

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ  
ПЕРМСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ  
ИМ. АКАД. Е.А. ВАГНЕРА ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ**

**В.И. Сергевнин, И.В. Фельдблюм, Н.В. Исаева, Н.М. Коза,  
М.Ю. Девятков, Н.М. Мокова**

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКАЯ  
РАБОТА ПОЛИКЛИНИКИ**

*Учебно-методическое пособие для студентов  
высших медицинских учебных заведений*

**Пермь 2010**

Составители: В.И. Сергевнин, И.В. Фельдблюм,  
Н.В. Исаева, Н.М.Коза, М.Ю. Девятков, Н.М. Мокова

ББК Р193.26

УДК 61.008.:614.4

Профилактическая и противоэпидемическая работа поликлиники: Учебно-метод. пособие /Сост.: В.И. Сергевнин, И.В. Фельдблюм, Н.М.Коза, Н.В. Исаева, М.Ю. Девятков, Н.М. Мокова. Перм. гос. мед. академия им. акад. Е.А. Вагнера, 2010. с.

Представлен материал, отражающий деятельность поликлиники по профилактике и борьбе с инфекционными заболеваниями в современных условиях. Пособие предназначено для студентов медико-профилактического, лечебного и педиатрического факультетов высших медицинских учебных заведений и составлено в соответствии с программой обучения по эпидемиологии.

Рецензенты:

- зав. кафедрой эпидемиологии и инфекционных болезней Оренбургской государственной медицинской академии, д. м. н., профессор М.В. Скачков;
- главный эпидемиолог МЗ Пермского края, к. м. н. Н.И.Маркович

Печатается по решению Центрального координационного методического совета ПГМА.

© Пермская государственная  
медицинская академия, 2010

# **МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

**Факультеты:**

**медико-профилактический, лечебный, педиатрический**

**Продолжительность занятия: 4 часа (180 минут)**

## **1. АКТУАЛЬНОСТЬ**

В современных условиях инфекционные болезни остаются широко распространенной патологией человека. Структура лечебной службы в стране такова, что пациенты с инфекционными заболеваниями первично обращаются в большинстве случаев не к инфекционисту, а к участковым врачам поликлиники. Отсюда очевидно, что врач-педиатр и врач-терапевт должны знать не только вопросы ранней диагностики, но и весь комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий при разных инфекционных заболеваниях. В свою очередь гигиенисты и эпидемиологи учреждений Роспотребнадзора должны четко представлять систему профилактических и противоэпидемических мероприятий, осуществляемых поликлиникой, для оказания консультативной помощи, а также контроля за указанной деятельностью. Кроме того, врач-эпидемиолог в настоящее время введен в штат АПУ и обязан координировать проведение всего комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий.

## **2. ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ**

Цель настоящего занятия - подготовить студентов к осуществлению профилактических и противоэпидемических мероприятий в условиях поликлиники и организации контроля за ними.

## **2.1. СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ ЗНАТЬ:**

- содержание и организацию профилактической и противоэпидемической работы поликлиники;
- содержание и организацию работы кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ), кабинета иммунопрофилактики (КИП) и врача-эпидемиолога поликлиники.

## **2.2. СТУДЕНТЫ ДОЛЖНЫ УМЕТЬ:**

- оценивать качество организационно-методической, профилактической и противоэпидемической работы АПУ;
- проводить эпидемиологический анализ инфекционной заболеваемости на территории поликлиники.

## **3. СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. О мерах по развитию и совершенствованию инфекционной службы в Российской Федерации. Приказ МЗ РФ № 220 от 17.09.93 г.
2. Информационный материал данного пособия.
3. Медицинские учреждения. Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров. СанПиН 2.1.3.1375 -03.
4. Закон РФ «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней» от 1998 г.

## **4. ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОПОДГОТОВКИ**

Изучить рекомендованную литературу, обратить внимание на следующие вопросы:

- формирования, обеспечивающие профилактическую и противоэпидемическую работу на территориальном уровне;
- структура и функции специализированных кабинетов поликлиники (КИЗ, КИП);

- основные направления организационно-методической работы поликлиники по борьбе с инфекционными заболеваниями (планирование мероприятий, подготовка и обсуждение вопросов профилактики инфекционных заболеваний, работа с кадрами, ведение учетно-отчетной документации);
- санитарно-противоэпидемический режим поликлиники;
- активное выявление источников возбудителя инфекции;
- повышение неспецифической резистентности населения;
- специфическая профилактика (виды прививок, организационно-методические принципы прививочной работы);
- мероприятия, проводимые поликлиники в отношении источника возбудителя инфекции, механизма передачи возбудителя и общавшихся лиц в эпидемических очагах;
- показатели оценки эффективности противоэпидемической работы поликлиники.

## **5. МАТЕРИАЛЬНОЕ ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ**

1. Набор учетно-отчетных документов АПУ по инфекционной заболеваемости и профилактическим прививкам (прил. 5).
2. Варианты тестового контроля для проверки исходного уровня знаний студентов (прил. 7).
3. Задания № 1, 2, 3, 4 по оценке организационно-методической, профилактической и противоэпидемической работы поликлиники.

## **6. ПЛАН ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЙ**

1. Тестовый контроль исходного уровня знаний студентов (варианты тестового контроля см. в прил. 7).
2. Самостоятельное выполнение заданий № 1, 2, 3, 4 и обсуждение результатов.

## Задание № 1

(для студентов всех факультетов)

Ознакомьтесь с набором учетно-отчетных документов АПУ по инфекционным болезням, определите порядок и сроки их заполнения.

## Задание № 2

(для студентов педиатрического  
и медико-профилактического факультетов)

По данным табл. № 1 оцените охват детей прививками в соответствии с нормативными показателями и определите наиболее неблагополучные педиатрические участки по состоянию иммунизации декретированных контингентов против разных инфекций.

Т а б л и ц а 1

**Охват детей прививками по педиатрическим участкам поликлиники**

№ участка	Возраст – 12 мес.		Возраст – 24 мес.			
	Законченная вакцинация АКДС, (%)	Законченная вакцинация против полиомиелита, (%)	Вакцинация против кори, (%)	Вакцинация против паротита, (%)	Первая ревакцинация против полиомиелита, (%)	Первая ревакцинация АКДС, %
1	2	3	4	5	6	7
4	89,8	96	94,7	82,2	94,3	95
13	75,4	90,1	98,3	88,6	100	95,5
20	86,7	74,5	89,3	95,2	93,3	90,5
29	94,9	89,4	95,8	92,8	98,2	97,1
9	87,1	97,5	99,1	98,2	93,2	98,8
15	94,4	95	92,3	96,5	93,8	98,8
17	78,6	92,1	95,6	98,5	98,8	95
19	89,7	82,8	97,3	92,3	95,5	83,3
35	87,5	84,5	98,5	95	91,8	90
3	86,5	98,8	95,1	92,8	85	97,1
5	77,3	98,8	56,4	97,9	98,6	96,7
16	93	90	95	90	100	100
26	93,7	96,8	97,5	92,5	97,5	100
22	89,2	96,1	90,8	85,4	93,1	91,7
23	93,2	95,5	92,5	99,2	98,3	98,2
24	93,2	88,5	93,1	97,5	91,3	90
31	96,6	92,3	93,3	96,6	90	95
33	94,3	91,1	93,2	90	90	91,2
37	88,2	88,2	87,7	87,6	84,7	89,4

### Задание № 3

(для студентов всех факультетов)

По данным табл. 2, 3, 4, 5 и “Индивидуальной карты амбулаторного больного” определите приоритетную инфекционную патологию на территории поликлиники и выявите недостатки противоэпидемической работы поликлиники.

Таблица 2

#### Структура инфекционной заболеваемости взрослого населения на территории поликлиники за отчетный год (без гриппа и ОРВИ)

Нозологические формы	Число случаев заболеваний	
	абс.	%
Брюшной тиф	2	1,1
Сальмонеллез	27	14,4
Дизентерия	52	27,7
ОКИ уст. этиологии	18	9,6
ОКИ неуст. этиологии	24	12,8
Вирусный гепатит А	28	14,9
Менингококковая инфекция	1	0,5
Дифтерия	2	1,1
Вирусный гепатит В	24	18,1
ВСЕГО	188	100

Таблица 3

#### Сроки обращения заболевших за медицинской помощью (от даты заболевания)

Сроки	Число обратившихся	
	абс.	%
В первые 2 дня	23	44,2
На 3 – 5-й дни	24	46,1
Позднее 5-го дня	5	9,7
ВСЕГО	52	100

**Сроки установления первичного диагноза дизентерии  
(от даты обращения больных за медицинской помощью)**

Сроки	Число больных	
	абс.	%
В первые 2 дня	46	88,5
На 3 – 5-й дни	4	7,7
Позднее 5-го дня	2	3,8
<b>ВСЕГО</b>	<b>52</b>	<b>100</b>

**Сроки госпитализации больных дизентерией  
(от даты установления диагноза)**

Сроки	Число больных	
	абс.	%
В первые 2 дня	31	81,6
На 3 – 5-й дни	6	15,8
Позднее 5-го дня	1	2,6
<b>ВСЕГО</b>	<b>38</b>	<b>100</b>

**Задание № 4**

**(для студентов медико-профилактического факультетов)**

Составьте план проверки поликлиники по оценке качества и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий при основных инфекциях (ОКИ, ВГА, ВГВ, дифтерия и пр.). Перечислите критерии оценки работы поликлиники.



## ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ

### **Формирования амбулаторно-поликлинических учреждений, обеспечивающие профилактическую и противоэпидемическую работу**

Центральными учреждениями, оказывающими первичную медицинскую помощь населению, являются амбулатории и поликлиники. Основной целью организации работы поликлиники является обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения обслуживаемой территории. Структурно поликлиника состоит из управления (главный врач и его заместители) и лечебно-профилактических подразделений. В состав лечебно-профилактических подразделений входят терапевтические (педиатрические) отделения, отделение профилактики, неотложной помощи, а также специализированные кабинеты и лаборатории (клиническая, биохимическая, бактериологическая). К специализированным кабинетам, выполняющим организационно-методическую роль в деле профилактики инфекционных заболеваний, относятся кабинеты инфекционных заболеваний (КИЗ) и кабинеты иммунопрофилактики (КИП).

КИЗ поликлиники для взрослых располагается в следующих помещениях: кабинет врача, смотровая (процедурная), комната для забора клинического материала. В состав КИЗ детской поликлиники, не имеющей КИП, входят кроме того помещения для проведения прививок и для работы с прививочной картотекой.

Штаты КИЗ поликлиники для взрослых определяются из расчета: 0,2 ставки врача-инфекциониста, ставки медицинской сестры и санитарки на 10 тыс. населения. В детской поликлинике, не имеющей КИП, рекомендуется следующая организационно-штатная структура КИЗ: врач-педиатр, медсестры – 5 (медсестра кабинета – 1, медсестра для работы с прививочной картотекой – 1 в смену, медсестра прививочного кабинета – 1 смену), младший медицинский персонал.

Врач КИЗ поликлиники для взрослых должен иметь квалификацию врача-инфекциониста. На должность врача КИЗ детской поликлиники назначают врача-

педиатра, имеющего специальную подготовку по вопросам инфекционной патологии и иммунопрофилактики.

КИЗ проводит свою работу вместе с инфекционной больницей (отделением), оргметодотделом поликлиники, участковыми врачами и врачами-специалистами АПУ.

Административно врачи КИЗ подчиняются главному врачу поликлиники, в методическом отношении работают под руководством главных специалистов управления здравоохранения и врачей-эпидемиологов территориальных филиалов ФГУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии”.

Основные функции КИЗ (см. прил. № 1, 2):

- планирование мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний, проведение эпидемиологического анализа, ведение учетно-отчетной документации;

- контроль за работой участковых врачей по осуществлению комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий;

- участие в проведении обсервационных мероприятий в эпидемических очагах и диспансерное наблюдение за переболевшими;

- организация иммунопрофилактики и оценка ее эффективности в поликлиниках для взрослых и в детских поликлиниках, не имеющих КИП.

КИП – организационно-методический центр детской поликлиники по вопросам иммунопрофилактики. Для КИП должно быть выделено 2 комнаты: кабинет врача и прививочный кабинет. В штаты КИП входит врач-педиатр, медсестра. Функциями КИП являются:

- организационно-методическая работа (планирование прививок, составление отчетов, семинары, конференции, лекции, контроль за организацией прививок на врачебных участках, ДОУ и школах, консультативные разборы ошибок педиатров по вопросам прививок);

- консультативный прием детей для решения вопроса о возможности проведения им прививок, организация работы иммунологической комиссии;

- составление индивидуального календаря прививок для детей с измененной реактивностью;
- обеспечение мониторинга поствакцинальных реакций и осложнений, расследование причин их возникновения с составлением акта;
- осуществление выборочного контроля за качеством специфической профилактики путем изучения документированной привитости и постановки серологических реакций.

Врач-эпидемиолог поликлиники введен в штаты поликлиники с 1 января 1994 г. (см. прил. № 3). Осуществляет работу в соответствии с составленным планом мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний на территории поликлиники. Контролирует своевременность выявления и учета инфекционных заболеваний, проведение необходимого лабораторного обследования и лечения больных, первичных противоэпидемических мероприятий в очагах. Важнейшим разделом работы врача-эпидемиолога поликлиники является проведение текущего и ретроспективного эпидемиологического анализа инфекционной заболеваемости. По результатам анализа планируются соответствующие профилактические и противоэпидемические мероприятия, включая профилактические прививки. Кроме того, в функцию врача-эпидемиолога входит:

- участие в составлении плана профилактических прививок, отчетность по прививкам;
- составление заявки на иммунобиологические препараты, контроль за своевременностью их получения, правильностью транспортировки, хранения и использования;
- регистрация каждого случая необычных реакций и осложнений на прививки, расследование их причин;
- регистрация случаев внутрибольничных инфекций, связанных с деятельностью поликлиники;
- организация и проведение эпидемиологического надзора за вакцинопрофилактикой;

- организация и осуществление контроля за выполнением санэпидрежима во всех подразделениях поликлиники, обработкой медицинstrumentария, дезинфекцией и утилизацией медицинских отходов;

- подготовка документов по вопросам профилактики инфекционных заболеваний (решения медсовета, приказы, информационные бюллетени и т.д.);

- организация обучения медперсонала по профилактике инфекционных заболеваний и соблюдению санэпидрежима в подразделениях поликлиники.

**Организационно-методическая работа кабинета инфекционных заболеваний, кабинета иммунопрофилактики и амбулаторно-поликлинического учреждения в целом по борьбе с инфекционными заболеваниями**

Одним из разделов работы КИЗ, КИП и поликлиники в целом по профилактике инфекционных заболеваний является организационно-методический.

*Планирование мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний* является составной частью годового комплексного плана работы поликлиники. Планирование противоэпидемической работы предусматривает несколько этапов:

- ретроспективный эпидемиологический анализ с выявлением причин и условий развития эпидемического процесса регистрируемых на территории инфекционных заболеваний, оценка своевременности и полноты профилактических и противоэпидемических мероприятий, качества прививочной работы, а также санитарно-гигиенического состояния территории, предприятий и учреждений, находящихся в радиусе обслуживания поликлиники;

- составление плана, включающего организационно-методические, противоэпидемические и профилактические мероприятия, а также санитарно-просветительную работу.

План согласовывается с территориальным ФГУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии”, обсуждается на медсовете поликлиники и утверждается главным врачом.

Подготовка и обсуждение вопросов профилактики инфекционных заболеваний осуществляется по мере необходимости и по годовым отчетам. Ответственными за эту работу являются врачи КИЗ, КИП, врачи-эпидемиологи поликлиники. Обсуждение вопросов может проходить на оперативных совещаниях, медицинских советах, врачебных и сестринских конференциях, комиссиях по внутрибольничным инфекциям.

Работа с медицинскими кадрами в поликлинике включает различные формы повышения знаний медицинских работников по вопросам профилактики инфекционных заболеваний (проведение научно-практических конференций, семинаров, инструктивно-методических совещаний и др.).

Ведение учетно-отчетной документации по инфекционным заболеваниям – еще одно направление организационно-методической работы поликлиники ( см. прил. 5).

Учет инфекционных заболеваний, подлежащих регистрации, проводят в “Журнале учета инфекционных заболеваний” (уч. ф. № 60у) и «Журнале учета внутрибольничных инфекций». Для удобства учета на каждую нозологическую форму отводят отдельный лист или несколько листов журнала. В журнал не включают информацию о больных гриппом и ОРВИ. Эти заболевания регистрируют суммарно по данным “Статистических талонов для регистрации заключительных диагнозов” (уч. ф. № 25в) и заносят в специальный журнал.

Все профилактические прививки регистрируют в “Журнале учета профпрививок” (уч. ф. № 64), а в детской поликлинике, кроме того, и в “Карте профпрививок” (уч. ф. № 63). В соответствии с приказом МЗ РФ № 220 каждому пациенту поликлиники должен выдаваться “Сертификат о профпрививках” (уч. ф. № 156/у-93), в который вносятся данные о полученных прививках, результатах серологического обследования на напряженность иммунитета к инфекционным заболеваниям а также о необычных реакциях и осложнениях на прививку.

Результаты диспансерного наблюдения за переболевшим инфекционными болезнями фиксируют в “Карте диспансерного наблюдения” (уч. ф. № 30а).

Все медицинские данные о больных, включая перенесенные инфекции и полученные прививки, заносят в “Историю развития ребенка” (уч. ф. № 112) и “Индивидуальную карту амбулаторного больного” (уч. ф. № 25).

Основные отчетные формы поликлиники по профилактической работе: “Сведения о профилактических прививках” (ф. № 5 – ежемесячная) и “Отчет о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний” (ф. № 6 – годовая). Отчетные формы в соответствующие сроки направляются в ФГУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии”.

### **Профилактическая работа кабинета инфекционных заболеваний, кабинета иммунопрофилактики и амбулаторно-поликлинического учреждения в целом**

Профилактическая работа поликлиники направлена на предупреждение возникновения и распространения инфекционных заболеваний и организуется с учетом комплексного воздействия на все звенья эпидемического процесса. Профилактическая деятельность включает: активное выявление источников возбудителя инфекции; мероприятия по разрыву механизма передачи возбудителя инфекции, включая обеспечение должного санитарно-противоэпидемического режима поликлиники; повышение неспецифической резистентности обслуживаемого населения, специфическую профилактику и информационно-просветительную работу.

#### ***Активное выявление источников возбудителя инфекции***

Активное выявление источников возбудителя инфекции осуществляют с помощью эпидемиологических (сбор эпиданамнеза), клинических и лабораторных методов исследования.

Всех длительно лихорадящих больных обследуют на тифо-паратифозные инфекции, сыпной тиф, малярию, больных ангиной – на дифтерию и

стрептококковую инфекцию, кашляющих – на коклюш. Кроме того, определен перечень заболеваний и показаний, при которых целесообразным является лабораторное обследование на ВИЧ-инфекцию и парентеральные гепатиты.

Лица декретированных профессий (работники предприятий пищевой промышленности, объектов общественного питания и торговли пищевыми продуктами, детских учреждений, водопроводных сооружений, ЛПУ и др.) подлежат клинико-лабораторному обследованию при поступлении на работу и в дальнейшем периодически в соответствии с директивными документами. При этом они проходят медосмотр у терапевта, дерматовенеролога, гинеколога и подлежат лабораторному обследованию на заболевания, передающиеся половым путем, носительство патогенных микробов кишечной группы, зараженность гельминтами.

