

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

3 февраля 1997 г.

№ 36

О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ДИФТЕРИИ

Проведенная органами и учреждениями здравоохранения и госсанэпидслужбы организационная и практическая работа по совершенствованию вакцинопрофилактики и государственного санитарно - эпидемиологического надзора позволила достичь положительных результатов в борьбе с дифтерией. В 1995 г. впервые отмечено снижение заболеваемости этой инфекцией по сравнению с 1994 г. на 9,8%, смертность от этой инфекции снизилась с 0,72 в 1994 г. до 0,61 в 1995 г.

За 10 месяцев 1996 г. число больных дифтерией по сравнению с аналогичным периодом 1995 г. сократилось в 2,6 раза и составило 11722 против 30284, у детей соответственно - 3761 и 10247. Показатель заболеваемости за этот период снизился с 18,0 на 100 тысяч населения в 1995 г. до 7,1 в 1996 г., у детей - с 27,7 до 10,4 на 100 тысяч детей. Количество летальных исходов от дифтерии уменьшилось с 908 в 1995 г. до 230 человек за 10 месяцев 1996 г.

Снижение заболеваемости и смертности стало возможным в результате проведения организационных и практических мероприятий, направленных на повышение уровня коллективного иммунитета среди населения. Охват детей прививками против дифтерии в возрасте 1 года (к 24 месяцам) увеличился с 68% в 1990 г. до 92,6% в 1995 г. За период проведения массовой иммунизации населения привито 70 млн. взрослых или 83% от общей их численности.

Вместе с тем эпидемиологическая обстановка по дифтерии в ряде субъектов Российской Федерации остается напряженной. Уровень заболеваемости дифтерией в Магаданской области за 10 месяцев 1996 г. составил 63,7, Псковской области - 29,7, Республиках Карелия, Коми, Ленинградской и Иркутской областях - 23-25,0 на 100 тысяч населения.

Низким остается охват законченной вакцинацией детей по достижению ими 12 месяцев жизни, который в 1995 г. в целом по стране составил 77% против установленного уровня - 95%. Только в Республике Карачаево - Черкессия, Мордовской Республике, Амурской, Калининградской и Самарской областях более 90% детей в этом возрасте получили законченный курс вакцинации, в то же время в Республиках Тыва, Коми, Костромской области указанный показатель составил только 31-65%. Из общего числа детей, заболевших дифтерией, - 16% больных и 95% умерших не были привиты против этой инфекции.

В 26 субъектах Российской Федерации в 1995 г. не достигнут 80% охват прививками взрослого населения, в том числе в Республике Тыва он не превысил 31%, Республике Коми - 55%, Костромской области - 65%. На взрослое население, преимущественно в возрасте 30-50 лет, приходится до 65% от общего числа заболевших, около половины из них непривиты против этой инфекции. Каждый четвертый непривитый взрослый заболел токсической формой дифтерии и у 20% из них заболевание закончилось летальным исходом. Не в полной мере решены вопросы организации иммунизации взрослых из групп повышенного риска заражения, в первую очередь, лиц без определенного места жительства, неработающих, страдающих хроническим алкоголизмом, на которых приходится до 40% умерших.

Продолжают регистрироваться групповые заболевания дифтерией в детских дошкольных учреждениях, школах, школах - интернатах и лечебно - профилактических учреждениях. В 1995 г. зарегистрировано 55 групповых заболеваний, во время которых пострадало 1060 человек. Наиболее крупные из них имели место в Республиках Карелия, Удмуртия, Мордовской Республике, Ростовской, Новосибирской областях.

В целях совершенствования организационных, профилактических и противоэпидемических мероприятий по борьбе с дифтерией и снижения заболеваемости этой инфекцией в Российской Федерации

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Руководителям органов управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, Председателям комитетов государственного санитарно - эпидемиологического надзора, главным врачам центров государственного санитарно - эпидемиологического надзора в субъектах Российской Федерации:

1.1. Обеспечить внедрение и контроль выполнения мероприятий по профилактике дифтерии в соответствии с методическими указаниями "Профилактика дифтерии" (приложение).

1.2. Проанализировать состояние заболеваемости дифтерией и охвата прививками по возрастным группам населения, диагностики и качества оказания медицинской помощи больным, выполнения рекомендаций Минздравмедпрома России и Госкомсанэпиднадзора России по профилактике этой инфекции. Разработать с учетом эпидемиологической ситуации планы дополнительных мероприятий, предусмотрев в них:

- 95% охват детей в возрасте 12 месяцев законченной вакцинацией против дифтерии, коклюша и столбняка;

- 95% охват детей в возрасте 24 месяцев первой ревакцинацией против дифтерии, коклюша и столбняка;

- 90% охват взрослого населения в каждой возрастной группе.

1.3. Завершить в течение 1997 г. проведение 2-х кратной иммунизации против дифтерии с интервалом 30 дней взрослых лиц старше 40 лет, привитых в 1993-1995 гг. однократно АДС-М-анатоксином.

1.4. Обеспечить своевременное и полное выявление, лабораторное обследование больных с подозрением на дифтерию, обследование с профилактической целью на носительство возбудителя дифтерии персонала, поступающего на работу в дома ребенка, детские дома, стационары психоневрологического профиля, психоневрологические интернаты для детей и взрослых, противотуберкулезные детские санатории, детей и взрослых, направляемых в эти учреждения.

