



**ЎЗБЕКISTОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ
САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ**

Б У Й Р У Қ

2012 йил «25» 01

25-сонли

**«ЎЗБЕКISTОН РЕСПУБЛИКАСИДА ВАБО КАСАЛЛИГИ
УСТИДАН ЭПИДЕМИОЛОГИК НАЗОРАТНИ ЯНАДА
ТАКОМИЛЛАШТИРИШ ТЎҒРИСИДА»**

Тошкент-2012



ЎЗБЕКИСТОН RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI

BUYRUQ

2012 йил "05" 01

№ 25

Ўзбекистон Республикасида вабо касаллиги устидан эпидемиологик назоратни янада такомиллаштириш тўғрисида

Дунёда вабо касаллиги бўйича эпидемик вазият мураккаблашиб, ҳар йили ушбу касалликнинг оммавий тусда қайд этилиши кузатилмоқда. Ҳалқаро сиёсий, иқтисодий ва маданий алоқаларнинг борган сари кенгайиши, аҳоли миграциясининг кучайиши республикамиз ҳудудига вабо ва бошқа ўта хавfli юқумли касалликларни четдан кириб келиши ва тарқалиш хавфини оширмоқда.

Республикамиздаги очиқ сув ҳавзаларида кузатилаётган вабо вибрионларининг доимий циркуляцияси, ушбу касалликнинг маҳаллий ҳолат сифатида қайд этилишига сабаб бўлиши мумкин.

Дунёда юзага келган муррақаб эпидемик вазият, карантин ва ўта хавfli юқумли касалликларни ҳудудимизга четдан кириб келиши, шунингдек биотерроризм хавфи тиббиёт ходимларининг ушбу касалликлар бўйича билим савиясини ошириш, касалликлар ўчоқларини тезкор равишда чегаралаш ва бартараф этиш, диагностика ва бакпрепаратлар, дезинфекцияловчи моддалар ва дори-дармонлар захирасини яратиш ҳамда юқумли касалликлар учун қўшимча шифо ўринларни аввалдан тайёрлаб қўйиш нитақозаэтади. Аҳоли пунктларининг санитария ҳолати, озик-овқат маҳсулотлари ишлаб чиқариш ва савдоси билан шуғулланувчи объектлар, водопровод, канализация тизимлари фаолияти ва очиқ сув ҳавзалари устидан давлат санитария назоратини кучайтириши талаб этади.

Вабо касаллиги устидан олиб борилаётган эпидемиологик назоратни янада такомиллаштириш мақсадида

БУЮРАМАН

1. Вабо касаллиги устидан санитария-эпидемиологик назорат ўрнатиш бўйича йўриқномаси 1- иловага;

Приложение №12
к приказу Минздрава РУз
№25 от «25» 01 2012 г

НЕСНИЖАЕМЫЙ ЗАПАС МЕДИКАМЕНТОВ В ОБЛАСТНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ СТАЦИОНАРАХ, г.ТАШКЕНТЕ (ГИБ №1) И РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАН В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

№	Наименование	Количество
1	Реополиглукин 400,0	10 флаконов
2	Дисоль 200,0	100 флаконов
3	Ацесоль 200,0	100 флаконов
4	Пенициллин 1,0	100 флаконов
5	Ампициллин 0,5	200 флаконов
6	Цефтриаксон 1,0	100 флаконов
7	Цефатоксим 1,0	100 флаконов
8	Цефазолин 1,0	50 флаконов
9	Сифлокс 0,5	100 таблеток
10	Сифлокс 0,25	100 таблеток
11	Преднизалон 25мг	50 ампул
12	Дексаметазон 4мг	50 ампул
13	Натрий оксibuтират	20 ампул
14	Дидинон 2,0	20 флаконов
15	Гепарин	100 флаконов
16	Диазолин	30 таблеток
17	Лидокаин 2% -2,0	100 ампул
18	Платифилин 1,0	10 ампул
19	Строфант «К»	40 ампул
20	Новокаин 0,5% - 5,0	300 ампул
21	Гентамицин 1,0	30 ампул
22	Анальгин 50% - 2,0	10 ампул
23	Тетрациклин гидрохлорид 0,1	2000 таблеток
24	Одноразовая система	500 штук
25	Одноразовые шприцы 5,0	500 штук
26	Одноразовые шприцы 10,0	500 штук
27	Одноразовые шприцы 2,0	2000 штук
28	Глюкоза 10% - 200,0	200 флаконов
29	Глюкоза 5% - 200,0	200 флаконов
30	Натрий хлор 0,9% - 200,0	200 флаконов

НЕСНИЖАЕМЫЙ ЗАПАС ДЕСРЕДСТВ В ОБЛАСТНЫХ ИНФЕКЦИОННЫХ СТАЦИОНАРАХ,
г. ТАШКЕНТЕ И РЕСПУБЛИКЕ КАРАКАЛПАКСТАНА ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И
ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ ЦЕЛЕЙ, В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСОБО ОПАСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

№	Наименование областей	Количество						
		Хлорамин* (кг) 102	Хлорная известь*(кг) 122	Гипохлорит кальция*(кг) 122	Гипохло- ритнатрия*(л) 400	Циперфос (кг) 4	Дельтометрин (кг) 4	
1	г.Ташкент (ТИБ №1)	102	122	122	400	4	4	
2	Анжнанская обл.	102	122	122	400	4	4	
3	Бухарская обл.	102	122	122	400	4	4	
4	Джизакская обл.	102	122	122	400	4	4	
5	Кашкаръинская обл.	102	122	122	400	4	4	
6	Навоинская обл.	102	122	122	400	4	4	
7	Наманганская обл.	102	122	122	400	4	4	
8	Самаркандская обл.	102	122	122	400	4	4	
9	Сурхандаръинская обл.	102	122	122	400	4	4	
10	Сырдаръинская обл.	102	122	122	400	4	4	
11	Ташкентская обл.	102	122	122	400	4	4	
12	Ферганская обл.	102	122	122	400	4	4	
13	Хорезмская обл.	102	122	122	400	4	4	
14	Республика К.К.	102	122	122	400	4	4	

Примечание: * Один вид из перечисленных дез. Средств

Не снижаемый запас дез. средств должен обновляться по мере истечения срока хранения

- Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги қошидаги эпидемияга қарши штаб таркибини 2 – иловага;

- ўткир диарея касалликларига чалинганларни вабога текшириш бўйича клиник ва эпидемиологик кўрсатмалар 3–иловага;

- карантин ва ўта хавfli юқумли касалликларга гумон қилинган бемор (жасад) аниқланганда, шунингдек водопровод тармоғидан ёки ичимлик сифатида фойдаланилган ҳар қандай сувдан вабо вибрионлари ажратилганда, хабар бериш тартиби (схемаси) 4–иловага;

- карантин ва ўта хавfli юқумли касалликларга гумон қилинган беморлар аниқланганда, ташхис қўйиш бўйича маслаҳат гуруҳи таркиби 5–иловага;

- юқумли касалликлар шифоналарида вабо касаллиги гумон қилинган 1 нафар беморга (жасадга) мўлжалланган намуналар олиш жамламаси, психоневрологик, наркологик шифоналарда, шошилинч тиббий ёрдам бўлимларида, поликлиникаларда, қишлоқ врачлик пунктларида, санитария назорат пунктларида намуна олиш ва шахсий шошилинч профилактика жамламалари 6–иловага;

- фаолият кўрсатаётган ва резервдаги вилоят (шаҳар) Давлат санитария-эпидемиологич назорати маркази ўта хавfli юқумли касалликлар лабораторияларини вабо диагностикаси учун керак бўлган лаборатория идишлари, бакпрепаратлар ва озука муҳитларининг камаймас захираси 7–иловага;

- Қорақалпоғистон Республикаси юқумли касалликлар шифонаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар 1–сонли юқумли касалликлар шифоналарида қафолатланган санитария-хўжалик жиҳозлари захираси 8–иловага;

- Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар Давлат санитария-эпидемиологич назорати марказларининг омбороналарида резервдаги эпид гуруҳлар учун махсус химоя кийимларининг камаймас захираси 9 – иловага;

- карантин ва ўта хавfli юқумли касалликлар қайд этилганда, Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар Давлат санитария-эпидемиологич назорати марказларида дезинфекция, дезинсекция мақсадида қўлланиладиган дезинфекция моддаларининг камаймас захираси 10–иловага;

- карантин ва ўта хавfli юқумли касалликлар қайд этилганда, Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар юқумли касалликлар шифоналарида дезинфекция, дезинсекция мақсадида қўлланиладиган дезомдаларининг камаймас захираси 11–иловага;

- карантин ва ўта хавfli юқумли касалликлар қайд этилганда, Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар юқумли касалликлар шифоналарида дори-дармонларининг камаймас захираси 12–иловага мувофиқ тасдиқлансин.

2. Қорақалпоғистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги, вилоятлар ва Тошкент шаҳар Соғлиқни сақлаш бошқармаси бошлиқларига:

- худуддаги ҳар бир туманга (шаҳарга) карантин ва ўта хавfli юқумли касалликларга қарши профилактик ва эпидемияга қарши чора-тадбирларни ташкиллаштириш бўйича мутасадди етакчи мутахассислар бириктирилсин;

- маҳаллий ҳокимликлар томонидан тасдиқланган “Карантин ва ўта хавфли юкумли касалликка гумон қилинган бемор (жасад) аниқланганда, тезкор – сафарбарлик режаси” мавжуд эпидемик вазиятнинг баъзи жиқлиги бўлган ҳолда ҳар йили кўриб чиқилсин, зарур ҳолларда тегишли ўзгартиришлар ва қўшимчалар киритилсин;

- резервдаги карантин - даволаш муассасаларида ишлаши лозим бўлган асосий ва ўринбосар тиббиёт ходимларининг рўйхатини ҳар йили кўриб чиқиб, зарур ҳолларда тегишли ўзгартиришлар киритилсин. Уларни тўплаб олиб келинадиган жойлари ва бириктирилган транспорт воситалари рўйхатига аниқлик киритилсин;

- фаолиятдаги тиббий муассасалар биноларини зарурат туғилганда госпитал, провизор госпитал, изолятор, лобаратория ва морглар учун резерв бинолар сифатида фойдаланишга тайёрлаб қўйиш аввалдан режалаштирилсин;

- жойлардаги даволаш–профилактика муассасалари тиббиёт ходимларига вабо касаллигининг диагностикаси, профилактикаси ва эпидемияга қарши тадбирлар бўйича услубий ва амалий ёрдам кўрсатиш мақсадида тайёрланган инфекционист, эпидемиолог ҳамда бактериологлардан иборат маслаҳат гуруҳлари ташкил этилсин;

- карантин ва ўта хавфли юкумли касалликлар бўйича махсус дастур юзасидан врачлар ва ўрта тиббиёт ходимларини эпидемиологлар ва бактериологлар иштирокида даволаш–профилактика муассасаларининг йўналишига қараб, назарий ва амалий машғулотлар ўтказилсин ва синовдан ўтган тиббиёт ходимларига ўрнатилган тартибда сертификатлар берилсин:

- вабо ва бошқа ўта хавфли юкумли касалликларга гумон қилинган беморлар аниқланганда, Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигига белгиланган тартибда навбатдан ташқари ахборот бериш таъминлансин;

- вабо ва бошқа ўта хавфли юкумли касалликларга гумон қилинган беморлар вафот этганда, юкумли касалликларни аниқлаш учун уларнинг жасадларидан лаборатория ташхисотига намуналар олган ҳолда патологоанатомик текшириш таъминлансин;

- Республиканинг барча вилоят, шаҳар ва туманларидаги моргларни вабо ва бошқа ўта хавфли юкумли касалликлардан ўлган беморлар жасадларини патологоанатомик текшириш ўтказиш учун доимий тайёрлиги таъминлансин;

- карантин ва ўта хавфли юкумли касалликларга гумон қилинган беморлар аниқланганда тегишли жихозлар, махсус химоя воситалари жамламалари, даволовчи ва дезинфекцияловчи воситаларнинг камаймас захирасини яратиш ҳамда тўғрисиқлини таъминлансин;

- ташқи муҳитдан О1 гуруҳга мансуб вирулентли ҳамда О139 Бенгал вибрионлари ажратилганда, шунингдек вабо ўчоғида ва охириги 5 кунда вабо бўйича нохуш эпидемик вазият кузатилаётган давлатлардан келган шахсларни вабога 3 марта бактериологик текшириш таъминлансин;

- ташқи муҳитдан вабонинг вирулентли штаммлари ажратилган жойларда ҳамда ўткир диареянинг гуруҳли ҳолатлари қайд этилганда, ўткир диареяга чалинган беморларни вабо вибрионларига 1 марта бактериологик текшириш таъминлансин;

**Приложение №10
к приказу Минздрава РУз
№25 от «25» 01 2012 г**

**НЕСНИЖАЕМЫЙ ЗАПАС ДЕЗРЕДСТВ В ЦЭСЭН г.ТАШКЕНТА, ОБЛАСТЕЙ И РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН
ДЛЯ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ И ДЕЗИНСЕКЦИОННЫХ ЦЕЛЕЙ, В СЛУЧАЕ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ОСОБО – ОПАСНЫХ
ИНФЕКЦИЙ**

№	Наименование областей	Количество									
		Хлорамин (кг)	Хлорная известь (кг)	Гипохлорит кальция (кг)	Гипохлорит натрия (л)	Бино-хлор актив (уп)	Циперфос (кг)	Дельто-метрин (кг)	Карбафос (кг)	Зоокумарин паста (г)	
1	г.Ташкент	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
2	Андижанская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
3	Бухарская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
4	Джизакская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
5	Кашкардарьинская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
6	Навоинская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
7	Наманганская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
8	Самаркандская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
9	Сурхандарьинская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
10	Сырдарьинская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
11	Ташкентская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
12	Ферганская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
13	Хорезмская обл.	20	74	74	200	1	20	20	20	200	
14	Республика К.К.	20	74	74	200	1	20	20	20	20	

Примечание: в г.Ташкенте неснижаемый запас дезсредств организуется в гордезстанции.
Не снижаемый запас дез средств должен обновляться по мере истечения срока хранения

Приложение №9
к приказу Минздрава РУз
№25 от «25» 01 2012 г

**НЕСНИЖАЕМЫЙ ЗАПАС
УКЛАДОК ЗАЩИТНОЙ СПЕЦ.ОДЕЖДЫ НА СКЛАДАХ ЦГСЭН
г.ТАШКЕНТА, ОБЛАСТЕЙ И РЕСПУБЛИКИ КАРАКАЛПАКСТАН ДЛЯ
РЕЗЕРВНЫХ ЭПИДФОРМИРОВАНИЙ
(30 КОМПЛЕКТОВ).**

№	Наименование	Кол-во
1	Пижама сатиновая	30 шт.
2	Носки х/б	30 пар
3	Халат противочумный (хирургический)	30 шт.
4	Халат медицинский	30 шт.
5	Косынка широкая (двойного размера)	30 шт.
6	Колпак медицинский	30 шт.
7	Сапоги резиновые (глубокие галоши)	30 пар.
8	Тапочки	30 пар.
9	Перчатки хирургические	60 пар.
10	Маски ватно-марлевые	60 шт.
11	Очки (мотоциклетного типа)	30 пар.
12	Полотенце вафельное	30 шт.
13	Фартук клеенчатый	30 шт.
14	Нарукавники клеенчатые	30 пар.
15	Тальк	0,3 кг
16	Мыло для очков	по 20гр. На каждую укладку
17	Мешок клеенчатый (брезентовый) для укладки	30 шт.