Дети, поступающие в дошкольные учреждения и на стационарное лечение, подлежат лабораторному обследованию на яйца гельминтов. Дети и взрослые, поступающие в закрытые учреждения (школы-интернаты, психоневрологические стационары, учреждения для детей с тубинтоксикацией, поражением ЦНС), кроме того, обследуются на носительство токсигенных коринебактерий.

Большую роль в активном выявлении источников возбудителя инфекции играют скрининговые (сплошные) обследования населения – ежегодное флюорографическое обследование и постановка реакции Манту с целью выявления туберкулеза.

### ***Мероприятия, направленные на разрыв механизма передачи возбудителя***

Работа по разрыву возможного механизма передачи возбудителя инфекции включает: контроль санэпидрежима ДООУ, школ и других организованных детских коллективов, контроль санитарно-гигиенических условий работающих на цеховых участках. К этой же группе мероприятий можно отнести и соблюдение санитарно-противоэпидемического режима поликлиники. Под санитарно-противоэпидемическим режимом поликлиники понимается комплекс мероприятий, направленных на предупреждение: а) заноса инфекции; б) заражения пациентов в процессе их медицинского обслуживания, в т. ч. при выполнении различных лечебных и диагностических манипуляций; в) выноса инфекции, включая

утилизацию отходов; г) обеспечение условий работы медицинского персонала, исключающих его инфицирование при выполнении профессиональной деятельности.

*Требования к внутренней отделке помещений поликлиники.*

В соответствии с требованиями СанПиН 1375-03 для внутренней отделки помещений, воздуховодов, вентиляционных систем и фильтров используются материалы в соответствии с их функциональным назначением и разрешением для применения в лечебных учреждениях в установленном порядке.

Поверхность стен, полов и потолков помещений должна быть гладкой, легкодоступной для влажной уборки и устойчивой при использовании моющих и дезинфицирующих средств.

Стены хирургических кабинетов, процедурных, прививочных кабинетов, стерилизационной облицовываются глазурованной плиткой на высоту не ниже 1,8 м, а операционной - на всю высоту. Выше панели производится окраска масляными или вододисперсионными красками.

Полы в манипуляционных кабинетах должны настилаться рулонным поливинилхлоридным материалом (винипластом, линолеумом) и не иметь щелей, для чего все швы свариваются при помощи специальных горелок или высокочастотной сварки. В хирургических кабинетах и операционных допускается керамическая плитка.

Цвет поверхностей стен и пола в манипуляционных кабинетах должен быть светлых тонов с коэффициентом отражения не ниже 40% (салатный, охры). Желательно использовать нейтральный светло-серый цвет, не мешающий правильному цветоразличению оттенков окраски слизистых оболочек, кожных покровов, крови.

Двери и окна во всех помещениях окрашивают эмалями или масляной краской в белый цвет. Дверная и оконная фурнитура должна быть гладкой, легко поддаваться чистке.

В вестибюлях полы должны быть устойчивы к механическому воздействию (мраморная крошка, мрамор, мозаичные полы).



В местах установки раковин и других санитарных приборов, а также оборудования, эксплуатация которого связана с возможным увлажнением стен и перегородок, следует предусматривать отделку последних глазурованной плиткой или другими влагостойкими материалами на высоту 1,6 метра от пола и на ширину более 20 см. от оборудования и приборов с каждой стороны. Умывальники должны быть оборудованы локтевыми кранами со смесителями, а также дозаторами (локтевыми) с жидким (антисептическим) мылом и растворами антисептиков.

Применение подвесных потолков разрешается, при этом конструкция и материалы подвесных потолков должны обеспечивать герметичность, гладкость поверхности и возможность проведения их влажной очистки и дезинфекции.

Наружная и внутренняя поверхность медицинской мебели должна быть гладкой и выполнена из материалов, устойчивых к воздействию моющих, дезинфицирующих и медикаментозных средств.

*Организация воздухообмена помещений.* В производственных помещениях воздухообмен должен поддерживаться за счет систем общеобменной принудительной приточно-вытяжной вентиляции (3-х кратный в час по вытяжке, 2-х кратный по притоку).

Автономные системы принудительной приточной вентиляции должны предусматриваться для хирургических кабинетов, операционных, предоперационных, стерилизационных.

Воздух, подаваемый в указанные кабинеты, должен обрабатываться устройствами обеззараживания воздуха, обеспечивающими эффективность инактивации микроорганизмов, вирусов, находящихся в обрабатываемом воздухе не менее 95% (фильтры высокой эффективности H11-H14). Не реже 1 раза в месяц следует проводить контроль степени загрязненности фильтров и эффективности работы устройств обеззараживания воздуха. Замена фильтров должна осуществляться по мере их загрязнения, но не реже, чем рекомендовано предприятием – изготовителем.

Общеобменные приточно-вытяжные и местные вытяжные установки должны включаться за 5 минут до начала работы и выключаться через 5 минут после окончания работы.

Применение сплит-систем допускается при наличии фильтров высокой эффективности (Н11-Н14), и только при соблюдении правил регламентных работ. Сплит – системы, устанавливаемые в учреждениях, должны иметь положительное санитарно – эпидемиологическое заключение, выданное в установленном порядке.

Вне зависимости от наличия систем принудительной вентиляции должны быть предусмотрены во всех кабинетах и помещениях легко открывающиеся фрамуги.

Выбросы в атмосферу из системы вытяжной вентиляции следует размещать:

- на расстоянии от места забора наружного воздуха не менее 10 м по горизонтали и не менее 6 м по вертикали. Выбросы из систем местных отсосов вредных веществ следует размещать на высоте не менее 2 м над кровлей более высокой части здания.

Воздух, выбрасываемый в атмосферу из систем местных отсосов, содержащий вредные вещества (пылегазовоздушную смесь) следует очищать. Допускается не предусматривать очистку выбросов из системы малой мощности, если последняя не требуется в соответствии с расчетами проекта охраны атмосферного воздуха от загрязнения.

В помещениях для венткамер вытяжных систем следует предусматривать вытяжную вентиляцию с не менее чем однократным воздухообменом в час, в помещениях для приточных систем приточную вентиляцию с не менее чем 2-х кратных воздухообменом в час.

Шум от работы приточно-вытяжной вентиляции не должен превышать ПДУ в производственных помещениях и в окружающей жилой застройке.

Относительная влажность воздуха должна быть не более 60%, скорость движения воздуха – не более 0,15 м/сек.

*Гигиенические требования к естественному и искусственному освещению.*  
Все производственные помещения АПУ должны иметь естественное освещение.

Световой коэффициент в кабинетах приема должен составлять 1:4 - 1:5, в остальных помещениях 1:8. Коэффициент естественного освещения на постоянных рабочих местах в кабинетах врачей должен быть - 1,5%. Все помещения АПУ должны иметь общее искусственное освещение, выполненное люминисцентными лампами или лампами накаливания. Для общего люминисцентного освещения во всех кабинетах и помещениях АПУ рекомендуются лампы со спектром излучения не искажающим цветопередачу типов ЛДЦ или ЛХЕ. Уровни общего освещения (в люксах) люминисцентными лампами должны приниматься: в кабинетах врачей - 500 (для ламп накаливания - 200); в административных кабинетах - 400 (для ламп накаливания - 200); в рентгенкабинетах, стерилизационной - 150-200 (для ламп накаливания - 100). Кроме общего освещения рабочего места врачей, должно быть предусмотрено местное освещение. Уровень освещенности, создаваемый местным источником не должен превышать уровень общего освещения более чем в 10 раз.

*Текущая уборка* во всех функциональных подразделениях проводится утром перед началом первой смены, в перерыве между первой и второй сменами и в конце рабочего дня.

Текущая влажная уборка во всех функциональных подразделениях сочетается с дезинфекцией и завершается бактерицидным облучением воздуха помещения. Для дезинфекции в ходе текущей уборки могут быть использованы: 0,1% раствор Жавель – Солида (7 таблеток на 10 литров воды), 0,1 % раствор Деохлора или любое другое дезинфицирующее средство по режиму, рекомендованному для дезинфекции объектов при ГВ, ГС и ВИЧ- инфекции. Обеззараживание может проводиться с добавлением 0,5% моющего средств. Поверхности в помещениях, предметы обстановки, пол, стены, санитарно-техническое оборудование (раковины) протирают ветошью, смоченной в растворе из расчета 100 мл/кв.м. Текущая уборка начинается с протирания ветошью, смоченной дезинфицирующим раствором, рабочих поверхностей аппаратуры и оборудования кабинета в строгой последовательности, переходя от чистых к более загрязненным поверхностям - начиная от врачебных столов, оборудования,

кранов, раковин, дверных ручек, заканчивая мытьем полов.

После влажной уборки включают бактерицидные облучатели на 30 минут. Затем помещение проветривают 15 минут.

Уборка санузлов проводится 2 раза в день с использованием тех же дезсредств.

Коридоры, холлы, гардероб, служебные и бытовые помещения убираются не реже 1 раза в день с использованием 0,5% моющего раствора.

Для уборки мебели и пола используют отдельный уборочный инвентарь.

Для проведения текущей уборки медперсонал использует специально выделенный халат, косынку, перчатки. Для текущей уборки используется специально выделенный уборочный инвентарь (ведра, тазы, ветошь, швабры). Он должен иметь четкую маркировку с указанием помещения и вида уборки. Уборочный инвентарь для каждого помещения хранится в отдельных шкафах, нишах или в других выделенных местах с маркировкой "Уборочный инвентарь".

После использования твердый уборочный инвентарь дезинфицируется путем протирания ветошью, смоченной дезраствором, просушивается и укладывается на полки.

Мягкий уборочный инвентарь (ветошь, тряпки) дезинфицируют в 0,1% растворе Жавель-Солида в течение 120 минут или 0,2% растворе Жавель-Солида - 60 минут, или 0,1% растворе Деохлора 60 минут, или 0,2% растворе Деохлора - 30 минут. После чего ветошь, тряпки прополаскивают и высушивают.

*Генеральная уборка* во всех манипуляционных кабинетах АПУ проводится один раз в семь дней, в коридорах, холлах, гардеробных, служебных и бытовых помещениях - 1 раз в месяц.

Перед началом генеральной уборки отключают электрооборудование от сети для исключения короткого замыкания.

Персонал для проведения генеральной уборки использует чистый халат, обувь, маску, перчатки, непромокаемый фартук.

Уборку помещений следует начинать с освобождения от мебели, оборудования и т.д., или отодвигания их для обеспечения свободного доступа к

обрабатываемым объектам.

Предварительно проводят мытье поверхностей с 0,5% мыльно-содовым раствором (5 г мыла, 5 г соды на 1 литр воды) для удаления механического загрязнения и с целью более эффективного последующего воздействия дезсредств на обрабатываемые поверхности.

Затем помещение (пол, стены, потолок, двери и другие поверхности), оборудование протирают ветошью, обильно смоченной одним из дезрастворов: 0,1% раствор Деохлора, 0,1% раствор Жавель-Солида и 0,5% раствор СМС или любым другим дезсредством в концентрации воздействия на возбудителей при ГВ, ГС и ВИЧ – инфекции. Расход дезпрепарата - 200 мл на 1 кв.м обрабатываемой поверхности. Сначала дезинфицируют все стены, окна, подоконники, двери, ручки дверей; затем мебель, выключатели, радиаторы, медицинское оборудование. В последнюю очередь этим же раствором моют полы. Время дезинфекционной выдержки - 1 час.

В случае использования дезинфектантов нового поколения из группы поверхностно – активных веществ (например, Амиксана, Триосепт – микста, БебиДез Ультра, Диабака, Клиндезина – специаль, Абсолюцид – форте и др.), концентрации растворов, время дезинфекционной выдержки и способ обеззараживания при проведении генеральных уборок в стоматологических учреждениях регламентированы соответствующими инструкциями по применению дезинфицирующего раствора.

В период дезинфекционной выдержки помещение облучают ультрафиолетовым светом, включая настенные и потолочные бактерицидные облучатели.

После дезинфекции и облучения помещение проветривают в течение 20 минут.

По истечении экспозиции дезинфицирующий раствор смывают с поверхностей стерильной ветошью водопроводной водой.

Вносят или ставят на место продезинфицированную мебель, оборудование и вновь на 30 минут включают бактерицидную лампу.

Во время генеральных уборок производят протирку оконных стекол изнутри по мере загрязнения, но не реже 1 раза в месяц, снаружи - по мере загрязнения, но не реже одного раза в 3-6 месяцев.

К уборочному инвентарю для генеральных уборок относят ведра, тазы, ветошь, тряпки, швабры. Должно быть, в наличии 3 отдельных емкости: для обработки поверхностей, стен и пола.

Уборочный инвентарь должен иметь четкую маркировку с указанием помещения, вида уборки, использоваться строго по назначению.

Уборочный инвентарь содержится в чистоте и после каждой уборки подвергается дезинфекции.

Мягкий уборочный инвентарь (ветошь, тряпки) дезинфицируют в 0,2% растворе Жавель-Солида в течение 120 минут или 0,2% растворе Деохлора (120 минут) - режим при туберкулезе. Затем прополаскивают и высушивают.

Запись о проведении генеральных уборок вносят в "Журнал регистрации генеральных уборок" с указанием даты, основных этапов проведения, использованного дезсредства, росписи исполнителя. Время работы бактерицидной лампы отмечают в "Журнале учета работы бактерицидной лампы".

В основных помещениях АПУ следует ежегодно проводить косметический ремонт. Устранение текущих дефектов (ликвидация протечек на потолках и стенах, заделка трещин, щелей, выбоин, восстановление отслоившейся облицовочной плитки, дефектов напольных покрытий и др.) должно проводиться незамедлительно. В период проведения текущего или капитального ремонта функционирование помещений должно быть прекращено.

*Бельевой режим.* Сбор грязного белья от больных в отделениях должен осуществляться в специальную плотную тару (клеенчатые или полиэтиленовые мешки, специально оборудованные бельевые тележки или другие аналогичные приспособления) и передаваться в центральную бельевую для грязного белья.

Запрещается разборка грязного белья в отделениях.

Временное хранение (не более 12 часов) грязного белья в отделениях допускается в помещениях для грязного белья с водостойкой отделкой

поверхностей, оборудованных умывальником, устройством для обеззараживания воздуха, в закрытой таре (металлических, пластмассовых бачках, плотных ящиках и других емкостях, подвергающихся дезинфекции).

Для работы с грязным бельем персонал должен быть обеспечен сменной санитарной одеждой (халат, косынка, перчатки, маска).

Стирка больничного белья должна осуществляться в специальных прачечных или прачечной в составе лечебного учреждения. Режим стирки белья должен соответствовать действующим гигиеническим нормативам.

Доставка чистого белья из прачечной и грязного белья в прачечную должна осуществляться в упакованном виде (в контейнерах) специально выделенным автотранспортом.

Перевозка грязного и чистого белья в одной и той же таре не допускается. Стирка тканевой тары (мешков) должна осуществляться одновременно с бельем.

Процессы, связанные с транспортировкой, погрузкой, разгрузкой белья, должны быть максимально механизированы.

После выписки больного, а также по мере загрязнения матрацы, подушки, одеяла должны подвергаться дезинфекционной камерной обработке. Для этого в учреждении должен быть обменный фонд постельных принадлежностей.

Сбор, временное хранение и удаление отходов различных классов опасности в лечебных учреждениях осуществляется в соответствии и с правилами сбора, хранения и удаления отходов лечебно-профилактических учреждений.

*Обработка медицинского инструментария.* Все медицинские инструменты, использованные при манипуляции у пациента, подлежат дезинфекции, предстерилизационной обработке и стерилизации.

Задачей дезинфекции является предупреждение или ликвидация процесса накопления, размножения и распространения возбудителей заболеваний путем их уничтожения или удаления на объектах и предметах, обеспечивая этим прерывание путей передачи заразного начала от больного к здоровому.

В случае применения дезинфицирующего средства, обладающего фиксирующими свойствами, необходимо перед дезинфекцией произвести удаление

видимых органических загрязнений (крови, слизи и т.п.) с помощью марлевых салфеток, ватных тампонов в емкости с водой, промыв полости и каналы. Использованные салфетки (тампоны), промывные воды и емкости для промывания дезинфицируют кипячением или одним из дезинфицирующих средств по режимам, рекомендованным при этой инфекции, согласно действующим инструктивно - методическим документам.

По окончании дезинфекции все изделия после любого дезинфектанта промывают проточной водой или методом погружения в емкости, с водой строго соблюдая минимальное время отмывки, отмеченное в методических указаниях на каждый конкретный препарат. Все полости и каналы изделий должны быть тщательно промыты от дезинфектанта. При осуществлении отмыва методом погружения изделий в воду оказалось важным соотношение объема воды к объему, занимаемому изделиями. Это соотношение должно быть не менее 3:1. Канал изделий можно промывать с помощью шприца или водоструйного насоса.

Средства дезинфекции изделий медицинского назначения, режим по использованию, экспозиция и условия проведения обеззараживания регламентированы МУ – 287-113 от 1998г. «Методические указания по дезинфекции, предстерилизационной очистке и стерилизации изделий медицинского назначения», а также инструкциями по применению конкретных дезинфектантов, утвержденными в установленном порядке.

Емкости с дезинфицирующими, моющими и стерилизующими средствами должны иметь четкие надписи с указанием названия препарата, его концентрации, назначения даты приготовления, предельного срока годности.

Предстерилизационная очистка предусматривает удаление с изделий белковых, жировых, механических загрязнений и проводится механизированным и ручным способами. Разъемные изделия подвергают предстерилизационной очистке в разобранном виде. Механизированную очистку проводят с использованием ультразвука в установках в соответствии с инструкциями, прилагаемыми к оборудованию. Инструменты, предназначенные для ультразвуковой очистки, после дезинфекции предварительно прополаскивают проточной водой в течение 3-5 мин,



помещают в приспособление для загрузки и заливают моющим раствором на 15 мин. Последующие 5 этапов проводятся согласно ОСТ 42-21-2-85 "Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения"

Ручной способ очистки состоит из 6 этапов:

- 1) Удаление остатков дезинфицирующих средств с изделий проточной водой.
- 2) Замачивание на 15 мин в моющем растворе (предварительно подогретом без инструмента) при условии полного погружения изделий (табл. 1). Температура нагрева при применении перекиси водорода с СМС "Лотос", "Астра", "Прогресс" – 50-55 °С. Для определения температуры используется водный термометр.
- 3) Промывание каждого инструмента в моющем растворе при помощи ерша или ватного марлевого тампона - 0,5 мин. Температура раствора не поддерживается.
- 4) Ополаскивание проточной водой (при применении моющего средства "Биолот" – 3-4 мин., "Прогресс", натрия двууглекислого - 5 мин, остальных СМС - 10 мин).
- 5) Ополаскивание дистиллированной водой - 0,5 мин на каждый инструмент.
- 6) Сушка горячим воздухом до полного исчезновения влаги в сушильном шкафу при температуре 85 °С.