1.5. При проведении контроля коллективного иммунитета у населения обеспечить планирование серологических исследований в городах и районах с учетом эпидемиологической обстановки по дифтерии (уровень заболеваемости, смертности, наличие токсических форм дифтерии у привитых лиц), охвата профилактическими прививками в отдельных возрастных группах.

1.6. Совместно с органами и учреждениями внутренних дел, социальной защиты населения, службой занятости населения, миграционной службой обеспечить иммунизацию:

- лиц, оказавшихся в экстремальных условиях без определенного места жительства, в создаваемых центрах социальной реабилитации и государственных (муниципальных) учреждениях социальной помощи для указанных лиц;

- лиц, задержанных за бродяжничество и попрошайничество в действующих приемниках - распределителях органов внутренних дел;

- лиц, ведущих асоциальный образ жизни;

- безработных, вынужденных переселенцев и беженцев.

2. Департаменту государственного санитарно - эпидемиологического надзора (Монисов А.А.):

- разработать и представить в установленном порядке на утверждение до 01.04.97 г. "План мероприятий по борьбе с дифтерией на 1997-2000 г.";

- организовать подготовку методических указаний "Эпидемиологический надзор за дифтерией".

3. Считать утратившими силу:

- Приказ Минздравмедпрома России и Госкомсанэпиднадзора России от 27.10.92 N 266/86 "О неотложных мерах по профилактике дифтерии".

- Приказ Минздравмедпрома России и Госкомсанэпиднадзора России от 02.11.94 N 235/130 "О внесении изменений в схему иммунизации против дифтерии".

- Приказ Минздравмедпрома России и Госкомсанэпиднадзора России от 30.10.95 N 297/112 "О мерах по стабилизации и снижению заболеваемости дифтерией".

- Приказ Госкомсанэпиднадзора России от 21.12.93 N 141 "О неотложных мерах по предупреждению заболеваний дифтерией в Российской Федерации".

- Методические рекомендации "Тактика иммунизации взрослых против дифтерии", утвержденные Минздравом РСФСР 16.02.91.

- Письмо Минздравмедпрома России от 13.10.93 N 05-16/40-16 "О введении рекомендаций по стандартному определению заболевания дифтерией".

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра здравоохранения Российской Федерации Онищенко Г.Г.

Министр
Т.Б.ДМИТРИЕВА

Приложение
к приказу Минздрава России
от 03.02.1997 г. N 36

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ДИФТЕРИИ

1. Общие сведения о дифтерии

Дифтерия - токсикоинфекция. Возбудитель дифтерии - коринебактерия дифтерии, продуцирующая токсин, который вызывает повреждающее действие на органы и ткани организма.

Возбудитель дифтерии неоднороден по культуральным, морфологическим и ферментативным свойствам и подразделяется на три биоварианта: МИТИС, ГРАВИС и ИНТЕРМЕДИУС. Токсигенные коринебактерии всех вариантов продуцируют идентичный токсин. Нетоксигенная коринебактерия дифтерии не вызывает заболевание.

Ведущий путь передачи возбудителя дифтерии - воздушно - капельный. Кроме того, заражение может произойти при употреблении инфицированных продуктов и через различные контаминированные предметы.

2. Принципы профилактики

Основным методом предупреждения дифтерии является:

2.1. Вакцинопрофилактика, направленная на третье звено эпидемического процесса, т.е. на создание невосприимчивости населения к этой инфекции. У привитых против дифтерии людей вырабатывается антитоксический иммунитет, который защищает от токсических форм дифтерии.

Методические указания разработаны на основании действующих нормативно - распорядительных документов коллективом авторов: Максимова Н.М., Маркина С.С., Богатырева Э.Я. (Московский научно - исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Г.Н.Габричевского), Жилина Н.Я. (Департамент госсанэпиднадзора Минздрава России).

2.2. Проведение противоэпидемических мероприятий по локализации очага инфекции.

3. Стандартное определение случая заболевания дифтерией.

3.1. Случаи дифтерии следует классифицировать согласно следующим критериям:

3.1.1. Подозрительным на заболевание дифтерией является наличие: ангины, тонзиллита, назофарингита, ларингита с патологическими наложениями (островчатыми и пленчатыми), паратонзиллярного абсцесса.

3.1.2. Подозрительными на заболевание дифтерией являются также лица, с перечисленными в п. 3.1.1. заболеваниями и:

имевшие контакт с больным дифтерией, прибывшие из местности, неблагополучной по этой инфекции, не имеющие определенного места жительства.

3.1.3. Вероятным случаем заболевания дифтерией является наличие перечисленных признаков плюс один или несколько из нижеприведенных в п.п. 3.2. и 3.3. симптомов, установление эпидемиологической связи с лабораторно подтвержденным случаем дифтерии.

3.2. Локализованные формы:

- дифтерия ротоглотки - повышение температуры от субфебрильной до 38-39 град. С, неяркая гиперемия слизистой ротоглотки, умеренный отек миндалин и дужек, трудно снимаемые пленчатые наложения, умеренно увеличенные и болезненные региональные лимфоузлы;

- дифтерия гортани - осиплость голоса, сухой кашель, затруднение вдоха, одышка, цианоз кожи лица, вынужденное сидячее положение с запрокинутой головой;

- дифтерия носа - обильное слизисто - сукровичные выделения из носа, пленчатые наложения на перегородке носа;

- дифтерия глаз - резкий отек век, обильное слизисто - гнойное отделяемое, яркая гиперемия конъюнктивы, пленка на конъюнктиве одного или обоих век.