- ҳар йили 1 майдан 31 октябргача ўткир диареяга чалинган беморларни клиник ва эпидемиологик кўрсатмалар асосида вабога 1 марта бактериологик текшириш 3–иловага мувофиқ ташкиллаштирилсин;

- ҳар йили 1 майдан 31 октябргача психоневрологик, наркологик шифохоналарга тушган беморларда ич кетиш ҳолатлари кузатилганда, клиник ва эпидемиологик кўрсатмалар асосида вабога 1 марта бактериологик текшириш таъминлансин;

- одамлардан НАГ вибрионлари ажратилганда, уларни aloҳидалаш ҳамда вабога 1 марта бактериологик текширилсин ва мулоқотда бўлган шахслар устидан 5 кунлик тиббий кузатув ўрнатилсин.

3.Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳар Бош Давлат санитария врачларига:

- вабокасаллиги бўйича эпидемик асоратларни ўз вақтида аниқлаш мақсадида ўткир юқумли ичак касалликлари устидан тезкор эпидемиологик таҳлиллар мунтазам олиб борилсин;

- ҳар йили 15 мартгача очик сув ҳавзаларидан ва оқова сувдан вабога намуналар олиш учун эпидемиологик асосланган нукталар белгилансин;

- ҳар йили 1 апрелдан 31 октябргача тасдиқланган жадвал асосида очик сув ҳавзаларидан сув намуналари олиниб, вабога бактериологик текшириш ўтказилсин (сув ҳарорати +16°C дан паст бўлмаслиги керак), водопровод сувларини текшириш эса санитария–гигиеник ва эпидемиологик кўрсатмалар бўйича амалга оширилсин;

- эпидемик мавсумда вабога текшириш ишлари сифатини яхшилаш мақсадида ўта хавфли юқумли касалликлар лабораторияларидан узоқ жойлашган туман ва шаҳарларда туманлараро бактериологик лабораториялар ташкил этилиб, уларда кечаю–кундуз вабога текшириш ишлари амалга оширилсин. Вабога текшириш ишларини тўхтатган лабораториялар резерв сифатида қолдирилсин;

- тасдиқланган жадвал асосида ўта хавфли юқумли касалликлар лабораторияларига ташқи муҳитдан намуналар олиб етказиш таъминлансин;

- шаҳар ва вилоят Давлат санитария–эпидемиология назорати марказлари лабораторияларида одамлардан ва ташқи муҳитдан ажратилган О1 гуруҳга мансуб ва О139 Бенгал вибрионлари культураларини, шунингдек одамлардан ажратилган О1 гуруҳга мансуб бўлмаган вабо вибрионлари культураларини ўрганиб бўлгач, 24 соат ичида Республика Давлат санитария–эпидемиология назорат марказлари ўта хавфли юқумли касалликлар лабораториясига ўрнатилган тартибда етказилсин;

- одамлардан ажратилган О1, О139 ва О1 гуруҳга мансуб бўлмаган, шунингдек ташқи муҳитдан ажратилган О1 ва О139 вабо вибрионлари культуралари тасдиқланганидан кейин тўплаш ва сақлаш мақсадида белгиланган тартибда Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси маркази I-II гуруҳ инфекциялари кўзгатувчилари Миллий коллекцияга топширилсин;

- фаолиятдаги барча ўта хавфли юқумли касалликлар лабораторияларини вабо лаборатория диагностикаси учун керак бўлган жиҳозлар, диагностика умумлар ва озуқа муҳитлари билан доимий равишда таъминлансин;

**НЕСНИЖАЕМЫЙ ЗАПАС
САН.ХОЗ.ИМУЩЕСТВА ПРИ ИНФЕКЦИОННЫХ СТАЦИОНАРАХ
г.ТАШКЕНТА (ГИБ №1), ОБЛАСТЕЙ И РЕС. КАРАКАЛПАКСТАН (НА 50
КОЕК) ДЛЯ РЕЗЕРВНЫХ КАРАНТИННЫХ ЛЕЧЕБНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

№	Наименование	Кол-во
1	Рубашки нижние	50 шт.
2	Мужское бельё	50 шт.
3	Халаты (пижамы)	50 шт.
4	Носки (х/б)	50 пар
5	Наволочки матрацные	50 шт.
6	Наволочки подушечные	50 шт.
7	Подушки	50 шт.
8	Матрацы	50 шт.
9	Одеяла байковые	50 шт.
10	Простыни	50 шт.
11	Пододеяльники	50 шт.
12	Полотенца	50 шт.
13	Кровати	50 шт.
14	Ведро	5 шт.
15	Кастрюли 10 литр	5 шт.
16	Кастрюли 40 литр	2 шт.
17	Кружки (пиалы)	50 шт.
18	Ложки столовые	50 шт.
19	Ложки чайные	50 шт.
20	Тарелки (миски)	50 шт.
21	Чайники	10 шт.
22	Тазы эмалированные	5 шт.
23	Судна подкладные	10 шт.
24	Горшки эмалированные	10 шт.
25	Белье детское (комплект)	10 комп.
26	Пижамы детские	10 шт.
27	Пеленки	100 шт.
28	Клеенка подкладная	50 м
29	Халаты медицинские	20 шт.
30	Халаты технические	20 шт.
31	Косынки (колпачки)	40 шт.
32	Перчатки резиновые	20 пар
33	Тальк	0,5 кг
34	Мыло туалетное	20 шт.
35	Мыло хозяйственное	20 шт.
36	Баки для дезрастворов	4 шт.
37	Фартуки клеенчатые	10 шт.
38	Баки для питьевой воды	2 шт.

- карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар ўчоқларида эпидемияга қарши чора–тадбирларни ўтказиш мақсадида Давлат санитария–эпидемиологич назорати маркази лабораторияларида лаборатория жиҳозлари, бакпрепаратлар, дезоддалар ва махсус химоя воситаларининг камаймас захираси яратилсин ва уларни тўғри сақланиши таъминлансин;

- тиббиёт муассасаларининг карантин ва ўта хавфли юқумли касалликларга гумон қилинган беморлар аниқланганда ишлашга тайёрлиги мунтазам текшириб борилсин;

- вабонинг лаборатория диагностикаси бўйича бактериология лабораторияларига ишга қираётган ҳамда ишлаётган бактериолог врачлар ва лаборантларни ҳар йили ўта хавфли юқумли касалликлар лабораторияларида тайёрлаш ва қайта тайёрлашдан ўтказилсин;

- санитария–назорат пунктлари малакали кадрлар, тиббий жиҳоз ва усқуналар, намуналар олиш, шошилич профилактика, махсус химоя воситалари жамламалари ва дезинфекцияловчи моддалар билан доимий равишда тўла таъминлансин;

- эпидемик мавсум даврида аҳоли пунктларининг санитария ҳолати, мактабгача тарбия муассасалари, мактаблар, соғломлаштириш муассасалари, аэропортлар, автомобилватемирйўлвокзаллари, дехқонбозорлари, озик–овқат махсулотларини ишлаб чиқариш, умумий овқатланиш ва савдо қорхоналари устидан ўрнатилган тартибда мониторинг ўтказилсин;

- коммунал ва идоравий водопроводлар, канализация –тозалаш иншоотларида санитария меъёрлари ва қоидаларининг бажарилиши, водопровод ва оқава сувларни дезинфекцияси ҳамда ичимлик ва хўжалик мақсадида фойдаланиладиган сув манбаларини санитария муҳофазаси устидан ўрнатилган тартибда мониторинг ўрнатилсин;

- ҳарйили I майдан I ноябргача Қорақалпоғистон Республикаси, вилоятлар ва Тошкент шаҳрида, барча туман ва шаҳарларда карантин ва ўта хавфли юқумли касалликларни профилактикаси ва эпидемияга қарши чора–тадбирларни ташкиллаштириш ҳамда мувофиқлаштириш бўйича эпидемияга қарши штаблар ташкил этилсин;

- ўткир диареялар бўйича ҳар ойлик тезкор маълумотлар, вабонинг лаборатория диагностикаси бўйича эса 1 ва 4-чораклар бўйича умумлаштирилган ҳамда 2 ва 3 чоракларда ҳар ойлик тезкор маълумотлар Республика Давлат санитария–эпидемиология назорати марказига мунтазам тақдим этилсин.

4. Республика Давлат санитария–эпидемиология назорати маркази бош врачига:

- Республикадаги ўта хавфли юқумли касалликлар лабораториялари фаолияти ҳамда уларни озуқа муҳитлари, диагностикалар, зардоблар ва дезинфекцияловчи моддалар билан таъминланиши устидан доимий назорат ўрнатилсин.

5. Эпидемиология, микробиология ва юқумли касалликлар илмий тадқиқот институти, Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси маркази директорларига:

- вабо ва бошқа ўта хавфли юқумли касалликларни ўлка хусусиятларидан келиб чиққан ҳолда эпидемиологияси, клиникаси, даволаш усуллари, профилактикаси ва

**Приложение №7
к приказу Минздрава РУз
№25 от «25» 01 2012 г**

Неснижаемый запас лабораторной посуды, питательных сред для диагностики холеры в действующих и резервных лабораториях ЦГСЭН Республики Каракалпак-стан, областей и г.Ташкенте.

№ п/п	Наименование областей	Диагностические сыворотки холерные сухие в мл					Диагн. Бактер. фаги		Лабораторная посуда (тысяча штук)	Питательные среды(кг)								
		O1	O139	Инаба	O139	компонент	C	эльтор		Пилетки грампозитивн.	Флаккона на 100мл	Чашки Петри	Пробирки бактериальные	Стекляные предметные	Бутылки для воды	Питательные альбуминозные	Щелочной агар	Пептон основной
1	г.Ташкент	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
2	Андижанская	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
3	Бухарская	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
4	Джизакская	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
5	Кашкарарья	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
6	Навои	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
7	Наманган	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
8	Самарканд	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
9	Сурхандарья	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
10	Сырдарья	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
11	Ташкентская	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
12	Ферганская	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
13	Хорезмская	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
14	РК	3	1	1	2	1	1	1	1	0,1	0,5	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
15	ЦПКООИ РУз и подразд.	3	1	1	2	2	1	1	1	0,1	0,1	1	1	0,1	0,2	0,2	2	5
16	Лаб.ООИ РесПЦСЭН	3	1	1	2	2	1	1	1	0,1	0,1	0,5	0,5	0,1	0,1	0,2	2	5

эпидемияга қарши чора–тадбирларни такомиллаштириш бўйича изланишлар олиб борилсин;

- вабо ва бошқа ўта хавфли юқумли касалликлар муаммолари бўйича тегишли мутахассисларни жалб этган ҳолда семинарлар, илмий–амалий конференцияларни мунтазам ўтказиб, материаллари илмий журналларда ва тўпламлар тарикасида чоп этиш йўлга қўйилсин;

- вабо профилактикаси бўйича соғлиқни сақлаш органлари ва муассасаларига маслаҳат, услубий ва амалий ёрдам кўрсатилсин.

6. Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси маркази директориға:

- бактериологлар, лаборантлар ва эпидемиологларни вабо ва бошқа ўта хавфли юқумли касалликлар бўйича бирламчи мутахассисликка тайёрлаш ҳамда уларнинг малакасини ошириш Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси маркази қошида ташкил этилган курсларда ўрнатилган тартибда амалга оширилсин;

- Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси маркази ва унинг жойлардаги филиал ва бўлимлари лабораторияларида одамлардан ва ташқи муҳит объектларидан ажратилган O1 ва O139 вабо вибрионлари культураларини, шунингдек, одамлардан ажратилган O1 гуруҳига мансуб бўлмаган вабо вибрионлари культураларини Карантин ва ўта хавфли юқумли касалликлар муҳофазаси маркази ёки ушбу марказнинг Қорақалпоғистон филиалиға тасдиқлаш учун юборилиши таъминлансин.

7. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлиги Бош патологоанатоми ва Бош суд–тиббийет экспертиға:

- ҳар йили, 1чоракда, барча маъмурий ҳудудлардаги патологоанатом ва суд–тиббийет экспертларини вабо ва бошқа ўта хавфли юқумли касалликлар патологоанатомик диагностикаси бўйича тайёргарлик ва қайта тайёргарликдан ўтказилиши таъминлансин;

- патологоанатомик марказларда вабо ва бошқа ўта хавфли юқумли касалликларға гумон қилинган жасадларни аутопсия қилиш учун секцион залларнинг доимий тайёргарлиги таъминлансин;

- вилоят, туман (шаҳар) патологоанатомлари ва суд –тиббийет экспертларига вабо ва бошқа ўта хавфли юқумли касалликлар патанатомик диагностикаси бўйича доимий маслаҳат бериш ва амалий ёрдам кўрсатиш ташкил этилсин.

8. Саломатлик ва тиббий статистика институти директориға:

- барча санитария–тарғибот услубларидан фойдаланган ҳолда, аҳоли ўртасида вабо ва бошқа ўта хавфли юқумли касалликлар профилактикаси бўйича санитария–тарғибот ишлари ташкил этилсин;

- ўтқир диарея касалликлари профилактикаси мавзусига бағишланган илмий–оммавий санитария–тарғибот адабиётлари доимий равишда тайёрлансин.

9. Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазирлигининг 2009 йил 14 декабрдаги “О совершенствовании эпидемиологического надзора за холерой в Республике Узбекистан” тўғрисидаги 362-сонли буйруғи бекор қилинсин.

10. Мазкур буйруқ ижроси назорати вазирнинг биринчи ўринбосари А.В.Алимов ва вазир ўринбосари С.С.Сайдалиевлар зиммаларига юклатилсин.