### Варианты состава моющего раствора

Компоненты	Количество компонентов для приготовления 1 л моющего раствора (мл)
Перекись водорода 3%	200
"Лотос", "Астра" и т. д.	5
Вода дистиллированная	795
Пергидроль: 27,5%	17
30 %	16
33 %	15
"Прогресс", "Астра" и т. д.	5
Вода дистиллированная	до 1 л раствора

Ультразвуковые мойки обеспечивают быстрый, безопасный и эффективный способ обработки, в результате которой удаляются глубокие загрязнения. Необходимое время и температура легко программируются. Для приготовления моющего раствора необходимо иметь маркированные мерные емкости. Раствор перекиси водорода с синтетическими моющими средствами можно использовать в течение суток с момента приготовления (если цвет раствора не изменился) и подогревать до 6 раз.

Растворы перекиси водорода с моющими средствами в рекомендуемых концентрациях – прозрачные жидкости с желтоватым оттенком, не имеют неприятного запаха, не портят обрабатываемые предметы, слабо корродируют металлы, обладают одновременно бактерицидным и спороцидным, дезинфицирующим и моющим свойствами, нетоксичны для персонала. Для проведения предстерилизационной очистки медицинского инструментария не рекомендуется использовать таблетки гидроперита, т. к. их растворы имеют повышенную коррозионную активность и быстро выводят из строя инструменты, особенно с режущими поверхностями.

Кипячение инструментов в 2% растворе натрия двууглекислого в течение 15 мин обеспечивает одновременно предстерилизационную очистку и дезинфекцию (табл. 2). После дезинфекции изделий рекомендуется использовать для очистки

замачивание в 3% растворе натрия двууглекислого при температуре 40-50 °С с соблюдением всех этапов по ОСТ 42-21-2-85.

Наиболее оптимальным и экономичным вариантом является сочетание в одном этапе дезинфекции и предстерилизационной очистки. Имеется достаточно большой выбор дезинфицирующих средств, пригодных для этих целей (табл. 3).

Таблица 2

### Компоненты для приготовления содового раствора

Компоненты	Содержание компонентов для приготовления 1л р-ра (мл)	Использование
Натрий двууглекислый (пищевая сода)	20	При ручной очистке методом кипячения 15 мин. Ручная очистка осуществляется при подогреве р-ра до 50 °С, затем инструменты замачиваются в нем на 15 мин.
Вода питьевая	980	
Натрий двууглекислый (пищевая сода)	30	
Вода питьевая	970	

Таблица 3

### Примеры дезинфицирующих средств, пригодных одновременно для дезинфекции и для предстерилизационной очистки

Компонент	Концентрация (%)	Время обработки (мин)	Использование
Лизетол АФ	4	30	Ручная очистка мед. изделий из резины металла
	5	15	
Виркон	2	10	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
Лизафин	1	60	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
	1,5	30 при t не менее 18 °С	
	2	15	
Самаровка	2	90 при t не менее 18 °С	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
	3	60	
Амиксан	1	60	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
	2	30 при t не менее 18 °С	
	3	15	
Триосент-микст	2	90 при t не менее 18 °С	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
	4	60	

Клиндезин-специаль	1	60 при t не менее	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
	2	18 °С 15	
Диабак	2	90	Ручная очистка мед. изделий из стекла, резины металла
	3,5	60 при t не менее 18 °С	
	8	30	
	9	15	

*Контроль качества предстерилизационной очистки изделий медицинского назначения* проводят ежедневно (старшая медсестра и сотрудники, проводившие обработку). Контролю подлежат не менее 3-5 единиц каждого наименования.

Качество предстерилизационной очистки медицинских изделий оценивают на наличие остаточной крови с помощью азопирамовой пробы и на наличие остаточных количеств щелочных компонентов моющего средства с помощью фенолфталеиновой пробы.

Перед постановкой азопирамовой пробы готовят рабочий раствор, смешивая равные объемные количества азопирама и 3% раствора перекиси водорода. Рабочий раствор азопирама должен быть использован в течение 1-2 часов. При более длительном стоянии может появиться спонтанное розовое окрашивание реактива.

Нельзя подвергать проверке горячие инструменты, а также держать рабочий раствор на ярком свете или при повышенной температуре.

Пригодность рабочего раствора азопирама проверяют в случае необходимости: 2-3 капли наносят на пятно крови. Если не позже, чем через 1 минуту появляется фиолетовое окрашивание, переходящее затем в сиреневый цвет, реактив пригоден. Если окрашивание в течение 1 минуты не появляется реактивом пользоваться нельзя.

Контролируемое изделие протирают марлевой салфеткой, смоченной реактивом, или 2-3 капли реактива с помощью пипетки наносят на изделия. Реактив оставляют внутри изделия в течение 0,5-1 минуты, после чего его сливают на марлевую салфетку.

Перед проведением фенолфталеиновой пробы готовят 1% спиртовый раствор фенолфталеина на 96° этиловом спирте. Этот раствор может храниться во флаконе с притертой пробкой в холодильнике в течение месяца.

О наличии на исследуемых изделиях остаточных щелочных компонентов моющего средства свидетельствует появление розового окрашивания реактива.

При положительных пробах на кровь, щелочные компоненты всю группу контролируемых изделий подвергают повторной обработке до получения отрицательных результатов.

*Стерилизация* проводится для предупреждения распространения ряда инфекционных заболеваний, возбудители которых передаются через кровь и биологические жидкости. Стерилизация предусмотрена для всех изделий, которые контактировали с кровью, раневой поверхностью, слизистыми оболочками. Существуют следующие методы стерилизации: воздушный, паровой, химический (газовый, холодный).

Воздушный метод стерилизации в сухожаровых шкафах используется для изделий из металла и стекла. Режим стерилизации 180 °С в течение 60 мин или 160 °С - 150 мин. Для контроля режима стерелизации используют термовременные индикаторы, например при 160 °С используется индикатор – ИС-160 фирмы «Винар», а при 180 °С - термовременный бумажный ИС-180. Каждый цикл работы стерилизатора фиксируется в журнале, где указываются наименования всех изделий, параметры и результаты контроля.

Паровой метод стерилизации используется для изделий из стекла, резины, коррозионно-стойких металлов и других металлов, изделий из текстильных материалов. Автоклавирование проводится при 2 атм. ( $\pm 0,2$  атм.) в течение 20 мин при температуре  $132\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 2,0\text{ }^{\circ}\text{C}$  - для изделий из силиконовой резины, стекла, текстильных материалов и стойких металлов. При давлении 1,1 атм. ( $\pm 0,2$  атм.) в течение 45 мин и температуре  $120\text{ }^{\circ}\text{C} \pm 2\text{ }^{\circ}\text{C}$  стерилизуются изделия из латекса, резины и отдельных полимерных материалов.

Надежность паровой стерилизации контролируется с использованием визуального метода (время, давление, порядок работы на стерилизаторе),

химический метод (термовременные индикаторы) с отметкой данных каждого цикла автоклавирования в «Журнале работы автоклава» установленного образца, бактериологического контроля, биотестов.

Химический метод наиболее часто применяется для стерилизации изделий из коррозионно-нестойких металлов, резины, специального стекла. Для стерилизации используются пластмассовые, стеклянные, эмалированные емкости с плотно закрывающимися крышками. Изделия, подвергаемые стерилизации, полностью погружают в раствор; после окончания стерилизации их извлекают из раствора с помощью стерильного пинцета и дважды погружают в емкости с дистиллированной водой на 5 мин, меняя ее каждый раз при соблюдении асептических условий. Предварительно емкости стерилизуют паровым методом при температуре 132 °С в течение 20 мин, после чего инструмент стерильным пинцетом перекладывают в асептических условиях в стерильные биксы, выстланные стерильной простыней. Срок хранения в вышеуказанных условиях не более 3 суток.

При газовом методе стерилизации применяются окись этилена, пары 40% раствора формальдегида в спирте, 10% раствор «Гигасепта ФФ».

*Т а б л и ц а 4*

**Средства, применяемые для стерилизации химическим методом,  
их концентрация и экспозиция**

Стерилизующие химические соединения	Температура стерилизации	Время экспозиции
6% перекись водорода	18-20°С	6ч
6% перекись водорода	50 °С	3ч
20% р-р «Бианола»	21±1°С	10ч
10% р-р «Гигасепта ФФ»	-	10ч
1% р-р «Дезоксона-1»	18°С	45 мин
«Сайдекс» готовый раствор	18°С	4ч
8% «Лизоформин-3000»	50°С	1ч

*Обеззараживание воздуха.* Для обеззараживания воздуха и поверхностей используют бактерицидные лампы. Количество и мощность бактерицидных ламп

подбирается с таким расчетом, чтобы обеззаразить помещение от золотистого стафилококка с бактерицидной эффективностью 99% за время 30 минут.

Бактерицидные лампы должны содержаться в чистоте, так как даже тонкий слой пыли существенно задерживает поток излучателя. Один раз в неделю ультрафиолетовые облучатели протирают сухой марлевой салфеткой.

Бактерицидные лампы включают на 30 минут перед началом работы и после окончания смены, при этом выключатель устанавливают вне кабинета. После выключения ламп в помещение входят через 30 минут, в связи с образованием в воздушной среде озона, представляющего серьезный риск для здоровья человека. При включенных лампах на дверях должно зажигаться световое табло «Не входить!». Бактерицидные лампы, прогоревшие гарантированный срок службы, должны заменяться на новые. Для этого необходимо вести учет времени работы облучателей в помещении. По мере работы ламп идет снижение бактериального потока, чтобы его скомпенсировать, необходимо после истечения 1/3 номинального срока службы ламп увеличить начально установленную длительность облучения в 1,2 раза и после 2/3 срока в 1,3 раза. Учет времени работы облучателей и изменения длительности облучения должны заноситься в журнал регистрации и контроля работы бактерицидной установки.

При постоянном пребывании людей в помещении применяют облучательные установки-рециркуляторы, обеззараживающие воздух помещений в присутствии людей. Воздух обеззараживается при прохождении через закрытую камеру рециркулятора, внутренний объем которой облучается излучением бактерицидных ламп.

*Обработка рук медицинского персонала.* В учреждениях и кабинетах медицинского профиля обработка рук персонала включает:

- обычное мытье рук;
- гигиеническую дезинфекцию (антисептику) рук;
- хирургическую дезинфекцию (антисептику) рук.

### Обычное мытье рук предполагает алгоритм:

- снять кольца, перстни и другие украшения (затрудняют удаление микроорганизмов, затрудняют надевание перчаток, повышают вероятность их разрыва);

- под умеренной струей комфортно теплой воды руки следует энергично намылить и тереть друг о друга не менее 10 секунд в соответствии с методикой, представленной на рис.1, после чего ополоснуть. Обработку рук мылом следует проводить двукратно;

- высушить руки одноразовым бумажным полотенцем, которым затем закрыть кран;

- запрещается пользоваться общим полотенцем, которое не меняется в течение всей рабочей смены (а иногда и нескольких дней);

- полотенца должны быть строго индивидуальными и сухими;

- для обычного мытья рук предпочтительно жидкое мыло в дозаторах однократного применения. При использовании мыла в кусках следует использовать мыльницы, которые позволяют мылу высыхать между отдельными эпизодами мытья рук (например, с магнитной подвеской).

### Обычное мытье рук производится:

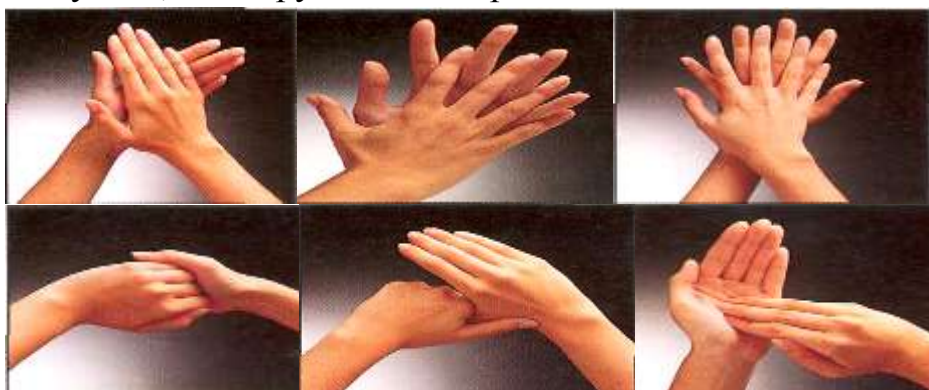
- перед гигиенической дезинфекцией рук и последующего надевания перчаток;

- перед употреблением пищи;

- после посещения туалета;

- после каждого снятия перчаток, перед гигиенической дезинфекцией рук;

- во всех случаях, когда руки явно загрязнены.





## Рис.1. Техника мытья рук

### Гигиеническая дезинфекция (антисептика) рук предполагает алгоритм:

- после обычного мытья рук с мылом на руки наносится 3-5 мл антисептика (АХД-2000 спентиал-экспресс, лизанин, 70% этиловый спирт, 0,5% р-р хлоргексидина биглюконата в 70% этиловом спирте, диасептик, триосепт-аква или другие кожные антисептики) в соответствии с методикой, показанной на рис. № 1;
- антисептик втирать в кожу до высыхания (вытирать руки не следует!);
- руки должны быть влажными от антисептика не менее 15 сек.

### Гигиеническая дезинфекция (антисептика) рук проводится:

- перед надеванием перчаток после обычного мытья рук;
- после снятия перчаток и обычного мытья рук;
- перед и после контакта с пациентом;
- после контакта с кровью, слюной и другими биологическими жидкостями пациентов.

### Хирургическая дезинфекция (антисептика) рук предполагает алгоритм:

-руки моют в течение 2 мин. проточной водой с мылом, дважды намыливая их, затем насухо вытирают стерильной салфеткой. Щетки применять не обязательно. Если щетки применяются, то следует использовать мягкие стерильные щетки однократного применения, или щетки, способные выдержать автоклавирование. При этом пользоваться щетками следует только для обработки околоногтевых областей;

- после высушивания в кожу рук двукратно втирают по 5 мл антисептика до полного высыхания (лизанин, АХД-2000 специаль, дегмин, 0,5%, раствор хлоргексидина биглюконат в 70% этиловом спирте, диасептик, триосепт-аква или другие кожные антисептики в установленном порядке);
- на высохшие руки тотчас надевают стерильные перчатки.

Хирургическая дезинфекция (антисептика) рук проводится перед любыми хирургическими вмешательствами.

*Профилактика профессиональных заражений.* При выполнении любых манипуляций медицинского характера медицинский работник должен быть одет в халат, шапочку, одноразовую маску (а при необходимости - защитные очки или щитки), сменную обувь, выходить в которых за пределы отделения, лаборатории, манипуляционного кабинета и др. запрещается.

Все манипуляции, при которых может произойти загрязнение рук кровью, сывороткой крови или другими биологическими жидкостями проводят в двойных одноразовых перчатках.

Работники всех медицинских специальностей должны соблюдать меры предосторожности при выполнении манипуляций с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпели, боры и др.); следует избегать уколов, порезов перчаток и рук.

Разборку, мойку, ополаскивание медицинского инструментария, пипеток, лабораторной посуды, приборов или аппаратов, которые соприкасались с кровью или биологическими жидкостями пациента, проводят только в перчатках после их предварительной дезинфекции дезинфицирующим раствором, обладающим вирулицидным действием.

При наличии ран на руках, экссудативных поражений кожи или мокнущего дерматита, медработника на время заболевания отстраняют от ухода за пациентами и контакта с предметами для ухода за ними. При необходимости выполнения работы все поврежденные участки закрывают лейкопластырем, лифузолом или напалечником.

Все рабочие места (процедурный кабинет, манипуляционная и т. п.) обеспечивают дезинфицирующим раствором и аварийной аптечкой.

После процедур высокой степени риска (парентеральные процедуры и те, при которых происходит контакт с сильно изъязвленными слизистыми и кожей) руки моют с применением современных хирургических кожных антисептиков. При их отсутствии руки моют водой с мылом с последующим высушиванием и обработкой их 70% раствором этилового спирта.

После процедур со средней и низкой степенью риска (контакт с неповрежденными слизистыми оболочками и кожей) руки моют водой с мылом.

При подготовке к проведению манипуляции больному с ВИЧ-инфекцией проверяют наличие и целостность аварийной аптечки.

Все оперативные вмешательства проводят в присутствии второго специалиста, который продолжает их выполнение в случае аварийной ситуации.

Одноразовый инструментарий используют только однократно.

Многоразовый хирургический, стоматологический и другой медицинский инструментарий применяют только для данной категории больных, обеспечив его обработку и хранение в отдельных емкостях.

Медицинский работник обязан относиться к крови и биологическим жидкостям организма как к потенциально заразному материалу.

При попадании заразного или подозрительного на инфицирование ВИЧ материала на халат, одежду - это место немедленно обрабатывают дезинфицирующим раствором, затем обеззараживают перчатки, снимают халат и замачивают последний в дезинфицирующем растворе (кроме 6% перекиси водорода, нейтрального гипохлорита кальция, которые разрушают ткани) или сбрасывают в стерилизационную коробку для последующей дезинфекции методом автоклавирования. Обувь обрабатывают методом двукратного обтирания ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе. Кожу рук и других участков тела под загрязненной одеждой протирают 70% раствором этилового спирта.

При загрязнении рук кровью их обрабатывают тампоном с кожным антисептиком, разрешенным к применению, затем двукратно моют теплой проточной водой с мылом и вытирают насухо индивидуальным полотенцем (салфеткой).

При повреждении кожных покровов немедленно обеззараживают перчатки дезинфицирующим раствором, снимают их, выдавливают кровь из ранки, тщательно моют руки под проточной водой с мылом, обрабатывают

70% раствором этилового спирта и смазывают ранку 5% спиртовым раствором йода.

При попадании заразного материала на слизистые оболочки:

- глаз – немедленно промывают водой или водным раствором 0,01% марганцовокислого калия;
- носа – обрабатывают 0,05% водным раствором марганцовокислого калия;
- ротоглотки – прополаскивают 0,05% водным раствором марганцовокислого калия или 70% раствором этилового спирта.

При попадании заразного материала на пол, стены, мебель, оборудование загрязненные места заливают дезинфицирующим раствором, обладающим вирулицидным свойством на рекомендуемое время обеззараживания (согласно инструкции на дезинфекционное средство), затем тампоном (салфеткой) удаляют смесь заразного материала и дезинфицирующего раствора и сбрасывают его (её) в дезинфицирующий раствор. Затем поверхность протирают дважды с интервалом в 15 минут дезинфицирующим раствором. Если применяется 70% этиловый спирт - поверхность протирают 3-5 раз, так как спирт быстро испаряется. Исползованную ветошь сбрасывают в емкость с дезинфицирующим раствором или в бак для последующего автоклавирования.

Об аварийной ситуации немедленно сообщают руководителю подразделения. Аварийную ситуацию регистрируют в журнале учета аварийных ситуаций подразделения ЛПУ и составляют акт об аварийной ситуации. В первые минуты при аварийной ситуации (не позднее 72 часов) решают вопрос проведения экстренной химиопрофилактики.

До начала приема антиретровирусных препаратов травмированный медицинский работник сдает кровь на ВИЧ-инфекцию и направляется на консультацию в ГУЗ КЦ СПИД (КДЦ или КДК при ЛПУ).

При постановке на диспансерный учет заводят индивидуальную медицинскую карту (уч. ф. № 25), в которую вносят запись об аварийной ситуации и проведенных противоэпидемических и профилактических

мероприятиях. Устанавливается диспансерное наблюдение в течение 1 года (с момента аварии) с последующим обследованием на ВИЧ-инфекцию через 3, 6, 9 и 12 месяцев. Копии результатов анализов представляют в ГУЗ КЦ СПИД ежеквартально.

