ШИФРЫ МКБ-10:

А 21.0 Ульцерогландулярная туляремия

А 21.1 Окулогландулярная туляремия

А. 21.2 Легочная туляремия

А. 21.3 Желудочно-кишечная туляремия

Клиническая классификация

Локальные формы форма	генерализованные	внешнедиссеминированные
По локализации	Степени тяжести	По длительности
бубонная, глазо-бубонная, язвенно-бубонная, ангиозно-бубонная, кожно-бубонная, генерализованная абдоминальная	легкая, средней тяжести тяжелая	острая, затяжная, рецидивирующая

Инкубационный период 3-7 дней

Клинические симптомы

Бубонная (глангулярная) форма: бубон обычно локализуется в области паховых, бедренных, локтевых и подмышечных лимфатических узлов, сопровождается лимфоаденитом. Размеры бубона могут варьировать от величины лесного ореха до 10 см. Окраска кожи над бубоном не изменена.

Язвенно-бубонная (ульцероглангулярной) форма – местно развивается пятно, папула, везикула, пустула, при вскрытии образуется язва, серозно-гнойное, скудное отделяемое.

Ангинозно-бубонная (ангинозно-глангулярная) форма: специфическая ангина характеризуется гиперемией с синюшным оттенком и отёчностью миндалины, серовато-белым островчатым или плёнчатый налётом, который распространяется за пределы миндалин. Наблюдается шейный (чаще поднижнечелюстной) лимфаденит со всеми признаками туляремийного бубона (размеры - от грецкого ореха до куриного яйца). Заболевание протекает с высокой температурой и интоксикацией.

Абдоминальная (желудочно-кишечная) форма: интенсивные боли в животе, по типу острого живота, тошнота, периодически рвота, гепатоспленомегалия. Возможно развитие перитонита.

Глазобубонная (окулоглангулярная, офтальмическая) форма: развитие конъюнктивита (слезотечение, гнойное-отделяемое), увеличение регионарных лимфатических узлов. Возможно развитие осложнений (дакриоцистит).

Бронхитический вариант легочной формы: сухой кашель, температура, интоксикация, развитие трахеита. На рентгенограмме (увеличение внутригрудных лимфатических узлов). Клиническое выздоровление наступает через 10–14 дней.

Пневмонический вариант легочной формы—клиническая картина пневмонии (до 2 мес и более), со склонностью к рецидивированию и абсцедированию. Обнаруживают клиническую картину пневмонии (очаговой, сегментарной, долевой или диссеминированной), которая не имеет каких-либо патогномоничных признаков.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- дератизация (уничтожение грызунов);
- дезинсекция (переносчиков, насекомых).

Специфическая профилактика:

Вакцина туляремиальная живая сухая – лиофилизированные живые клетки вакцинного штамма 15 НИИЭГ.

Схема вакцинации: применяется однократно с 7 лет. Одна доза при накожном введении - 2 капли, при внутрикожном – 0,1мл. Ревакцинация через 5 лет. Для внутрикожной вакцинации 1 мл вакцины, разведенной для накожного применения, разводят 0,9% NaCl в 20 раз, 1 доза – 0,1мл.

Иммунитет сохраняется до 5 лет.

Противоэпидемические мероприятия

Мероприятия в отношении больных:

1. Экстренное извещение в Роспотребнадзор не позднее 12 часов после выявления больного (форма 058/у).
2. **Изоляция больного:** не предусмотрена.
3. **Госпитализация:** средне-тяжелых формах.
4. **Условия выписки из стационара:** клиничко-лабораторное выздоровление.
5. **Условия допуска в детский коллектив:** после выздоровления.

Мероприятия в отношении контактных:

1. **Карантин** накладывается на: 14 дней.
2. **Сроки наблюдения за контактными:** 14 дней.
3. **Сроки изоляции для контактных:** 14 дней.
4. **Сроки разобщения контактных:** не предусмотрены.
5. **Обследование контактных:** проводят серологическое обследование, а также постановку кожной аллергической пробы с тулярином.
6. **Экстренная профилактика:** предусмотрена.

Мероприятия в очаге инфекции:

Текущая и заключительная дезинфекция:

1. обработка вещей, загрязненных выделениями больного;
2. дезинфекцию проводят 3% раствором хлорамина в течение 30 мин, уборку помещения проводят 0,5-1% раствором хлорамина.

Диспансеризация:

Пациенты наблюдаются до 3-х месяцев.

2.12.ПАПИЛЛОМАВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (В97)

Папилломавирусная инфекция (ПВИ), вирус папилломы человека (ВПЧ) – это хроническая урогенитальная инфекция, характеризуется многообразием клинических проявлений, и является индуцирующим фактором в развитии злокачественных поражений шейки матки (рак шейки матки), вульвы и влагалища у женщин и опухолей гениталий у мужчин.