3.3. Токсические формы: резкое повышение температуры с первых часов заболевания до 38-40 град. С; головная боль, озноб, повторная рвота, боли в животе, бледность кожи, общая слабость, вялость; отек миндалин с распространением на дужки, язычок, твердое и мягкое небо; плотные налеты на миндалинах, быстро увеличивающиеся и распространяющиеся за их пределы; диффузная гиперемия слизистой ротоглотки; значительное увеличение и болезненность региональных лимфоузлов; боли в шее; отек подкожной клетчатки шеи, возникающий над увеличенными региональными лимфоузлами, с распространением на лицо и шею до ключицы и ниже; приторно - сладкий запах изо рта; распространение налетов на носоглоточные миндалины, затрудненное носовое дыхание; кровоизлияния на коже и слизистых, носовые кровотечения, кровоточивость десен; кровоизлияния в местах инъекций: стеноз гортани, затрудненное дыхание, афония; миокардит, нарушение ритма сердечных сокращений; полинейропатия (парез мягкого неба, вялые парезы с атрофией мышц, расстройство чувствительности, корешковые боли, ослабленные сухожильные рефлексы); острая почечная недостаточность; инфекционно - токсический шок.

3.4. Окончательный диагноз дифтерии устанавливается при наличии налета и лабораторного подтверждения (выделение токсигенного штамма коринебактерий дифтерии) в мазках из зева, носа и других поврежденных участков и (или) нескольких типичных клинических признаков и эпидемиологической ситуации.

3.5. Сочетание нескольких типичных признаков является показанием для начала специфической терапии.

3.6. При отсутствии пленчатых налетов и обнаружении в мазках токсигенных коринебактерий дифтерии следует устанавливать диагноз "Бактерионосительство дифтерии".

4. Выявление больных и носителей токсигенных коринебактерий дифтерии

4.1. Врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно - профилактических, детских, подростковых и оздоровительных учреждений, независимо от формы собственности и ведомственной принадлежности, обязаны выявлять больных дифтерией, лиц с подозрением на это заболевание и носителей токсигенных коринебактерий дифтерии при всех видах оказания медицинской помощи: обращении населения в лечебно - профилактические учреждения; оказании медицинской помощи на дому; приеме у частнопрактикующих врачей; прохождении периодических профилактических медицинских осмотров, а также предварительных медицинских осмотрах при поступлении на работу; медицинском наблюдении

за лицами, общавшимися с больными дифтерией или носителями токсигенных штаммов возбудителей этой инфекции в очагах инфекции.

4.2. В целях раннего выявления дифтерии участковый врач (врач - педиатр, врач - терапевт) обязан активно наблюдать за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалинах в течение 3-х дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию в течение первых суток. Взятие и транспортировка материалов для исследования проводится в соответствии с приложением 1.

4.3. При наблюдении за больным ангиной должна соблюдаться четкая преемственность на всех этапах - от момента обращения за медицинской помощью (фельдшерско - акушерский пункт, скорая и неотложная медицинская помощь, поликлиника) до госпитализации. Медицинские работники скорой и неотложной медицинской помощи, цеховые врачи обязаны передавать активные вызовы на больных ангиной участковым фельдшерам, участковым врачам - педиатрам и врачам - терапевтам.

4.4. Больные тяжелыми формами ангины, больные ангиной из детских учреждений с постоянным пребыванием детей (дома ребенка, детские дома и др.), общежитий, проживающие в неблагоприятных бытовых условиях, лица, относящиеся в контингентах "риска заболевания дифтерией" (медицинские работники, работники детских дошкольных учреждений, оздоровительных и образовательных учреждений, работники торговли, общественного питания, транспорта) должны быть госпитализированы с провизорной целью. В соответствии с эпидемической ситуацией объем провизорной госпитализации больных ангиной может быть увеличен.

4.5. Непривитые против дифтерии дети, заболевшие ангиной с патологическими наложениями или стенозирующим ларинготрахеитом (крупом), должны быть срочно госпитализированы и в стационаре им следует обеспечить консультативную помощь квалифицированного врача - инфекциониста.

4.6. В направлениях на госпитализацию больных ангиной с патологическими наложениями, больных дифтерией с подозрением на нее, а также бактерионосителей токсигенных коринебактерий дифтерии должны быть указаны первоначальные симптомы заболевания, лечение, сведения о профилактических прививках и о контактах с больным дифтерией или бактерионосителем токсигенных коринебактерий дифтерии.

4.7. У каждого привитого ребенка и взрослого, заболевшего токсической формой дифтерии, до начала введения противодифтерийной сыворотки должна быть взята кровь для серологического исследования на наличие дифтерийных и столбнячных антител с целью верификации его прививочного анамнеза. Если кровь заболевшего не взята до начала введения противодифтерийной сыворотки, наличие антител в ней определяется через 2,5-3 месяца после окончания введения сыворотки.

5. Учет и отчетность о заболеваемости

5.1. Каждый случай заболевания дифтерией или подозрения на это заболевание, носительства токсигенных коринебактерий дифтерии подлежит регистрации и учету в соответствии с действующими нормативно - распорядительными документами.

5.2. Месячные и годовые отчеты о заболеваниях дифтерией и носителя токсигенных коринебактерий дифтерии составляются в соответствии с установленным порядком по формам государственной статистической отчетности:

- форма N 1 "Об инфекционных и паразитарных заболеваниях (месячная)";
- форма N 2 "Об инфекционных и паразитарных заболеваниях (месячная, годовая)".