Перечень медикаментов, входящих в аварийную аптечку для оказания первой медицинской помощи:

- 70 % этиловый спирт 100,0мл - 1 шт.;
- 5% спиртовой раствор йода 10,0мл - 1 шт.;
- 0,01% водный раствор марганцовокислого калия, 100мл - 1 шт.;
- 0,05% водный раствор марганцовокислого калия, 100мл - 1 шт.;
- мензурка медицинская на 30 мл - 1 шт.;
- бактерицидный пластырь - 1 шт.;
- стерильные глазные пипетки 2 шт.;
- стерильные перевязочные средства (бинты, ватные шарики),
- предметы общемедицинского назначения (градусники, жгут, ножницы, нашатырный спирт).

Аптечка хранится в легкодоступном месте (в биксе или металлическом ящике). Контроль за правильностью хранения и пополнением аптечки осуществляют заведующие подразделениями или назначенные ими лица.

Весь персонал АПУ в соответствии с приказом МЗ РФ № 229 от 27.06.01г. и № 673 от 30.10.07г. должен быть привит против ГВ, дифтерии, столбняка, кори (в возрасте до 35 лет), краснухи (в возрасте до 25 лет), в противоэпидемический период – от гриппа.

Медперсонал обязан проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры. Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе.

**Повышение неспецифической резистентности населения  
и специфическая профилактика**

Невосприимчивость к инфекционным заболеваниям, с одной стороны, детерминирована генетически, а с другой – зависит от условий окружающей среды.

Формированию подобной невосприимчивости населения способствует диспансеризация детей до года, которую проводят участковые педиатры. При этом контролируется естественное вскармливание ребенка, введение докорма и прикорма, рекомендуется проведение гимнастики и закаливающих процедур и др. При поступлении детей в организованные дошкольные коллективы и школы работу по повышению неспецифической резистентности продолжают медработники этих учреждений, организуя и контролируя рациональное питание детей, витаминизацию, различные формы закаливающих процедур. При необходимости детям назначают адаптогены (биологически активные добавки). Мероприятия по иммунореабилитации проводятся при формировании приобретенных иммунодефицитов. Иммуномодуляторы назначает врач-иммунолог под контролем иммунограммы.

Повышение неспецифической резистентности взрослого населения обеспечивается санитарно-просветительной работой по формированию здорового образа жизни (режим труда и отдыха, рациональное питание, физкультура и спорт, психология взаимоотношений в коллективе, профилактика алкоголизма, наркомании и др.).

Проведение прививок является основным средством профилактики многих инфекционных болезней. Число профилактических прививок, проводимых в настоящее время детском и взрослому населению, велико. Все они могут быть разделены на 2 группы: прививки плановые и проводимые по эпидпоказаниям.

1. *Плановые прививки* – прививки, которые проводят в соответствии с планом. Их можно подразделить на 2 подгруппы: декретированные и прививки контингентам повышенного риска инфицирования.

Декретированные прививки регламентируются приказами и проводятся в соответствии с национальным календарем профпрививок, действующим на всей территории страны. В Российской Федерации декретированными являются прививки против туберкулеза, полиомиелита, дифтерии, коклюша, столбняка, кори, краснухи, эпидемического паротита, гепатита В и гриппа. Декретированные прививки неорганизованным детям проводят в прививочных кабинетах детских

поликлиник, организованным – в дошкольных учреждениях и школах. По показаниям разрешено проведение прививок на дому. Плановые прививки контингентам повышенного риска инфицирования проводят, как правило, взрослому населению, подвергающемуся профессиональному риску заражения. Работников кожевенных производств прививают против сибирской язвы, молочно-товарных ферм – против бруцеллеза, сельскохозяйственных рабочих – против туляремии, имеющих «контакт» с лесом – против клещевого энцефалита и др.

*2. Прививки по эпидпоказаниям* проводят:

- лицам, общавшимся с источником возбудителя инфекции в очагах дифтерии, кори, эпидемического паротита, краснухи, гепатита В, ветряной оспы;

- населению территории, где возникла эпидемическая ситуация по той или иной инфекции;

- лицам, выезжающим в страны, неблагополучные по какой-либо инфекции.

При планировании и проведении прививок учитывают нижеследующие организационно-методические принципы.

*Исчерпывающий учет населения* осуществляют путем переписи детского населения 2 раза в год, взрослого – 1 раз в год. В промежуток между переписью учет миграционных процессов проводят через регистратуру поликлиники с заполнением журнала прибывших и выбывших. Сведения о новорожденных поступают в детскую поликлинику из родильного дома.

*Унифицированный учет профилактических прививок и отчетность* предполагает ведение единой учетно-отчетной документации.

*Отбор на прививку* проводят с учетом состояния здоровья, перенесенных заболеваний, аллергологического анамнеза, срока предыдущей прививки (в т.ч. введения иммуноглобулина), адаптационного периода к условиям дошкольного учреждения и при отсутствии контакта с инфекционными больными. В день прививки проводят медицинский осмотр пациента с измерением температуры и записью результатов в историю развития ребенка или в амбулаторной карте.

*Подготовка к прививке* заключается в организации рационального питания с исключением продуктов, обладающих аллергизирующими свойствами (шоколад,

цитрусовые и др.). Необходимо избегать контактов с инфекционными больными. Лиц из групп риска развития поствакцинальных осложнений готовят к прививке под контролем врача – иммунолога по индивидуальной схеме.

*Наблюдение в поствакцинальном периоде* является обязательным, т.к. иммунизация сопряжена с побочным действием вакцины на организм, обуславливающим возникновение поствакцинальных реакций (ПВР), а иногда поствакцинальных осложнений (ПВО) и интеркуррентных заболеваний. Результаты наблюдения фиксируют в истории развития или амбулаторной карте, а при развитии ПВО заполняют экстренное извещение (ф. № 58-у), которое направляют в территориальный филиал ФГУЗ “Центр гигиены и эпидемиологии”.

*Соблюдение техники проведения прививок* предполагает прежде всего бракераж бактериального препарата (наличие этикетки, целостность упаковки, срок годности, внешний вид препарата). Способ введения препарата должен соответствовать инструкции. Прививки проводят одноразовым шприцем. Для проведения прививок против туберкулеза или туберкулинодиагностики должен быть выделен отдельный инструментарий со специальной маркировкой, который хранят отдельно. Прививки против туберкулеза и туберкулинодиагностику проводят в отдельном помещении или в определенные дни недели, не совмещая с другими прививками. В помещении, где осуществляют прививки, необходимо иметь набор медикаментов для оказания неотложной медицинской помощи при возникновении ПВО и аптечку для оказания помощи персоналу при возникновении чрезвычайных ситуаций, связанных с нарушением слизистых и кожных покровов.

В целях предупреждения инфицирования пациентов необходимо проводить все виды инъекций, строго соблюдая условия асептики. Для каждого больного используется индивидуальный шприц и игла однократного применения. До начала процедуры необходимо убедиться в целостности стерильной упаковки, сроке годности инструментария, а также в соответствии назначенного лекарства, его сроке годности и целостности флакона или ампулы.

До начала сборки шприца необходимо тщательно вымыть руки с мылом проточной водой, а затем, не вытирая полотенцем, протереть их одним из



растворов кожных антисептиков (АХД-2000, 76,0% спирт и т.д.). Все повреждения кожи на руках должны быть закрыты лейкопластырем. Надеть перчатки.

#### Сборка шприца:

- открыть пакет со шприцем и иглой
- левой рукой захватить цилиндр в нижней части
- правой рукой взять иглу за пластмассовый колпачок и вращательными движениями муфты иглы надеть на шприц и хорошо притереть. Собранный шприц при необходимости положить на стерильную пленку. Шейку ампулы или резиновую пробку флакона предварительно протереть стерильным ватным шариком, смоченным спиртом (другим антисептиком). Узкую часть ампулы надпилить и, прихватив шариком, которым протирали ампулу, надломить ее. Ампулу (флакон) взять в левую руку, правой ввести иглу, надетую на шприц, оттягивая поршень, постепенно набрать в шприц нужное количество препарата, по мере надобности наклоняя их. Удалить пузырьки воздуха, из шприца повернув шприц вертикально иглой вверх, надавливая на поршень, постепенно удалит воздух из шприца.

При подготовке инъекционного поля кожу больного протереть стерильным шариком, смоченным 70% спиртом (другим антисептиком) в одном направлении (сверху вниз), размер инъекционного поля 4-8 см.

#### Особенности инъекций:

а) подкожные – вводятся в наружную поверхность плеча, подлопаточное пространство, передненаружную поверхность бедра, боковую поверхность брюшной стенки. Игла вкалывается под углом  $45^{\circ}$  на глубину 1-2 см в основание треугольника, образуемого складной кожи. Раствор вводится медленно;

б) внутримышечные – вводятся в мышцы верхненаружной четверти ягодичной области, мышцы живота и бедер. После введения иглы потянуть поршень на себя и убедиться, что игла не находится в сосуде (иначе кровь появится в шприце), и только тогда вытеснить раствор из шприца. При введении лекарств в бедро шприц ввести под углом;

Использованные ватные шарики, шприцы игл (все отдельно) перед утилизацией подвергать дезинфекции по режиму ГВ, ГС и ВИЧ-инфекцией (3% раствор хлорамина и т.п.). Категорически запрещается перед проведением дезинфекции закрывать иглы пластиковыми колпачками.

В случае загрязнения рук кровью следует немедленно обработать их тампоном, смоченным кожным антисептиком и через 3-5 мин. вымыть двукратно проточной водой с мылом. В случае загрязнения перчаток кровью или другими секретами немедленно дважды протереть их тампоном, обильно смоченным антисептиком с последующим мытьем под проточной водой.

В случае попадания крови на мебель, инвентарь, приборы их немедленно двукратно протирают ветошью, смоченной любым дезинфицирующим средством в концепции по режиму ГВ, ГС и ВИЧ-инфекцией.

*Соблюдение “холодовой цепи” при транспортировке и хранении вакцин* обеспечивает сохранение иммуногенных свойств препарата. Доставку вакцины в АПУ осуществляют в медицинских сумках-холодильниках и термоконтейнерах. Температура хранения и транспортировки должна быть 5 – 8°C. Срок доставки МИБП в АПУ не должен превышать 6 часов. В АПУ МИБП хранят в холодильнике, температурный режим которого контролируют термометром. В морозильной камере размещают хладоэлементы. На первой полке хранят живые вакцины (полиомиелитную, коревую, паротитную), на второй – не адсорбированные вакцины, на третьей – адсорбированные препараты (АКДС, АДС, АДС-М), Срок хранения бактериальных препаратов в АПУ не должен превышать один месяц. Контроль соблюдения «холодовой цепи» осуществляют с помощью термоиндикаторов.

Оценивают эффективность вакцинопрофилактики по четырем критериям:

- документированной привитости (охват прививками и своевременность иммунизации);
- иммунологической эффективности (доля серонегативных, защищенных, лиц с низким титром антител, среднегеометрическая величина титра антител);

- эпидемиологической эффективности (индекс эффективности, коэффициент защищенности, тяжесть клинического течения инфекции);
- экономической эффективности (предотвращенный экономический ущерб).

### *Информационно-просветительная работа*

Систематическая информационно-просветительная работа проводится в соответствии с блоком общеобразовательных программ для детей дошкольного возраста, школьников, подростков и взрослых. Участковые врачи должны использовать различные формы санпросветработы с учетом аудитории и поставленных задач. Тематика должна соответствовать сезону года и конкретной эпидобстановке.

### **Противоэпидемическая работа кабинета инфекционных заболеваний, кабинета иммунопрофилактики и амбулаторно-поликлинического учреждения в целом**

Противоэпидемическая работа поликлиники (амбулаторно-поликлинического учреждения-АПУ) направлена на своевременное выявление, локализацию и ликвидацию эпидемических очагов на территории обслуживания. Успех этой деятельности определяется своевременностью, полнотой и качеством противоэпидемических мероприятий в очагах инфекционных и паразитарных заболеваний, проводимых в отношении всех трех звеньев эпидемического процесса. Основными исполнителями мероприятий являются участковые педиатры, терапевты (на селе фельдшера участковых больниц и ФАП) и персонал КИЗ.

### **Мероприятия в отношении источника возбудителя**

Диагностику инфекционного заболевания осуществляют активно, а также пассивно при обращении пациентов за медицинской помощью в АПУ (к участковому, цеховому врачам, врачу КИЗ, фельдшеру) или при вызове врача на дом. В ряде случаев инфекционные заболевания (туберкулез, дифтерия, венерические болезни, чесотка, грибковые заболевания и др.) могут быть диагностированы профильными специалистами. От своевременного и правильного диагноза зависит оперативность и целенаправленность всех остальных

мероприятий по локализации и ликвидации очага. Предварительный диагноз инфекционного заболевания ставится на основании клинических проявлений болезни и данных эпидемиологического анамнеза. Грамотно собранный эпиданамнез позволяет не только подтвердить клинический диагноз, но и выяснить возможные причины и условия заражения больного (поставить эпиддиагноз). Для этого необходимо уточнить у больного (родственников) дату появления первых признаков заболевания и, зная минимальный и максимальный сроки инкубационного периода предполагаемого инфекционного заболевания, рассчитать сроки возможного заражения, выяснить место вероятного заражения, а также возможный источник возбудителя, пути и факторы передачи возбудителя. Выясняется круг лиц, с которыми больной общался в заразном периоде (по месту жительства, в детском, производственном коллективе или других местах). Все сведения эпиданамнеза должны записываться в амбулаторную карту больного и использоваться для обоснования комплекса противоэпидемических мероприятий.

Для подтверждения диагноза инфекционного заболевания используют разные методы лабораторного исследования (микробиологические, серологические, биохимические и др.), основанные на знании особенностей патогенеза заболевания и путей выделения возбудителя. Результативность лабораторных исследований зависит также от знания и соблюдения медработниками АПУ сроков и правил забора материала от больных, порядка и сроков его доставки в лабораторию. Все назначенные врачом виды лабораторного обследования больного и результаты анализов записывают в амбулаторную карту.

Первичный учет больного в АПУ (ф. № 60-у) и передачу экстренного извещения о нем (ф. № 058-у) в территориальный центр гигиены и эпидемиологии проводят по предварительному диагнозу в течение 2-х часов с момента его постановки, не дожидаясь лабораторного подтверждения. В случае изменения диагноза посылают повторное экстренное извещение на больного. При регистрации инфекционному больному присваивают эпидномер, который фиксируют в амбулаторной карте, журнале учета инфекционных больных в АПУ, в

направлении на госпитализацию в стационар, а в последующем и в карте диспансерного наблюдения.

*Изоляцию и лечение больных (носителей инфекции)* осуществляют на дому или в инфекционном стационаре соответствующего профиля. Решение о месте лечения принимает врач в зависимости от характера заболевания, тяжести его течения, степени эпидемиологической опасности очага, его санитарного состояния, возрастного и профессионального состава проживающих в очаге, их культуры, санитарной грамотности и других особенностей

При таких инфекциях, как холера, брюшной тиф, паратифы, вирусный гепатит, сыпной тиф, ГЛПС, генерализованные формы менингококковой инфекции, дифтерия, клещевой энцефалит, полиомиелит госпитализируют всех больных, независимо от других показателей. Больные острыми кишечными инфекциями, сальмонеллезами, гельминтозами, скарлатиной, коклюшем, ОРВИ, гриппом и др. госпитализируются по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

Врач (фельдшер), оформивший больному направление на госпитализацию, обязан организовать его эвакуацию специальным транспортом. В направлении на госпитализацию в обязательном порядке должны быть указаны сведения о перенесенных инфекциях, полученных профилактических прививках, об отсутствии контакта с инфекционными больными. При отсутствии показаний к госпитализации врач организует лечение больных на дому. Если больной отказывается от госпитализации, то вопрос его лечения на дому согласовывается с врачом КИЗ и эпидемиологом. При организации стационара на дому участковый врач (фельдшер) несет полную ответственность за лечение больного и ликвидацию очага.

До начала этиотропного лечения и через 2 – 3 дня после его окончания у больного забирают материал для лабораторного исследования.

Лечение проводят в соответствии с листом назначения. Врач активно посещает больного на дому весь острый период. При необходимости лечащий врач организует консультацию на дому врача КИЗ. После клинического выздоровления

и контрольного лабораторного исследования (по показаниям) долечивание может продолжаться в АПУ. Дополнительное амбулаторное лечение проводится реконвалесцентам после стационарного лечения, больным с затяжными и хроническими формами процесса. Большинство больных гельминтозами (аскаридозом, энтеробиозом, трихоцефалезом) лечатся амбулаторно под контролем участкового врача или врач КИЗ. Больные с выраженной клиникой, имеющие сопутствующие заболевания и инвазированные ленточными гельминтами, больные оспиторхозом, трихинеллезом, токсокарозом или с множественными инвазиями направляются для лечения в стационар (специально выделенные койки) или в дневной гельминтологический стационар при КИЗ.

*Диспансерное наблюдение* проводят за переболевшими дизентерией, прочими ОКИ, сальмонеллезом, брюшным тифом, паратифами, холерой, вирусными гепатитами, гельминтозами и рядом других заболеваний с целью предупреждения и раннего выявления обострений, рецидивов, различных осложнений, формирования бактерионосительства и хронических форм заболевания. О выписке из стационара реконвалесцентов больница сообщает в АПУ по месту жительства, после чего в КИЗ на них заполняют контрольную карту диспансерного наблюдения. Тактика, содержание и продолжительность диспансерного наблюдения зависят от вида, формы, характера течения заболевания, возраста и профессиональной категории реконвалесцента. Кратность и частота клинических осмотров и лабораторных исследований регламентируются действующими приказами по соответствующим инфекциям. Назначение комплекса оздоровительных мероприятий, рекомендации по проведению профилактических и противоэпидемических мероприятий в семье, рациональному трудоустройству или изменению условий труда проводят строго индивидуально и отражают в плане диспансерного наблюдения и амбулаторной карте реконвалесцента. В городских поликлиниках за переболевшими детьми и взрослыми диспансерное наблюдение в основном проводит врач КИЗ с привлечением к этой работ участковых и цеховых врачей, медицинских работников дошкольных учреждений и школ. За лицами, переболевшими клещевым энцефалитом, полиомиелитом, менингококковой

инфекцией, наблюдает невропатолог. При осложнениях после других заболеваний (скарлатины, дифтерии, кори и др.) к наблюдению привлекаются и такие профильные специалисты, как кардиолог, отоларинголог, ревматолог и др. В сельской местности диспансерное наблюдение за переболевшими инфекционными заболеваниями осуществляют врачи участковых больниц, фельдшеры ФАП под контролем КИЗ ЦРБ.