ШИФРЫ МКБ-10:

В97 Вирусные агенты как возбудители болезней, классифицированных в других рубриках

В97.7 Папилломавирусы как причина болезней, классифицированных в других рубриках

Папилломавирусы в клинической практике разделены на две основные группы:

Папилломавирусы (семейство – Papillomaviridae)	
Папилломавирусы низкого онкогенного риска	Папилломавирусы высокого онкогенного риска
ВПЧ 1, 2, 3, 5, 6, 11, 30, 40, 42, 43, 44, 53, 61	ВПЧ 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68

Инкубационный период от 1 до 8 месяцев

Клинические проявления ПВИ зависят от пути заражения и локализации патологического процесса.

Основной путь заражения:

- половой путь, включая орально-генитальные контакты и анальный секс;
- контактно-бытовой путь;
- вертикальный (через родовые пути, что является причиной возникновения у новорожденного ларингеального папилломатоза (образование папиллом в гортани) у детей и аногенитальных бородавок у младенцев).

Выделяют ВПЧ-ассоциированные поражения и VIN-вульварную интраэпителиальную неоплазию.

Клинически продуктивные проявления ВПЧ инфекции:

- генитальные кондиломы;
- вульварная интраэпителиальная неоплазия – I ст. (легкая дисплазия);
- влагалищная интраэпителиальная неоплазия – I ст. (легкая дисплазия);
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия – I ст. (легкая дисплазия)

Клинически значимые бессимптомные состояния:

- носительство ВПЧ онкогенных типов

Предраковые процессы, связанные с ВПЧ:

- вульварная интраэпителиальная неоплазия II ст. (умеренная дисплазия);
- вульварная интраэпителиальная неоплазия III ст. (тяжелая дисплазия);
- влагалищная интраэпителиальная неоплазия II ст. (умеренная дисплазия);
- цервикальная интраэпителиальная неоплазия III ст. (тяжелая дисплазия).

Аденокарцинома in situ шейки матки

Злокачественные опухоли, связанные с ВПЧ:

- плоскоклеточный рак вульвы;
- плоскоклеточный рак влагалища;
- плоскоклеточный рак шейки матки.

Папилломатоз гортани(у детей первых лет жизни).

ВПЧ-инфекция протекает субклинически, чаще на фоне различных гинекологических заболеваний (вульвовагинит, эндоцервицит, псевдоэрозия шейки матки).

Основные симптомы – зуд и жжение в области гениталий, наличие выделений, диспареуния, дизурические явления.

Первичная и вторичная профилактика ВПЧ – лучший способ уберечь себя от заражения папилломавирусной инфекцией.

Неспецифическая и специфическая профилактика

Неспецифическая профилактика:

- укрепление иммунитета (отказаться от вредных привычек, предпочтительнее отдавать натуральным продуктам, прогулки на свежем воздухе, ограничить психоэмоциональные нагрузки);
- предупреждение возможного инфицирования (лечение сопутствующих урогенитальных инфекций, сексуальная культура)

Специфическая профилактика:

ВОЗ и ЮНИСЕФ рекомендует включать ВПЧ-вакцинацию в Национальный календарь прививок всех стран^{*}

Согласно рекомендациям CDC (Центра по Контролю за Заболеваниями, США) данная вакцина рекомендована для вакцинации девочек и мальчиков в возрасте от 11 до 26 лет, не живущих половой жизнью, или взрослых после обследования, при отсутствии вирусоносительства или заболеваемости ВПЧ. Американская Ассоциация Контроля за Здоровьем Граждан (ASHA)

рекомендует применение данной вакцины мужчинам старшего возраста с целью ускорения выведения вируса из организма, уменьшения частоты возобновления роста остроконечных кондилом и для снижения риска возникновения злокачественных изменений.

Вакцина Гардасил (Gardasil) четырехвалентная (ВПЧ 6; 11; 16 и 18 типов) (MerckSharpDohm, США).

Схема вакцинации: вводится подросткам 9-17 лет и женщинам 18-45 лет в/м по 0,5 мл (1 доза) по схеме 0-2-6 месяцев. При использовании ускоренной схемы 0-1-3 мес следует ввести дополнительную дозу, так как срок между 1-й и 3-й дозой должен быть ≥ 5 мес.

Вакцина Церварикс (Cervarix) бивалентная ВПЧ 16 и 18 типов (GlaxoSmithKline, Бельгия).

Схема вакцинации: вводится в/м по 0,5 мл (1 доза) по схеме 0-1-6 месяцев в возрасте 9 - 45 лет.

Вакцины могут вводиться одновременно с другими. Предпочтительна ранняя вакцинация до начала половой жизни.

*ВПЧ-вакцинация включены в Календари иммунопрофилактики развитых стран (у женщин – 71 страна; для подростков мужского пола – 11 стран).