6. Мероприятия в очаге дифтерийной инфекции

Эпидемический очаг дифтерии - это место пребывания источника инфекции (больного, носителя токсигенных коринебактерий дифтерии) с окружающей его территорией в пределах возможного механизма передачи возбудителя.

Целью проведения противоэпидемических мероприятий в очаге дифтерийной инфекции является локализация и ликвидация очага.

Основными задачами противоэпидемических мероприятий является выявление: больных дифтерией и лиц с подозрением на эту инфекцию; носителей токсигенных коринебактерий дифтерией; лиц с патологией ЛОР - органов; лиц, незащищенных против дифтерии.

6.1. При получении экстренного извещения (форма N 058/у) врач - эпидемиолог центра госсанэпиднадзора в течение 24 часов обязан провести эпидемиологическое обследование очага инфекции с заполнением "Карты эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания" (форма N 357/у), обозначить границы очага, определить круг контактных и назначить все необходимые противоэпидемические мероприятия.

6.2. В очаге госпитализации больного или носителя токсигенных коринебактерий дифтерии необходимо прокипятить белье, посуду, игрушки, которыми они пользовались, и провести влажную уборку с применением дезинфицирующих средств. В домашних очагах эти мероприятия проводятся силами населения под контролем медицинского персонала лечебно - профилактического учреждения.

7. Мероприятия в отношении источника инфекции (больные, носители токсигенных коринебактерий дифтерии)

7.1. Больные дифтерией или с подозрением на нее, а также носители токсигенных коринебактерий дифтерии должны быть госпитализированы в боксы или специализированные отделения инфекционных больниц.

7.2. В день поступления больного в стационар и затем в течение 2-х дней подряд независимо от назначения антибиотиков следует провести бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии (всего 3 анализа).

7.3. Лечение больных проводят в соответствии с методическими рекомендациями Минздрава России.

Выписка больного дифтерией должна проводиться после полного клинического выздоровления и 2-х кратного бактериологического обследования с отрицательным результатом. Больного обследуют с интервалом 1-2 дня и не ранее 3-х дней после отмены антибиотиков.

7.4. В день поступления носителя токсигенных коринебактерий дифтерии в стационар и затем в течение 2-х дней подряд до назначения антибиотиков следует провести бактериологическое обследование на наличие возбудителя дифтерии.

При получении 2-х отрицательных результатов бакобследования носителя токсигенных коринебактерий дифтерии его выписывают и назначают лечение хронической патологии носоглотки и ротовой полости.

В случае положительного результата бактериологического обследования носителю токсигенных коринебактерий дифтерии назначают курс антибиотиков.

Выписка носителя токсигенных коринебактерий осуществляется после 2-х кратного бактериологического обследования с отрицательным результатом. Обследование проводится с интервалом 1-2 дня и не ранее 3-х дней после отмены антибиотиков.

7.5. После выписки из стационара больные и носители токсигенных коринебактерий дифтерии сразу допускаются к работе, учебе, в детские дошкольные учреждения, детские учреждения с постоянным пребыванием детей без дополнительного бактериологического обследования.

7.6. Если носитель токсигенных коринебактерий дифтерии продолжает выделять возбудителя дифтерии, несмотря на проведение 2-х курсов санации антибиотиками, его допускают на работу, учебу и в детские дошкольные учреждения. В этих коллективах все лица, ранее непривитые против дифтерии, должны получить прививку согласно действующей схеме иммунизации. В данный коллектив вновь принимают только привитых против дифтерии лиц.

7.7. В отдельных случаях (по совместному усмотрению органов и учреждений здравоохранения и госсанэпидслужбы) возможна санация носителей токсигенных коринебактерий дифтерии без госпитализации в стационар. Это относится к коллективам (школам - интернатам, детским учреждениям с постоянным пребыванием детей, стационарам

психоневрологического профиля, психоневрологическим интернатам), где дети, подростки, взрослые и персонал полностью привиты против дифтерии. Вновь поступающие в эти учреждения должны быть привиты против дифтерии.

Такая необходимость может возникнуть при одномоментном выявлении в коллективе 10-15% и более носителей токсигенных коринебактерий дифтерии. При этом должны быть учтены практические возможности осуществления этого мероприятия: ежедневное врачебное наблюдение, осмотр врача - отоларинголога, и термометрия; провизорная госпитализация всех больных ангиной; однократное серологическое обследование контактировавших; бактериологическое обследование лиц, имеющих непосредственный контакт с носителем токсигенных коринебактерий дифтерии, не реже 1 раза в месяц до прекращения выявления носителей этого возбудителя; обеспечение иммунизации всех выявленных неиммунных к дифтерии лиц; санация носителей токсигенных коринебактерий дифтерии и лиц с хронической патологией носоглотки и ротовой полости.

7.8. Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежат госпитализации и лечению антибиотиками. Они допускаются во все коллективы. Им проводят консультацию врача - отоларинголога с целью диагностики хронической патологии ЛОР - органов по месту жительства. Противоэпидемические мероприятия не проводятся.

8. Мероприятия в отношении контактировавших лиц

Мероприятия в отношении контактировавших лиц в очаге дифтерийной инфекции проводятся медицинскими работниками лечебно - профилактических, детских, подростковых и оздоровительных учреждений.