### **Мероприятия по разрыву механизма и путей передачи возбудителя инфекции**

Основным мероприятием, направленным на второе звено эпидемического процесса в эпидемических очагах, является организация и проведение текущей и заключительной дезинфекции. За последние годы проведение обоих видов дезинфекции все больше доверяется населению, а обучение технике дезинфекции вменяется в обязанность участковым врачам (фельдшерам), отвечающим за ликвидацию очага. Поэтому медицинский персонал АПУ должен владеть знаниями о современных средствах дезинфекции и методике их использования в зависимости от эпидемиологических особенностей выявленного заболевания и степени устойчивости возбудителя. Особое внимание следует уделять текущей дезинфекции в случае оставления больного для лечения на дому, а также в очагах, сформированных больными с хроническими заболеваниями или хроническими носителями патогенных микроорганизмов. Текущая дезинфекция считается организованной своевременно, если она начинается не позднее 3 часов с момента выявления больного или его обращения за медицинской помощью. При лечении на дому участковому врачу при каждом посещении необходимо контролировать объем и качество проведения дезинфекционных мероприятий, разъяснять больному и родственникам роль этих мер в предупреждении заражения. Заключительная дезинфекция (при необходимости дезинсекция), проводимая после госпитализации больного, его выздоровления или смерти, выполняется силами дезинфекционной службы в очагах особо опасных инфекций, тифо-паратифозных заболеваний, сибирской язвы, туберкулеза, дифтерии, грибковых заболеваний, чесотки, педикулеза, а также при регистрации неединичных заболеваний

вирусными гепатитами, сальмонеллезом, острыми кишечными инфекциями в неблагополучных семьях, коммунальных квартирах, общежитиях, детских коллективах. Во всех остальных случаях и этот вид дезинфекции проводится силами и средствами лиц, проживающих в очаге, после соответствующих инструкций медицинского работника, выявившего больного или осуществляющего его эвакуацию из очага. При обучении технике дезинфекции необходимо ориентировать население не только на использование химических дезинфектантов соответствующей концентрации (хлорамина, дioxлора, жавель-солида, других отечественных и импортных препаратов), но и разрешенных для продажи населению дезсредств и препаратов бытовой химии с дезинфицирующим эффектом.

Кроме того, доступен и надежен такой метод физической дезинфекции, как кипячение в 2% растворе соды посуды, белья, игрушек, предметов ухода за больным, мочалок и т.д. При отсутствии дезпрепаратов в очагах кишечных инфекций для обработки выделений больных (рвотных масс, испражнений) можно рекомендовать обработку двойным количеством крутого кипятка. Заключительная дезинфекция считается своевременной, если она проводится после изоляции больного из очага не позднее 6 часов в городах и 12 часов в сельской местности. Гарантия полноты и качества проведения дезинфекции увеличивается, если участковый врач (фельдшер), наряду с устной инструкцией, оставит памятку о содержании дезинфекционных мероприятий при наиболее распространенных инфекционных заболеваниях. Сведения о назначении врачом текущей или заключительной дезинфекции, а при повторных посещениях очага и о ее выполнении должны заноситься в амбулаторную карту больного.

### **Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с источником возбудителя инфекции**

Противоэпидемические мероприятия в отношении 3-го звена эпидемического процесса начинаются с выявления и учета лиц, подвергшихся риску инфицирования одновременно с больным (общий источник или фактор передачи возбудителя) или от больного (носителя) в пределах границ данного очага (в семье,



квартире, детском учреждении, производственном коллективе). Сведения об этих лицах (Ф.И.О., возраст, место работы и должность, место учебы, детское учреждение) и проведенных в отношении них мероприятиях регистрируются в наблюдационном листе (по месту жительства) и наблюдационном журнале (в детском или производственном коллективе). За всеми общавшимися устанавливается медицинское наблюдение (наблюдение) для активного и раннего выявления новых случаев заболевания или носительства патогенных микробов. Продолжительность и характер наблюдения в очаге зависят от нозологической формы, состава общавшихся лиц, степени их эпидемиологической значимости, способа изоляции источника инфекции. В случае госпитализации больного продолжительность медицинского наблюдения за общавшимися определяется величиной максимального инкубационного периода заболевания, который прибавляется к дате изоляции источника инфекции и проведения заключительной дезинфекции в очаге. При лечении больного на дому наблюдение за общавшимися продолжается весь заразный период, к последнему дню которого прибавляется максимальный инкубационный период. В зависимости от вида заболевания и степени санитарно-эпидемиологической опасности очагов частота их посещения медицинским работником АПУ колеблется от ежедневного до 1 – 2 раз в неделю. В содержание медицинского наблюдения входит опрос о состоянии здоровья, измерение температуры и лабораторное обследование (при большинстве инфекций). Эпидемически значимые категории общавшихся подлежат разобщению (карантинизации или временной изоляции на дому или в лечебном учреждении) на разные сроки, определяемые нозологической формой и соответствующими приказами. Например, при такой карантинной инфекции, как легочная чума, все общавшиеся из очагов помещаются в изоляторы инфекционных больниц на весь срок максимального инкубационного периода. На весь срок карантина (7 дней) изолируются на дому дети до 10 лет, ранее не болевшие скарлатиной. Из очагов ветряной оспы не допускаются в детские учреждения и изолируются на дому не болевшие дети с 11-го по 21 день с момента контакта с больным. В очагах дизентерии, прочих кишечных инфекций, сальмонеллеза разобщение общавшихся

с больным не проводится, но врач АПУ сообщает об их контакте с больным в соответствующие детские учреждения, ЛПУ и другие эпидемиологически значимые объекты в целях установления за ними медицинского наблюдения и своевременного удаления из коллектива при появлении первых признаков заболевания. Кстати, в очагах этих инфекций лабораторное исследование проводят не всем общавшимся с больным, а только детям, посещающим ДОУ, взрослым – работникам декретированных профессий. В очагах тифо-паратифозных заболеваний, риккетсиозов, гельминтозов, дифтерии, менингококковой инфекции, особо опасных инфекций лабораторному обследованию подлежат все общавшиеся. Забор материала для лабораторного исследования проводят медработники АПУ (на дому или в поликлинике) и доставляют его в бактериологическую лабораторию территориального центра гигиены и эпидемиологии. После забора материала для исследования всем (в зависимости от вида заболевания и возрастно-профессионального состава общавшихся) проводят экстренную профилактику. В качестве средств экстренной профилактики могут быть использованы вакцины (дифтерия, корь, эпидемический паротит, полиомиелит, МКИ, ВГВ), иммуноглобулины (корь, ВГА, МКИ), бактериофаги (брюшной тиф), антибиотики (холера, чума), химиопрепараты (малярия, туберкулез и др.). Вид препарата и схема его применения при разных инфекциях регламентируются соответствующими приказами и инструкциями. При отсутствии данных о прививках целесообразно организовать серологическое исследование крови на наличие в сыворотке специфических антител и проведение экстренной профилактики по результатам анализа.

Таким образом, основными исполнителями противоэпидемических мероприятий в эпидемических очагах являются участковые врачи. Систематический контроль за своевременностью выявления и ликвидации эпидемических очагов, возникших на территории обслуживания АПУ, осуществляют эпидемиолог АПУ и врач КИЗ, одновременно оказывая необходимую консультативную и методическую помощь участковым врачам. Эпидемиологи проводят эпидемиологическое обследование эпидемических очагов

с целью изучения причин и условий их возникновения, оценки полноты и своевременности проведения первичного комплекса противоэпидемических мероприятий, разработки дополнительных рекомендаций. Вся собранная информация фиксируется в карте эпидемиологического обследования очага (ф. № 375/у). По эпидемическим показаниям (регистрация неединичных заболеваний в семьях, общежитиях и производственных коллективах и др.) эпидемиологи обследуют также очаги острых кишечных инфекций, ВГА, сальмонеллеза, гельминтозов, чесотки, грибковых заболеваний, сифилиса, гонореи и др. Ликвидация групповых заболеваний и вспышек, независимо от места их регистрации, всегда проводится совместными усилиями медицинских работников ЛПУ и центров гигиены и эпидемиологии. Для расследования причин их возникновения и проведения мероприятий создаются комплексные бригады из эпидемиологов, врачей-гигиенистов, лаборантов, инфекционистов, терапевтов, педиатров и других специалистов. Помимо мероприятий, продиктованных текущей эпидемиологической ситуацией, специалисты Роспотребнадзора осуществляют плановый контроль за противоэпидемической деятельностью АПУ различных уровней: периодически проверяется организационно-методическая работа госпитального эпидемиолога, врача КИЗ, клинической и биохимической лабораторий, участковых и профильных врачей по выполнению действующих приказов, постановлений органов власти и органов здравоохранения (центральных и местных) на заявленные виды деятельности. Проверка проводится в присутствии поликлинического эпидемиолога или врача КИЗ, а о ее результатах извещается руководитель АПУ или его заместитель. По инициативе эпидемиолога обобщенные материалы проверки, проведенной в плановом порядке или по эпидпоказаниям, выносятся на обсуждение оперативного совещания, врачебной конференции, заседания медицинского совета больницы или района.

*Противоэпидемическая работа поликлиники оценивается по следующим показателям:*

- удельный вес больных, выявленных активно, при обращении в поликлинику, при вызове врача на дом;

- удельный вес обратившихся за помощью в первые два дня от начала заболевания (своевременность обращения);
- своевременность установления диагноза со дня заболевания и со дня обращения;
- процент расхождения первичных и окончательных диагнозов;
- удельный вес госпитализированных больных от числа подлежащих госпитализации;
- своевременность госпитализации больных со дня заболевания, обращения к врачу и со дня установления диагноза;
- причины неполной и поздней госпитализации;
- удельный вес рецидивов, затяжных и хронических форм заболевания среди лечившихся амбулаторно и в стационаре (качество лечения и диспансерного наблюдения);
- полнота и своевременность текущей и заключительной дезинфекции в очагах, проведенной силами населения;
- процент обработанных дезслужбой очагов (от числа подлежавших обработке), своевременность проведения заключительной дезинфекции;
- своевременность и полнота обсервационных мероприятий в очагах (по результатам выборочной проверки обсервационных листов и опроса населения из очагов);
- удельный вес множественных очагов (с одновременно возникшими и вторичными заболеваниями), сформированных больными при лечении на дому и в стационаре (показатель качества всех противоэпидемических мероприятий по ликвидации очага);
- среднее время фактического существования очагов при лечении на дому и в стационаре;
- эпидемиолого-гигиеническая грамотность больных и общавшихся (на основании выборочного опроса населения в очагах).

Основным показателем эффективности всей противоэпидемической работы АПУ является снижение уровня заболеваемости, летальности и инвалидизации от инфекционных заболеваний.

Порядок проведения мероприятий по надзору Управлением Роспотребнадзора осуществляется в соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 года № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Законом РФ от 07.02.1992 года № 2300-1 «О защите прав потребителей», Федеральным законом от 26.12.2008 года № 294-ФЗ «О защите прав юридических лиц и индивидуальных предпринимателей при осуществлении государственного контроля (надзора) и

муниципального контроля», Административным регламентом Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по исполнению государственной функции по осуществлению в установленном порядке проверки деятельности юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан по выполнению требований санитарного законодательства, законов и иных нормативных правовых актов Российской Федерации, регулирующих отношения в области защиты прав потребителей, и за соблюдением правил продажи отдельных предусмотренных законодательством видов товаров, выполнения работ, оказания услуг, утвержденным Приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.10.2007 года № 658.

Государственный контроль (надзор) - деятельность уполномоченных органов государственной власти (федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации), направленная на предупреждение, выявление и пресечение нарушений юридическими лицами, их руководителями и иными должностными лицами, индивидуальными предпринимателями, их уполномоченными представителями (далее также - юридические лица, индивидуальные предприниматели) требований, установленных настоящим Федеральным законом, другими федеральными законами и принимаемыми в соответствии с ними иными нормативными правовыми актами Российской Федерации, законами и иными нормативными правовыми актами субъектов Российской Федерации (далее - обязательные требования), посредством организации и проведения проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, принятия предусмотренных законодательством Российской Федерации мер по пресечению и (или) устранению последствий выявленных нарушений, а также деятельность указанных уполномоченных органов государственной власти по систематическому наблюдению за исполнением обязательных требований, анализу и прогнозированию состояния исполнения обязательных требований при осуществлении деятельности юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями.

Мероприятие по контролю - действия должностного лица или должностных лиц органа государственного контроля (надзора) либо органа муниципального контроля и привлекаемых в случае необходимости в установленном настоящим Федеральным законом порядке к проведению проверок экспертов, экспертных организаций по рассмотрению документов юридического лица, индивидуального предпринимателя, по обследованию используемых указанными лицами при осуществлении деятельности территорий, зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, подобных объектов, транспортных средств и перевозимых указанными лицами грузов, по отбору образцов продукции, объектов окружающей среды, объектов производственной среды, по проведению их исследований, испытаний, а также по проведению экспертиз и расследований, направленных на установление причинно-следственной связи выявленного нарушения обязательных требований и (или) требований, установленных муниципальными правовыми актами, с фактами причинения вреда.

Проверка - совокупность проводимых органом государственного контроля (надзора) или органом муниципального контроля в отношении юридического лица, индивидуального предпринимателя мероприятий по контролю для оценки соответствия осуществляемых ими деятельности или действий (бездействия), производимых и реализуемых ими товаров (выполняемых работ, предоставляемых услуг) обязательным требованиям и требованиям, установленным муниципальными правовыми актами.

Мероприятия по надзору проводятся специалистами Управления Роспотребнадзора. Врачи-эпидемиологи ФГУЗ «ЦГиЭ» обеспечивают проведение мероприятий по надзору, осуществляют санитарно-эпидемиологическое обследование, экспертизу, проводят лабораторные исследования.

Мероприятия по надзору в отношении АПУ проводятся группой специалистов, руководителем группы является специалист отдела эпидемиологического надзора, в состав группы включают специалиста надзора за средой обитания и условиями проживания, если в АПУ осуществляются платные услуги, в состав группы включается специалист отдела по защите прав

потребителей. Специалист отдела эпидемиологического надзора контролирует соблюдение в АПУ нормативных актов, с учётом оказываемых видов медицинской деятельности. Специалист отдела надзора за средой обитания и условиями проживания, оценивает условия в которых осуществляется медицинская деятельность и организацию деятельности по обращения с отходами.

Плановые проверки проводятся на основании ежегодных планов разрабатываемых органами государственного контроля (надзора), в соответствии с их полномочиями. Периодичность плановых проверок устанавливаются Правительством Российской Федерации. В отношении юридических лиц, осуществляющих виды деятельности в сфере здравоохранения, плановые проверки могут проводиться два и более раза в три года.

О проведении плановой проверки юридическое лицо, уведомляется органом государственного контроля (надзора), не позднее чем в течение трех рабочих дней до начала ее проведения посредством направления копии распоряжения или приказа руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора), о начале проведения плановой проверки заказным почтовым отправлением с уведомлением о вручении или иным доступным способом.

Предметом внеплановой проверки является соблюдение юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем в процессе осуществления деятельности обязательных требований и требований, установленных муниципальными правовыми актами, выполнение предписаний органов государственного контроля (надзора), органов муниципального контроля, проведение мероприятий по предотвращению причинения вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде, по обеспечению безопасности государства, по предупреждению возникновения чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, по ликвидации последствий причинения такого вреда.

Основанием для проведения внеплановой проверки является:

- 1) истечение срока исполнения юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем ранее выданного предписания об устранении выявленного

нарушения обязательных требований и (или) требований, установленных муниципальными правовыми актами;

2) поступление в органы государственного контроля (надзора), органы муниципального контроля обращений и заявлений граждан, юридических лиц, индивидуальных предпринимателей, информации от органов государственной власти, органов местного самоуправления, из средств массовой информации о следующих фактах:

а) возникновение угрозы причинения вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде, безопасности государства, а также угрозы чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

б) причинение вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде, безопасности государства, а также возникновение чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;

в) нарушение прав потребителей (в случае обращения граждан, права которых нарушены).

Плановая и внеплановая проверка проводится в форме документарной проверки и (или) выездной проверки.

Выездная проверка проводится в случае, если при документарной проверке не представляется возможным:

1) удостовериться в полноте и достоверности сведений, содержащихся в уведомлении о начале осуществления отдельных видов предпринимательской деятельности и иных имеющихся в распоряжении органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля документах юридического лица, индивидуального предпринимателя;

2) оценить соответствие деятельности юридического лица, индивидуального предпринимателя обязательным требованиям или требованиям, установленным муниципальными правовыми актами, без проведения соответствующего мероприятия по контролю.

Проверка проводится на основании распоряжения или приказа руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора).



Выездная проверка начинается с предъявления служебного удостоверения должностными лицами органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля, обязательного ознакомления руководителя или иного должностного лица юридического лица, индивидуального предпринимателя, его уполномоченного представителя с распоряжением или приказом руководителя, заместителя руководителя органа государственного контроля (надзора), органа муниципального контроля о назначении выездной проверки и с полномочиями проводящих выездную проверку лиц, а также с целями, задачами, основаниями проведения выездной проверки, видами и объемом мероприятий по контролю, составом экспертов, представителями экспертных организаций, привлекаемых к выездной проверке, со сроками и с условиями ее проведения.

Срок проведения каждой из проверок, не может превышать двадцать рабочих дней.

По результатам проверки должностными лицами органа государственного контроля (надзора), проводящими проверку, составляется акт по установленной форме в двух экземплярах.

К акту проверки прилагаются протоколы отбора проб обследования объектов окружающей среды, протоколы или заключения проведенных исследований, испытаний и экспертиз, объяснения работников юридического лица, на которых возлагается ответственность за нарушение обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами, предписания об устранении выявленных нарушений и иные связанные с результатами проверки документы или их копии.

Для обеспечения проведения мероприятий по надзору должностные лица ФГУЗ «ЦГиЭ» привлекаются для проведения экспертизы, расследования, обследования, исследования. Основаниями для проведения расследования, обследования, исследования и иные виды оценок является предписание главного государственного врача по проведению санитарно-эпидемиологической экспертизы (обследования, исследования).

Лабораторные исследования в рамках плановых и внеплановых мероприятий по надзору осуществляются ФГУЗ «ЦГиЭ» Роспотребнадзора.

В случае выявления при проведении проверки нарушений юридическим лицом, индивидуальным предпринимателем обязательных требований или требований, установленных муниципальными правовыми актами, должностные лица органа государственного контроля (надзора), проводившие проверку, в пределах полномочий, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны:

1) выдать предписание юридическому лицу, об устранении выявленных нарушений с указанием сроков их устранения;

2) принять меры по контролю за устранением выявленных нарушений, их предупреждению, предотвращению возможного причинения вреда жизни, здоровью граждан, вреда животным, растениям, окружающей среде, обеспечению безопасности государства, предупреждению возникновения чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера, а также меры по привлечению лиц, допустивших выявленные нарушения, к ответственности.

При выявлении нарушений действующего законодательства составляется протокол об административном правонарушении на должностное или юридическое лицо.

Предписание об устранении выявленных нарушений в соответствии с ч.2 ст.50 и ч.1 ст.51 ФЗ-52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» выносит главный государственный санитарный врач и его заместители, или другие должностные лица, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

При этом мероприятия по контролю за исполнением предписаний об устранении выявленных нарушений должны быть проведены в срок не позднее 15-20 дней по истечении срока его исполнения с тем расчетом, чтобы в установленный Кодексом об административных правонарушениях срок (2 месяца с даты истечения срока на его исполнение) дело об административном правонарушении за невыполнение в установленный срок законного предписания

могло быть судом рассмотрено по существу до истечения сроков давности привлечения к административной ответственности.