КОНТРОЛЬНЫЕ МАТЕРИАЛЫ К ТЕМАМ

ТЕСТОВЫЙ МАТЕРИАЛ

1. Применяются живые вакцины для профилактики:
 1. кори, эпидемического паротита, краснухи
 2. полиомиелита, столбняка
 3. туберкулеза, клещевого энцефалита
 4. коклюша, сибирской язвы
 5. дифтерии, ботулизма
2. Применяются анатоксины для профилактики:
 1. кори, эпидемического паротита, краснухи
 2. дифтерии, ботулизма
 3. туберкулеза, клещевого энцефалита
 4. коклюша, сибирской язвы
 5. столбняка, полиомиелита
3. Применяются инактивированные вакцины для профилактики:
 1. кори, эпидемического паротита, краснухи
 2. дифтерии, ботулизма
 3. туберкулеза, клещевого энцефалита
 4. коклюша, сибирской язвы
 5. столбняка, полиомиелита
4. После постановки пробы Манту ревакцинацию вакциной БЦЖ можно провести через:
 1. 1 день
 2. 3 дня
 3. 3 недели
 4. 1 месяц
 5. 1,5 месяца
5. После введения вакцины БЦЖ максимальная длительность сохранения иммунитета составляет:
 1. 1–2 года
 2. 3–4 года
 3. 5–7 лет
 4. более 10 лет
 5. до 1 года
6. Ревакцинация против туберкулеза в 7 лет проводится, если:
 1. отмечается отрицательная проба Манту
 2. отмечается сомнительная проба Манту

3. отмечается положительная проба Манту
 4. отмечается слабоположительная проба Манту
 5. отмечается гиперергическая реакция Манту
7. Вакцинация против дифтерии и столбняка в соответствии с календарем профилактических прививок проводится в возрасте:
1. 3, 4, 5 месяцев
 2. 4, 5, 12 месяцев
 3. 3, 4, 12 месяцев
 4. 12 месяцев, 6 лет, 11 лет
 5. 18 месяцев, 6 лет, 11 лет
8. Первая ревакцинация против дифтерии и столбняка проводится, если у ребенка развилось осложнение на 3-е введение вакцины АКДС:
1. АКДС вакциной через 12–18 месяцев
 2. АДС анатоксином через 12–18 месяцев
 3. АДС-М анатоксином через 12–18 месяцев
 4. АДС анатоксином через 18-24 месяцев
 5. АДС-М анатоксином через 18-24 месяцев
9. При кори источником инфекции является:
1. больной корью человек на всех стадиях заболевания до полного клинического выздоровления
 2. только человек, находящийся в конце инкубационного периода
 3. только больной корью в период высыпаний
 4. только больной корью в продромальном периоде
 5. больной корью человек с 2-х последних дней инкубационного периода до 5-го дня после появления сыпи
10. Экстренной профилактике в очагах кори подлежат:
1. только непривитые дети старше 12 месяцев
 2. непривитые и неболевшие корью лица с 9 месяцев до 35 лет
 3. однократно привитые
 4. только взрослые, не болевшие корью
 5. переболевшие корью
11. Основа профилактики полиомиелита состоит в проведении:
1. санитарно-гигиенических мероприятий
 2. массовой иммунизации
 3. профилактических мероприятий в дошкольных учреждениях
 4. карантинных мер
 5. мероприятий по благоустроенности населенных пунктов

12. Основным резервуаром возбудителя столбняка является:
1. кишечник человека
 2. кишечник животных
 3. почва
 4. овощи, загрязненные почвой
 5. вода открытых водоемов
13. При проведении экстренной профилактики столбняка не учитывают:
1. характер травмы
 2. прививочный анамнез пострадавшего
 3. ранее полученное количество прививок против столбняка
 4. интервал времени, прошедший с момента последнего введения препарата против столбняка
 5. профессию пострадавшего
14. Для проявлений эпидемического процесса туберкулезной инфекции на современном этапе характерно:
1. преобладание в общей структуре заболевших детей и подростков
 2. преобладание в общей структуре заболевших взрослого трудоспособного населения и пожилых
 3. преобладание среди заболевших городских жителей
 4. снижение распространения случаев полирезистентного туберкулеза
 5. преобладание среди заболевших сельских жителей
15. Основу профилактики дифтерии составляет:
1. плановая иммунизация населения
 2. экстренная профилактика в эпидемических очагах
 3. изоляция источников инфекции
 4. гигиеническое воспитание населения
 5. предупреждение осложнений
16. Основным направлением в системе профилактики краснухи является:
1. плановая иммунизация населения
 2. экстренная профилактика в эпидемических очагах
 3. изоляция источников инфекции
 4. гигиеническое воспитание населения
 5. предупреждение осложнений
17. В эпидемическом очаге краснухи нецелесообразно назначать:
1. изоляцию больного
 2. дезинфекцию
 3. медицинское наблюдение за контактными лицами