8.1. Контактными являются лица, находившиеся до выявления больного или носителя токсигенных коринебактерий дифтерии в предыдущие 7 дней в тесном и интимном общении: члены семьи; проживающие в коммунальной квартире или общежитии; половые партнеры или лица, имевшие интимные контакты с больным или носителем токсигенных коринебактерий дифтерии; лица, работающие с больным или носителем токсигенных коринебактерий дифтерии в одном помещении; медицинские работники, имевшие контакт с больным или носителем токсигенных коринебактерий дифтерии.

8.2. За лицами, контактировавшими с больным или носителем токсигенной коринебактерии дифтерии в очагах дифтерийной инфекции, устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с термометрией в течение 7 дней с момента изоляции источника.

8.3. Контактировавшие лица из очага инфекции должны быть однократно обследованы бактериологически и осмотрены в течение первых 3-х дней врачом - отоларингологом.

В детских дошкольных учреждениях, школах, школах - интернатах, детских учреждениях с постоянным пребыванием детей наблюдение за контактировавшими и проведение прививок возлагается на врача и медицинскую сестру этих учреждений. На производстве и в учреждениях - на медицинское учреждение, обслуживающее данное предприятие или учреждение.

8.4. Бактериологическое обследование контактировавших лиц проводится в течение 48 часов медицинскими работниками лечебно - профилактических, детских, подростковых и оздоровительных учреждений.

В случае выявления носителя токсигенных коринебактерий дифтерии среди контактировавших лиц бактериологическое обследование повторяют до прекращения выявления носителей в этом очаге.

8.5. Взятие и транспортировка материалов для исследования проводится в соответствии с приложением 1.

8.6. Бактериологические исследования материалов от больных, носителей токсигенных коринебактерий дифтерии и контактировавших лиц следует проводить в соответствии с действующими инструктивно - методическими документами.

8.7. Серологическому обследованию в очагах дифтерийной инфекции подлежат только лица, имевшие непосредственный контакт с больным или носителем токсигенных коринебактерий дифтерии, при отсутствии документального подтверждения факта проведения им прививок против дифтерии.

На взятие крови у контактировавших лиц следует получить их согласие или согласие родителей (опекунов). Серологическое обследование должно проводиться не позднее 48 часов с момента выявления источника инфекции.

8.8. В очаге инфекции следует привить: непривитых против дифтерии лиц; детей и подростков, у которых наступил срок очередной вакцинации или ревакцинации; взрослых лиц, у которых согласно медицинской документации от последней прививки прошло 10 и более лет; лиц, у которых при серологическом обследовании обнаружены низкие титры дифтерийных антител в РПГА (менее 1:20) или содержание дифтерийного антитоксина менее 0,03 МЕ/мл.

8.9. В сельских населенных пунктах (при численности населения до 1000 человек) при регистрации тяжелого случая или повторного заболевания дифтерией следует организовать проведение ежедневных подворных обходов в течение 7 дней с привлечением общественности под руководством врача или фельдшера с целью выявления больных дифтерией и подозрительных на это заболевание лиц и обеспечить их госпитализацию.

9. Организация и проведение плановой иммунизации населения против дифтерии

9.1. Персональную ответственность за планирование, организацию, проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов о них в центр госсанэпиднадзора несет главный врач лечебно - профилактического учреждения. В каждом лечебно - профилактическом учреждении выделяется (оформляется приказом) лицо, ответственное за этот раздел работы.

9.2. План профилактических прививок составляется лечебно - профилактическим учреждением на основании полного учета данных о проведенных прививках детям, подросткам и взрослым.

9.3. Сводный план профилактических прививок и потребность в прививочных препаратах лечебно - профилактических учреждений города, района согласовывается с центром госсанэпиднадзора в городе, районе и передается в вышестоящую организацию для обобщения.

9.4. План профилактических прививок и потребности в прививочных препаратах в целом по территории составляется органами здравоохранения субъектов Российской Федерации и согласовывается с центром госсанэпиднадзора в субъекте Российской Федерации.

10. Планирование профилактических прививок против дифтерии

10.1. Полнота и своевременность учета населения имеют решающее значение для планирования прививок. Учет детского населения проводят медицинские работники лечебно - профилактических учреждений 2 раза в год (весной и осенью) путем поквартирного (подворного) обхода обслуживаемого ими педиатрического участка.

10.2. План прививок на детское население должны составлять ответственные за проведение прививочной работы медицинские работники лечебно - профилактических учреждений по месту жительства, детского дошкольного учреждения, школы, школы - интерната, среднего учебного заведения, независимо от форм собственности.

10.3. В план включаются новорожденные, дети и подростки (находящиеся в стадии вакцинации, непривитые против дифтерии, подлежащие очередной возрастной ревакцинации).

10.4. План прививок на взрослое население, включая подростков, обучающихся в средних учебных заведениях, должны составлять медицинские работники лечебно - профилактических учреждений, ответственные за проведение прививочной работы, по месту жительства, работы или учебы прививаемых.

10.5. В план включаются все взрослые лица, не привитые против дифтерии и не получившие прививки против дифтерии в течение последних 10 лет, а также подростки, непривитые и подлежащие ревакцинации.

11. Проведение прививок против дифтерии

11.1. Каждый ребенок, подросток и взрослый должны быть привиты в соответствии с действующим календарем прививок.

11.2. Каждый ребенок, подросток и взрослый гражданин имеет право обратиться в лечебно - профилактическое учреждение для проведения профилактической прививки против дифтерии и получить "Сертификат профилактических прививок" (форма N 156/е-93) на руки.

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка. Форма "Сертификат профилактических прививок" имеет номер 156/у-93.