В случае, если при проведении проверки установлено, что деятельность юридического лица, его филиала, структурного подразделения, эксплуатация ими зданий, строений, сооружений, помещений, оборудования, подобных объектов, транспортных средств, производимые и реализуемые ими товары (выполняемые работы, предоставляемые услуги) представляют непосредственную угрозу причинения вреда жизни, здоровью граждан, вреда окружающей среде, безопасности государства, возникновения чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера или такой вред причинен, орган государственного контроля (надзора), обязан незамедлительно принять меры по недопущению причинения вреда или прекращению его причинения вплоть до временного запрета деятельности юридического лица, его филиала, структурного подразделения, в порядке, установленном Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях.

В журнале учета проверок должностными лицами органа государственного контроля (надзора), осуществляется запись о проведенной проверке, содержащая сведения о наименовании органа государственного контроля (надзора), наименовании органа муниципального контроля, датах начала и окончания проведения проверки, времени ее проведения, правовых основаниях, целях, задачах и предмете проверки, выявленных нарушениях и выданных предписаниях, а также указываются фамилии, имена, отчества и должности должностного лица или должностных лиц, проводящих проверку, его или их подписи.

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

### **о кабинете (отделении) инфекционных заболеваний**

1. Кабинет инфекционных заболеваний является структурным подразделением поликлиники по оказанию специализированной помощи инфекционным больным.

2. Штаты кабинета инфекционных заболеваний устанавливаются в зависимости от объема работы в соответствии с числом врачей, среднего и младшего медицинского персонала, положенным учреждению по штатному расписанию, из расчета 0,2 должности врача-инфекциониста, медицинской сестры и санитарки на 10 тыс. взрослого городского населения.

Должности медицинских сестер и санитарок устанавливаются из расчета по одной должности на каждую ставку врача.

3. В поликлинике в составе кабинета инфекционных заболеваний может функционировать дневной гельминтологический стационар.

В этих случаях должности кабинета инфекционных заболеваний могут быть увеличены администрацией поликлиники на величину мощности штатов дневных гельминтологических стационаров.

4. Допускается дифференцированный подход к определению врачебных должностей в кабинетах инфекционных заболеваний в зависимости от дислокации последних.

В этих случаях определение расчетной величины врачебных должностей кабинета инфекционных заболеваний в той или иной поликлинике производится следующим образом:

- соответствующий дислокации кабинета инфекционных заболеваний показатель (табл. № 1) умножить на численность обслуживаемого населения и поделить на 100000.

**Расчетные показатели врачебных должностей  
в кабинетах инфекционных заболеваний**

Дислокация КИЗа	Расчетные показатели врачебных должностей
Поликлиника (самостоятельная)	0,164
Поликлиника (объединенная)	0,164
Центральные районные больницы	0,1

Полученный таким образом результат и есть искомая численность врачебных должностей. При этом следует иметь в виду, что итоговые цифры 0,113 – 0,37 округляются до 0,25; цифры от 0,38 до 0,62 округляются до 1,0.

5. Врач кабинета инфекционных заболеваний непосредственно подчиняется главному врачу поликлиники и является организатором по вопросам оказания медицинской помощи инфекционным больным.

6. Врач кабинета инфекционных заболеваний должен иметь квалификацию врача-инфекциониста.

7. Методическое руководство кабинетами инфекционных заболеваний осуществляется через главных инфекционистов и оргметодотделы инфекционных больниц.

8. Кабинет инфекционных заболеваний должен иметь помещение и оборудование, обеспечивающие его деятельность.

9. Основные задачи кабинета:

- обеспечение своевременного и полного выявления инфекционных больных, проведение в установленные сроки диспансерного наблюдения за реконвалесцентами, долечивание инфекционных больных с целью предупреждения и своевременной диагностики рецидивов, обострений и перехода острых форм в хронические и затяжные;

- обеспечение квалифицированной консультативной помощи в вопросах диагностики, обследования и лечения больных инфекционными и паразитарными заболеваниями;

- проведение организационно-методической работы, слагающейся из анализа инфекционной заболеваемости, смертности, уровня диагностики и качества лечения инфекционных больных, проводимого врачами поликлиники. Разработка и участие в осуществлении мероприятий по оптимизации этих показателей;

- участие в составлении плана работы по проведению профилактических прививок среди населения и контроль за его осуществлением.

10. Врач кабинета инфекционных заболеваний проводит и обеспечивает:

- консультативную помощь больным в поликлинике и на дому с целью выяснения диагноза, назначения лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, а в случае необходимости решения вопроса о госпитализации;

- консультативную помощь врачам поликлиники по лечению инфекционных больных в амбулаторных условиях и на дому, долечиванию реконвалесцентов после выписки из стационара помимо больных, перенесших холеру, брюшной тиф, паратифы, дизентерию, вирусные гепатиты, бруцеллез, малярию, геморрагическую лихорадку, которые подлежат диспансерному наблюдению в кабинете инфекционных заболеваний, а также бактерионосителей брюшнотифозной, паратифозной палочек и шигелл;

- консультацию участковых врачей терапевтов по вопросам обследования больных, подозреваемых на инфекционное заболевание и о порядке их направления на госпитализацию;

- систематическую работу по повышению знаний врачей, ведущих амбулаторный прием, по вопросам ранней диагностики и квалифицированной помощи инфекционным больным;

- диспансерное обследование и лечение реконвалесцентов и бактерионосителей по установленному списку, подлежащих динамическому наблюдению в кабинетах инфекционных заболеваний, за исключением больных с необратимыми последствиями перенесенных инфекционных заболеваний;

- учет больных инфекционными заболеваниями, бактерионосителей и паразитоносителей, анализ динамики инфекционной заболеваемости и смертности, эффективности диагностических и лечебных мероприятий, контроль за

выполнением плана проведения профилактических прививок как в целом по поликлинике, так и на отдельных врачебных участках;

- пропаганду медицинских знаний по профилактике и оказанию первичной помощи при инфекционных заболеваниях.

11. Кабинет инфекционных заболеваний проводит свою работу в тесной взаимосвязи с инфекционной больницей (отделением), оргметодотделом, врачами-специалистами поликлиники и центра гигиены и эпидемиологии.

12. Врач кабинета инфекционных заболеваний принимает участие в разработке комплексных планов мероприятий по борьбе с инфекционными болезнями и контроле за их выполнением.

13. Врач кабинета инфекционных заболеваний повышает свою квалификацию в системе повышения квалификации, а также путем активного участия в научно-практических конференциях, проводимых в поликлинике, больнице и заседаниях научного медицинского общества.

14. Врач кабинета инфекционных заболеваний обязан:

- проводить экспертизу временной нетрудоспособности в соответствии с положением об экспертизе;

- качественно и своевременно вести медицинскую документацию, утвержденные учетно-отчетные формы и составлять отчет о своей деятельности.

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**о кабинете (отделении) инфекционных заболеваний**  
**детской городской поликлиники центральной районной больницы**

1. Кабинет или отделение профилактики инфекционных заболеваний у детей организуется в составе детской городской поликлиники (центральной районной больницы) в зависимости от числа обслуживаемого населения, являясь ее структурным подразделением.

2. Кабинет или отделение (далее кабинет) профилактики инфекционных заболеваний должен иметь: кабинет врача, комнату для хранения картотеки (фф № 036/у, № 30/у), прививочный кабинет.

3. Должности медицинского персонала кабинета профилактики инфекционных заболеваний устанавливаются в пределах численности должностей, полагающихся учреждению по действующим штатным нормативам.

Рекомендуемая штатно-организационная структура кабинета: врач-педиатр – 1, медицинские сестры – 5 (медсестра кабинета – 1, медсестра для работы с картотеккой – 1 в смену, медсестра прививочного кабинета – 1 в смену), младший медицинский персонал – 1.

На должность врача кабинета профилактики инфекционных заболеваний назначается педиатр, имеющий специальную подготовку по вопросам инфекционной патологии и иммунопрофилактики.

4. Основными задачами кабинета профилактики инфекционных заболеваний являются: руководство по профилактике, диагностике и лечению инфекционных заболеваний у детей, контроль за диспансеризацией реконвалесцентов,



организация и проведение иммунопрофилактики. С этой целью кабинет осуществляет:

- учет и проведение анализа причин, состояния и динамики инфекционной заболеваемости и смертности;
- консультации больных детей в поликлинике и на дому совместно с участковыми педиатрами;
- учет детей с затяжным и хроническим течением инфекционных заболеваний;
- взятие анализов для проведения лабораторного исследования у больных, контактных и реконвалесцентов в детской поликлинике, на дому, дошкольных учреждениях и школах с доставкой материала в бактериологические и клинико-диагностические лаборатории;
- формирование прививочной картотеки детского населения, обслуживаемого поликлиникой с учетом результатов ежегодной переписи;
- планирование и контроль проведения профилактических прививок совместно с участковыми педиатрами, врачами дошкольных учреждений и школ;
- контроль за правильностью хранения и рациональным использованием вакцинных препаратов;
- вакцинацию детей, со строгим соблюдением правил асептики;
- изучение и анализ уровня коллективного иммунитета, а также причин медицинских противопоказаний к иммунизации;
- консультации детей, имеющих медицинские противопоказания к проведению профилактических прививок;
- учет детей, имеющих постоянные и длительные противопоказания для проведения прививок;
- назначение индивидуальных схем вакцинации с применением “щадящих” методов иммунизации и личный контроль за проведением прививок;
- составление отчетов по выполнению плана профилактических прививок;
- методическое руководство и контроль за работой медицинского персонала дошкольных учреждений и школ в вопросах планирования и проведения профилактических и диагностических мероприятий;
- проведение систематической работы по повышению уровня знаний врачей и медицинских сестер по вопросам профилактики, диагностики и лечения инфекционных заболеваний у детей.

## **ПОЛОЖЕНИЕ**

### **о враче-эпидемиологе амбулаторно-поликлинического учреждения**

#### **1. Общие положения**

1.1. На должность врача-эпидемиолога амбулаторно-поликлинического учреждения назначается врач, окончивший высшее медицинское учебное заведение, имеющий квалификацию врача-эпидемиолога.

1.2. Назначение и увольнение врача-эпидемиолога производится приказом по учреждению.

1.3. В своей работе врач-эпидемиолог руководствуется должностной инструкцией, Законом Российской Федерации “О санэпидблагополучии”, директивными документами Минздрава России

#### **2. Задачи**

2.1. Снижение инфекционной заболеваемости на участке обслуживания поликлиники.

2.2. Предупреждение групповой и вспышечной заболеваемости.

#### **3. Обязанности**

Врач-эпидемиолог осуществляет свою работу в соответствии с планом мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний на соответствующей территории.

3.1. Организует и контролирует выполнение профилактических и противоэпидемических мероприятий на участке обслуживания.

3.2. Контролирует своевременность выявления и учета инфекционных заболеваний, проведение необходимого лабораторного обследования, лечения больных, первичных противоэпидемических мероприятий.

3.3. Проводит текущий и ретроспективный анализ инфекционной заболеваемости, определяет причинно-следственные связи (совместно с центром гигиены и эпидемиологии), планирует соответствующие профилактические и противоэпидемические мероприятия, включая плановую и экстренную иммунизацию населения.

3.4. Организует и руководит проведением своевременного и полного учета подлежащих профилактическим прививкам детей и взрослого населения. Составляет годовой план по каждому виду прививок, включая экстренную профилактику столбняка и бешенства.

3.5. Составляет и согласовывает центром гигиены и эпидемиологии заявку на профилактические иммунобиологические препараты, контролирует ритмичность условий их получения, хранения и использования.

3.6. Осуществляет текущий контроль за проведением плановой и по экстренным показаниям иммунизации населения. Организует работу прививочных кабинетов (бригад) и картотек, при возможности использование компьютерных систем.

3.7. Получает ежедневную информацию о наличии общих и местных реакций на введение иммунобиологических препаратов. С участием заинтересованных специалистов расследует каждый такой случай необычных реакций.

3.8. Организует выполнение действующих приказов по инфекционным и паразитарным заболеваниям и соблюдению дезрежима.

3.9. Организует и осуществляет контроль за соблюдением санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима во всех подразделениях поликлиники, за обработкой и стерилизацией медицинского инструментария, использованием и утилизацией разовых шприцев и систем, а также условиями их доставки и хранения.

3.10. Организует систематическую работу инфекционной и иммунологической комиссий, комиссий по ВБИ. Готовит документы по вопросам профилактики инфекционных заболеваний и соблюдением санэпидрежима (решения медсовета, информационные бюллетени, приказы), протоколы заседаний комиссий по ВБИ.

3.11. Организует обучение медицинского персонала (дифференцированно врачей, медицинских сестер, младшего персонала) по профилактике инфекционных и паразитарных заболеваний, соблюдения дезрежима.

#### **4. Права**

Врач-эпидемиолог имеет право:

4.1. Получать информацию о состоянии инфекционной заболеваемости и проведении профилактических прививок в район (городе) в соответствии с существующими формами.

4.2. Требовать в своей работе от должностных лиц и отдельных специалистов представления сведений и документов, касающихся лечебно-диагностического процесса, материалов исследований для выяснения вопросов эпидемиологического характера.

4.3. Использовать в своей работе компьютерную технику.

4.4. Повышать свою квалификацию в области эпидемиологии, инфекционных болезней, микробиологии, других смежных дисциплин.

4.5. Обращаться за консультативной помощью в центры гигиены и эпидемиологии, НИИ санитарно-эпидемиологического и клинического профиля, в другие организации.

4.6. Представлять материалы в аттестационную комиссию для присвоения квалификационной категории.

4.7. Посещать конференции, семинары, организуемые научно-исследовательскими институтами, центрами гигиены и эпидемиологии и пользоваться информационными данными ЦГиЭ.

4.8. Быть членом профессионального общества или ассоциации.

4.9. Вести научно-практическую деятельность.

#### **5. Ответственность**

5.1. Врач-эпидемиолог амбулаторно-поликлинического учреждения должен быть аккредитован и несет ответственность за выполнение возложенных на него обязанностей.

#### **6. Взаимоотношения**

6.1. В административном отношении врач-эпидемиолог подчиняется главному врачу или заместителю главного врача.

6.2. Методическое руководство осуществляется главным специалистом территории.

6.3. Работает в тесном контакте с о специалистами органа управления здравоохранения, центрами гигиены и эпидемиологии, центрами дезинфектологии и другими организациями.

## **Схема обследования кабинета инфекционных заболеваний**

### *1. Общая характеристика КИЗ.*

1.1. Планировка помещения, оборудование, противоэпидемический режим.

1.2. Кадры, их квалификация.

1.3. Характеристика заборных пунктов КИЗ,

### *2. Организационная работа.*

2.1. Наличие согласованного с центром гигиены и эпидемиологии плана работы поликлиники по профилактике инфекционных заболеваний, его основные разделы. Выполнение плана работ по срокам.

2.2. Проведение в КИЗ ежемесячного анализа инфекционной заболеваемости в разрезе участков, детских учреждений, промпредприятий в сравнении с аналогичным периодом прошлого года. Фактические данные заболеваемости и их оценка.

2.3. Осуществление текущего анализа заболеваемости с разработкой конкретных рекомендаций в случае повышения заболеваемости (привести примеры).

2.4. Своевременность заполнения и качество ведения учетно-отчетной документации.

2.5. Организационные мероприятия, проведенные за последние 6 месяцев по повышению квалификации медицинских работников поликлиники (конференции, инструктаж, совещания и т.д.).

2.6. Разбор случаев поздней диагностики инфекционных больных и недостатки в проведении противоэпидемических мероприятий по участкам.

### *3. Профилактическая работа.*

3.1. Осуществление контроля за противоэпидемическим режимом поликлиники (работа фильтра детской поликлиники, проведение систематической профилактической дезинфекции, контроль за качеством обработки медицинского

инструментария, перестройка работы поликлиники при повышении заболеваемости гриппом).

3.2. Контроль КИЗ за работой участковых врачей по выявлению скрытых источников инфекции среди больных, обратившихся в поликлинику за медицинской помощью (по амбулаторным картам и историям развития проверить полноту сбора эпидемиологического анамнеза, клинического и соответствующего лабораторного исследования).

3.3. Полнота выявления и своевременность лабораторного обследования длительно лихорадящих, кашляющих больных и больных ангинами на тифо-паратифозные инфекции, коклюш, дифтерию (проверить по амбулаторным картам и историям развития больных с диагнозами “”грипп”, ”ОРВИ”, ”ангина” и т.д.)

3.4. Контроль КИЗ за работой участковых врачей по выявлению скрытых источников инфекции среди декретированных контингентов населения (профосмотры лиц декретированных профессий при поступлении на работу и периодические осмотры работающих, медицинские осмотры детей при поступлении в дошкольные учреждения).

3.5. Проведение профилактических прививок среди взрослого населения:

- наличие годового и месячного планов прививок, выполнение их;
- снабжение через КИЗ медицинских работников поликлиники бактериальными препаратами, соблюдение правил их хранения и использования.

3.6. Участие КИЗ в планировании санпросветработы на территории поликлиники в соответствии с эпидобстановкой.

#### *4. Противоэпидемическая работа.*

4.1. Оценка показателей своевременности обращения инфекционных больных за медицинской помощью и установления диагноза.

4.2. Полнота и своевременность госпитализации больных причины оставления больных на дому .

4.3. Организация и качество диспансерного наблюдения за переболевшими инфекционными заболеваниями;

- своевременность взятия на учет после выписки из стационара;

- соблюдение срока и объема лабораторного обследования и клинического осмотра;

- количество хронических форм инфекций, рецидивы, их причины.

- как ведется учет хронических носителей, наблюдение за ними, обследование по эпидпоказаниям.

4.4. Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с источником инфекции (по данным обсервационных листов):

- полнота выявления и учета общавшихся;

- соблюдение показаний к временной изоляции общавшихся наа дому или в лечебном учреждении;

- своевременность и полнота лабораторного обследования;

- качество медицинского наблюдения в течение максимального инкубационного периода.

4.5. Организация противоэпидемических мероприятий в очагах не госпитализированных инфекционных больных (по данным амбулаторных карт, историй развития, обсервационных листов):

- лабораторное обследование больного для специфического лечения;

- наличие листа назначений;

- бесплатное лечение больных ОКИ;

- проведение текущей дезинфекции в очаге и соблюдение правил изоляции больного;

- медицинский осмотр и лабораторное обследование общавшихся лиц при выявлении больного и после лечения.

4.6. Пример составления таблицы по оценке основных показателей противоэпидемической работы КИЗ.



## Показатели работы КИЗ поликлиники

Нозологические формы	Процент роста заболеваемости по сравнению с аналогичным периодом прошлого года	Процент больных, обратившихся за медицинской помощью своевременно	Процент больных, у которых диагноз установлен своевременно от обращения	Процент больных, госпитализированных своевременно от обращения	Процент расхождений поликлинических и стационарных диагнозов	Количество повторных заболеваний в очагах	
						При лечении и на дому	При лечении в стационаре
Дизентерия							
Прочие ОКИ							
Сальмонеллез							
ВГВГВА							
и т.д.							

### *Заключение*

1. Оценка работы КИЗ как организационно-методического центра по осуществлению профилактической и противоэпидемической деятельности поликлиники.
2. Конкретные предложения по устранению выявленных недостатков в работе.