4. режимно-ограничительные мероприятия
 5. экстренную профилактику
18. Проводится ли иммунизация против паротитной инфекции во время карантина по паротиту?
1. проводится непривитым лицам, контактировавшим с больными, не позднее 72 часов от момента контакта
 2. не проводится
 3. проводится непривитым
 4. только неконтактировавшим лицам
 5. только детям из групп риска
19. По эпидемическим показаниям не надо прививать детей, бывших в контакте с больным менингококковой инфекцией:
1. реконвалесцентов ОРИ
 2. с бронхиальной астмой в межприступный период
 3. больных гемофилией
 4. получавшим вакцину по контакту 6 месяцев назад
 5. режимно-ограничительные мероприятия
20. С какими вакцинами разрешается одновременное введение коревой вакцины?
1. БЦЖ
 2. АКДС
 3. паротитной
 4. гепатитной
 5. полиомиелитной
21. Инфекция, управляемая средствами вакцинопрофилактики - это:
1. парагрипп
 2. грипп
 3. энтеровирусная инфекция
 4. скарлатина
 5. инфекционный мононуклеоз
22. Неспецифическая профилактика ротавирусной инфекции включает:
1. проведение вакцинации инактивированной вакциной;
 2. проведение вакцинопрофилактики живой вакциной;
 3. соблюдение санитарно-гигиенических и санитарно-технических норм в ДДУ, школах;
 4. строгое следование правилам заготовки мясных, рыбных продуктов;
 5. термическая обработка консервов.

23. Для профилактики гриппа в школе тактика медицинского персонала включает:
1. максимальный охват вакцинопрофилактикой;
 2. работа в обычном режиме;
 3. контроль пищеблока;
 4. мероприятия для благоустроенности школы;
 5. кварцевание помещений
24. Экстренное извещение в территориальный центр санитарно-эпидемиологического надзора лечащий врач отправляет:
1. после госпитализации больного;
 2. после проведения дезинфекции в квартире больного;
 3. при подозрении на инфекционное заболевание;
 4. только после бактериологического подтверждения заболевания;
 5. только после консультации с врачом-инфекционистом
25. Какова тактика при укусе клеща:
1. удаление клеща
 2. удаление клеща и обследование в вирусологической лаборатории
 3. введение иммуноглобулина
 4. наблюдение невролога
 5. наблюдению не подлежит
26. Вакцинация при менингококковой инфекции:
1. проводится по эпидемическим показаниям
 2. не проводится
 3. проводится в плановом порядке только организованным детям
 4. осуществляется в плановом порядке
 5. проводится только детям из групп риска
27. К общим методам профилактики при туляремии относятся все, кроме:
1. истребление грызунов, соблюдение техники безопасности при работе с культурой
 2. гидромелиоративные работы и усовершенствование системы агротехнических мероприятий;
 3. антибиотикопрофилактика
 4. санитарно-просветительная работа
 5. проведение плановой вакцинации в очагах туляремии
28. Профилактика столбняка при ожогах, отморожениях и ранениях у невакцинированных лиц проводится:

1. противостолбнячным иммуноглобулином в сочетании со столбнячным анатоксином
 2. столбнячным анатоксином
 3. противостолбнячным иммуноглобулином
 4. противостолбнячной сывороткой и противостолбнячным иммуноглобулином
 5. антибиотиками широкого спектра действия
29. Укажите неправильное утверждение о профилактике дифтерии:
1. важное место в профилактике дифтерии отводится иммунизации
 2. изоляция бактерионосителей возможна на дому
 3. больные и бактерионосители подлежат изоляции
 4. учитываются медицинские противопоказания при проведении вакцинации
 5. иммунизация эффективна, если иммунная прослойка достигает 80% населения
30. У мальчика, проживающего в школе-интернате спортивном, диагностирован ВГА. Ваши мероприятия:
1. госпитализировать в инфекционный стационар
 2. изолировать в отдельной комнате и назначить лечение
 3. организовать текущую дезинфекцию
 4. заполнить статистический талон
 5. установить медицинское наблюдение сроком на 35 дней

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА №1

Мальчик К., 5 лет, заболел остро, с повышением температуры до 38,6° С, появилась вялость, слабость, боль при жевании.

При осмотре отмечается припухлость в околушной области справа, мягкой консистенции, болезненная на ощупь. На второй день отечность усилилась, появилась выраженная припухлость в околушных областях с обеих сторон, мочки уха «оттопырены». Кожа над ними не изменена, не гиперемирована, болезненность сохраняется. На слизистой ротовой полости отмечается припухлость и покраснение над выводными протоками слюнных желез. Со стороны внутренних органов патологических изменений не отмечается. Менингеальные знаки отрицательные. Мальчик посещает детский сад. Контакт с инфекционными больными не выявлен.

Вопросы:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания, если да, то укажите препараты и сроки проведения вакцинации.