11.3. В случае отсутствия прививок врач - педиатр, врач - терапевт обязаны выяснить причины, из-за которых ребенок, подросток или взрослый не были привиты, и принять необходимые меры по их иммунизации.

11.4. Медицинские работники обязаны в доступной форме проинформировать родителей (опекунов) детей, подростков и взрослых о профилактических прививках, сроках их проведения, соблюдения режима до и после вакцинации и возможных реакциях на введение препаратов. Прививку проводят только после получения их согласия.

11.5. При отказе от прививки гражданину, родителям (опекунам) должны быть разъяснены возможные последствия отсутствия прививки (угроза заболевания тяжелой формой дифтерии, летального исхода и опасности больного для окружающих граждан).

11.6. Отказ оформляется письменным заявлением гражданина или родителями (опекунами) ребенка. Факт отказа от проведения прививки должен быть также зафиксирован в медицинской документации по месту проведения вакцинации и в сертификате о профилактических прививках, выдаваемом гражданам на руки, и должен быть подписан гражданином, родителями (опекунами) ребенка, а также медицинским работником.

11.7. Прививки должен проводить медицинский работник, прошедший специальную подготовку.

11.8. Профилактические прививки против дифтерии проводятся препаратами, зарегистрированными на территории Российской Федерации в установленном порядке, в строгом соответствии с Инструкциями (наставлениями) по их применению.

11.9. Хранение и транспортировка препаратов должна осуществляться в соответствии с требованиями Санитарных правил 3.3.2.028-95 "Условия транспортировки и хранения медицинских иммунобиологических препаратов".

11.10. Медицинские работники, проводящие прививки, должны быть здоровы. Больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых, независимо от их локализации, от проведения прививок должны быть отстранены.

11.11. Прививки должны проводиться только одноразовыми шприцами.

12. Календарь прививок против дифтерии и его реализация

12.1. Календарь прививок регламентирует перечень и возраста прививаемых контингентов, последовательность прививок, доз и интервалов между ними. Иммунизацию детей и взрослых проводят в соответствии с календарем прививок (приложение 2).

12.2. Сокращение интервалов между вакцинациями не допускается. При необходимости увеличения интервалов вторую прививку следует проводить в возможно ближайший срок, определяемый состоянием здоровья ребенка.

12.3. Пропуск одной прививки из цикла вакцинации не влечет за собой повторения всего цикла, вакцинация продолжается так, как если бы необходимый интервал был сохранен. Используются вакцины, рекомендованные для данного возраста.

13. Иммунизация лиц, переболевших дифтерией

13.1. Заболевание дифтерией любой формы у непривитых детей и подростков должно расцениваться как первая вакцинация, у получивших до заболевания одну прививку - как вторая вакцинация. Дальнейшие прививки проводятся согласно действующему календарю прививок.

13.2. Дети и подростки, привитые против дифтерии (получившие законченную вакцинацию, одну или несколько ревакцинаций) и переболевшие легкой формой дифтерии без осложнений, не подлежат дополнительной прививке после заболевания. Очередная возрастная ревакцинация им проводится в соответствии с интервалами, предусмотренными действующим календарем прививок.

13.3. Дети и подростки, привитые против дифтерии (получившие законченную вакцинацию, одну или несколько ревакцинаций) и перенесшие токсические формы дифтерии, должны быть привиты препаратом в зависимости от возраста и состояния здоровья - однократно в дозе 0,5 мл, но не ранее чем через 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации им следует проводить согласно действующему календарю прививок.

13.4. Взрослые, ранее привитые (получившие не менее 1 прививки) и переболевшие дифтерией в легкой форме, дополнительной прививке против дифтерии не подлежат. Ревакцинацию им следует провести через 10 лет.

13.5. Взрослые, перенесшие токсические формы дифтерии, должны быть привиты однократно против дифтерии, но не ранее чем через 6 месяцев после перенесенного заболевания. Последующие ревакцинации проводятся каждые 10 лет.

14. Иммунизация против дифтерии детей с неизвестным прививочным анамнезом

14.1. Лица с неизвестным прививочным анамнезом подлежат серологическому обследованию с целью определения у них состояния иммунитета, при этом сыворотка крови должна быть исследована одновременно на наличие специфических противодифтерийных и противостолбнячных антител. Для исключения технической ошибки все сыворотки с титром дифтерийного антитоксина 1:20 и менее должны быть повторно исследованы в РПГА.

14.2. Ребенок с неизвестным прививочным анамнезом, имеющий в сыворотке крови достаточное содержание дифтерийных и столбнячных антитоксических антител (титр дифтерийного и столбнячного антитоксина 1:20 и более), должен в последующем прививаться согласно календарю прививок.

14.3. При отсутствии защитных титров дифтерийного и столбнячного антитоксинов в сыворотке крови (титр менее 1:20), ребенку следует провести дополнительную прививку АКДС-вакциной, АДС или АДС-М (в зависимости от возраста) анатоксинами и через 1,5 - 2 месяца от момента ее проведения проверить состояние иммунного ответа.

14.4. Детей, у которых в ответ на дополнительную прививку не отмечалось выраженной продукции дифтерийного и столбнячного антитоксинов (титр 1:80 и менее), следует считать ранее непривитыми. Им нужно начать прививки заново, считая сделанную прививку началом иммунизации.

15. Иммунизация населения против дифтерии по эпидемиологическим показаниям

15.1. Иммунизация населения против дифтерии по эпидемиологическим показаниям может проводиться как в масштабах всей страны по постановлению Главного государственного санитарного врача Российской Федерации, так и в субъектах Российской Федерации, отдельных объектах по постановлению Главного государственного санитарного врача в субъекте Российской Федерации.

