

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНА САНІТАРНО-ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА СЛУЖБА
ГОЛОВНИЙ ДЕРЖАВНИЙ САНІТАРНИЙ ЛІКАР УКРАЇНИ

П О С Т А Н О В А

12.05.2003

№ 16

Про затвердження методичних вказівок "Організація та проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології"

Відповідно до статті 40 Закону України "Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення" ПОСТАНОВЛЯЮ:

1. Затвердити методичні вказівки "Організація та проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології", що додається.
2. Методичні вказівки "Організація та проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології" ввести в дію з моменту затвердження постанови.
3. Головному санітарно-епідеміологічному управлінню Міністерства охорони здоров'я України дану постанову довести до установ і закладів державної санітарно-епідеміологічної служби, міністерств, інших центральних органів виконавчої влади у встановленому порядку.
4. Інституту гігієни та медичної екології ім. О.М. Марзєєва АМН України (Сердюку А.М.) видати зазначений документ у необхідній кількості.

Головний державний
санітарний лікар України

О.В.Лапушенко

ПЕРЕДМОВА

1. Методичні вказівки розроблені відповідно Законів України: ["Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення"](#) (зі змінами) та ["Про захист населення від інфекційних хвороб"](#).
2. Методичні вказівки передбачають організацію та проведення первинних протиепідемічних заходів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками, а також при виявленні будь-якого Синдрому, який є свідченням наявності у хворого (підозрілого) небезпечного інфекційного захворювання неясної етіології.
3. Введено на заміну "Инструкции по проведению первичных мероприятий при выявлении больного (трупа), подозрительного на заболевание чумой, холерой, контагиозными вирусными геморрагическими лихорадками", МЗ СССР от 21.06.85 г.

ЗАТВЕРДЖЕНО Постанова Головного державного санітарного лікаря України 12.05.2003 № 16

МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ

ОРГАНІЗАЦІЯ ТА ПРОВЕДЕННЯ ПЕРВИННИХ ЗАХОДІВ ПРИ ВИЯВЛЕННІ ХВОРОГО (ТРУПА) АБО ПІДОЗРІ НА ЗАРАЖЕННЯ КАРАНТИННИМИ ІНФЕКЦІЯМИ, КОНТАГІОЗНИМИ ВІРУСАМИ ГЕМОРАГІЧНИМИ ГАРЯЧКАМИ ТА ІНШИМИ НЕБЕЗПЕЧНИМИ ІНФЕКЦІЙНИМИ ХВОРОБАМИ НЕЯСНОЇ ЕТІОЛОГІЇ

19.9.3.1.-100-2003

9. Епідеміологія

9.3. Санітарна охорона території

9.3.1. Карантинні інфекційні хвороби

Видання офіційне

1. Галузь застосування

1.1. Методичні вказівки поширюються на медичні заклади та встановлюють вимоги щодо організації та проведення первинних заходів, пов'язаних з виявленням хворого (трупа) або підозрілого на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології.

Зміст

1. Зміст.

2. Нормативні посилання.

3. Визначення термінів.

4. Організація та проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології.

4.1. Загальні принципи.

4.2. Забезпечення протиепідемічної готовності медичних закладів.

4.3. Основні критерії обґрунтування діагнозу карантинних інфекцій, контагіозних вірусних геморагічних гарячок та інших небезпечних інфекційних хвороб неясної етіології.

4.4. Порядок бактеріологічного (вірусологічного) обстеження хворого (трупа) на карантинні та інші небезпечні інфекційні хвороби.

Додатки

1. Зразкова схема сповіщення при виявленні хворого або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології.

2. Протичумні костюми та порядок їх використання.

3. Застосування протичумних костюмів у відповідності до режиму роботи.

4. Засоби особистої екстреної профілактики.

5. Дії медичного персоналу лікувально-профілактичних закладів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології.

6. Дії медичних працівників санітарно-епідеміологічної служби при виявленні хворого або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології.

7. Списки осіб, що спілкувались з хворим.

8. Засоби екстреної профілактики для осіб, що спілкувались з хворим на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекції неясної етіології.

9. Порядок відбору, упаковки та транспортування матеріалу для лабораторного дослідження на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекційні хвороби.

10. Укладка для відбору матеріалу від хворого (трупа) для дослідження на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекційні хвороби.

Мета методичних вказівок - удосконалення організації та проведення первинних протиепідемічних заходів з локалізації та ліквідації заносних випадків означених інфекційних захворювань та попередження їх масового розповсюдження.