ЗАДАЧА №2

Мальчик 4 лет посещает детский сад, где был зарегистрирован случай вирусного гепатита три недели назад. Заболевание началось остро, с повышением температуры тела до 38,5⁰С, головной болью, снижением аппетита, тошнотой и болями в животе. На 5-й день заболевания поступает в стационар с умеренно выраженной желтушностью кожи, слизистых оболочек и склер. В легких везикулярное дыхание, хрипы не выслушиваются, ЧД - 24 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 110 в 1 минут. Печень выступает из-под реберной дуги на +2,5-3,0см, край острый, эластичный, безболезненный. Селезенка не увеличена. Кал светлый, ахоличен, моча тем-

ная. Лабораторные показатели: в биохимических анализах крови - ВПбилирубин общий 110 мкмоль/л, ВПбилирубин прямой 78 мкмоль/л, АСТ- 310 Ед/л, АЛТ - 578Ед/л. Кровь на маркеры вирусных гепатитов обнаружены anti-HAV IgM (+). Общий анализ мочи: Colorp.yel, SG1015, PRO-neg.,LEU- 1-3 в п/з.,ERU-neg., GLU-norm., UBGpos. В семье есть старшая сестра, которая посещает школу, здорова.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Существует ли вакцинопрофилактика данного заболевания (укажите несколько препаратов).

ЗАДАЧА №3

Мальчик 3 лет, заболел остро, с повышением температуры тела до 40°C, появился кашель сухой болезненный, боли в животе. Участковый педиатр направил больного на госпитализацию в инфекционный стационар. При поступлении состояние тяжелое, за счет интоксикации (слабость, вялость, повышение температуры тела до 39°C). Кожа и видимые слизистые бледные, склеры инъективированы. Отмечаются необильные слизистые выделения из носа, сухой навязчивый кашель. Зев гиперемирован, зернистость задней стенки глотки, миндалины гипертрофированы, налетов нет. В легких жесткое дыхание, единичные сухие хрипы с обеих сторон, ЧД - 34 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС - 120 в 1 минут. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 2 см, край острый, безболезненный, селезенка не увеличена. Стул оформленный. Диурез адекватный. Менингеальные симптомы отсутствуют. Имел контакт с больным гриппом. Лабораторные показатели. Общий анализ крови:HGB– 120g/L, RBC- 3,6x10¹²/L, WBC -4,0x10⁹/L;NEUT- 47%,LYMPH - 45%,MONO- 8%;PLT - 302x10⁹/L, СОЭ - 10 мм/час.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Существует ли специфическая профилактика данного заболевания (укажите несколько препаратов).

ЗАДАЧА № 4

Катя К., 2 лет поступила в инфекционный стационар 13 января с жалобами на повышение температуры тела, кашель, насморк. Заболела 3 дня назад с появления субфебрильной температуры, грубого кашля, насморка. При поступлении состояние средней степени тяжести, температура 38,8⁰С. Кожные покровы чистые, бледные. Конъюнктивы глаз гиперемированы, веки отечны, слезотечение, светобоязнь. Слизистая ротоглотки гиперемирована, разрыхлена, напротив малых коренных зубов видны мелкие беловатые точки, окруженные венчиком гиперемии. Лимфатические лимфоузлы - подчелюстные, шейные, затылочные несколько увеличены, безболезненные при пальпации. Со стороны внутренних органов без патологических изменений.

Вопросы:

- 1.Поставьте предварительный диагноз.
- 2.Профилактика данного заболевания.

ОТВЕТЫ НА ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Номер теста	Ответ	Номер теста	Ответ	Номер теста	Ответ
1	1	11	2	21	2
2	2	12	3	22	3
3	4	13	5	23	1
4	2	14	2	24	3
5	3	15	1	25	2
6	1	16	1	26	1
7	1	17	2	27	3
8	2	18	1	28	1
9	5	19	4	29	2
10	2	20	3	30	1

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ №1

1.Предварительный диагноз: Паротитная инфекция, типичная форма, средней степени тяжести.

2. Существует специфическая профилактика паротитной инфекции, которая проводится в возрасте 12 месяцев - первая вакцинация, в 6 лет - ревакцинация. При эпидемическом паротите используют следующие вакцины: вакцина паротитная культуральная живая сухая; вакцина паротитно-коревая культуральная живая сухая; вакцина «Приорикс» против кори, паротита, краснухи живая культуральная; вакцина против кори, паротита, краснухи живая культуральная М-М-Р II.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ №2

1.Предварительный диагноз: Вирусный гепатит А, типичная форма, желтушный период, средне-тяжелая степень тяжести.

2. Вакцинация против гепатита А не входит в Национальный Календарь прививок, но входит в календарь прививок по эпидпоказаниям (приказ МЗ РФ от 26.03.2014 года).