Вазир



А.И.Икромов

УКЛАДКА

**для личной экстренной профилактики медицинских работников,
имевших контакт с возбудителями карантинных и особо опасных инфекций**

1. Спирт 70⁰ для обработки кожи и полости рта – 200 мл
2. Тетрациклин таблетки – 1 упаковка
3. Тетрациклин во флаконе – 2 флакона
4. Стрептомицин во флаконе 1 флакон
5. Альбуцид 30% 1 флакон
6. Дистиллированная вода – 2 ампулы (по 5 мл)
7. Ватные тампоны – 10 штук
8. Пипетки глазные стерильные – 10 штук
9. Шприцы 5 мл – 2 шт

22	Карандаш по стеклу или маркер	шт.	1
23	Бикс (металлический контейнер) для доставки проб	шт.	1
24	Инструкция по забору материала	шт.	1
25	Хлорамин в пакетах по 30 г, рассчитанный на приготовление 1 л 3-процентного раствора	шт.	10
26	Емкость на 1 л для приготовления 3% хлорамина	шт.	1
27	Сухая хлорная известь в пакете из расчета 200 г на 1 кг выделений	шт.	1
28	Перчатки резиновые	пары	2

(*) Под резиновыми пробками, завальцованными металлическими колпачками.

**УКЛАДКА
ДЛЯ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ОТ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ХОЛЕРУ
(НА 1 БОЛЬНОГО) ДЛЯ СЕЛЬКИХ ВРАЧЕБНЫХ ПУНКТОВ (СВП)**

1	Банки широкогорлые с крышками или притертыми пробками (100-200мл)	2 шт.
2	Пробирки бактериологические	2 шт.
3	Стеклянные трубки с резиновой грушей малого размера	3 шт.
4	Петли металлические в пробирках	2 шт.
5	Флаконы с 1% пептонной водой 50 мл	2 шт.
6	Перчатки хирургические	2 пары
7	Бланки направления на анализ	1 шт.
8	Пакеты полиэтиленовые	4 шт.
9	Клеенка подкладочная	0,5 метр
10	Лейкопластырь	1 упак.
11	Карандаш простой	1 шт.
12	Бикс металлический	1 шт.
13	Инструкция по забору материала	1 экс.
14	Хлорамин	300,0 гр.

Примечание: посуда, в том числе флаконы с пептонной водой подлежат стерилизации не реже 1 раза в месяц. При проростании пептонной воды, флаконы с ней заменяют на стерильные сразу при обнаружении этого.

**И Н С Т Р У К Ц И Я
по санитарно-эпидемиологическому надзору за холерой**

В настоящей инструкции представлены профилактические мероприятия, а также определен дифференцированный объем противоэпидемических мероприятий при возникновении очага холеры, которые должны осуществляться на территории Республики Узбекистан независимо от уровня эпидемического проявления холеры, но с учетом вирулентности (токсигенности) культур холерных вибрионов, выделяемых от больных (виброносителей) и из объектов окружающей среды.

Кроме этого в инструкции представлены также разделы, санитарной охраны территории, экстренной профилактики в эпидемическом очаге, клиники и лечения, больных холерой, даны расчеты для первичной регидратации при пероральном и внутривенном введении растворов, определены критерии оценки тяжести дегидратации у детей по клиническим признакам для проведения корригирующей терапии.

1. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

1.1. Организационные мероприятия.

1.1.1. Комплекс профилактических мероприятий при регистрации случаев заболевания холерой, направленных на предотвращение и их распространение проводится на территории Республики Узбекистан в соответствии с Законами Республики Узбекистан «Об охране здоровья граждан» (1996г.) и «О государственном санитарном надзоре» (1992г.) с изменениями и дополнениями., СанПиНа № 0161-04 «Узбекистон Республикаси худудини одамлар учун хавфли булган карантин ва бошқа юкумли касаллик кириб келиши ва таркалишидан мухофаза килиш».

В соответствии с этими документами в Республике Каракалпакстан, областях, городах и районах разрабатываются комплексные планы по профилактике холеры и острыми кишечными инфекциями, которые ежегодно корректируются.

На случай возникновения очага холеры разрабатываются оперативные планы противоэпидемических мероприятий в районах, городах, областях, республике Каракалпакстан с учетом различных вариантов возможной эпидемической обстановки. Планы утверждаются соответственно Советом Министров Республики Каракалпакстан и территориальными хокимиятами. Комплексные планы согласовываются заведующими отделов здравоохранения хокимиятов, главными санитарными врачами административных территорий, руководителями ведомственных служб.

1.1.2. При разработке комплексного плана профилактических и противоэпидемических мероприятий необходимо учитывать: данные анализа заболеваемости холерой людей и выделения холерных вибрионов из объектов окружающей среды; климато-географические особенности; особое внимание должно быть уделено территориям, граничащим со странами, неблагополучными по холере, с водоемами, берущими начало за рубежом; культурно-экономические и транспортные связи с эндемичными по холере странами, миграционные процессы, санитарно-гигиеническое состояние территорий (водоснабжение, канализация, санитарная очистка) и обычаи коренного населения.

1.1.3. В комплексных планах профилактических и противоэпидемических мероприятий должны быть представлены:

-вопросы обеспечения готовности и взаимодействия лечебно-профилактических, санитарно-эпидемиологических, ЦПКООИ МЗ РУз. и ведомственных медицинских служб на случай эпидемических осложнений по холере;

-обеспечение постоянного эпидемиологического надзора за холерой с учётом степени потенциальной опасности реализации ведущих путей и факторов передачи холеры и других кишечных инфекций;

-специальная дифференцированная подготовка медицинских и не медицинских кадров с учетом их образования и возложенных функций в период эпидблагополучия и эпидосложнений;

-комплекс противоэпидемических мероприятий, направленных на своевременную локализацию и ликвидацию очага холеры с расчетом необходимых для этого сил и средств с учетом возможности возникновения единичных и массовых случаев холеры;

-осуществление государственного санитарного надзора в установленном порядке за учреждениями и предприятиями жилищно-коммунального хозяйства, мясной, молочной и пищевой промышленности, торговли и общественного питания, сельского хозяйства и т.д.;

-проведение санитарно просветительной работы среди населения.

1.1.4. Оперативный план противоэпидемических мероприятий на случай возникновения очага холеры разрабатывается медицинской службой административной территории с учетом заинтересованных организаций, предприятий и учреждений и предусматривает конкретные мероприятия по обеспечению деятельности профилактической, противоэпидемической, лечебной, лабораторной, административно-хозяйственной и других служб, привлекаемой к ликвидации очага, в частности:

-порядок передачи информации об эпидемической обстановке;

-определение групп консультантов (бактериолог, инфекционист, эпидемиолог) по организации и проведению клинической и лабораторной диагностики холеры, противохолерных мероприятий;

35	Хлорамин в пакетах по 200 г, рассчитанный на 1 кг. Выделений	шт.	10
36	Перекись водорода 33%	мл	50
37	Сухая хлорная известь в пакете из расчета 200 г на 1 кг выделений	шт.	1
38	Перчатки резиновые	пары	2
39	Катетер резиновый № 26 или 28	шт	1
40	Скальпель	шт	1
41	Мыло хозяйственное	кус	1

УКЛАДКА ДЛЯ ЗАБОРА НАТИВНОГО МАТЕРИАЛА ОТ БОЛЬНОГО С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ХОЛЕРЫ (ДЛЯ ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИХ И НАРКОЛОГИЧЕСКИХ СТАЦИОНАРОВ, СТАНЦИЙ СКОРОЙ И НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ, ПОЛИКЛИНИК, СКП)

№ п/п	Наименование	Ед. изм.	Кол-во
1	Банки широкогорлые с крышками или притертыми пробками, емкостью не менее 100 мл (стерильн.)	шт.	2
2	Трубка стеклянная с резиновой грушей малого калибра или ложки (стерильн.)	шт.	2
3	Петли алюминиевые (стерильн.)	шт.	2
4	Пробирки бактериологические (стерильн.)	шт.	5
5	Тампоны ватные (стерильн.)	шт.	20
6	Шпатель деревянный (металлический) (стерильн.)	шт.	1
7	Штатив складной на 6 гнезд	шт.	1
8	Пептонная вода 1-процентная во флаконах по 50 мл (стерильн.) (*)	шт.	2
9	Спирт-ректификат 96 град.	мл	250
10	Салфетки марлевые	шт.	5
11	Спиртовка	шт.	1
12	Пинцет анатомический	шт.	1
13	Шпагат	м	2
14	Спички	кор.	1
15	Клеенка медицинская подкладная	м	1
16	Пакеты полиэтиленовые	шт.	5
17	Бумага писчая	лист	2
18	Бумага копировальная	лист	2
19	Направление на анализ (бланк)	шт.	3
20	Лейкопластырь	упак.	1
21	Простой карандаш	шт.	1

Приложение №6
к приказу Минздрава РУз
№25 от «25» 01 2012 г

ПЕРЕЧЕНЬ УКЛАДКИ ДЛЯ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ОТ БОЛЬНОГО
(ГРУПА)ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО НА ЗАБОЛЕВАНИЕ ЧУМОЙ,
ХОЛЕРОЙ, ОСПОЙ ОБЕЗЬЯН
(ДЛЯ ИНФЕКЦИОННЫХ СТАЦИОНАРОВ И ЦГСЭН)

№ п/п	Наименование	Ед. изм.	Кол-во
1	Пинцет анатомический	шт.	1
2	Ножницы	шт.	2
3	Щипцы одноразового использования 5мл и 10 мл (по)	шт.	2
4	Пробирки бактериологические (стерильн.)	шт.	5
5	Пробирки с ватными тампонами для взятия материала из зева	шт.	2
6	Пробки резиновые № 12,14 (под пробирки и флаконы)	шт	5
7	Петли алюминиевые (стерильн.)	шт.	10
8	Трубка стеклянная с резиновой грушей малого калибра или ложки (стерильн.)	шт.	5
9	Вата	г.	50
10	Банки широкогорлые с крышками или притертыми пробками, емкостью не менее 200 мл (стерильн.)	шт	5
11	Шпатель деревянный (металлический) (стерильн.)	шт.	1
12	Штатив складной на 6 гнезд	шт.	1
13	Пептонная вода 1-процентная во флаконах по 50 мл (стерильн.)*	шт.	2
14	Спирт-ректификат 96 град.	мл	250
15	Вода дистиллированная в ампулах по 50 мл	шт.	2
16	Стекла предметные	шт.	2
17	Спиртовка	шт.	1
18	Физ.раствор в ампулах	шт.	2
19	Йод 10%	Фл.	1
20	Стерилизатор среднего размера	шт	1
21	Клеенка медицинская подкладная	м	1
22	Бульон мясопептонный по 10 мл в проб.	шт	5
23	Бульон мясопептонный по 50 мл во флаконе	фл	1
24	Спички	кор.	1
25	Нитки суровые для лигатур	м	0,5
26	Пакеты полиэтиленовые	шт.	4
27	Бумага писчая	лист	2
28	Пенал металлич. для пробирок	шт	1
29	Направление на анализ (бланк)	шт.	3
30	Лейкопластырь	упак.	1
31	Простой карандаш	шт.	1
32	Карандаш по стеклу или маркер	шт.	1
33	Бикс (металлический контейнер) для доставки проб	шт.	1
34	Инструкция по забору материала	шт.	1

-паспортизация и определение реальной мощности госпитальной и лабораторной баз на случай единичных и массовых заболеваний, порядок их развертывания с учетом соблюдения требований Правил «Биологической безопасности при работе с патогенными биологическими агентами 1-П групп опасности» № 012-3/0193, функционирования в качестве стационаров специального назначения: холерный госпиталь, провизорный госпиталь, изолятор;

-расчеты и порядок обеспечения необходимым оборудованием и имуществом, медикаментами и дезинфицирующими средствами, диагностическими препаратами, реактивами и питательными средами, медицинским и другим обслуживающим персоналом;

-организация дезинфекционных мероприятий;

-выделение дополнительного транспорта и обеспечение средствами связи лечебно-профилактических и санитарно-противоэпидемических учреждений;

-другие мероприятия с учетом местных условий и эпидемической обстановкой.

1.2.Подготовка кадров

1.2.1.На территории Республики Узбекистан проводится теоретическая и практическая подготовка по холере медицинских работников общей медицинской сети, ведомственных медицинских и других служб на курсах специализации и усовершенствования по карантинным и особо опасным инфекциям, семинарах, научно- практических конференциях и на рабочих местах:

-заместителей главных врачей лечебно-профилактических учреждений, заведующих врачебными участками, медицинские работники прививочных пунктов;

-врачей инфекционистов, терапевтов и других специалистов, приписанных к стационарам специального назначения (холерные, провизорные стационары, изолятор);

-бактериологов и лаборантов лабораторий отделов особо опасных инфекций областных ЦГСЭН;

-медицинских работников ЦГСЭН и дезинфекционных станций (эпидемиологов, бактериологов, дезинфекционистов и специалистов санитарного профиля);

-медицинских работников станции, отделов скорой помощи, провизоров, и патологоанатомов, судебно-медицинских экспертов моргов стационаров;

-медицинских работников, ведомственных медицинских служб, психоневрологических и наркологических стационаров, лечебно-трудовых профилакториев;

- немедицинских работников гражданской авиации, железно-дорожного транспорта, речного флота (бортпроводников, проводников, командиров экипажей, помощников капитанов и др.);

-немедицинских работников, привлекаемых к работе в карантинных лечебных учреждениях, бактериологических лабораториях;

1.2.2. Проводятся тренировочные учения и практические занятия с отработкой функциональных обязанностей и практических навыков на случай выявления больного с подозрением на холеру.

1.3. Мероприятия по предупреждению завоза холеры из-за рубежа.

Мероприятия проводятся в соответствии с Международными Медико Санитарными Правилами (ММСП2005) и действующими «Санитарными правилами по охране территории Республики Узбекистан от заноса и распространения карантинных и других опасных для человека инфекций». Они обязательны для соблюдения всеми государственными органами и предприятиями, независимо от видов их собственности, а также всеми должностными лицами.

1.3.1. Прибывшие в Республику Узбекистан из зарубежных стран, неблагополучных по холере, транспортные средства (воздушные, речные суда, поезда, автотранспорт) грузы, экипажи (бригады) и пассажиры, независимо от их государственной принадлежности, подлежат медицинскому (санитарному) досмотру в соответствии с «Положением о медицинском (санитарном) досмотре пунктах пропуска через Государственную границу Республики Узбекистан» («Зарегистрировано» Министерством юстиции РУз от 29.05.2000г. за № 927).

1.3.2. Медицинский (санитарный) досмотр, прибывающих в республику из-за границы воздушных судов независимо от их государственной или ведомственной принадлежности проводят санитарно-контрольные пункты (СКП) международных аэропортов при получении информации о наличии на борту больного с симптомами холеры, согласно «Положения о медицинском (санитарном) досмотре пунктах пропуска через Государственную границу Республики Узбекистан» («Зарегистрировано» Министерством юстиции РУз от 29.05.2000г. за № 927).

1.3.3. Проведение медицинского (санитарного) досмотра прибывающих из неблагополучных по холере стран пассажирских и грузовых железнодорожных составов проводят санитарно-контрольные пункты Среднеазиатской железной дороги при получении информации об обнаружении в поезде больного с подозрением на холеру, согласно «Положения о медицинском (санитарном) досмотре пунктах пропуска через Государственную границу Республики Узбекистан» («Зарегистрировано» Министерством юстиции РУз от 29.05.2000г. за № 927).