2. Нормативні посилання

N з/п	Позначення нормативного акту	Назва	Ким, коли затверджено, реєстрація в Мін'юсті
1	2	3	4
1.	Закон України	Основи законодавства України про охорону здоров'я	Постанова Верховної Ради України 19.11.92
2.	Закон України	Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення (із змінами)	Постанова Верховної Ради України 24.02.94
3.	Закон України	Про захист населення від інфекційних хвороб	Постанова Верховної Ради України 06.04.00
4.	Постанова	Правила санітарної охорони території України	Постанова Кабміну України від 24.04.99 N 696
5.	Постанова	Положення про державний санітарно-епідеміологічний нагляд в Україні	Постанова Кабміну України від 22.06.99 N 1109
6.	Державні санітарні правила ДСП 9.9.5.035- 99	Безпека роботи з мікроорганізмами I-II груп патогенності	Постанова Головного державного санітарного лікаря України від 01.07.99 N 35
7.	Наказ	Про режим роботи з патогенними мікроорганізмами	МОЗ України від 14.12.92 N 183
8.	Наказ	Про удосконалення протихолерних заходів в Україні	МОЗ України від 30.05.97 N 167
9.	Наказ	Про затвердження положення про порядок спеціалізованої оцінки (експертизи) та обліку дезинфекційних засобів в Україні та Положення про обліковий перелік дезинфекційних засобів в Україні	Положення зареєстровано в Мін'юсті 28.04.99 N 266/3559
10.	Наказ	Об утверждении инструкции по санитарно-противоэпидемическому режиму и охране труда персонала инфекционных больниц (отделений)	МЗ СССР от 04.08.83 N 916
11.	Постанова	Про порядок розробки, побудови, викладення, оформлення, затвердження державних санітарних правил і норм, гігієнічних нормативів та методичних документів	Постанова Головного державного санітарного лікаря України від 27.05.98 N 11
12.	Державний нормативний акт охорони праці ДНАОП 0.00-4.26-96	Положення про порядок забезпечення працівників спеціальним одягом, спеціальним взуттям та іншими засобами індивідуального захисту	Держнагляд охорони праці 29.10.96 N 170 . Зареєстровано в Мін'юсті 18.11.96 N 667/1692

3. Визначення термінів

- Госпіталь - інфекційна лікарня (відділення) або будь-який інший стаціонар, передбачений територіальним комплексним планом профілактики та боротьби з інфекційними та паразитарними захворюваннями, для госпіталізації хворих на карантинні та інші інфекційні хвороби.

- Дезинфекційні заходи (дезинфекція, дезинсекція, дератизація) - заходи щодо знищення у середовищі життєдіяльності людини збудників інфекційних хвороб (дезинфекція) та їх переносників - комах (дезинсекція) і гризунів (дератизація).

- Ізоляція - відокремлення інфекційних хворих (носіїв збудника інфекції) від оточуючих осіб в окремому приміщенні з метою попередження подальшого розповсюдження інфекції.

- Карантинні інфекційні хвороби - інфекційні захворювання, на які розповсюджуються Міжнародні медико-санітарні правила (1969 р.) - чума, холера, жовта гарячка.

- Контагіозні вірусні геморагічні гарячки (Ласса, Ебола, хвороба Марбург, Аргентинська, Болівійська, Конго-Кримська) - небезпечні інфекційні захворювання вірусної етіології, клініка яких супроводжується геморагічними проявами.

- Протиепідемічна готовність - комплекс організаційних та матеріально-технічних заходів, що забезпечують спроможність медичних закладів до локалізації та ліквідації вогнищ карантинних та інших небезпечних інфекційних хвороб.

- Протиепідемічні заходи - комплекс організаційних, медико-санітарних, ветеринарних, інженерно-технічних, адміністративних та інших заходів, що здійснюються з метою запобігання поширенню інфекційних хвороб, локалізації та ліквідації їх осередків, спалахів та епідемії.

- Протиепідемічний режим - система медико-біологічних, організаційних та інженерно-технічних заходів і засобів, направлених на захист персоналу, що працює, населення та довкілля від дії патогенних біологічних агентів.

- Синдром - сполучення симптомів (ознак), які характеризують наявність захворювання та складають певну клінічну картину.