Согласно календарю прививок по эпидпоказаниям вакцинации против гепатита А подлежат следующие граждане:

- контактные в очагах гепатита А;
- лица, выезжающие в неблагополучные регионы и страны по гепатиту А;
- лица, подверженные профессиональному риску заражения (врачи, персонал по уходу за больными, работники сферы обслуживания населения, а также обслуживающие водопроводные и канализационные сооружения, оборудование). Вакцинация проводится в/м или п/к, двукратно с интервалом 6-12 месяцев, не ранее 12-месячного возраста. Схема вакцинации: V-0 день; R-6 (12) месяцев). Вакцина ГЕП-А-ин-ВАК вводится детям от 12 мес; Вакцина Аваксим 80 вводится детям от 12 мес; Вакцина Хаврикс 720 вводится детям от 12 мес; Вакцина Вакта вводится детям от 2 лет.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ №3

1. Предварительный диагноз: Грипп, типичная форма, средне-тяжелая степень тяжести.

2. Существует ежегодная (в осеннем периоде) специфическая профилактика гриппа. Применяют следующие препараты: инактивированные вакцины - Ультрикс; Микрофлю; расщепленные (сплит) вакцины - Ваксигрипп; Флюарикс; Бегривак; субъединичные вакцины - Грипполплюс; Гриппол; Совигрипп, Инфлювак. Схема вакцинации: детям от 6 мес до 3 лет - 0,25 мл, от 3 лет и взрослым - 0,5 мл однократно; детям до 3 лет, которые не были вакцинированы в предыдущие годы, рекомендуется двукратная вакцинация по 0,25 мл с интервалом 4 недели.

ЭТАЛОН ОТВЕТА СИТУАЦИОННОЙ ЗАДАЧИ №4

1.Предварительный диагноз: Корь, типичная форма, катаральный период, средне-тяжелая степень тяжести.

2.Специфическая вакцинация проводится: двукратно – первая вакцинация в возрасте 12 месяцев, вторая вакцинация в возрасте 6 лет.Применяется: вакцина коревая культуральная живая сухая; «Рувакс» живаялиофилизированная вакцина для профилактики кори; «Приорикс» ассоциированная лиофилизированная живая культуральная вакцина против кори, паротита, краснухи; М-М-Р II ассоциированная живая вакцина против кори, паротита, краснухи живая культуральная.

Национальный календарь профилактических прививок РФ
Приказ Минздрава России №125н от 21.03.2014 (приложение 1)¹

	ДЕТИ ДО 18 ЛЕТ															ВЗРОСЛЫЕ					
	МЕСЯЦЫ										ГОДЫ					ГОДЫ					
	0	1	2	3	4,5	6	12	15	18	20	6	7	14	15-17	18-25	26-35	36-55	56-59	60+		
Туберкулез	3-7 д.										RV										
Гепатит В	V1	V2				V3															
	V1	V2	V3				V4														
Пневмококковая инфекция			V1		V2						RV										
Коклюш																					
Дифтерия				V1	V2	V3								АДС-м RV2	АДС-м RV3	Каждые 10 лет с момента последней ревакцинации (АДС-м)					
Столбняк																					
Полнококкит				ИПВ	ИПВ	ОПВ										ОПВ					
						ИПВ										ИПВ					
Гемофильная инфекция			V1	V2	V3																
Корь																					
Краснуха						V1												Девушки			
Эпидемический паротит																					
Грипп											Ежегодно										

Всем лицам данной возрастной группы
 Лицам из групп риска, по показаниям, прививки (грипп)
 Ранее не привитые, не болевшие, не имеющие сведений и однократно привитые (для кори и краснухи)

Календарь профилактических прививок по эпидемическим показаниям РФ
Приказ Минздрава России №125н от 21.03.2014



	Месяцы						Годы					Взрослые
	6-12 недель	3	4,5	6	8 (32 недели)	1	2	3	4	5		
Пневмококковая инфекция												V1*
Клещевой энцефалит												3 - 4 дозы**
Гепатит А												2 дозы*
Менингококковая инфекция												V1*
Корь												
Гепатит В												
Дифтерия												
Эпидемический паротит												
Ветряная оспа												2 дозы*
Ротавирусная инфекция	V1*				V2, V3 через 4-10 нед*							
Гемофильная инфекция												V1*

Также в рамках Календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям предусмотрена вакцинопрофилактика туляремии, чумы, бруцеллеза, сибирской язвы, бешенства, лептоспироза, Ку-лихорадки, желтой лихорадки, холеры, брюшного тифа, шигеллезов

- Дети в возрасте от 2 до 5 лет, взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу
 - Лица, проживающие на эндемичных территориях; лица, выезжающие на эндемичные территории; лица, подверженные профессиональному риску заражения
 - Лица в очагах инфекции, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу
 - Контактные лица из очагов заболевания, не болевшие, не привитые и не имеющие сведений о профилактических прививках
 - Дети и взрослые из групп риска, включая лиц, подлежащих призыву на военную службу, ранее не привитые
 - Дети для активной вакцинации с целью профилактики заболеваний, вызываемых ротавирусами
 - Не привитые на 1-м году
- V1, V2, V3 – порядковый номер вакцинации