1.3.4. Медицинский (санитарный) досмотр речных судов и других плавсредств, прибывающих в республику из неблагополучных по холере стран, осуществляют санитарно-карантинные отделы (СКО) речных портов, согласно «Положения о медицинском (санитарном) досмотре пунктах пропуска через Государственную границу Республики Узбекистан» («Зарегистрировано» Министерством юстиции РУз от 29.05.2000г. за № 927).

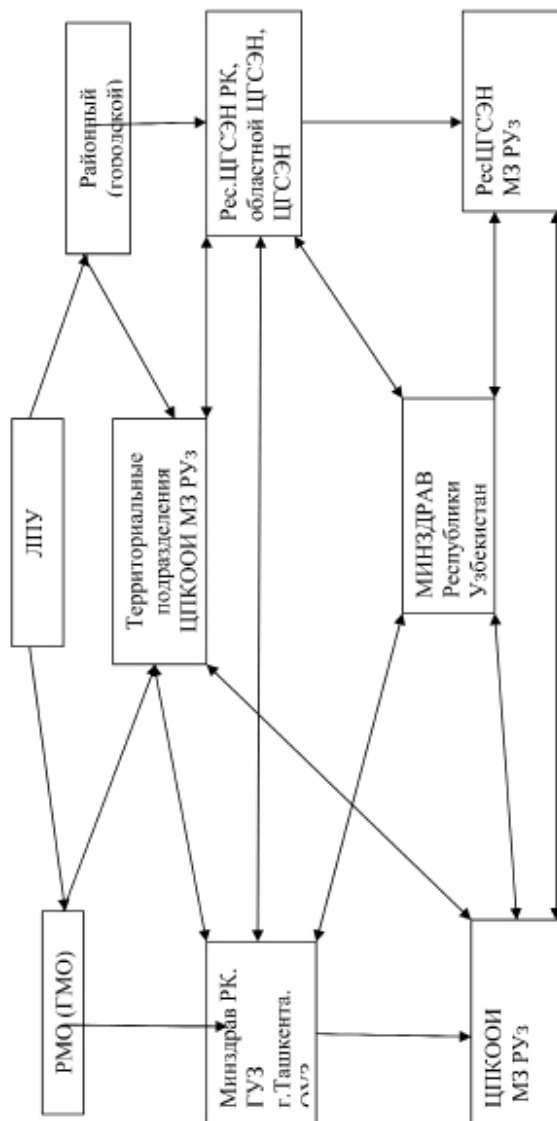
1.3.5. В случае необходимости проведение медицинского (санитарного) досмотра на автотранспортных средствах, прибывающих из-за рубежа создаются СКП, действующие в соответствии «Положения о медицинском (санитарном) досмотре

Приложение №5
к приказу Минздрава РУз
№25 от «25» 01 2012 г

КОНСУЛЬТАТИВНАЯ ГРУППА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РУЗ ПО ДИАГНОСТИКЕ КАРАНТИННЫХ И ОСОБО ОПАСНЫХ
ИНФЕКЦИЙ У ЛЮДЕЙ

№	Ф.И.О.	Ученая степень, занимаемая должность и место работы	Телефон	
			Сл.	Мобил.
1	Мадаминов М.М.	зам начальник ГУСЭН МЗ РУз	244-16-03	155-69-98
2	Халилов М.А.	И.О директора ЦПКООИ МЗ РУз	246-36-84	103-97-53
3	Мусабаев Э.И.	д.м.н., профессор, директор НИИ Вирусологии, главный инфекционист МЗ РУз	224-83-26 224-51-07	186-91-64
5	Бобоходжаев С.Н.	д.м.н., профессор, зам. директора НИИЭМИЗ МЗ РУз	243-27-21	342-89-58
4	Сапаров Х.Б.	к.м.н., зав ООИ РесЦГСЭН МЗ РУз	278-46-52	981-42-36
6	Зайцева Т.С.	к.м.н., зав лаборатории ООИ РесЦГСЭН МЗ РУз	276-32-66	336-31-49
7	Якубова И.	бактериолог ЦПКООИ МЗ РУз	246-36-84	446-61-26

СХЕМА
ОПОВЕЩЕНИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО (ГРУПА) ПОДОЗРИТЕЛЬНОГО
НА КАРАНТИННЫЕ И ОСОБО
ОПАСНЫЕ ИНФЕКЦИИ



пунктах пропуска через Государственную границу Республики Узбекистан» («Зарегистрировано» Министерством юстиции РУз от 29.05.2000г. за № 927).

1.3.6. При выявлении больного холерой (подозрительного на холеру) на прибывшем из-за рубежа средстве проводятся:

- срочная госпитализация больного;
- изоляция (по эпидемическим показаниям, с учетом риска заражения) или медицинское наблюдение за пассажирами и членами экипажа (бригады) на срок 5 дней (инкубационный период при холере);
- бактериологическое обследование и профилактическое лечение граждан (членов экипажей, бригад, пассажиров) по эпидемиологическим показаниям;
- обеззараживание воды, пищевых продуктов (за исключением груза), экскрементов и сточных вод, включая балластные, отбросов и любых других веществ, которые считаются зараженными;
- дезинфекция ёмкостей для воды и рыбопродуктов (на промышленных судах), а также оборудования для обработки и хранения пищи.

1.3.7. У иностранных граждан в обязательном порядке забирают материал (испражнения, рвотная масса) для бактериологического исследования на холеру лишь при наличии симптомов, свидетельствующих о возможности заболевания холерой с согласия обследуемого.

1.3.8. Иностранные граждане, заболевшие острыми кишечными инфекциями в течение пяти дней после прибытия из неблагополучных по холере стран и находящиеся на стационарном лечении подлежат трехкратному бактериологическому исследованию;

1.3.9. Пищевые продукты, представляющие собой груз транспортного средства, где во время рейса имел место случая холеры, подвергаются бактериологическому исследованию на холеру только в том случае, если этот груз предназначен для республики.

1.3.10. Министерства, ведомства, предприятия, национальные компании, концерны, хокимияты областей, г.Ташкента и Совет Министров Республики Каракалпакстан:

-своевременно представляют территориальным органам ЦГСЭН достоверные сведения о группах и отдельных лицах, прибывающих из неблагополучных по холере стран с указанием маршрутов их следования, места и срока пребывания в республике для проведения за ними в случае необходимости медицинского наблюдения;

-при заключении договоров, соглашений, контрактов и др. на пребывание граждан Республики Узбекистан в странах, неблагополучных по холере, предусматривают обеспечение для них приглашающей стороной нормальных бытовых условий и медицинского обслуживания;

-проводят подготовку уезжающих в такие страны по мерам индивидуальной защиты от холеры.

1.3.11. Национальная авиакомпания «Ўзбекистон хаво йўллари» обеспечивает:

- персональную ответственность командиров кораблей за достоверность санитарной части генеральной декларации рейсов из-за рубежа;
- подготовку летного состава по профилактике карантинных и особо опасных инфекций;
- взаимодействие с СКП аэропорта согласно «Положения о медицинском (санитарном) досмотре пунктах пропуска через Государственную границу Республики Узбекистан»;
- своевременное обеззараживание мусора и бытовых отходов с международных рейсов;
- санитарно-контрольные пункты, обнаружившие среди прибывших из-за рубежа больного, подозрительного на холеру, помещают его в изолятор, выявляют контактировавших с ним, принимают меры к их изоляции и обеспечивают внеочередную информацию об этом соответствующих органов здравоохранения.

1.3.12. ГАЖК «Темир йўллари» обеспечивает:

- подготовку бригадиров и проводников по профилактике карантинных и особо опасных инфекций;
- взаимодействие с СКП железной дороги, согласно «Положения о медицинском (санитарном) досмотре пунктах пропуска через Государственную границу Республики Узбекистан»;
- своевременное обеззараживание мусора и бытовых отходов в поездах;
- санитарно-контрольные пункты, обнаружившие среди прибывших из-за рубежа больного, подозрительного на холеру, помещают его в изолятор, выявляют контактировавших с ним, принимают меры к их изоляции и обеспечивают внеочередную информацию об этом соответствующих органов здравоохранения.

1.4. Эпидемиологический надзор за населением и окружающей средой.

Цель эпидемиологического надзора - предупреждение возникновения эпидемических осложнений по холере среди населения в условиях продолжающейся циркуляции холерных вибрионов в поверхностных водоемах республики.

Эпидемиологический надзор по холере предусматривает систему мер, включающих своевременное выявление больных холерой и вибрионосителей, обнаружение холерных вибрионов в объектах окружающей среды, информационное обеспечение, выяснение факторов, определяющих развитие эпидпроцесса, выработку обоснованных рекомендаций к планированию и проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий с оценкой их эффективности.

Эпидемиологический надзор за холерой осуществляется на территории всей республики дифференцированно, с учетом особенностей эпидемических проявлений холеры, специалистами ЦГСЭН и лечебно-профилактических учреждений.

Клинические и эпидемиологические показания для обследования на холеру больных с острыми диареями

Клинические показания:

- водянистый (обильный) характер стула в виде рисового отвара, без запаха;
- многократная водянистая рвота не связанная с приёмом пищи
- признаки тяжелого обезвоживания (падение АД, тахикардия, одышка, олигурия, судороги)
- отсутствие болей в животе
- температура в пределах или ниже нормы

Эпидемиологические показания

- Обследование больных с острыми диареями, на территории, где из объектов внешней среды, выделены токсигенные (вирулентные) и авирулентные культуры холерных вибрионов O1 и O139 Бенгал;
- случаи групповых (5 и более) заболеваний острыми диареями;
- больные с острыми диареями в очагах холеры;
- больные острыми диареями, прибывшие в течение последних 5 дней из неблагополучных по холере стран.

*Приложение №2
к приказу Минздрава РУз
№25 от «25» 01 2012 г*

**СОСТАВ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОГО ШТАБА МИНИСТЕРСТВА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

1. ТУЙЧИЕВ Л.Н. – начальник ГУСЭН МЗ РУз (начальник штаба)
2. МАДАМИНОВ М.М. – зам.начальника ГУСЭН МЗ РУз (заместитель)
3. ХАЛИЛОВ М.А. – И.О.директора ЦПКООИ МЗ РУз
4. АХМЕДОВА М.Д. – директор Уз НИИЭМИЗ МЗ РУз
5. МУСАБАЕВ Э.И. – директор НИИ Вирусологии, главный инфекционист МЗ РУз
6. УМИРЗАКОВ Б.К. – главный врач Рес.ЦГСЭН
7. ШОУМАРОВ С.Б. – директор НИИСиГ
8. МАМАТКУЛОВ И.Х. – главный эпидемиолог МЗ РУз
9. ХУДОЙКУЛОВА Г.К. – главный детский инфекционист МЗ РУз

1.4.1. Бактериологические исследования на холеру материала от людей (трупов) и из окружающей среды проводятся лабораториями ЦПКООИ и его подразделениями, лабораториями особо опасных инфекций республиканских и областных ЦГСЭН, а также бактериологическими и межрайонными лабораториями, определяемыми для этих целей Министерством здравоохранения Республики Узбекистан. Исследования проводятся в соответствии с действующими инструкциями и методическими указаниями по бактериологической диагностике холеры.

1.4.2. Эпидемиологический надзор на территории всей Республики предусматривает:

-информационное обеспечение Главным управлением санитарно-эпидемиологического надзора, которое сообщает о заболеваемости холерой за рубежом и на территории Республики Министерству здравоохранения республики, главным врачам ЦГСЭН Республики Каракалпакстан, областей, г. Ташкента, ЦПКООИ и его подразделений, а так же противочумных учреждений ГАЖК “Темир йўллари” и НГМК Учкудукской ПЧС;

-ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями с особым вниманием на заболевания неустановленной этиологии во взаимосвязи с санитарным фоном, условиями рекреационного водопользования, определением территорий, устойчиво неблагоприятных по уровню заболеваемости острыми кишечными инфекциями и с тенденцией к их росту; установление причин высокой заболеваемости, выявление ведущих факторов и путей передачи, которые могут иметь значение в распространении острых кишечных инфекций и холеры для обоснования проведения мероприятий, предусмотренных системой эпидемиологического надзора;

-ретроспективный и оперативный анализ при холере с учетом вирулентности (токсигенности), выделенных культур путем определения уровня инфицированности (число больных и вибрионосителей на 100 тысяч населения), интенсивности и периода выделения холерных вибрионов из объектов окружающей среды, условий для их сохранения; установления причин возникновения вспышек, ведущих путей и факторов передачи, условий, способствующих распространению холеры (климатогеографические, экологигиенические, социальные и др.) и определения наиболее неблагоприятных регионов Республики (областей, городов и районов);

-бактериологическое обследование больных острыми кишечными инфекциями по клиническим и эпидемиологическим показаниям;

-комплексную эпидемиологическую оценку санитарно-гигиенических условий населенных пунктов Республики Узбекистан в соответствии с нормативными документами в целях профилактики кишечных инфекций;

-анализ культурно-экономических и транспортных связей со странами, неблагоприятными по холере и проведение комплекса профилактических мероприятий по предупреждению завоза холеры на территорию республики из-за рубежа.

1.4.3. Больные острыми кишечными инфекциями подлежат бактериологическому обследованию на холеру до начала антибактериальной терапии.

1.4.4. Сроки (сезон года) бактериологического обследования на холеру определяется приказами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан и с учетом изменения эпидемической обстановки могут уточняться областными органами здравоохранения.

1.4.5. Кратность бактериологического обследования на холеру определяется с учетом контингентов обследуемых, вирулентности (токсигенности) холерных вибрионов, выделяемых из объектов окружающей среды.

Бактериологическому обследованию на территории республики подлежат трехкратно:

-больные с острыми диареями при выделении из поверхностных водоемов вирулентных (токсигенных) штаммов холерных вибрионов;

-больные с острыми диареями в очаге холеры (вибриононосительства) до ликвидации очага;

-граждане Республики Узбекистан, заболевшие острыми кишечными инфекциями в течение пяти дней после прибытия из неблагополучных по холере стран.

Бактериологическому обследованию на холеру подлежат однократно:

-больные с острыми диареями при выделении из объектов внешней среды авирулентных штаммов холерных вибрионов;

-больные с острыми диареями при возникновении групповых заболеваний и пищевых токсикоинфекций;

1.4.6. Вскрытие и бактериологическое исследование на холеру проводится от умерших с подозрением на холеру и кишечных инфекциях неустановленной этиологии.

1.4.7. Бактериологическое исследование водопроводной воды проводится по санитарно-гигиеническим и эпидемиологическим показаниям.