- Епідеміологічний анамнез - необхідна додаткова інформація, яку отримують від хворого або його оточення, з метою встановлення умов, які могли спричинити виникнення інфекційного захворювання.

4. Організація та проведення первинних заходів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології

4.1. Загальні принципи

Первинні протиепідемічні заходи при виявленні хворого (трупа) з підозрою на зараження особливо небезпечною інфекційною хворобою слід проводити за попереднім діагнозом або наявністю відповідного синдрому за єдиною схемою, яка передбачає:

4.1.1. Інформацію про виявлення хворого (трупа).

Медичний працівник, що виявив хворого (трупа), повинен поінформувати про це керівника закладу, а останній - вищі установи та керівників інших служб, що задіяні в проведенні протиепідемічних заходів. Інформація передається згідно зі схемою сповіщення (додаток 1), яка має бути у кожному лікувально-профілактичному закладі незалежно від підпорядкування та форми власності.

4.1.2. Тимчасову ізоляцію хворого.

Слід проводити з метою відокремлення від оточуючих за місцем виявлення хворого до часу його госпіталізації.

4.1.3. Надання невідкладної медичної допомоги.

Необхідно здійснювати за життєвими показаннями наявними засобами.

4.1.4. Заходи з особистого захисту від інфікування при спілкуванні з хворим.

Медичний працівник, який надає медичну допомогу на амбулаторно-поліклінічному прийомі, вдома або в будь-якому іншому місці, повинен захистити відкриті частини тіла, які можуть стати вхідними воротами інфекції. Для цього, якщо можливо, слід використати протичумний костюм (додатки 2, 3), в іншому випадку - повсякденний робочий одяг (медичний халат, марлева маска або респіратор, шапочка або хустка, гумові рукавички) або будь-які підручні засоби, пристосовавши їх за даних умов.

4.1.5. Заходи особистої екстреної профілактики.

При контакті з хворим (підозрілим) медичному працівнику, крім одягання захисного одягу, слід провести заходи з особистої екстреної профілактики (додаток 4).

4.1.6. Проведення поточної дезинфекції в оточенні хворого.

Здійснювати згідно з діючими нормативними документами відповідно до кожної з інфекцій.

4.1.7. Термінову госпіталізацію хворого.

Здійснювати, в умовах максимального забезпечення вимог протиепідемічного режиму, силами станції (відділення) швидкої (невідкладної) медичної допомоги або лікувально-профілактичного закладу, у стаціонар (відділення), передбачений територіальним комплексним планом профілактики та боротьби з інфекційними та паразитарними захворюваннями, для госпіталізації хворих.

Транспорт для госпіталізації має бути забезпечений:

- медикаментами для надання термінової медичної допомоги та патогенетичної терапії;
- посудом з кришкою для блювоти або випорожнення, якщо вони виникнуть під час транспортування;
- засобами для проведення поточної дезинфекції під час перевезення хворого;
- засобами індивідуального захисту членів евакуаційної бригади;
- засобами особистої екстреної профілактики.

Перед виїздом у вогнище члени бригади (крім водія) повинні одягти спеціальний захисний одяг в залежності від діагнозу (підозрі):

- на чуму, контагіозні вірусні геморагічні гарячки, синдром гострої геморагічної гарячки, гострий респіраторний синдром, гострий неврологічний синдром - протичумний костюм I типу;
- на холеру, гострий діарейний синдром, гострий синдром жовтяниці - IV типу. Водій одягає медичний халат і маску (марлеву).

Для перевезення хворого на легеневу форму чуми, контагіозні вірусні геморагічні гарячки, синдром гострої геморагічної гарячки, гострий респіраторний синдром, гострий неврологічний синдром необхідно використовувати спеціально обладнаний санітарний транспорт з ізольованою кабіною для водія, яку попередньо герметизують. Забороняється супроводжувати хворого родичам та знайомим.

4.1.8. Виявлення осіб, що спілкувались з хворим, та організація медичного нагляду за ними в осередку.

На всіх виявлених осіб, що спілкувались з хворим складають списки (додаток 7). Тимчасовий медичний нагляд за ними здійснюється територіальним медичним закладом до встановлення кінцевого діагнозу.

4.1.9. Проведення заключної дезинфекції після госпіталізації хворого (вивозу трупу).

Бригада проходить на території госпіталю повну санітарну обробку з дезинфекцією та заміною захисного одягу. За членами бригади встановлюється медичний нагляд на термін інкубації відповідної інфекції, у випадку виявлення дефектів у захисному одязі або при неправильному його застосуванні, член бригади підлягає тимчасовій ізоляції (окрім холери).