## Учетно-отчетная документация поликлиники по инфекционным заболеваниям (выписки)

Министерство здравоохранения СССР	Код формы по ОКУД	
Наименование учреждения	Код предприятия по ОКПО	
Медицинская документация форма 025/у Утв. Минздравом СССР 04.10.80		

<b>Медицинская карта амбулаторного больного №</b> или код					
Фамилия, имя, отчество					
Адрес больного: область улица (переулок)		населенный пункт дом № корпус		район кВ. №	
Место службы, работы					
наименование и характер производства					
Профессия, должность					
Взят на диспансерное наблюдение			Перемена адреса и работы		
дата взятия на учет	По поводу	Дата снятия с учета	Причина снятия	Дата	новый адрес (новое место работы)

Дата посещения (с отметкой амбулаторно, на дому, первичное посещение отм. «1»)	Жалобы больного, объективные данные, течение болезни, подписи врачей, консультантов	Диагноз	Назначения	Отметка о выдаче листка нетрудоспособности

Дата, число, месяц, год	Лист записи заключительных (уточненных) диагнозов		
	заключительные (уточненные) диагнозы	впервые установленные диагнозы	подпись врача

*Журнал учета инфекционных заболеваний (ф 60/у)*

п/п	Дата и часы сообщения (приема)	ЛПУ, сделавшее сообщение	Эпид №	ФИО больного	Возраст	Домашний адрес	Место работы, учебы
1	2	3	4	5	6	7	8
п/п	Дата заболевания	Дата первичного обращения	Диагноз и дата его установления	Дата и место госпитализации	Уточненный диагноз и дата его установления	Дата эпид. обследования ФИО обследовавшего	Лабораторное подтверждение (с указ. возбудителя)
9	10	11	12	13	14	15	16

Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку

(учетная форма № 58)

Экстренное извещение № \_\_\_\_\_  
(дата и время получения)

1. Диагноз \_\_\_\_\_
2. ФИО \_\_\_\_\_
3. Пол: муж, жен \_\_\_\_\_
4. Возраст (для детей - дата и год рождения) \_\_\_\_\_
5. Адрес, населенный пункт \_\_\_\_\_ район \_\_\_\_\_  
Улица \_\_\_\_\_  
Дом № \_\_\_\_\_
6. Наименование места работы (учебы, детского учреждения) \_\_\_\_\_
7. Даты:

заболе вания	обращения	устан. д-за	последнего посещения ДОУ	гопитализ.

8. Место госпитализации \_\_\_\_\_
9. При ОКИ (отравлении) -указать время, место и предполагаемые факторы \_\_\_\_\_
10. Дополнительные сведения \_\_\_\_\_
11. Кто передал извещение \_\_\_\_\_
12. Кто принял сообщение \_\_\_\_\_
13. Сообщение в ЛПУ \_\_\_\_\_
14. Зарегистрирован в журнале ф. 060-у, порядковый №) \_\_\_\_\_
15. Измененный (уточненный диагноз) \_\_\_\_\_
16. Дата его установления \_\_\_\_\_
17. Дата лабораторного обследования и его результат \_\_\_\_\_  
(при лабораторном подтверждении д-за)
18. Кто и когда передал уточненный диагноз \_\_\_\_\_  
(дата, время, ФИО врача, ЛПУ)
19. Кто принял сообщение об уточненном диагнозе \_\_\_\_\_
20. Дата передачи информации об уточненном диагнозе \_\_\_\_\_
21. Информация об уточненном диагнозе зарегистрирована в журнале ф.60-у, пор. № \_\_\_\_\_

Талон амбулаторного пациента (ф 25/УМ)

Наименование учреждения здравоохранения \_\_\_\_\_ Ф 025/УМ

## ТАЛОН АМБУЛАТОРНОГО ПАЦИЕНТА

№ медицинской карты \_\_\_\_\_ Код пациента \_\_\_\_\_

1. Ф.И.О. пациента \_\_\_\_\_

2. Дата рождения: \_\_\_\_\_

3. Документ (название, серия, №) \_\_\_\_\_

4. Адрес регистрации по месту жительства: \_\_\_\_\_

5. Пол: 1-муж; 2-жен

6. Житель: 1- город; 2- село;

7. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_

8. Страховой полис (серия, №) \_\_\_\_\_

9. Социальный статус, в т.ч. занятость: 1- учится; 2- прочее

10. Категория льгот: 1. инвалид ВОВ; 2. уч. ВОВ; 3. - прочее

11. Травма: производственная (1.-промышленная, 2-транспортная, 3- прочие)  
непроизводственная (1- бытовая, 2- уличная, 3- прочие)

12. диагноз основной						13. диагноз сопутствующий								
Шифр МКБ-10	Код МЭС	Характер заболевания			Дата	Подразделение	Код врача	Шифр МКБ-10	Характер заболевания			Дата	Подразделение	Код врача
		О	В	П					О	В	П			
		О	В	П				О	В	П				
		О	В	П				О	В	П				

Характер заболевания: О-острое; В- впервые установленное;

П- диагноз установлен ранее в прошлом году

14. Диспансеризация: 1- состоит на Д-учете                      Дата следующей явки:

Шифр МКБ-10                      2- вновь взят на Д-учет                      Дата взятия:

--	--	--	--	--

3. снят с Д-учета                      Дата снятия

14а Причина снятия (выздоровление, переезд, смерть)

15. Документ временной нетрудоспособности (с расшифровкой)

16. Льготные рецепты (с расшифровкой)

17. Перечень услуг (с расшифровкой)

18. Результат обращения: 18а. Случай: 1-закончен 2- незакончен

случай: 1.- выздоровление, 2- улучшение, 3- динамическое наблюдение

4.- смерть направлен на госпитализацию (консультацию): 1- дневной

стационар, 2- круглосуточный стационар 3- на консультацию,

4- санаторно- курортное лечение

ЛПУ \_\_\_\_\_

*Лист наблюдения*

Фамилия, имя, отчество заболевшего \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_  
 Место работы \_\_\_\_\_  
 Предварительный диагноз \_\_\_\_\_  
 Дата заболевания \_\_\_\_\_ обращения \_\_\_\_\_ изоляции \_\_\_\_\_

№ п/п	ФИО лиц, общавшихся с больным	Возраст	Место работы	Дата отбора материала для спец. лаб. иссл	Результаты мед. наблюдения по датам*																
					1 день				2 день				и т.д.								
					значение t <sup>0</sup>	состояние зева	состояние кожных покровов	другое	значение t <sup>0</sup>	состояние зева	состояние кожных покровов	другое									

\*Примечание: характер наблюдения зависит от нозологической формы инфекционного заболевания

Подпись участкового врача \_\_\_\_\_

Направление в больницу

Направляется (ФИО) \_\_\_\_\_

Возраст \_\_\_\_\_

Адрес \_\_\_\_\_

Дата заболевания \_\_\_\_\_

Дата обращения \_\_\_\_\_

На дому получил лечение \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Диагноз основного заболевания \_\_\_\_\_

Осложнения \_\_\_\_\_

Сопутствующий диагноз \_\_\_\_\_

В доме по адресу \_\_\_\_\_

инфекционных заболеваний нет \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Врач \_\_\_\_\_

Карта профилактических прививок (ф. №63)

Наименование учреждения \_\_\_\_\_

### КАРТА ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

Дет. поликлиника \_\_\_\_\_ Ясли, ДОУ, д/дом \_\_\_\_\_

Фамилия, имя \_\_\_\_\_ Год рождения \_\_\_\_\_ месяц \_\_\_\_\_ число \_\_\_\_\_

Домашний адрес: населенный пункт \_\_\_\_\_ ул. \_\_\_\_\_

дом № \_\_\_\_\_ корпус № \_\_\_\_\_ кв. \_\_\_\_\_ Перемена адреса \_\_\_\_\_

Выбыл временно на срок с \_\_\_\_\_ до \_\_\_\_\_

Прибыл в данную поликлинику (населенный пункт) \_\_\_\_\_ дата \_\_\_\_\_

Реакция Пиркетта		Прививки против туберкулеза				Прививки против оспы				
дата	результат	возраст	дата	серия	доза	возраст	дата	серия	результат	мед. отвод
		вакцинация				реакция				
		реакция				вакцинация				

Прививки против дифтерии и коклюша и другие***				
возраст	дата	серия	результат	мед. отвод
ревакцинация	I			
	II			
	III			
	IV			
	V			
вакцинация	I			
	II			
	III			
	IV			
	V			

Карта заполняется в детском ЛПУ и ФАПЕ при взятии ребенка на учет. В случае выезда ребенка из города или района на руки выдается справка о проведенных прививках.  
 карта №63 остается в учреждении  
 Дата снятия с учета \_\_\_\_\_  
 Причина \_\_\_\_\_  
 Подпись руководителя учреждения \_\_\_\_\_

\*\*\* в карту профилактических прививок включены также прививки против краснухи, полиомиелита, кори, паротита, а также вносятся данные о проведенных прививках не предусмотренных в данной карте.

*Контрольная карта диспансерного наблюдения(форма 030/у)*

МИНЗДРАВ СССР



наименование учреждения \_\_\_\_\_

Код формы по ОКУД \_\_\_\_\_  
Код учреждения по ОКПО \_\_\_\_\_  
Медицинская документация  
Форма № 030 /у  
Утверждена Минздравом СССР  
04.10. 80 № 1030

**КОНТРОЛЬНАЯ КАРТА ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ**

Фамилия врача \_\_\_\_\_ Код или № медицинской карты амбулаторного больного \_\_\_\_\_  
Дата снятия с учета \_\_\_\_\_ Дата взятия на учет \_\_\_\_\_  
наблюдение \_\_\_\_\_ Заболевание, по поводу которого взят под диспансерное  
Причина снятия \_\_\_\_\_ Диагноз установлен впервые в  
жизни \_\_\_\_\_  
Заболевание выявлено: при обращении за лечением, при  
профосмотре \_\_\_\_\_

(подчеркнуть)

1. Фамилия, имя, отчество \_\_\_\_\_
2. Пол М/Ж \_\_\_\_\_
3. Дата рождения \_\_\_\_\_
4. Адрес \_\_\_\_\_
5. Место работы (учебы) \_\_\_\_\_
6. Профессия (должность) \_\_\_\_\_

Назначено явиться						
Явился						

Записи об изменении диагноза, сопутствующих заболеваниях,  
осложнениях \_\_\_\_\_

Лечебно- диагностические мероприятия (госпитализация, санаторно-курортное лечение,  
трудоустройство,  
перевод на инвалидность)

Дата	Мероприятия

Подпись врача \_\_\_\_\_

Сведения о профилактических прививках (выписка из формы №5)

**СВЕДЕНИЯ О ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВКАХ**

за январь - декабрь ...года

Представляют: амбулаторно- поликлинические учреждения и Учреждения Роспотребнадзора	Сроки представления не позднее 25 марта	<b>Форма №5</b> Утверждена постановлением Росстата от 21.09.2006 № 51 <b>месячная, квартальная</b>
---	--	--

**Наименование отчитывающейся организации**

**Почтовый адрес:**

Код формы по ОКУД	Код			
	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	территории по ОКАТО	
1	2	3	4	5

Наименование	№ строки	Число привитых лиц
1	2	3
Вакцинация против коклюша	01	
Ревакцинация против коклюша	02	

Вакцинация против дифтерии - всего:	03	
в том числе детей	04	
Ревакцинация против дифтерии - всего:	05	
в том числе детей	06	
Вакцинация против столбняка - всего:	07	
в том числе детей	08	
Ревакцинация против столбняка - всего:	09	
в том числе детей	10	
Вакцинация против полиомиелита	11	
Ревакцинация против полиомиелита	12	
Вакцинация против кори	13	
в том числе детей	14	
Ревакцинация против кори	15	
в том числе детей	16	
Вакцинация против эпидемического паротита	17	
Ревакцинация против эпидемического паротита	18	
Вакцинация против краснухи	19	
Ревакцинация против краснухи	20	
Прививки против брюшного тифа	21	
Прививки против туберкулеза - всего:	22	
в том числе новорожденным	23	
Вакцинация против вирусного гепатита В - всего:	24	
в том числе детей	25	
Прививки против вирусного гепатита А - всего:	26	
в том числе детей	27	
Вакцинация против туляремии	28	
Ревакцинация против туляремии	29	
Вакцинация против бруцеллеза	30	
Ревакцинация против бруцеллеза	31	
Вакцинация против сибирской язвы	32	
Ревакцинация против сибирской язвы	33	

Наименование	№ строки	
1	2	
Прививки против чумы	34	
Прививки против желтой лихорадки	35	
Прививки против гриппа - всего	36	

Примечание:

1. Здравпункты врачебные и фельдшерские, детские ясли, детские ясли-сады, школы самостоятельный отчет не представляют, а сведения о прививках, проведенных в указанных учреждениях, включают в отчет соответствующей больницы (поликлиники).
2. В отчет включаются сведения о прививках, проведенных персоналом данного учреждения.

Руководитель  
организации \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Должностное лицо,  
ответственное за  
составление формы \_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ "\_\_\_" \_\_\_\_\_ 20\_\_ год  
(номер контактного телефона) (дата составления документа)

**Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против  
инфекционных заболеваний (выписка из формы №6)**

**СВЕДЕНИЯ О КОНТИНГЕНТАХ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ, ПРИВИТЫХ ПРОТИВ  
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
по состоянию на .....года**

Представляют: амбулаторно- поликлинические учреждения и Учреждения Роспотребнадзора	Сроки представления не позднее 25 марта после отчетного периода	<b>Форма №6</b> Утверждена постановлением Росстата от 21.09.2006 № 51 <b>годовая</b>
---	---	--

**Наименование отчитывающейся организации**

**Почтовый адрес:**

Код формы по ОКУД	Код						
	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	территории по ОКАТО	министерства (ведомства), органа управления по ОКОГУ	организационно- правовой формы по ОКОПФ	Формы собствен- ности по ОКФС	
1	2	3	4	5	6	7	8

**1. КОНТИНГЕНТЫ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И ВЗРОСЛЫХ, ПРИВИТЫХ ПРОТИВ ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**  
(1000)

Код по ОКЕИ: человек - 792

Возраст	№	Состоит	Из них:		
---------	---	---------	---------	--	--

	стро- ки	на учете	привито против дифтерии				привито против коклюша		другие инфекции		
			вакцинир овано	ревакцинировано				вакциниро- вано	ревакцини- ровано	вакци ниро- вано	ревакцин и-ровано
				I	II	III	IV				
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
до года	1										
1 г - 1г. 11 мес 29 дн.	2										
2 г. - 2 г. 11 мес. 29 дн.	3										
3 г - 3 г. 11 мес. 29 дн.	4										
4 г. - 4 г. 11 мес. 29 дн.	5										
5 л. - 5 л. 11 мес. 29 дн.	6										
6 л - 6 л 11 мес. 29 дн.	7										
7л - 7 л 11 мес. 29 дн.	8										
8 л - 8 л 11 мес 29 дн	9										
9 л. - 9 л 11 мес 29 дн	10										
10 л - 10 л 11 мес 29 дн	11										
11 л - 11 л 11 мес 29 дн	12										
12 л - 12 л 11 мес 29 дн	13										
13 л - 13 л 11 мес 29 дн	14										
14 л - 14 л 11 мес 29 дн	15										
15 л - 15 л 11 мес 29 дн	16										
16 л - 16 л 11 мес 29 дн	17										
17 л - 17 л 11 мес 29 дн	18										
18 л - 35 л 11 мес 29 дн	19										
36 л - 59 л 11 мес 29 дн	20										
60 лет и старше - всего	21										

Примечание: \* - по нозологическим формам: краснуха, корь, эпидемический паротит добавлены сведения о числе переболевших лиц

**2. КОНТИНГЕНТЫ ДЕТЕЙ, ПОЛУЧИВШИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ ПРИВИВКИ ПРОТИВ  
ИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В декретированный возраст**

(2000)

Код по ОКЕИ: человек - 792

Возраст	Вид прививки	№ строки	Состоит на учете детей	Число детей, которым сделана соответствующая прививка по достижению ими указанного возраста
1	2	3	4	5
12 мес.	Вакцинация против дифтерии	1	33669	32931
24 мес.	Первая ревакцинация против дифтерии	2	32330	31504
12 мес.	Вакцинация против коклюша	3	33669	32733
24 мес.	Ревакцинация против коклюша	4	32330	31326
12 мес.	Вакцинация против полиомиелита	5	33669	33097
24 мес.	Вторая ревакцинация против полиомиелита	6	32330	31498
24 мес.	Вакцинация против кори	7	32330	31950
24 мес.	Вакцинация против эпидемического паротита	8	32330	31942
24 мес.	Вакцинация против краснухи	9	32330	31804
новорожденные ( 30 дней)	Вакцинация против туберкулеза	10	33161	32005
12 мес.	Вакцинация против вирусного гепатита В	11	33669	33068

Руководитель организации

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) (подпись)

Должностное лицо, ответственное за составление формы

\_\_\_\_\_ (должность) (ФИО) (подпись)  
 \_\_\_\_\_ «\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_ год  
 (номер контактного телефона) (дата составления документа)

Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях  
(выписка из формы №1)

СВЕДЕНИЯ ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (месяц)				
Представляют: ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии и Учреждения Роспотребнадзора		Сроки представления не позднее 25 марта после отчетного периода		<b>Форма №1</b> Утверждена постановлением Росстата от 21.09.2006 № 51 <b>месячная</b>
<b>Наименование отчитывающейся организации</b>				
<b>Почтовый адрес:</b>				
Код формы по ОКУД	Код			
	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	территории по ОКАТО	
1	2	3	4	5

Раздел 1. Инфекционные заболевания

(1000)

Наименование заболеваний	№ строки	Шифр по МКБ X пересмот- ра	Зарегистрировано заболеваний	
			всего	в том числе

1	2	3	4	у детей до 14 лет включительно	у детей 15-17 лет включительно
				СВЕДЕНИЯ ОБ ИНФЕКЦИОННЫХ И ПАРАЗИТАРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ (месяц)	
Брюшной тиф	01	A01.0		0	0
Другие сальмонеллезные инфекции	02	A02		0	0
Бактериальная дизентерия (шигеллез)	03	A03		0	0
Острые кишечные инфекции, вызванные установленными бактериальными, вирусными возбудителями, а также пищевые токсикоинфекции установленной этиологии	04	A04.0,1,2,3,4,5,6,7,8, A05.0,2,3,4,8,A08.0,1,2,3,5		0	0
Острые кишечные инфекции, вызванные неустановленными инфекционными возбудителями 1), пищевые токсикоинфекции неустановленной этиологии 2)	05	A04.9 A05.9 A08.4 A09		0	0
Энтеровирусные инфекции	06	A85.0, A87.0 B34.1, B97.1		0	0

7	8	9	10	Зарегистрировано заболеваний	
				от 3-х лет до 6-ти лет включительно	
				всего	в том числе у посещающих детские дошкольные учреждения
Острые вялые параличи	14	G04, G04.8,9, G56, G57, G61.0,8,9		0	0
Дифтерия	15	A36		0	0
Коклюш	16	A37		0	0
Корь	17	B05		0	0

Руководитель организации

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Должностное лицо,  
ответственное за  
составление формы

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (номер контактного телефона)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_ год

(дата составления документа)

**Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях**  
**(выписка из формы №2)**



Представляют: ФГУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии и Учреждения Роспотребнадзора	Сроки представления не позднее 25 марта после отчетного периода	<b>Форма №2</b> Утверждена постановлением Росстата от 21.09.2006 № 51 <b>годовая</b>
---	---	--