¹ Схема согласно действующим инструкциям по медицинскому применению препаратов. ** Возраст начала вакцинации в схеме зависит в зависимости от выбранного препарата

ИДЕАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ВАКЦИНАЦИИ 2018*

		Мальчики*					Девочки*					
Месяцы жизни	0	1	2	3	4,5	6	9	12	15	18	20	23
Туберкулез												
Гепатит В [†]												
Пневмококковая инфекция [‡]												
Ротавирусная инфекция [§]												
Коклюш												
Дифтерия												
Столбняк												
Полноценный [¶]												
Гемофильная инфекция [‡]												
Менингококковая инфекция [‡]												
Ветряная оспа [‡]												
Корь [‡]												
Краснуха [‡]												
Эпидемический паротит [‡]												
Вирусный гепатит А [‡]												
Грипп												
Клещевой вирусный энцефалит [‡]												

Примечания:
 *Первая, вторая и третья вакцинации проводятся по схеме 0-1-6 (1-й день – в первый месяц вакцинации, 2-й день – через месяц после 1-й прививки, 3-й день – через 6 мес от начала вакцинации), от иммунизации детей, относящихся к группам риска, вакцинация которых проводится по схеме 0-1-2-12 (1-й день – в первый месяц вакцинации, 2-й – через месяц после 1-й прививки, 3-й – через 2 мес от начала вакцинации, 4-й – через 12 мес от начала вакцинации).[†] Дети 2-5 лет, не привитые ранее, вакцинируются ППВ13 по «идеальному» графику; детям на групповом уровне (в образовательных учреждениях, ПНЧ-инфекцией, инфекцией, хронических заболеваниях легких, сердца, печени, почек, иммунологической дефицитной) рекомендуется дополнительная вакцинация вакцинацией схемы ППВ с дальнейшей вакцинацией ППВ25 через 12 мес, при необходимости, интервал не менее 3 недель. *Вакцинация против ротавирусной инфекции проводится с 8-го месяца трехкратно с интервалом 4-6 нед с обязательными вакцинациями второй дозы не позднее 15 нед жизни, в последнюю – не позднее 24 нед. *Вакцинация против полиомиелита проводится только иммунизированной вакциной детям на групповом уровне (в иммунологических учреждениях или иммунологическими лабораториями, прививочными и районными центрами вакцинации гемофильной инфекцией) с аккомодацией развития кишечника; с онкологическими заболеваниями и/или детьми иммунизация иммунодепрессантами: терминами; рожденными от матерей с ВИЧ-инфекцией; детям с ВИЧ-инфекцией; иммунодепрессантами и маловесными детьми; детям, вакцинируясь в дошкольном возрасте.
<http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/idealcalendar2018.pdf>. <http://www.pediatr-russia.ru/content/idealnyj-kalendar-vaktsinatsii-2018>

ИДЕАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ВАКЦИНАЦИИ 2018*

		Мальчики*				Девочки*			
Годы жизни	2-3	4-5	6	7	9-11	12-13	14	15-17	
Туберкулез [‡]									
Гепатит В [†]									
Пневмококковая инфекция [‡]									
Коклюш [‡]									
Дифтерия [‡]									
Столбняк [‡]									
Полноценный [¶]									
Гемофильная инфекция [‡]									
Менингококковая инфекция [‡]									
Ветряная оспа [‡]									
Корь [‡]									
Краснуха [‡]									
Эпидемический паротит [‡]									
Вирусный гепатит А [‡]									
Папилломавирусная инфекция [‡]									
Грипп									
Клещевой вирусный энцефалит [‡]									

Примечания (продолжение):
 *Вакцинация проводится в соответствии с инструкцией к препарату. *Минимальный интервал между вакцинами против ветряной оспы должен составлять 6 недель. *При «идеальной» вакцинации не привитые ранее дети или иммунизировавшиеся в зарубежном графиках, интервал между первой и второй вакцинациями должен составлять не менее 3 месяцев. *Вакцинация проводится туберкулез-отрицательным детям. *Вакцинация против дифтерии, столбняка, коклюша проводится в соответствии с инструкцией к препарату и национальными рекомендациями. *Вакцина ППВ2 – рекомбинантная схема 0-1-6 мес у подростков до 15 лет (вкл.) 2-х дозами схема 0-6 мес. *Вакцина ППВ4 – рекомбинантная схема 0-2-6 мес., у подростков до 14 лет (вкл.) 3-х дозами схема 0-6 мес. *Детализация в Правилу Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 126н «Об утверждении регионального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемиологическим показаниям»; Приказу № 170н Министерства здравоохранения РФ от 16 июня 2016 г., Приказу № 175н Министерства здравоохранения РФ от 18 апреля 2017 г., «Об внесении изменений в приложения № 1 и 2 к приказу Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2014 г. № 126н.
<http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/idealcalendar2018.pdf>. <http://www.pediatr-russia.ru/content/idealnyj-kalendar-vaktsinatsii-2018>

Перечень основных нормативных документов в области профилактики инфекционных заболеваний.