16. Учет и отчетность о профилактических прививках

16.1. Сведения о выполненной прививке (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, предприятие - изготовитель, характер реакции на введение) должны быть занесены в установленные учетные формы.

16.2. Учетными документами для регистрации профилактических прививок и иммунологических проб у детей являются: "Карта профилактических прививок" (форма N 063/у); "История развития ребенка" (форма N 112/у); "Медицинская карта ребенка" (форма N 026/у) - у школьников; "Амбулаторная карта больного" (форма N 025/у) - для подростков и взрослых; "Журнал учета профилактических прививок" (форма N 064/у) - для взрослых, "Сертификат профилактических прививок" (форма N 156/е-93).

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка. Форма "Сертификат профилактических прививок" имеет номер 156/у-93.

16.3. Отчет о проведенных прививках составляется в соответствии с установленным порядком по формам государственной статистической отчетности (N 5 "Сведения о профилактических прививках (полугодовая, годовая)" и форме N 6 "Сведения о контингентах детей, подростков и взрослых, привитых против инфекционных заболеваний по состоянию на 31 декабря ___ г. (годовая)").

17. Санитарно - эпидемиологический надзор за дифтерией

17.1. Санитарно - эпидемиологический надзор за дифтерийной инфекцией представляет собой постоянное слежение за эпидемическим процессом, включая детальный анализ заболеваемости и факторов, способствующих ее распространению (иммунологическая незащищенность населения, распространенность и изучение свойств циркулирующих штаммов возбудителя, эффективность проводимых мероприятий и др.) и принятие управленческих решений.

17.2. Государственный санитарно - эпидемиологический надзор осуществляется органами и учреждениями государственной санитарно - эпидемиологической службы в соответствии с действующими нормативно - распорядительными и методическими документами. Ведомственный санитарно - эпидемиологический надзор проводится специальными службами министерств и ведомств.

18. Обучение медицинского персонала по вопросам профилактики дифтерии

18.1. Медицинский персонал лечебно - профилактических учреждений и государственной санитарно - эпидемиологической службы, имеющий непосредственное отношение к диагностике и профилактике дифтерии, должен пройти обучение не реже 1 раза в год на семинарах, совещаниях, рабочих местах, курсах информации и стажировки с последующим тестированием полученных знаний по вопросам клиники, диагностики, профилактики и организации эпидемиологического надзора за этой инфекцией.

18.2. Ответственность за организацию и подготовку кадров несут руководители учреждений и органов здравоохранения и государственной санитарно - эпидемиологической службы.

18.3. Подготовка кадров лечебно - профилактических учреждений и государственной санитарно - эпидемиологической службы проводится также на базе средних специальных и высших учебных заведений постдипломной подготовки, научно - исследовательских институтов.

19. Гигиеническое воспитание и образование граждан по вопросам профилактики дифтерии

В целях повышения санитарной культуры населения по вопросам профилактики дифтерии, знаний о возможных последствиях заболевания этой инфекцией, мерах ее предупреждения должно проводиться гигиеническое воспитание и образование граждан.

19.1. Вопросами гигиенического воспитания населения должны заниматься центры медицинской профилактики, органы и учреждения здравоохранения, государственной санитарно - эпидемиологической службы, в соответствии с положениями об их деятельности. Эта работа должна проводиться в тесном контакте с государственными учреждениями, ведомственными, общественными и религиозными организациями.

19.2. Гигиеническое воспитание должно осуществляться в процессе обучения в школах и других образовательных учреждениях, на производствах и в организациях.

19.3. Пропаганда профилактики дифтерии должна проводиться медицинскими работниками путем проведения лекций, групповых и индивидуальных бесед.

19.4. Центры медицинской профилактики разрабатывают и обеспечивают медицинских работников методическими, наглядными и научно - популярными материалами по профилактике дифтерии и оказывают им помощь в проведении информационно - пропагандистской работы среди населения.

19.5. В целях оперативного доведения вопросов по профилактике дифтерии до широких масс населения должны использоваться культурно - просветительные учреждения и каналы средств массовой информации (печать, радио, телевидение, кино), а также наглядные материалы (тест - листовки, плакаты, тематические бюллетени).

19.6. Центры медицинской профилактики совместно с органами и учреждениями здравоохранения и госсанэпидслужбы должны организовывать выборочные социологические исследования с целью изучения причин и мотивов низкого охвата населения прививками, состояния информированности населения по вопросам профилактики дифтерии.

Начальник Департамента государственного
санитарно - эпидемиологического надзора
А.А.МОНИСОВ

Начальник управления охраны
здоровья матери и ребенка
Д.И.ЗЕЛИНСКАЯ

Начальник Управления организации
медицинской помощи населению
А.И.ВЯЛКОВ

Приложение N 1
к методическим указаниям,
утвержденным приказом
Минздрава России
от 03.02.97 г. N 36

ВЗЯТИЕ И ДОСТАВКА МАТЕРИАЛА ДЛЯ БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ НА ДИФТЕРИЮ

Результат бактериологического исследования в значительной степени зависит от своевременного и правильного взятия материала.

1. При исследовании на дифтерию обследуют ротоглотку и нос. При дифтерии редких локализаций (глаз, ухо, рана, кожа, влагалище) помимо пораженных участков, следует брать материал также с миндалин и из носа.