1.4.8. Определение стационарных и временных точек забора пробы воды из открытых водоёмов для исследования на холеру осуществляются с учётом эпидемической ситуации городскими и районными ЦГСЭН с учетом данных паспортизации точек забора.

1.4.10. Сроки и кратность бактериологического исследования на холеру воды поверхностных водоемов устанавливаются действующими приказами Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, как правило, они приходятся на апрель-октябрь при температуре воды поверхностных водоемов не ниже 16°C.

1.4.11. Вода для централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, хозяйственно-бытовые сточные воды, сточные воды инфекционных стационаров, бань, исследуется по эпидпоказаниям (появление больных холерой, вибриононосителей или выделение холерных вибрионов 01 группы из объектов окружающей среды).

проведенные первичные противоэпидемические мероприятия, оснащенность медучреждения специалистами, имуществом, медикаментами.

При выделении холерного вибриона из водопроводной сети сообщаются: адрес водопровода, его назначение, дата и количество выделенных культур, их основная характеристика, предпринимаемые меры.

Внеочередные донесения предоставляются:

1. В Минздрав Республики Узбекистан по телефону 239-48-08, 239-41-60

2. В ГУСЭН МЗ РесУз в дневное время по телефону 239-47-21

3. Дежурному по Минздраву в ночное время по телефону 239-47-21

4. В ЦПКООИ МЗ РУз по факсу 246-42-28, телефон 246-36-84

5. В Республиканский ЦГСЭН МЗ РесУз телефон и факс 278-46-52

Составители: Саудалиев С.С., Туйчиев Л.Н., Мадаминов М.М., Сапаров Х.Б., Мусабаяев Э.И., Маматкулов И.Х., Худайкулова Г.К., Махмудова Г.И., Халилов М.А., Каршиева Н.З., Бабаев С.И., Зайцева Т.С., Ташибаев Н.С., Мусаева А.М., Ходжаев У.У., Ногаева С.,

Тяжелая	7 – 9% массы тела	Кал водянистый, полупрозрачный, (рисовой отвар) непроизвольный стул. Неукротимая рвота судороги. пулс– не ощупывается, А/Д не определяется, анурия, Т=36,5°с.	В/в 0,9% NaCl глюкоза 5%, литр со скоростью 100 кап. в 1 ^л (стройно) Тетрацилин 0,3 – 0,5г.
Очень тяжелая	Более 9% массы тела.	Без сознания, понос, рвоты нет. Пулса – нет Т=36,5°с.	То же 6 – 7 литров

6.УСТРОЙСТВО И РЕЖИМ ХОЛЕРНОГО И ПРОВИЗОРНОГО СТАЦИОНАРОВ, ИЗОЛЯТОРА

6.1.Устройство и режим холерного и провизорного стационаров, а также изолятора должны соответствовать требованиям **Правил «Биологической безопасности при работе с патогенными биологическими агентами I-II групп опасности» № 012-3/0193.**

Порядок предоставления внеочередной информации о выявлении случаев, подозрительных на карантинные инфекции

О всех случаях заболеваний (смертей) людей с подозрением на карантинные инфекции (чума, холера, желтая лихорадка), оспа обезьян, болезнь легионеров, вирусные высококонтагиозные геморрагические лихорадки, а также при выделении холерного вибриона 01 серогруппы из источников централизованного водоснабжения внеочередные донесения незамедлительно, любыми доступными способами предоставляются выявившими такие случаи учреждениями по соответствующим инстанциям в соответствии с приказом Минздрава Республики Узбекистан № 280 от 11.09.2009г. «Ўзбекистон Республикаси СС вазирлиги га навбатдан ташқари юбориладиган тезкор хабарлар тўғрисида».

Сообщаются данные: место выявления, Ф.И.О. больного, возраст, гражданство, адрес проживания или время прибытия в Узбекистан, дата заболевания, дата выявления, предварительный диагноз, основные симптомы, число контактных,

1.5.Мероприятия при выделении холерных вибрионов из объектов внешней среды.

1.5.1.При выделении вирулентных (токсигенных) штаммов холерных вибрионов из поверхностных водоемов, а также до установления вирулентности (токсигенности) выделенных культур:

- вводятся ограничительные мероприятия на водопользование поверхностными водоемами в местах, определяемых органами санитарного надзора;
- увеличивается количество точек забора проб воды поверхностных водоемов и исследования на холеру проводится ежедневно;
- проводится эпидемиологическое обследование с целью установления источников контаминирования поверхностных водоемов;
- осуществляется бактериологическое обследование на холеру больных острыми кишечными инфекциями, поступающих в стационары, трехкратно.

1.5.2.При выделении вирулентных (токсигенных) штаммов холерных вибрионов из хозяйственно-сточных вод:

- вводятся ограничительные мероприятия на водопользование поверхностными водоемами в местах сброса в них сточных вод, из которых выделены холерные вибрионы;
- увеличивается количество точек забора проб воды поверхностных водоемов ниже сброса сточных вод и исследования проводятся ежедневно;
- проводится эпидемиологическое обследование с целью установления источников контаминирования сточных вод;
- осуществляется бактериологическое обследование на холеру больных острыми кишечными инфекциями, поступающих в стационары (с учетом данных эпидрасследования) трехкратно.

1.6.Санитарно-просветительная работа осуществляется круглогодично с увеличением объемов ее в эпидемическом сезоне и с использованием всех видов массовой информации для повышения знаний населения.

2.ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

2.1.ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

2.1.1.Очаг холеры объявляется решением Советом Министров Республики Каракалпакстан, хокимиятов областей, города или района по представлению территориальной ЧПК при выявлении первого случая заболевания холерой (вибрионосительства).

2.1.2.Общее руководство и контроль за проведением противоэпидемических мероприятий в очагах холеры осуществляется Чрезвычайной противоэпидемической комиссией (ЧПК) района, города, области, республики.

Медицинский штаб ЧПК непосредственно организует весь комплекс противохолерных мероприятий через лечебную, профилактическую, противоэпидемическую, лабораторную, административно-хозяйственную и другие службы которые формируются при штабе.

2.1.3. Локализация и ликвидация очага проводится по оперативному плану противоэпидемических мероприятий, разрабатываемому медицинским штабом ЧПК.

2.1.4. Границы очага холеры определяются на основании результатов эпидемиологического обследования с учетом действующих путей распространения и факторов передачи инфекции.

2.2. КОМПЛЕКС ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, ПРОВОДИМЫЕ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВИРУЛЕНТНОСТИ (ТОКСИГЕННОСТИ) ВЫДЕЛЕННЫХ КУЛЬТУР ХОЛЕРНЫХ ВИБРИОНОВ.

2.2.1. При выделении от больных холерой и вибрионосителей вирулентных (токсигенных) штаммов холерных вибрионов проводится:

- госпитализация больных холерой, в том числе с подозрением на холеру, а также вибрионосителей в холерный госпиталь;

- эпидемиологическое расследование каждого случая холеры и вибрионосительства;

- выявление, изоляция и медицинское наблюдение, трехкратное бактериологическое обследование на холеру и превентивное лечение (по эпидпоказаниям) контактных по риску инфицированности;

- активное выявление, госпитализация с трехкратным бактериологическим обследованием на холеру всех больных с диареей и рвотой в провизорный госпиталь;

- оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости холерой с выявлением особенностей водопользования;

- профилактическая и заключительная дезинфекция;

- увеличение точек забора и объёма бактериологических исследований на холеру объектов окружающей среды;

- введение ограничительных мероприятий на водопользование поверхностными водоемами в зависимости от конкретной эпидемической обстановки и санитарно-гигиенических условий;

- усиление санитарного надзора за местами рекреационного водопользования предприятиями общественного питания, пищевой промышленности и торговли пищевыми продуктами, водопроводными и канализационными сооружениями и т.п..

2.2.2. При выделении от больных холерой и вибрионосителей слабо- и авирулентных (атоксигенных) штаммов проводится:

- госпитализация больных холерой и вибрионосителей в холерный госпиталь;

воды и солей, потерянных до начала лечения). Регидратация рассматривается как реанимационное мероприятие.

Для лечения используют различные полиионные растворы. Наиболее апробированным является раствор трисоль. Для приготовления раствора берут апирогенную бидистиллированную воду, на 1 л который добавляют 5 г хлорида натрия, 4 г гидрокарбоната натрия и 1 г хлорида калия. Более эффективным в настоящее время является раствор квартасоль, содержащий на 1 л воды 4,75 г хлорида натрия, 1,5 г хлорида калия, 2,6 г ацетата натрия и 1 г гидрокарбоната натрия. Можно использовать раствор ацесоль – на 1 л апирогенной воды 5 г хлорида натрия, 2 г ацетата натрия, 1 г хлорида калия. Раствор хлосоль: на 1 л апирогенной воды, 4,75 г хлорида натрия, 3,6 г ацетат натрия, 1,5 г хлорида калия и раствор лактасол – содержащий на 1 л апирогенной воды, 4,75 г хлорида натрия, 3,3 г лактата натрия, 0,3 г гидрокарбоната натрия, 1,5 г хлорида калия, 0,16 г хлорида кальция и 0,1 хлорида магния.

Всемирной организацией здравоохранения рекомендован «раствор ВОЗ»: на 1 л апирогенной воды, 4 г хлорида натрия, 1 г хлорида калия, 5,4 лактата натрия и 8 г глюкозы.

Второй этап интенсивной терапии больных холерой – компенсаторно-поддерживающая регидратация. После выведения из дегидратационного шока с целью поддержания достигнутого равновесия проводят коррекцию продолжающихся потерь воды и электролитов. Вводить нужно такое же количество и с такой же скоростью, с которой больной теряет с испражнениями, рвотными массами, мочой, кроме того, учитывают, что за сутки взрослый человек теряет с дыханием и через кожу 1-1,5л жидкости.

Неотложная помощь больным холерой

Формы	Степень дегидратации	Клинические признаки	Неотложная помощь
Легкая	1 – 3 % массы тела	Кал жидкий, до 10 раз, жажда, сухость во рту	Питье до утоления жажды (глюкосолан) NaCl – 3.5 KCl – 1.5 Глюкоза – 20г. Кипяч. вода 1,0л Na Бикор – 2,5г. +в/в кап. 1,0л 0,9%NaCl 5% - глюкоза Тетрациклин – 0,3г.
Средняя	4 – 6% массы тела	Кал водянистый, до 20г.в сутки, рвота, слабость. Боли в мышцах, слабый пульс, А/Д снижается, Т=36,5°с.	В/в 0,9% NaCl 5% - глюкоза до 3 – 4 л скорости 60 кап в 1 ^л Тетрациклин 0,3 – 0,5г.

4.3.17.Выписку из истории болезни перенесших, холеру (вибрионосительство) главный врач больницы направляет в установленном порядке заведующему территориальным лечебным учреждением (больница, поликлиника) по месту жительства выписываемого.

4.3.18.В выписке из истории болезни указываются: клинический (с указанием степени дегидратации) и бактериологический диагноз перенесенного основного и сопутствующих заболеваний; данные о проведенном лечении, результаты всех исследований, выполненных перед выпиской больного, клиническая характеристика больного в момент выписки и указания о необходимости диспансерного наблюдения.

4.3.19.Лечебные учреждения, планируемые в качестве стационаров для лечения больных карантинными инфекциями, имеют неснижаемый запас медикаментов и соответствующего оборудования, обновляемые по мере надобности.

5.СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ ХОЛЕРЫ

Наиболее рациональной применительно к условиям России и большинству стран СНГ является разработанная и обоснованная по многим показателям В.И.Покровским и В.В.Малеевым следующая схема лечения тетрациклином больных холерой и зависимости от степени дегидратации и периода заболевания.

При дегидратации 1 – 2 степени тетрациклин назначается перорально по 300 мг через 6 ч в течение 5 суток.

При дегидратации 3–4 степени этиотропная терапия должна начинаться вместе с регидратационной с назначения высших разовых доз. Через 6 – 8 при полноценной водно–солевой терапии почти все больные могут принимать тетрациклин внутрь. В этом периоде проводится комбинированная терапия: 250 – 300 мг тетрациклина назначается внутрь (50–60% дозы), остальное количество высшей разовой дозы вводится внутривенно капельно. После появления калового стула и увеличения диуреза (обычно на 2 – 4е сутки лечения) внутривенное вливание антибиотика прекращается, и тетрациклин назначается внутрь по 500 мг через 6 ч. Общая продолжительность курса тетрациклинотерапии – 5 суток.

При отсутствии тетрациклинов или при их непереносимости можно проводить лечение триметопримом с сульфаметоксазолом (котримоксазолом) по 160 и 800 мг дважды в день в течение 3 дней или фуразолидоном по 0,1 г через 6 ч в течение 3–5 дней. Детям назначают триметоприм – сульфаметоксазол по 8 и 40 мг/кг массы тела 2 раза в день в течение 3 дней или фуразолидон в суточной дозе 5 мг/кг в 4 приема в течение 3 дней. Перспективны при лечении холеры фторхинолоны.

Первый этап представляет собой так называемую первичную дегидратацию, суть которой состоит внутривенном введении большого объема (до 10% от массы тела больного) полиионного изотонического раствора в течение 1,5–2 ч (пополнение

-эпидемиологическое расследование каждого случая холеры и вибрионосительства;

-выявление, однократное бактериологическое обследование и медицинское наблюдение за контактными по месту жительства, работы или учебы;

-изоляция, трехкратное бактериологическое обследование на холеру и превентивное лечение контактных с больными или вибрионосителями лиц, работающих на предприятиях общественного питания, пищевой промышленности, торговли продовольственными товарами;

-однократное бактериологическое обследование на холеру больных острыми диареями, поступающих в стационары;

-текущая и заключительная дезинфекция;

-другие профилактические и противоэпидемические мероприятия проводятся в зависимости от местных условий по решению территориальной ЧПК.

До получения результатов определения вирулентности (токсигенности) проводится комплекс противоэпидемических мероприятий, предусмотренных при выделении вирулентных штаммов холерных вибрионов.

Немедленно представляется информация по подчиненности о всех случаях заболеваний холерой или вибрионосительства независимо от вирулентности (токсигенности) выделенных культур холерных вибрионов в областные, районные(городской) ЦГСЭН, а так же рай (гор) медобъединения и отделы здравоохранения, Министерство здравоохранения республики, ЦПКООИ и его территориальные подразделения в установленном порядке.

2.3.ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ ХОЛЕРОЙ, ВИБРИОНОСИТЕЛЕЙ И ИЗОЛЯЦИЯ КОНТАКТНЫХ С НИМИ

2.3.1.Госпитализацию в стационар больных холерой и вибрионосителей обеспечивают службы скорой медицинской помощи на автотранспорте этих учреждений бригадами эвакуаторов в составе врача или среднего медицинского работника и санитаря.