1. Федеральный Закон N 52-ФЗ от 30 марта 1999 г. "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".
2. Федеральный Закон N 157-ФЗ от 17 сентября 1998 г. "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней".
3. Федеральный Закон N 341-ФЗ от 8 декабря "О внесении изменения в статью 9 Федерального закона "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней".
4. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2342-08 "Обеспечение безопасности иммунизации" (утв. постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 3 марта 2008 г. N 15).
5. Методические указания МУ 3.3.1889-04 "Порядок проведения профилактических прививок" (утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 4 марта 2004 г.)
6. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.958-00 "Профилактика вирусных гепатитов. Общие требования к эпидемиологическому надзору за вирусными гепатитами".
7. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.1319-03 "Профилактика гриппа".
8. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.1108-02 "Профилактика дифтерии".
9. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2951-11 "Профилактика полиомиелита".
10. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2952-11 "Профилактика кори, краснухи, эпидемического паротита".
11. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.3.2.1248-03 "Условия транспортирования и хранения медицинских иммунобиологических препаратов".
12. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза".
13. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.1320-03 "Профилактика коклюшной инфекции".
14. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.2512-09 "Профилактика менингококковой инфекции".
15. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.1328-03 "Санитарная охрана территорий Российской Федерации".

16. Методические указания МУ 3.4.2552-09 "Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения".
17. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1/3.2.1379-03 "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней".
18. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.1381-03 "Профилактики столбняка".

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

ОСНОВНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов, А. А. Профилактическая педиатрия/А.А. Баранов// – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. –691 с.
2. Иванова, В.В. Инфекционные болезни у детей / В.В. Иванова// – М.: ООО Медицинское информационное агенство, 2002. – 928 с.
3. Инфекционные болезни: национальное руководство / под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 1056 с.
4. Учайкин, В.Ф. Инфекционные болезни и иммунопрофилактика у детей / В.Ф. Учайкин, Н.И. Нисевич, О.В. Шамшева// – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 688 с.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Таточенко, В.К. Иммунопрофилактика – 2018 / под ред. В. К.Таточенко, Н. А. Озерецковского// М., ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 268 с.
2. Омолоева, Т.С. Особенности реабилитации детей на амбулаторном этапе / Т.С. Омолоева// – изд. 2-е, доп. – Иркутск, 2011. – 117 с.
3. Шамшева, О.В. Вакцинопрофилактика / О.В.Шамшева, А.А. Корсунский, В.Ф. Учайкин// М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011.- 880 с.
4. Хаитов, Р.М. Иммунология. Норма и патология: учебник / Р.М. Хаитов, Г.А. Игнатьева, И.Г. Сидорович. – 3-е изд., М., Медицина, 2010. – 752 с.

ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕСУРСЫ

1. «Эльзевир» - книги и журналы на английском языке
<http://www.mdconsalt.com>.
2. <http://iospress.metapress.com>
3. Электронная информационно-образовательная система "Консультант-врача. Инфекционные болезни".
4. <http://www.medlit.ru>
5. <http://www.nidii.ru>
6. <http:// MedExplorer, MedHunt, PubMed.Medscape.com>

ЛИТЕРАТУРА, ИСПОЛЬЗУЕМАЯ АВТОРАМИ

1. Избранные вопросы терапии инфекционных болезней: руководство для врачей / под ред. Ю.В. Лобзина. – СПб.: ООО Фолиант, 2005. – 909 с.
2. Костинов, М.П. Вакцинопрофилактика пневмококковой инфекции и гриппа при аутоиммунных заболеваниях / М.П. Костинов, А.А. Тарасов. – М.: Медицина для всех, 2009. - 250 с.
3. Поликлиническая педиатрия: учебник / под ред. А.С. Калмыковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
4. Учайкин, В.Ф. Руководство по клинической вакцинологии / В.Ф. Учайкин, О.В. Шамшева// М., 2006. - 592 с.

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



Т.Г.Баум, О.В.Первишко
под редакцией профессора **В.А.Шашель**

**ВАКЦИНОУПРАВЛЯЕМЫЕ ИНФЕКЦИИ:
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА И
ПРОТИОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ**

*Учебное пособие
для студентов педиатрических факультетов
медицинских вузов*

Заказ №58 от 10.09.2019. Подписано в печать 10.09.2019
Тираж 300 экз.

Отпечатано методом цифровой печати