2. Взятие и доставку материала должны производить специально обученные медицинские работники лечебно - профилактических учреждений.

3. Для взятия материала используют стерильные ватные сухие тампоны<*>. Материал из ротоглотки и носа берут отдельными тампонами, натошак или не ранее, чем через два часа после еды, при хорошем освещении, с использованием шпателя, не касаясь тампоном языка и внутренних поверхностей щек и зубов. Одним тампоном собирают материал с пораженных участков ротоглотки - миндалин, а при необходимости - с дужек мягкого неба, небного язычка или задней стенки глотки. При наличии налетов, материал следует брать с границы пораженных и здоровых тканей, слегка нажимая на них тампоном. Для взятия материала из носа используют другой тампон, который вводят сначала в один, а потом в другой носовой ход, не касаясь крыльев носа снаружи.

<*> Примечание. Для приготовления тампонов используют деревянные или металлические палочки, на один из концов которых плотно наматывается слой гигроскопической ваты, примерно 120 мг ваты на тампон. Тампоны монтируют в пробирки с корковыми или ватными пробками так, чтобы тампон не касался дна пробирки. Стерилизуют тампоны в сухожаровом шкафу при температуре 140 град.С в течение часа или в автоклаве при 0,5 атм 30 мин.

4. При прямой ларингоскопии материал (слизь, пленка) собирают непосредственно из гортани. В случаях оперативного вмешательства для бактериологического исследования слизь следует брать из инкубационной трубки, а также пленки, измельченные при операции.

При сборе материала с пораженных участков кожи следует осторожно приподнять или отодвинуть струпы, корочки и взять секрет сухим тампоном.

5. Тампоны должны быть доставлены в лабораторию не позднее 3-х часов с момента взятия материала. При проведении обследования контингентов в отдаленных от бактериологических лабораторий районах, когда посев не может быть произведен в течение 3-х часов с момента взятия материала, рекомендуется засеивать материал в чашки с питательной средой или использовать транспортную среду.

В случае использования транспортной среды материал собирают сухим тампоном, опускают в пробирку со средой и следят за тем, чтобы пробка тампона не намокла. Применение транспортной среды удлиняет срок выдачи окончательного ответа на одни сутки. Использование питательных бульонов в качестве транспортной среды позволяет применить экспресс - методы выявления дифтерийного токсина для выдачи предварительного ответа (ИФА, РПГА).

При транспортировке на дальние расстояния также можно использовать тампоны, предварительно смоченные 5% раствором глицерина.

Материал, засеянный на чашки или в транспортную среду доставляют в баклабораторию в осенне - зимнее время года в сумках - термосах, во избежание его замерзания.

6. В случае необходимости проведения постмортальных исследований на коринебактерии дифтерии, материал целесообразно брать с миндалин, гортани и полости носа, поскольку во внутренних органах возбудитель обнаруживается крайне редко.

7. Каждой пробирке с исследуемым материалом (зев, нос или другая локализация) придается номер. В прилагаемом списке указывается номер пробирки, фамилия, имя (или инициалы), возраст, название учреждения, направляющего материал, или домашний адрес обследуемого, цель обследования (диагностическая с указанием диагноза, по эпидпоказаниям, профилактическое обследование и пр.), дата и время взятия материала.

Начальник Департамента
государственного санитарно -
эпидемиологического надзора
А.А.МОНИСОВ

СХЕМА ИММУНИЗАЦИИ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ, КОКЛЮША И СТОЛБНЯКА

Вид иммуни-зации	Вакцинация (возраст)	Сроки ревакцинации				Примечание
		1	2	3	4	
Против коклюша, дифтерии и столбняка	3 месяца 4, 5 месяца 6 месяцев	через 12-18 месяцев после законченной вакцинации	-	-	-	Вакцинация может проводиться одновременно с вакцинацией против полиомиелита. Ревакцинация проводится однократно.
Против дифтерии и столбняка	3 месяца 4, 5 месяца	через 9-12 месяцев после законченной вакцинации	6-7 лет перед поступлением в школу	11-12 лет	16-17 лет	Вакцинация может проводиться одновременно с вакцинацией против полиомиелита. Ревакцинация проводится однократно. Взрослым лицам ревакцинация проводится однократно каждые 10 лет.

Примечание:

1. При иммунизации детей по индивидуальным графикам интервал между первой и второй ревакцинациями должен быть не менее 4-х лет, а между последующими ревакцинациями он не должен превышать 5 лет.

2. АДС-М-анатоксин применяется для вакцинации детей в возрасте 6 лет и старше, а также для ревакцинации детей в возрасте 6 и подростков в 16 лет, иммунизации взрослых.

3. АД-М-анатоксин применяется для ревакцинации детей в возрасте 11-12 лет, а также проведения ревакцинации и вакцинации взрослых, не нуждающихся в прививках против столбняка.

4. Взрослые лица, которые достоверно не были привиты против дифтерии, не болели этой инфекцией и не были носителями токсигенных коринебактерий дифтерии, должны получить полный курс иммунизации: две вакцинации АДС-М или АД-М анатоксином с интервалом 30 дней и ревакцинацию через 6-9 месяцев. Последующие ревакцинации проводятся им однократно каждые 10 лет.

Начальник Департамента государственного
санитарно - эпидемиологического надзора
А.А.МОНИСОВ

Начальник управления охраны

здоровья матери и ребенка
Д.И.ЗЕЛИНСКАЯ

Начальник Управления организации
медицинской помощи населению
А.И.ВЯЛКОВ