Больных холерой с обезвоживанием III и IV степени госпитализируют в холерный госпиталь реанимационные бригады на специально оборудованном транспорте.

2.3.2.Транспорт для госпитализации больных холерой оснащают регидратационными системами, посудой для сбора выделений больного, дезинфицирующими средствами, емкостью для дезинфицирующих средств, ветошью, гидропультом, подкладной клеенкой. Во время транспортировки больных в случае необходимости проводят текущую дезинфекцию машины.

2.3.3.Лиц, контактировавших с больным холерой (вибрионосителем) направляют в изолятор в сопровождении среднего медицинского работника на специальном транспорте, выделенном станцией скорой медицинской помощи или эпидперевозки.

2.3.4. Персонал бригад эвакуаторов должен быть одет в пижаму, хирургический халат, шапочку или косынку (противочумный костюм 4-го типа). Персонал, обслуживающий эвакуотранспорт, после окончания смены проходит санитарную обработку.

2.3.5. После госпитализации больных или вибрионосителей и изоляции контактных транспорт подлежит заключительной дезинфекции силами лечебного учреждения или эвакубригады на территории больницы в санитарном шлюзе или на специально выделенной площадке. Для обработки транспорта выделяют инвентарь (гидропулт или автомакс, а также ветошь и тару для раздельной обработки пола, стен, носилок, предметов ухода).

2.4. ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ

2.4.1. Эпидемиологическому обследованию подлежит каждый случай заболевания холерой или вибрионосительства по месту жительства, работы и учебы и т.п. больного (вибрионосителя). Его организует служба госсанэпиднадзора и непосредственно осуществляют группа эпидемиологического обследования очага, состоящие из врача – эпидемиолога и его помощника.

2.4.2. Обследование проводится с целью установления источника инфекции, конкретных мест и условий заражения больного или вибрионосителя, выявления контактировавших с ними лиц, а также определения объема мероприятий конкретно в каждом очаге.

2.4.3. Эпидемиологическое обследование включает: предварительную оценку эпидемической ситуации по материалам планового эпидемиологического надзора за холерой и другими кишечными инфекциями; эпидемиологическую оценку санитарно-гигиенических условий хозяйственно-питьевого и культурно-бытового водопользования; выяснение быта населения. На основе этих данных определяются: границы очага, эпидемически наиболее опасные участки и группы риска заражения в пределах очага (проживающие вблизи водоемов, контаминированных холерными вибрионами, страдающие анацидными и гипоацидными гастритами, хроническими заболеваниями гепатобиллиарной системы и перенесшие резекцию желудка, злоупотребляющие алкоголем, лица без определенных занятий), которые подлежат медицинскому наблюдению, а по показаниям – бактериологическому обследованию.

2.4.4. При проведении эпидемиологического обследования врач-эпидемиолог:

-собирает эпидемиологический анамнез;

-организует отбор проб (материал от больных, вода, смывы с предметов обихода, содержимое неканализованных туалетов и т.п.), необходимых для бактериологического исследования;

4.3.9. Водно-солевая терапия должна прекращаться после значительного уменьшения объема стула, появления испражнений калового характера при отсутствии рвоты и преобладания количества мочи над количеством испражнений в течение последних 6-12 часов.

4.3.10. Суммарный объем растворов, вводимых взрослому больному холерой за 3-5 дней лечения, составляет 10-30 литров и более.

4.3.11. Больным холерой, у которых была регидратация П-1У степени, в периоде реконвалесценции показаны продукты, содержащие соли калия (курага, черная смородина, виноград, картофель и др.), а также перорально назначаются аротат калия или панангин по 1-2 таблетки 3 раза в день, 10%-ные растворы уксуснокислого или лимоннокислого калия по 1 столовой ложки 3 раза в день.

4.3.12. При лечении декомпенсированного обезвоживания назначение сердечно-сосудистых средств не показано. Прессорные амины противопоказаны. Они усугубляют нарушение микроциркуляции и способствуют развитию острой почечной недостаточности.

4.3.13. Помимо регидратационной терапии больным холерой назначается доксициклин перорально по 0,1 каждые 12 часов в первые сутки лечения, а в последующие дни по 0,1 один раз в сутки. При отсутствии доксициклина назначают тетрациклин по 0,3 – 0,5 через каждые 6 часов или левомицетин по 0,5 через каждые 6 часов. Дозы указанных препаратов для детей определяют в соответствии с п.2.11.2. При назначении антибиотиков продолжительность диареи сокращается, а объем водно-солевых потерь уменьшается. Вне зависимости от степени дегидратации антибиотики необходимо принимать в течение 5 дней.

4.3.14. Бактериологическое обследование вибрионосителей производится до начала их лечения антибиотиками. Большинство среди тех вибрионосителей, которые выделяют возбудитель непродолжительно или однократно («транзитроно носительство»), не нуждаются в антибиотикотерапии. Это основная группа вибрионосителей. Она должна изолироваться и проходить контрольное бактериологическое обследование. В антибиотикотерапии нуждаются те вибрионосители, которые выделяют вибрион повторно или страдают микст-инфекциями, инвазиями или хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта. В этих случаях наряду с обязательным лечением сопутствующих заболеваний назначается доксициклин в вышеуказанной дозе или тетрациклин по 0,3 каждые 6 часов. Длительность антибиотикотерапии вибрионосителей – 3-5 дней.

4.3.15. Выписка больных холерой (вибрионосителей) производится после их выздоровления, завершения регидратационной и этиотропной терапии и получения отрицательных результатов бактериологического исследования.

4.3.16. Контрольное бактериологическое исследование перед выпиской из стационара производится через 24-36 часов после окончания лечения антибиотиками. Исследованию подлежат: испражнения – трехкратно, а у лиц из числа декретированных контингентов также и порции В- и С- желчи –однократно.

Мл/л – необходимая скорость перорального введения регидратационного раствора;

Р - масса тела больного в кг;

П - процент дефицита массы тела больного, который обусловлен обезвоживанием.

В ряде случаев регидратацию целесообразно проводить путем введения глюкозо-электролитного раствора через назогастральный зонд, при повторяющейся рвоте, нарастающих потерях жидкости, а также у больных сахарным диабетом и престарелых следует переходить на внутривенную инфузию полиионных растворов.

Больным с обезвоживанием III-IV степени в периоде регидратации абсолютно показано внутривенное струйное введение полиионных растворов. При этом раствор, подогретый до 36-38⁰С, вводится струйно с объемной скоростью 70-120 мл за минуту (до 5-7 литров за 1-1,5 часа). Наиболее адекватное замещение теряемых ионов и оптимальная коррекция нарушений гомеостаза достигается при внутривенной инфузии раствора «Квартасоль», который содержит натрия хлорида – 4,75 г, натрия ацетата – 2,5 г, натрия бикарбоната – 1,0 г, калия хлорида – 1,5 г на 1 литр апиrogenной воды.

4.3.6. Струйное введение жидкости должно прекращаться после нормализации пульса, восстановления артериального давления, ликвидации гиповолемии, гемоконцентрации ацидоза и легочной гипертензии.

4.3.7. Коррекцию продолжающихся потерь воды и солей в тяжелых случаях проводят в течение нескольких суток. При этом объем вводимой жидкости находится в прямой зависимости от объема испражнений и рвотных масс, которые измеряются по 4-6 часовым интервалам и фиксируются в реанимационной карте. В эту карту заносят сведения о пульсе, артериальном давлении, частоте дыхания, температуре тела, а также физико-химические показатели крови: плотность плазмы, индекс гематокрита, концентрации электролитов, показатели кислотно-щелочного равновесия. С учетом исследованных показателей проводится индивидуальная коррекция потерь жидкости и метаболических нарушений.

Корректирующую терапию обычно проводят путем внутривенной капельной инфузии указанных полиионных растворов или, если позволяет состояние больного, переходят на пероральное введение указанных выше глюкозо-электролитных растворов.

4.3.8. Водно-солевая терапия при холере у детей также проводится внутривенным вливанием раствора «Квартасоль», а в случаях исходной гипогликемии – раствора «Квартасоль» с добавлением 15-20 г- глюкозы на 1 литр раствора. Регидратация у детей до двух лет осуществляется капельной инфузией и продолжается 6-8 часов, причем в первый час вводится лишь 40% объема жидкости, необходимого для регидратации. Возмещение потерь жидкости у детей с регидратацией I-II степени целесообразно проводить путем питья или вливания глюкозо-электролитного раствора через назогастральный зонд.

-составляет список лиц, контактировавших с больным или вибрионосителем, и находившихся в одинаковых условиях по риску инфицирования;

-дает указание медицинским работникам о порядке медицинского наблюдения;

-намечает объем и очередность дезинфекционных и других мероприятий по предупреждению распространения инфекции;

-выявляет лиц, контактировавших с больным холерой или вибрионосителем, выбывших из очага до начала эпидобследования с целью направления экстренных извещений в территориальный ЦГСЭН, куда выехали эти лица;

-дополняет данные эпидобследования сведениями, получаемыми от госпитализированного больного (вибрионосителя), из историй болезни, амбулаторных карт и других первичных медицинских документов;

-анализирует результаты определения вирулентности (токсигенности) культур холерных вибрионов, выделенных в очаге, для определения объема противоэпидемических мероприятий.

2.4.5. По результатам эпидемиологического обследования заполняется карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания, дополненная следующими данными:

-клиническая форма заболевания;

-результаты бактериологических исследований на холеру (дата и часы забора материала, результаты):

-испражнений;

-рвотных масс;

-желчи;

-выезжал ли больной (вибрионоситель) в течение 5 последних дней (когда, куда);

-кто, когда, откуда приезжал к больному (вибрионосителю) в течение последних 5 дней;

-выделение культур холерных вибрионов из объектов окружающей среды: когда и где выделены культуры, их серовар, фаговар, вирулентность (токсигенность);

-прием антибиотиков и других химиотерапевтических препаратов до госпитализации (когда, какие, длительность приема);

-имелись ли случаи аварий водопроводной сети, перебоев в подаче воды, нестандартных проб воды, на каком конкретном участке и когда;

-пользовался ли больной (вибрионоситель) водой поверхностного водоема на протяжении 5 последних дней (наименование водоема, место, когда, характер водопользования);

-количество изолированных и находящихся под медицинским наблюдением из числа контактировавших и находящихся в одинаковых условиях по риску инфицирования;

-результаты лабораторного обследования контактировавших.

2.5. ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ХОЛЕРУ

2.5.1. Больные с дисфункцией кишечника и рвотой выявляются активно на всех этапах оказания медицинской помощи, в организованных коллективах, на каждом предприятии и в учреждении, а на территориях с высоким уровнем заболеваемости острыми диареями и неудовлетворительным санитарно-гигиеническим обеспечением – путем подворных обходов.

2.5.2. В период угрозы и эпидосложнений подворные обходы проводятся силами общей медицинской сети, при необходимости привлекать студентов старших курсов медицинских институтов и колледжей.

2.5.4. О каждом выявленном больном с диареей и рвотой в установленном порядке сообщается на станцию скорой медицинской помощи для госпитализации и передаётся экстренное извещение в территориальный ЦГСЭН.

2.5.5. Сведения о результатах активного выявления больных ежедневно предоставляются в территориальную поликлинику, которая направляет сводные данные за сутки по участкам обслуживания в территориальный ЦГСЭН, а о проведенных мероприятиях на участках за сутки - в медицинский штаб.

2.6. ВЫЯВЛЕНИЕ ВИБРИОНОСИТЕЛЕЙ

2.6.1. Группы населения, подлежащие обследованию на вибрионосительство, определяются в каждом конкретном случае службой госсанэпиднадзора и утверждаются медицинским штабом.

2.6.2. Обязательному обследованию на вибрионосительство в очагах холеры подлежат контактировавшие с больными холерой и вибрионосителями, независимо от того, изолированы они или оставлены на дому для медицинского наблюдения, а также лица, находящиеся с ними в одинаковых условиях по риску инфицирования.

2.6.3. По решению медицинского штаба может проводиться обследование отдельных профессиональных групп (в том числе групп риска) населения – однократно.

2.6.4. Дискретированные группы населения (работники водопроводных сооружений, очистных сооружений и санитарной очистки), подлежащие бактериологическому обследованию на холеру, определяются на основании результатов эпидемиологического анализа, в процессе которого выявлены основные пути и факторы распространения инфекции, представляющие особый риск для инфицирования определенных групп населения, постоянно или временно проживающих в пределах очага.

2.6.5. Организация и проведение бактериологического обследования перечисленных контингентов возлагаются на противоэпидемическую и лабораторную службу медицинского штаба.

солевого баланса определение небольшого дефицита жидкости при начальных степенях дегидратации представляет известные трудности, особенно при невозможности проведения специальных лабораторных исследований. В этих случаях на практике возможно выделение трех степеней дегидратации, определяемых на основании клинических признаков.

4.3. Лечение

4.3.1. В связи с ведущим значением обезвоживания в патогенезе холеры лечебные мероприятия должны быть направлены в первую очередь на восстановление водно-солевого баланса. Правильно проведенная регидратационная терапия даже без дополнительных методов лечения может снизить летальность при холере практически до нуля.

4.3.2. Водно-солевою терапию необходимо начинать в максимально ранние сроки от начала болезни. Промедление в несколько часов может оказаться роковым для больного. При обезвоживании III-IV степени уже во время транспортировки больного в стационар должно быть начато внутривенное или оральное введение жидкости.

Водно-солевая терапия проводится в два этапа: первый этап – регидратация – восстановление исходных потерь жидкости в течение первых часов после начала терапии, второй этап – коррекция продолжающихся потерь воды и солей, которая проводится весь последующий период до прекращения диареи.

4.3.3. Регидратация у взрослых должна быть проведена в течение 1-3 часов в объеме, который соответствует исходному дефициту массы тела. Терапевтическая тактика при этом всецело определяется состоянием больных и, прежде всего, степенью обезвоживания.

4.3.4. Больным с обезвоживанием I и II степени регидратацию проводят путем перорального введения жидкости. Показано назначение регидратационного средства, который растворяют в питьевой воде при T° 40-42°С непосредственно перед употреблением. Приготовленный раствор содержит натрия хлорида – 2,6 г, тринатрий цитрат – 2,9 г, калия хлорида – 1,5 г, глюкоза – 13,5 г на литр питьевой воды.