**Наименование отчитывающейся  
организации**

**Почтовый адрес:**

Код формы по ОКУД	Код			
	отчитывающейся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	территории по ОКАТО	
1	2	3	4	5

### Раздел 1. Инфекционные заболевания

Наименование заболевания	№ ст ро	Шифр по МКБ Х	Зарегистрировано заболеваний		в том числе у жителей сельских поселений	Зарегистрирова но случаев смерти
			всег			

И	ки	пересмот-ра	о		до 14 лет включительно	до 1 года включительно	от 1 года до 2-х лет включительно	от 3-х лет до 6-ти лет включительно		от 15 до 17 лет включит	всего	из них у детей до 17 лет включительно	всего	из них у детей до 17 лет включительно
								всего	в том числе у посещающих детские дошкольные учреждения					
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Брюшной тиф	01	A01.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Паратифы А, В, С	02	A01.1, 2,3,4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Бактерионосители бр. тифопаразитов	03	Z22.0, Z22.1	0	0	0	0	0	0	X	0	0	0	0	0
Холера	04	A00	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Вибрионосители холеры	05	Z22.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Другие сальмонеллезные инфекции	06	A02	0	0	0	0	X	X	X	0	0	0	0	0
в том числе вызванные: сальмонеллами группы В	07	A02	0	0	0	0	0	0	0	X	0	0	0	0
сальмонеллами группы С	08	A02	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

## Раздел 2. Паразитарные заболевания

Наимен	№	Шифр	Зарегистрировано заболеваний	в том числе у	Зарегистрирова
--------	---	------	------------------------------	---------------	----------------

название заболеваний	строки	по МКБ X пересмотра	всего								жителей сельских поселений		но случаев смерти	
				до 14 лет включительно	до 1 года включительно	от 1 года до 2-х лет включительно	от 3-х лет до 6-ти лет включительно		от 15 до 17 лет включит	всего	из них у детей до 17 лет включительно	всего	из них у детей до 17 лет включительно	
							всего	в том числе у посещающих детские дошкольные учреждения						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Лямблиоз	01	A 07.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Криптоспоридиоз	02	A 07.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Токсоплазмоз	03	B 58	0	0	0	0	0	0	X	0	0	0	0	0
Аскаридоз	04	B 77	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Трихоцефалез	05	B 79	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Энтеробиоз	06	B 80	0	0	0	0	X	X	X	0	0	0	0	0
Трихинеллез	07	B 75	0	0	0	0	0	0	0	X	0	0	0	0
Токсокароз	08	B 83.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Тениариоз	09	B 68.1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Тениоз	10	B 68.0	0	0	0	0	0	0	X	X	0	0	0	0
Гименолепидоз	11	B 71.0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Дифиллоботриоз	12	B 70.0	0	0	0	X	0	0	0	0	X	0	0	0
Другие протозойные болезни	13	A 06, A 07, A 07.0, A 07.1, A 07.3, A 07.8, B 55-B 57, B 59	0	0	0	0	0	0	X	0	0	0	0	0

### Раздел 3. Внутрибольничные инфекции

Наименование заболеваний	№ строки	Шифр по МКБ X пересмотра	Зарегистрировано заболеваний	в том числе в					Зарегистрировано случаев
				5	6	7	8	9	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
гнойно- септические инфекции новорожденных	01	A 40, A 41, P 36, P38, P39,G00,L 00 101, L02 L03, L08.0,8,9 M 86.01,2,8 H 66/04, J 12-J15	0	X	O	O	X	X	X
в том числе: бактериальный менингит	02	G00	x	X	O	O	X	O	O
сепсис	03	P 36	0	X	O	O	X	O	O
остеомиелит	04	M 86.0, M 86.1, M 86,2, M86,8		X	O	O	X	O	O
отит	05	H 66.04	x	X	O	O	X	O	O
омфалит, флебит пупочной вены	06	P 38	0	X	O	O	X	O	O
конъюнктивит	08	P 39.1	0	X	O	O	X	O	O
пневмонии	09	J 12 –J15	x	X	O	O	X	O	O
внутриутробные инфекции	10	P23,35,37	0	X	O	O	x	O	x
гнойно-септические инфекции родильниц	11	A 40, A41, K65.0, O 75,3 O 85, O86, O 90.0,1 , J 12-15	x	X	O	O	x	O	O
в том числе сепсис	12	O 85	0	x	x	O	O	O	O
мастит	13	O91.0,O91.1	0	x	x	O	O	O	x
послеоперационные инфекции	14	T 82.6,7, T83.5,6, T84.5,6,7 T85.7, T 81.3,4, T 87.4 A 40, A 41, A 48.0, G00 G04.2,8,9, O07.0,O08.0, K 65.0, K 65.8, M 86, 180, N 98.0	x	x	O	O	O	x	

Руководитель организации

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.)

\_\_\_\_\_ (подпись)

Должностное лицо, ответственное за составление формы

\_\_\_\_\_ (должность)

\_\_\_\_\_ (ФИО)

\_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (номер контактного телефона)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200\_ год

(дата составления документа)

Сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных,  
проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения  
(выписка из формы №12)

<b>СВЕДЕНИЯ О ЧИСЛЕ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ ОБСЛУЖИВАНИЯ ЛЕЧЕБНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ</b>		
ЛПУ и Учреждения Роспотребнадзора	Сроки представления не позднее 25 марта после отчетного периода	<b>Форма №12</b> Утверждена постановлением Росстата от 21.09.2006 № 51 <b>годовая</b>

**Наименование отчитывающейся  
организации**

**Почтовый адрес:**

Код формы по ОКУД	Код						
	отчитывающе йся организации по ОКПО	вида деятельности по ОКВЭД	отрасли по ОКОНХ	территории по ОКАТО	министерст ва органа управления по ОКГУ	организа ционно- правово й формы по ОКОПФ	формы собствен ности по ОКФС
1	2	3	4	5	6	7	8

### 1. Дети (0-14 лет включительно)

Наименование классов и отдельных болезней	№ строки	Шифр по МКБ X пересмотра	Зарегистрировано больных с данным заболеванием		Состоитт на диспансерном наблюдении на конец отчетного года
			всего	в том числе с диагнозом установленным впервые в жизни	
1	2	3	4	5	6
Всего	1.0	A00- T98			
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2.0	A00-B99			
новообразования	3.0	C00-D48			
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4.0	D50-D89			
из них анемии	4.1	D50-D64			
нарушение свертываемости крови	4.2	D65-D68			
в том числе диссеминированное внутрисосудистое свертывание	4.2.1	D65			
отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4.3	D80-D89			
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена в-в	5.0	E00-E90			
из них тиреотоксикоз (гипертиреоз)	5.1	E05			
сахарный диабет	5.2	E10-E14			
в том числе инсулинзависимый сахарный диабет	5.2.1	E10			
инсулиннезависимый сахарный диабет	5.2.2	E11			
ожирение	5.3	E66			
психические расстройства и расстройства поведения	6.0	F00-F99			
болезни нервной системы	7.0	G00-G99			
из них: эпилепсия, эпилептический статус	7.1	G40-G41			
и другие.....					

### Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения

Наименование классов и отдельных болезней	№ строк и	Шифр по МКБ X пересмотра	Обращения
1	2	3	4
Всего	1.0	Z00-Z99	
из них: обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования	1.1	Z00-Z13	
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями	1.2	Z20-Z29	
обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции	1.3	Z30-Z39	
обращения в учреждения здравоохранения в связи с	1.4	Z40-Z54	

необходимостью проведения специфических процедур и получения мед. помощи			
потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами	1.5	Z55-Z65	

## 2. Подростки (15-17 лет включительно)

Наименование классов и отдельных болезней	№ строки	Шифр по МКБ X пересмотра	Зарегистрировано больных с данным заболеванием		Состоит на диспансерном наблюдении на конец отчетного года
			всего	в том числе с диагнозом установленным впервые в жизни	
1	2	3	4	5	6
Всего	1.0	A00- T98			
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2.0	A00-B99			
новообразования	3.0	C00-D48			
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4.0	D50-D89			
из них анемии	4.1	D50-D64			
нарушение свертываемости крови	4.2	D65-D68			
в том числе диссеминированное внутрисосудистое свертывание	4.2.1	D65			
отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4.3	D80-D89			
болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена в-в	5.0	E00-E90			
и другие.....					

### Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения

Наименование классов и отдельных болезней	№ строк и	Шифр по МКБ X пересмотра	Обращения
1	2	3	4
Всего	1.0	Z00-Z99	
из них: обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования	1.1	Z00-Z13	
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями	1.2	Z20-Z29	

обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции	1.3	Z30-Z39	
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения мед. помощи	1.4	Z40-Z54	
потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами	1.5	Z55-Z65	
обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами	1.6	Z70-Z76	

### 3. Взрослые (18 лет и старше)

Наименование классов и отдельных болезней	№ строки	Шифр по МКБ X пересмотра	Зарегистрировано больных с данным заболеванием		Состоит на диспансерном наблюдении на конец отчетного года
			всего	в том числе с диагнозом установленным впервые в жизни	
1	2	3	4	5	6
Всего	1.0	A00- T98			
в том числе: некоторые инфекционные и паразитарные болезни	2.0	A00-B99			
новообразования	3.0	C00-D48			
болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм	4.0	D50-D89			
из них анемии	4.1	D50-D64			
нарушение свертываемости крови	4.2	D65-D68			
и другие.....					



**Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения**

Наименование классов и отдельных болезней	№ строк и	Шифр по МКБ X пересмотра	Обращения
1	2	3	4
Всего	1.0	Z00-Z99	
из них: обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования	1.1	Z00-Z13	
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями	1.2	Z20-Z29	
обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции	1.3	Z30-Z39	
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения мед. помощи	1.4	Z40-Z54	
потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами	1.5	Z55-Z65	

Руководитель организации

\_\_\_\_\_ (Ф.И.О.) \_\_\_\_\_ (подпись)

Должностное лицо, ответственное за составление формы

\_\_\_\_\_ (должность) \_\_\_\_\_ (ФИО) \_\_\_\_\_ (подпись)

\_\_\_\_\_ (номер контактного телефона) «\_\_» \_\_\_\_\_ 200\_\_ год (дата составления документа)

**Документы, регламентирующие противоэпидемическую деятельность  
поликлиники**

1. Федеральный закон РФ от 30.03.1999 г № 52-ФЗ. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»
2. Гражданский кодекс Российской Федерации
3. Постановление Правительства РФ от 13.01.1996 г. №27 «Об утверждении Правил предоставления платных медицинских услуг населению медицинскими учреждениями»
4. Федеральный закон РФ от 07.02.1992 г. №2300-1 «О защите прав потребителей» ( в редакции Федерального закона от 21.12.04 №171-ФЗ)
5. Федеральный Закон РФ от 22.05.2003г. №54-ФЗ «О применении контрольно-кассовой техники при осуществлении наличных денежных расчетов и (или) расчетов с использованием платежных карт»
6. Федеральный Закон РФ от 17.09.1998 г. № 157 «Об иммунопрофилактике инфекционных болезней»
7. Федеральный закон от 08.08.2001г. №128-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности»
8. Закон Пермской области «О защите населения от туберкулеза и о противотуберкулезной помощи»
9. СанПиН 2.1.3.1375-03 «Медицинские учреждения. Гигиенические требования к размещению, устройству, оборудованию и эксплуатации больниц, родильных домов и других лечебных стационаров»
10. СанПиН 2.1.7.728-99 «Правила сбора, хранения и удаления отходов ЛПУ»
11. СанПиН 3.2.1333-03 «Профилактика паразитарных болезней на территории РФ»
12. СП 1.2.036-95 «Порядок учета, хранения, передачи и транспортирования микроорганизмов I-IV групп патогенности»

13. СП 3.1.2.1108-02 «Профилактика дифтерии»
14. СП 3.3.2.1120-02 «Санитарно-эпидемиологические требования к условиям транспортировки, хранению, отпуску гражданам медицинских иммунобиологических препаратов, используемых для иммунопрофилактики, аптечными учреждениями и учреждениями здравоохранения»
15. СП 3.3.2.1248-03 «Условия транспортировки и хранения медицинских иммунобиологических препаратов»
16. СП 3.1.1295-03 «Профилактика инфекционных болезней. Профилактика туберкулеза»
17. СП 3.1./3.2.1379-03 «Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней»
18. СП 3.1.1.117-02 «Профилактика острых кишечных инфекций»
19. ОСТ 42-21-16-86 «Организация работы отделений, кабинетов физиотерапии, общих требований безопасности»
20. ОСТ 42-21-2-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения»
21. «Правила устройства, техники безопасности и производственной санитарии при работе в клиничко-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений системы министерства здравоохранения СССР» от 30.09.1970г
22. Приказ №673 от 30.10.2007г. «О внесении изменений в приказ Минздрава России от 27 июня 2001 г. № 229 «О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям»
23. СП 3.3.2342-08 «Обеспечение безопасности иммунизации»
24. СП 3.3.2367-08 «Организация иммунопрофилактики инфекционных болезней»

**Варианты тестового контроля  
исходного уровня знаний студентов по теме**

**Вариант I**

1. Укажите соответствие должности врача и функциональной обязанности:

Должность:

Обязанность:

- |  |  |
|--|--|
| 1. Врач-эпидемиолог поликлиники                    | а) осуществление эпиднадзора за внутрибольничными инфекциями |
| 2. Врач-эпидемиолог центра гигиены и эпидемиологии | б) осуществление эпиднадзора на территории района, города    |
| 3. Врач-эпидемиолог стационара                     | в) осуществление эпиднадзора на территории АПУ               |

2. Из перечисленных мероприятий укажите те, которые направлены на поддержание санэпидрежима АПУ:

- а) организация “фильтра” поликлиники;
- б) проведение декретированных прививок;
- в) рациональная планировка помещений поликлиники;
- г) соблюдение дезинфекционного режима в поликлинике
- д) проведении обсервационных мероприятий в эпидемических очагах.

3. Укажите соответствие контингентов населения и инфекций для выявления которых они подвергаются лабораторному обследованию:

Контингенты:

Инфекции:

- |                           |                       |
|---------------------------|-----------------------|
| 1) длительно лихорадящие; | а) кишечные инфекции; |
| 2) длительно кашляющие;   | б) гельминтозы;       |
| 3) лица с ангиной;        | в) дифтерия;          |

4) работники декретированных профессий.

г) коклюш;

д) гонорея, трихомониаз;

е) тифо-паратифозные инфекции.

4. Назовите критерии оценки эффективности вакцинопрофилактики.

5. Для определения времени возможного заражения необходимо знать даты:

а) заболевания и последнего посещения больным детского учреждения (работы, учебы);

б) последнего посещения больным детского учреждения (работы, учебы);

в) заболевания;

г) изоляции и заключительной дезинфекции;

д) заболевания и заключительной дезинфекции в очаге.

### **Вариант II**

1. Укажите формирования ЛПУ, обеспечивающие организацию профилактических и противоэпидемических мероприятий на территории поликлиники:

а) КИЗ;

б) центры гигиены и эпидемиологии;

в) КИП;

г) управление здравоохранения;

д) инфекционная больница;

е) врач-эпидемиолог поликлиники;

ж) клиническая лаборатория поликлиники.

2. Из перечисленных мероприятий укажите те, которые направлены на повышение неспецифической резистентности населения:

- а) естественное вскармливание ребенка;
- б) проведение декретированных прививок;
- в) введение иммуноглобулина по эпидпоказаниям;
- г) назначение адаптогенов;
- д) своевременное введение докорма и прикорма ребенка;
- е) проведение профилактической дезинфекции;
- ж) пропаганда здорового образа жизни.

3. Укажите соответствие вида прививок и инфекций:

Виды прививок:	Инфекции:
1) декретированные;	а) корь;
2) прививки контингентам повышенного риска инфицирования.	б) клещевой энцефалит;
	в) бруцеллез;
	г) коклюш;
	д) столбняк;
	е) краснуха;
	ж) гепатит В;
	з) паротит,
	е) грипп.

4. Установите соответствие:

Звенья эпидпроцесса	Мероприятия:
1) источник инфекции;	а) клинико-диагностические, лече- дератизация;
2) механизм передачи инфекции;	б) иммунопрофилактика;
3) восприимчивый органи	в) дезинфекционные, дезинсекционные.

5. Заключительная дезинфекция в эпидемических очагах в городе считается своевременной, если проведена после изоляции больного не позднее, чем через:

- а) 6 часов;
- б) 12 часов;
- в) 24 часа;
- г) 48 часов.

### **Вариант III**

1. Укажите, какие из перечисленных мероприятий относятся к организационно-методической работе АПУ;

- а) повышение неспецифической резистентности населения;
- б) диспансерное наблюдение за переболевшими инфекционными болезнями;
- в) ведение учетно-отчетной документации по инфекционной заболеваемости;
- г) повышение квалификации кадров;
- д) планирование мероприятий по профилактике инфекционных заболеваний.

2. Назовите основной документ АПУ по учету инфекционных заболеваний.

3. Потенциальное время существования эпидемического очага определяется максимальным инкубационным периодом от даты:

- а) заболевания;
- б) госпитализации (изоляции) и проведения заключительной дезинфекции;
- в) обращения за медицинской помощью;
- г) постановки диагноза;
- д) завершения лечения больного.

4. В качестве средств экстренной профилактики в очаге могут быть использованы:

- а) антибиотики;

- б) вакцины;
- в) бактериофаги;
- г) иммуноглобулины;
- д) химиопрепараты;
- е) все вышеперечисленные препараты.

5. Основным показателем эффективности противоэпидемической работы АПУ является:

- а) своевременное обращение больных за медицинской помощью;
- б) своевременная диагностика инфекционных заболеваний;
- в) своевременное и полное проведение дезинфекционных мероприятий в очагах;
- г) снижение уровня заболеваемости, летальности и инвалидизации при инфекционных заболеваниях;
- д) своевременное и полное проведение обсервационных мероприятий в очагах.

### **Ответы тестового контроля**

#### Вариант 1

- 1. 1 в; 2 б; 3 а.
- 2. а; в; г.
- 3. 1 е; 2 г; 3 в; 4 а, б, д, е.
- 4. Документированная привитость, иммунологическая эффективность, эпидемиологическая эффективность.
- 5. г.

#### Вариант 2

- 2. а; в; е.
- 3. а; г; д; ж.
- 4. 1- а, г, д, е, з, ж; 2 - б, в.
- 5. 1 а; 2 в; 3 б.
- 6. А.

#### Вариант 3

- 1. в; г; д.
- 2. Журнал учета инфекционных заболеваний.
- 3. б.
- 4. е.
- 5. г.



## СОДЕРЖАНИЕ

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ.....**

### **ИНФОРМАЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ**

**Формирования амбулаторно-поликлинических учреждений, обеспечивающие профилактическую и противоэпидемическую работу.....**

**Организационно-методическая работа кабинета инфекционных заболеваний, кабинета иммунопрофилактики и амбулаторно-поликлинического учреждения в целом по борьбе с инфекционными заболеваниями.....**

**Профилактическая работа кабинета инфекционных заболеваний, кабинета иммунопрофилактики и амбулаторно-поликлинического учреждения в целом.....**

**Противоэпидемическая работа кабинета инфекционных заболеваний, кабинета иммунопрофилактики и амбулаторно-поликлинического учреждения в целом.....**

**Приложения.....**