При отсутствии официального препарата возможно приготовление в аптеке навесок солей для разового применения. Ввиду неспособности солевых составов, которые содержат натрий бикарбонат, хранится в течение длительного времени, в последние годы вместо натрия бикарбоната в состав солевой смеси стали вводить натрий цитрат в дозе 2,9 г. Взрослому приготовленный раствор назначается для питья, исходя из оптимальной объемной скорости введения препарата – 1-1,5 л/час. Больные обычно пьют по 200 мл каждые 8-12 минут в течении 2-3 часов. Расчет объема раствора, который необходимо ввести перорально за 1 час производится по формуле, которая учитывает массу тела больного и степень его обезвоживания:

$$\text{мл/час} = \frac{P \times \Pi}{6} \times 10, \text{ где}$$

6

периодическим возбуждением больных. Выражены и другие симптомы эксикоза: цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, снижение тургора кожи (кожная складка сохраняется длительное время), осиплость голоса вплоть до афонии. Отмечается падение артериального давления, слабый частый пульс, нередко коллаптоидное состояние, снижение температуры тела до 35,5-36°C. Язык – сухой, при пальпации живота определяется урчание, возможна легкая болезненность в эпигастриальной и околопупочной области. Стужение крови умеренно выражено, плотность плазмы равняется 1028-1032 г/л, индекс гематокрита – 0,48-0,55л/л. Концентрация ионов калия и хлора в крови снижаются при относительной гипернатриемии.

4.2.5. Дегидратация IV степени или декомпенсированное обезвоживание (алгид) встречается в 8-15% и характеризуется стремительным развитием болезни, протекающей с первых часов в непрерывных дефекациях и с обильной рвотой. Уже в первые 10-12 часов развивается обезвоживание, достигающее 10 и более процентов массы тела. У некоторых больных к моменту поступления в стационар вследствие паретического состояния желудочно-кишечного тракта, понос и рвота могут прекратиться, появляясь вновь в процессе регидратации или после ее окончания.

Все симптомы эксикоза бывают выражены в полной мере: заостряются черты лица, появляется симптом «темных очков» вокруг глаз, кожные покровы холодные по ошупь, липкие, наблюдается их общая синюшность. Судорожные сокращения распространяются на основные группы скелетных, а иногда и гладких мышц, становятся продолжительными, периоды расслабления почти не выражены, наблюдается вынужденное положение конечностей. Характерна и гипотермия, афония, резкое снижение тургора кожи, самопроизвольное сморщивание её в виде «руки прачки». Больные находятся в состоянии прострации. Сопорозное состояние или даже кома развиваются лишь незадолго до смерти. Пульс – частый, слабого наполнения, нередко не прощупывается. Артериальное давление – резко снижено или не определяется, дыхание – поверхностное, до 50-60 в минуту, развивается гиповолемический шок, анурия и предсмертная асфиксия.

4.2.6. При исследовании периферической крови выявляется увеличение числа эритроцитов (от 7×10^6 в 1 мкл.), лейкоцитов (до $20-60 \times 10^3$ в 1 мкл.), нейтрофильный сдвиг лейкоцитарной формулы, повышенная агрегация форменных элементов крови, значительность плазмы – 1035-1045 г/л, гипокалиемия (до 2,5 ммоль/л), метаболический ацидоз. По данным ЭКГ отмечаются признаки диастолической перегрузки правых отделов сердца и тахикардия. Больные с III-IV степенью обезвоживания нуждаются в немедленном проведении регидратации.

4.2.7. У детей в возрасте до 3-х лет холера протекает наиболее тяжело, что обусловлено наряду с обезвоживанием, поражением центральной нервной системы: наблюдается адинамия, клонические судороги, конвульсии, нарушения сознания, возможно развитие комы, отчасти связанное с развивающейся гипогликемией.

У детей раннего возраста из-за высокой физиологической лабильности водно-

2.7. МЕРОПРИЯТИЯ В ОТНОШЕНИИ ЛИЦ, КОНТАКТИРОВАВШИХ С БОЛЬНЫМИ ХОЛЕРОЙ И ВИБРИОНОСИТЕЛЯМИ.

2.7.1. Показания к изоляции контактировавших определяются эпидемиологом с учетом степени контакта с больным (вибрионосителем), уровня санитарного благоустройства мест общего пользования, особенностей профессиональной деятельности и связанной с этим их эпидемиологической опасности.

2.7.2. На лиц, контактировавших с больными холерой и вибрионосителями, составляют списки с указанием их адреса, места работы, их деятельности, учебы, времени, степени и характера контакта.

2.7.3. Изоляции подлежат лица, имевшие контакт с больными холерой (вибрионосителем) в бытовых условиях: члены семьи больного, а также проживающие в одной коммунальной квартире, пользующиеся общим туалетом, кухней и имеющие другие формы непосредственного постоянного контакта, а также лица из числа контактировавших, подвергавшихся одинаковому с больным (вибрионосителем) риску инфицирования.

2.7.4. Обязательной изоляции подлежат контактировавшие с больным или вибрионосителем из числа декретированных контингентов.

2.7.5. Допускается оставление на дому одного из трудоспособных членов семьи, подлежащих изоляции, для ведения домашнего хозяйства.

2.7.6. За контактировавшими, которые не помещены в изолятор, устанавливают медицинское наблюдение по месту жительства, в условиях производства, учебы и т.п. в течение 5 суток с трехкратным (на протяжении первых суток наблюдения) бактериологическим обследованием на холеру при выделении от больных (вибрионосителей) вирулентных (токсигенных) штаммов холерных вибрионов и однократным при выделении авирулентных (атоксигенных) штаммов вибрионов и профилактическим лечением антибиотиками (по эпидпоказаниям).

2.8. ДЕЗИНФЕКЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

2.8.1. Заключительную дезинфекцию по месту выявления больного (вибрионосителя) обеспечивает дезинфекционная станция или отдел дезинфекции центров госсанэпиднадзора.

2.8.2. Заключительную дезинфекцию выполняют по месту жительства не позднее 3-х часов с момента госпитализации (смерти) больного (вибрионосителя), а по месту работы или учебы - не позднее первых суток после выявления.

2.8.3. По прибытии в очаг персонал, выполняющий дезинфекцию, одевает противочумный костюм II-го типа, дополненный клеенчатыми нарукавниками и фартуком, а также респиратором РУ-60М или РПГ-67 с патроном марки А, и проводит обработку в такой последовательности:

- обильно орошает дезинфицирующим раствором пол, начиная от входа;
- обеззараживает выделения больного и остатки пищи;
- собирает всю посуду и обеззараживает её;
- отбирает мягкие вещи (белье, постельные принадлежности, ковры, дорожки, верхнюю одежду и т.д.) для обеззараживания в дезинфекционной камере, укладывает их в мешки, увлажненные дезинфицирующим раствором, оформляет документы, переносит вещи в машину;
- обеззараживает предметы обстановки и орошает стены на высоту до 2-х метров;
- по окончании обработки помещения больного и контактировавших обеззараживают кухню, ванную, туалет, коридор, повторно орошают пол;
- обеззараживают санитарно-дворовые установки (туалетные, мусорные ящики, ёмкости для мусора и ямы, помойные ямы);
- при наличии колодцев проводят обеззараживание их срубов и хлорирование воды в них.

По окончании обработки очага дезинфекционная бригада обеззараживает свою спецодежду (обувь, перчатки, резиновые фартуки) и меняет халаты.

2.8.4. При обнаружении больного (вибрионосителя) по месту его работы (учебы) в обязательном порядке проводят обеззараживание в помещении, где находился больной (вибрионоситель) – непосредственно на его рабочем месте, а также в местах общего пользования – буфетах (рабочих столовых), душевых и санузлах.

2.8.5. В поликлиниках, амбулаториях и других лечебно-профилактических учреждениях при обнаружении больного холерой или с подозрением на неё силами персонала этих учреждений проводят дезинфекцию испражнений и рвотных масс, кабинета врачей и других помещений, где находился больной, мест общего пользования, спец.одежды персонала, участвовавшего в приёме и осмотре больного, инструментария, использованного во время приема больного.

2.8.6. Перед развешиванием стационаров и изоляторов проводят профилактическую дезинфекцию и дезинсекцию в помещениях и на территории.

2.8.7. В стационарах (отделениях) текущую дезинфекцию проводит младший медицинский персонал под непосредственным руководством старшей медицинской сестры отделения. Маточные растворы дезинфицирующих средств готовят централизованно дезинфекторы стационара в специальном помещении.

- 2.8.8. В стационаре (отделении) для больных холерой или с подозрением на нее:
- проводят санитарную обработку больного I-II степени дегидратации в санитарном пропускнике приемного отделения (при этом душем не пользуются) с последующим обеззараживанием смывных вод и помещения;
 - вещи больного собирают в клеенчатый мешок и отправляют для обеззараживания в дезинфекционную камеру;
 - помещение приёмного отделения дезинфицируют после приема больного;
 - больных обеспечивают индивидуальными горшками или подкладными суднами;

Дегидратация III степени

Дегидратация IV степени или декомпенсированное обезвоживание.

4.2.2. У больных с дегидратацией I степени жидкий стул и рвота обычно не повторяются чаще 2-4 раз и общая потеря жидкости не превышает 3% массы тела. Самочувствие больных, как правило, удовлетворительное, жалобы сводятся к ощущению слабости, сухости во рту, жажды. Физико-химические показатели крови не отклоняются от показателей здоровых лиц. Длительность болезни чаще ограничивается 1-2 днями. При таком течении холеры больные обычно не обращаются за медицинской помощью, выявление их связано с наибольшими диагностическими трудностями, поскольку без бактериологического обследования зачастую невозможно отличить холеру от желудочно-кишечных заболеваний другой этиологии. Холера с дегидратацией I степени встречается наиболее часто, в 50-60% случаев и регистрируется, главным образом, в разгаре и на спаде эпидемии.

4.2.3. При дегидратации II степени, наблюдаемой с 15-20% больных, потери жидкости составляют 4-6% массы тела. Заболевание начинается остро, чаще всего с появления обильного стула, который становится более частым – 10-15 раз в сутки, постепенно теряет каловый характер и приобретает вид рисового отвара. Иногда стул может иметь желтовато-коричневатый и красноватый оттенок, в редких случаях вследствие примеси крови от может иметь вид «мясных помоев». Понос обычно не сопровождается болями в животе, тенезмами, хотя умеренные боли могут иметь место. Вскоре к поносу присоединяется обильная рвота, которая редко сопровождается тошнотой. Наблюдается быстрое нарастание явлений обезвоживания. Больные жалуются на недомогание, резкую слабость, головокружение, сухость во рту, жажду. Кожа сухая, как правило, бледная. Часто наблюдается нестойкий цианоз, преимущественно губ и пальцев рук, охриплость голоса, возможно снижение тургора кожи. У отдельных больных появляются кратковременные судороги икроножных мышц, кистей, стоп, судорожные подергивания жевательных мышц. Преобладает тахикардия, нередко имеет место гипотония и олигурия. Признаки сгущения крови минимальные. Возможно ее компенсаторное разжижение. Нарушения электролитного состава крови не постоянны и носят транзиторный характер, чаще наблюдается гипокалиемия и гипохлоремия. Заболевание продолжается в среднем 3-4 дня.

4.2.4. Больные с дегидратацией III степени теряют жидкость в объеме 7-9% массы тела. От двух начальных степеней эта форма холеры отличается выраженными симптомами обезвоживания и состоянием неустойчивой компенсации, вместе с тем, в отличие от степени IV, отсутствуют вторичные нарушения гомеостаза и органная патология, экзикоз и дефицит электролитов исчезают более быстро в процессе регидратационной терапии. Водянистый характер, большая частота, объем испражнений и рвотных масс с первых часов болезни характерны для данной формы. Больных беспокоит неутолимая жажда, постоянные позывы на рвоту, судороги мышц верхних и нижних конечностей сопровождаются мучительными болями и

баланса электролитов. В механизме возникновения диареи ведущая роль отводится гиперсекреции эпителиальных клеток крипт тонкого кишечника. Холероген вызывает активацию фермента аденилатциклазы, обуславливающую накопление циклического 3-5 – аденозин-монофосфата, что приводит к гиперсекреции электролитов и воды. При этом всасывание ионов страдает в гораздо меньшей степени, хотя оно не в состоянии компенсировать чрезмерный объем секреции. Всасывание ионов натрия восстанавливается наиболее быстро, особенно в условиях приема глюкозы. Указанный патофизиологический механизм лежит в основе эффективности оральной терапии глюкозо-электролитными растворами. Всасывание ионов калия и бикарбоната нарушается в значительно большей степени и восстанавливается медленно, что способствует развитию гипокалиемии и метаболического ацидоза. Поражение эпителия тонкого кишечника сопровождается изменениями в мембранах клеток, повышается активность некоторых групп простагландинов и других внутриклеточных медиаторов.

4.1.2. Для холеры характерны потери жидкости и электролитов с испражнениями и рвотными массами, которые в короткий срок достигают объемов, практически не встречающихся при других патологических состояниях.

В некоторых случаях объем теряемой жидкости (на фоне регидратационной терапии) может в два раза превышать массу тела больного. Дегидратация и дисбаланс электролитов является ведущим звеном в патогенезе холеры. Другие механизмы (интоксикация, аллергия и др.) имеют второстепенное значение. Гиповолемический шок, метаболический ацидоз, острая почечная недостаточность развиваются лишь при декомпенсированно обезвоживании.

4.2. К л и н и к а

Инкубационный период при холере в зависимости от заражающей дозы, вирулентности вибрионов и восприимчивости организма человека длится от 1 до 5 дней (чаще 1-2 дня).

Возможна различная клиническая картина болезни – от бессимптомного вибрионоительства до тяжелейших состояний, протекающих с резким обезвоживанием и нарушением функции жизненно-важных органов. Тяжесть клинического течения болезни и интенсивность терапии определяются в первую очередь выраженностью обезвоживания. Степень обезвоживания устанавливается на основании клинической картины болезни, результатов клинико-физиологических исследований и для удобства оценки объема раствора, необходимого для регидратации, выражается в процентах дефицита массы тела больного.

Различают 4 степени обезвоживания:

Дегидратация I степени

Дегидратация II степени

-выделения больных обеззараживают в емкостях. Обеззараженные выделения выливают в канализацию или выносят в специально подготовленную водонепроницаемую выгребную яму, а судна и горшки дополнительно обеззараживают погружением в дезинфицирующий раствор в специально выделенном помещении;

-мягкий инвентарь (нательное и постельное белье больных) собирают в клеенчатые мешки (в бак с крышкой) и обеззараживают кипячением или путем замачивания в дезинфицирующем растворе в специально выделенном помещении;

-постельные принадлежности (одеяла, матрацы, подушки) после выписки или смерти больного обеззараживают в дезинфекционной камере;

-столовую посуду после пользования больным освобождают от остатков пищи, обеззараживают кипячением или погружают в дезинфицирующий раствор. После обеззараживания посуду моют, сушат и вновь используют, не вынося из отделения;

-в палатах, коридорах, пищеблоках проводят не реже 2 раз в течение дня влажную уборку с использованием дезинфицирующих растворов;

-во всех помещениях и на территории инфекционного стационара проводят противомушинные мероприятия;

-уборочный инвентарь (тазы, ведра и др.) маркируют, используют строго по назначению и обеззараживают после каждого использования;

-при закрытии стационара проводят заключительную дезинфекцию с обязательным бактериологическим контролем ее качества.

2.8.9. Вскрытие, транспортировку и захоронение трупов проводят в соответствии с действующими **Правилами «Биологической безопасности при работе с патогенными биологическими агентами I-II групп опасности» № 012-3/0193 (07.01.2011г.)**.

2.8.10. Профилактические дезинфекционные мероприятия по показаниям (обеззараживание санитарно-дворовых установок) и истребительные мероприятия против мух в населенных пунктах в период вспышки холеры проводят соответствующие подразделения дезинфекционной службы. Для проведения противомушиных мероприятий привлекают также ветеринарную службу (по решению ЧПК).

2.8.11. Методическое руководство за организацией и проведением дезинфекционных мероприятий, а также визуальный, бактериологический и химический контроль за качеством дезинфекции осуществляют специалисты дезинфекционных отделов центров госсанэпиднадзора.

2.9. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЪЕКТОВ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ В ОЧАГЕ

2.9.1. Обязательному бактериологическому исследованию подлежит вода поверхностных водоемов в местах сброса хозяйственно-бытовых сточных вод, в местах массового организованного рекреационного водопользования и других временных точках, определяемых по эпидпоказаниям.

2.9.2. Хозяйственно-бытовые сточные воды исследуются по эпидпоказаниям.

2.9.3. Объекты исследования, число точек забора и кратность бактериологического исследования проб из объектов окружающей среды определяются решением медицинского штаба с учетом вирулентности (токсигенности) культур холерных вибрионов, выделяемых в очаге.

2.10. ОГРАНИЧИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ ПРИ ВОЗНИКНОВЕНИИ ОЧАГОВ ХОЛЕРЫ

2.10.1. К ограничительным мерам относятся:

-запрещение водопользования поверхностными водоемами в местах, определяемых органами государственного санитарного надзора независимо от вирулентности (токсигенности) выделенных культур холерных вибрионов;

-запрещение выезда из населенного пункта в случае выявления больного холерой (вибрионосителя) в организованных коллективах (санаторно-курортные учреждения, туристические базы, пионерские лагеря и т.д.);

2.10.2. Перечисленные ограничительные меры вводятся по представлению органов здравоохранения решениями хокимиятов соответствующих районов, городов, областей, постановлениями Жукорги Кенгес Республики Каракалпакстан.

2.10.3. Границы территории, на которой вводятся те или иные ограничительные меры, определяют, исходя из конкретной эпидемической обстановки, возможных факторов передачи инфекции, санитарно-гигиенических условий, интенсивности миграции населения и транспортных связей с другими территориями.

2.11. ЭКСТРЕННАЯ ПРОФИЛАКТИКА

2.11.1. Экстренной профилактике подвергаются контактировавшие с больным холерой (вибриононосителем) в семье, квартире, по месту работы, отдыха, лечения, а также лица находившиеся в одинаковых условиях по риску инфицирования (по эпидпоказаниям).

2.11.2. Для экстренной профилактики назначают тетрациклин, сифлокс или таревид:

Препараты	Разовая доза в г.	Кратность применения в сутки	Средняя суточная доза в г.	Продолжительность применения, в днях
Тетрациклин	0,5-0,3	2-3	1,0	5

3.2. Профилактические мероприятия в населенных пунктах

3.2.1. Медицинский штаб на основании эпидемиологического анализа в очаге холеры разрабатывает конкретные предложения, направленные на устранение причин возможного возникновения эпидемических осложнений и вносит соответствующие коррективы в комплексный план профилактических мероприятий при холере.

3.2.2. Органами государственного санитарного надзора обеспечивается усиленный контроль за состоянием хозяйственно-питьевого водоснабжения населения, условиями и состоянием канализования населенного пункта, эффективностью очистки и обеззараживания хозяйственно-бытовых сточных вод, условиями рекреационного водопользования, санитарно-гигиеническим состоянием детских дошкольных и оздоровительных учреждений, психоневрологических стационаров, условиями размещений студенческих строительных отрядов, соблюдением технологических санитарных норм и правил на предприятиях пищевой промышленности, общественного питания и торговли пищевыми продуктами.

3.2.3. Продолжается систематическое проведение целенаправленной санитарно-просветительной работы по профилактике холеры и острых кишечных инфекций.

4. ПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ХОЛЕРЫ

4.1. Патогенез

4.1.1. Холерные вибрионы проникают в организм человека через рот с инфицированной водой или пищей. Вероятность заражения и тяжесть течения холеры зависят от вирулентности вибрионов, заражающей дозы и восприимчивости организма. Заражающая доза вибрионов огромна и при эффективной барьерной функции желудка колеблется от 10 и 100 миллиардов микробных тел.

Возможность сохранения микробов в желудке и проникновение их в жизнеспособном состоянии в тонкий кишечник резко повышается при сопутствующих заболеваниях желудочно-кишечного тракта, сопровождаемых снижением кислотности желудочного сока, его неравномерной секрецией, ускоренной перистальтикой, в случаях злоупотребления алкоголем, после перенесенной резекции желудка. Для таких пациентов заражающая доза вибрионов уменьшается в сто тысяч раз и составляет око 1 млн. микробных тел. Эти лица болеют холерой чаще и более тяжело. Ведущая роль желудочного барьера в защите от заражения холерой доказана в экспериментальных исследованиях.

Проникнув в дистальные отделы тонкого кишечника, вибрионы прилипают (адгезируются) к слизистой оболочке, интенсивно размножаются, образуя холерный токсин. Холерный энтеротоксин (синонимы: экзотоксин, холероген) является причиной развития острой диареи, приводящей к дегидратации и нарушению

2.14.7. Результаты эпидемиологического анализа оформляются в виде объяснительной записки, докладываются ежедневно в медицинский штаб и являются основанием для внесения соответствующих коррективов в направленность, объем и организацию противоэпидемических мероприятий.

2.14.8. Очаг считают ликвидированным через десять дней после госпитализации последнего больного (вибрионосителя) независимо от вирулентности (токсигенности) выделенных штаммов холерных вибрионов и проведения заключительной дезинфекции. Стационары (отделения) для больных холерой (вибрионосителей) и бактериологические лаборатории, в которых проводится исследование материала от них, продолжают работу по выписке последнего больного (вибрионосителя).

2.14.9. После ликвидации очага холеры медицинским штабом представляется в установленном порядке в Министерство здравоохранения Республики Узбекистан заключительный отчет, в котором освещаются вопросы, указанные в пунктах 2.14.7. и 2.14.6.

3. МЕРОПРИЯТИЯ ПОСЛЕ ЛИКВИДАЦИИ ОЧАГА ХОЛЕРЫ

3.1. Мероприятия в отношении лиц, перенесших холеру или вибрионосительство

3.1.1. Лиц, перенесших холеру или вибрионосительство, после выписки из стационаров допускают сразу к работе (учебе) независимо от профессии и ставят на учет в территориальных ЦГСЭН и кабинетах инфекционных заболеваний поликлиник по месту жительства; на каждого из них составляется карта (форма №30а) и устанавливается диспансерное наблюдение сроком на 3 месяца.

3.1.2. Диспансерное наблюдение проводится кабинетом инфекционных заболеваний. При отсутствии кабинета наблюдение осуществляется участковым врачом (терапевт, педиатр) под контролем заведующего терапевтическим (педиатрическим) отделением,

3.1.3. В первый месяц проводится бактериологическое исследование испражнений один раз в 10 дней. В дальнейшем испражнения исследуют один раз в 30 дней.

3.1.4. В случае выявления вибрионосительства у реконвалесцентов они госпитализируются для лечения в холерный стационар, после чего диспансерное наблюдение за ними возобновляется.

3.1.5. Лиц, перенесших холеру или вибрионосительство, снимают с диспансерного учета после полного выздоровления их и отсутствия выделения холерных вибрионов на протяжении срока диспансерного наблюдения. Снятие с учета осуществляется комиссионно главным врачом поликлиники, инфекционистом и эпидемиологом.

Тетрациклин детям назначают:

15-17 лет	3/4 доза взрослых
8-14 лет	1/2 доза взрослых
7 лет	1/3 доза взрослых
5-6 лет	1/4 доза взрослых
4 года	1/6 доза взрослых
2-3 года	1/8 доза взрослых
1 год и меньше	1/12 доза взрослых

2.11.3. При выделении в очагах холеры штаммов холерных вибрионов, устойчивых к указанным препаратам, в каждом конкретном случае с учетом антибиотикограммы штаммов членами штаба рассматривается вопрос о смене препарата.

2.12. САНИТАРНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГЕ ХОЛЕРЫ

2.12.1. Санитарно-гигиенические мероприятия в очаге холеры направлены на устранение выявленных и предполагаемых факторов передачи и условий, способствующих дальнейшему распространению инфекции.

2.12.2. Санитарно-бактериологическое исследование (определение коли-индекса) в зоне санитарной охраны водозаборов для централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения проводится ежедневно, а в разводящей сети – при аварийных ситуациях и по санитарно-эпидемическим показаниям. Физико-химические показатели воды из указанных объектов определяются не реже 2-х раз в месяц.

2.12.3. Санитарно-бактериологические исследования в зонах рекреации проводятся в соответствии с ГОСТом 17.1.5.02.80 «Гигиенические требования к зонам рекреации водных объектов» не реже одного раза в неделю в период купального сезона, а физико-химические исследования – не реже одного раза в месяц.

2.12.4. Профилактическая служба медицинского штаба, привлекая медицинских работников соответствующих ведомств, обеспечивает ежедневный контроль за:

- качеством очистки и обеззараживания хозяйственно-бытовых сточных вод и санитарной очистки территории;

- санитарно-гигиеническим состоянием детских дошкольных учреждений, школ, летних оздоровительных учреждений для детей и подростков, домов отдыха, санаториев, пансионатов, кемпингов, домов для престарелых и инвалидов, рынков и предприятий коммунального хозяйства, условиями труда и быта студенческих строительных отрядов;

- соблюдением технологических и санитарных норм и правил, включая профилактическую дезинфекцию, на предприятиях мясомолочной и пищевой промышленности, предприятиях общественного питания и торговли пищевыми продуктами;

- санитарно-гигиеническим состоянием железнодорожных вокзалов, пассажирских поездов, стоянок туристических поездов, аэропортов и аэровокзалов,

речных, морских и автодорожных вокзалов, а также объектов общественного питания на транспорте;

-содержанием остаточного хлора в отдаленных и тупиковых точках водопроводов, количество которого должно быть не менее 0,3-0,5 мг/л по свободному хлору или 0,8-1,2 мг/л по связанному хлору.

2.12.5.Проводится целенаправленная санитарно-просветительная работа среди населения по профилактике холеры и других острых кишечных инфекций с использованием всех форм и методов санитарного просвещения.

2.13.ОБЕЗЗАРАЖИВАНИЕ СТОЧНЫХ ВОД

2.13.1.В очагах холеры или при угрозе её распространения все хозяйственно-бытовые сточные воды, а также сточные воды отдельных предприятий и учреждений, в том числе стоки холерных стационаров подлежат обеззараживанию. Перечень объектов, сточные воды которых подлежат обеззараживанию перед отведением в наружную канализацию, определяют органы государственного санитарного надзора и управления благоустройства с учетом сложившейся эпидемической обстановки.

2.13.2.Для обеззараживания сточных вод применяют химические (хлорирование, подкисление, хлорирование с подкислением) методы дезинфекции.

2.13.3.Из дезинфицирующих средств используют хлорактивные препараты: гипохлорит натрия, 5-10% растворы хлорной извести, двутреть основной соли гипохлорита кальция и другие разрешённые к использованию дезсредства.

2.13.4.Сточные воды обеззараживают в контактных резервуарах (отстойниках), а при отсутствии – непосредственно в канализационных коллекторах. Режим обеззараживания определяют в зависимости от происхождения сточных вод, степени их очистки и возможной продолжительности контакта с дезинфицирующими веществами.

2.13.5. В местах сброса коли-индекс городских канализационно-очистных сооружений с полной биологической очисткой в сбрасываемой воде не должен превышать 1000 для водоемов, используемых для рекреации и 10000 в качестве источника хозяйственно-питьевого водоснабжения.

2.13.6. Коли-индекс в сбрасываемой воде городских сточных вод и сточных вод инфекционных стационаров, в том числе холерных, прошедших только механическую очистку, не должен превышать 3000 для водоемов, используемых для рекреации и 10000 в качестве источника хозяйственно-питьевого водоснабжения.

2.13.7. Для неочищенных городских сточных вод (аварийные и хозяйственно-фекальные сточные воды отдельных предприятий и учреждений, исключая стоки холерных стационаров) коли-индекс в сбрасываемой воде не должен превышать 10000.

2.14.ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ

2.14.1.Эпидемиологический анализ в очаге холеры осуществляется от момента его возникновения до полной ликвидации.

2.14.2.Эпидемиологический анализ проводится с целью выяснения причин и условий возникновения очага, установления действующих путей передачи и условий распространения инфекции, а также для обоснования тактики и объема противоэпидемических мероприятий в конкретных условиях и оценки их эффективности.

2.14.3.Эпидемиологический анализ осуществляется специальной группой при медицинском штабе.

2.14.4.Для эпидемиологического анализа необходимы следующие данные:

-демографическая характеристика населенного пункта, сведения о миграции населения и транспортных связях;

-условия хозяйственно-питьевого водоснабжения, культурно-бытового водопользования, канализования и санитарной очистки;

-заболеваемость по периодам вспышки, профессий, возрасту и полу, территориальное распределение заболеваний холерой и вибриононосительства, очаговость (семейная, производственная и т.п.), причины и условия заражения больных и вибрионосителей, клинические формы течения болезни, характеристика возбудителя – серовар, фаговар и вирулентность (токсигенность);

-заболеваемость другими острыми кишечными инфекциями;

-результаты исследования на наличие холерных вибрионов в объектах окружающей среды и сравнительная характеристика культур, выделенных из этих объектов в сравнении с выделенными от людей;

-источники контаминации холерными вибрионами объектов окружающей среды.

2.14.5.Для эпидемиологического анализа используются карты эпидемиологического обследования каждого случая заболевания холерой (вибриононосительства), истории болезни, а также результаты санитарно-бактериологических и физико-химических исследований воды, поверхностных водоемов, водопроводов и сточных вод, бактериологических исследований на холеру пищевых продуктов, запасов воды и смывов с предметов обихода в окружении больного (вибрионосителя), данные обследования санитарно-гигиенического состояния предприятий пищевой промышленности, общественного питания, торговли продовольственными товарами, мест массового отдыха, детских учреждений и т.п.

2.14.6.Обобщаются данные по активному выявлению, полноте и срокам госпитализации больных, очаговой дезинфекции, обеззараживанию сточных вод, специфической и экстренной профилактики.