Санітарний транспорт та предмети догляду за хворим знезаражуються на спеціальному майданчику дезинфектором госпіталю, після чого, з дозволу начальника госпіталю або чергового лікаря, транспорт з бригадою евакуаторів залишає територію госпіталю.

Труп людини, що померла від захворювання, яке не виключає вищезгадані інфекції, укладають у спеціально призначений для цього непромокальний пакет або завертають у простирадло, змочене дезинфекційним розчином та перевозять до патолого-анатомічного відділення, в якому створені всі умови для дотримання вимог протиепідемічного режиму при розтині трупу.

4.1.10. Виклик консультантів.

Проводять відразу ж після госпіталізації хворого з метою підтвердження діагнозу. При підозрі на чуму; жовту гарячку, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекційні хвороби неясної етіології, до складу консультантів, крім лікарів-інфекціоністів, необхідно залучити фахівців відділів особливо небезпечних інфекцій та протичумних закладів. Відбір матеріалу для лабораторного дослідження від таких хворих проводиться персоналом госпіталю під контролем фахівців відділів особливо небезпечних інфекцій та протичумних закладів.

Відбір матеріалу від хворого на холеру проводиться згідно з "Інструкцією по організації та проведенню протихолерних заходів, клініці та лабораторній діагностиці холери" (Наказ МОЗ України N 167 від 30.05.97 р.).

4.1.11. Проведення заходів щодо локалізації та ліквідації вогнища.

У разі підтвердження діагнозу, заходи щодо локалізації та ліквідації вогнища здійснюються згідно з територіальними комплексними планами профілактики та боротьби з інфекційними та паразитарними захворюваннями та планами протиепідемічної готовності медичних закладів.

4.2. Забезпечення протиепідемічної готовності медичних закладів.

4.2.1 Організаційні заходи

Медичні заклади, які залучаються до локалізації та ліквідації вогнища особливо небезпечної інфекції, повинні мати плани протиепідемічної готовності, у яких передбачаються заходи щодо виконання завдань, покладених на них територіальним комплексним планом профілактики та боротьби з інфекційними та паразитарними захворюваннями.

До плану додаються:

- схеми сповіщення керівного складу та персоналу на випадок виявлення хворого (трупа), підозрілого на карантинні та інші небезпечні інфекційні хвороби;
- пам'ятка про місце зберігання спеціального захисного одягу та засобів для проведення екстреної особистої профілактики;
- пам'ятка дій медичного персоналу на випадок виявлення хворого (трупа), підозрілого на вище згадані інфекції (додатки 5, 6);

- план-графік проведення теоретичної та практичної підготовки медичних працівників, які залучаються до роботи у вогнищі.

Усі інші медичні заклади повинні розробляти функціональні обов'язки персоналу та схеми сповіщення на випадок виявлення хворих особливо небезпечними інфекціями.

4.2.2 Забезпечення протиепідемічним майном.

Для виконання оперативних дій, спрямованих на локалізацію та ліквідацію вогнищ карантинних та інших небезпечних інфекційних хвороб медичні заклади, відповідно до покладених на них завдань, забезпечуються протиепідемічним майном - укладками для відбору матеріалу та спеціальним захисним одягом (протичумними костюмами).

Укладки для відбору матеріалу на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекційні хвороби (додаток 10) повинні мати відділи особливо небезпечних інфекцій Центральної та обласних санепідстанцій, Кримська протичумна станція та Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І. Мечнікова.

Засобами індивідуального захисту персоналу (протичумні костюми І типу) забезпечуються:

- поліклініки, сільські лікарські амбулаторії та дільничні лікарні - три комплекти;
- стаціонари, передбачені для госпіталізації хворих на особливо небезпечні інфекції - по одному комплекту на кожного працівника;
- епідеміологічні, евакуаційні та дезинфекційні бригади - по одному комплекту на кожного працівника бригади;
- патологоанатомічні відділення - три комплекти;
- санітарно-карантинні пункти та санітарно-карантинні відділи на всіх видах транспорту - один комплект на кожного працівника зміни;
- відділи особливо небезпечних інфекцій - по одному комплекту на кожного працівника;
- Кримська протичумна станція - по одному комплекту на кожного працівника медичного профілю;
- Український науково-дослідний протичумний інститут ім. І.І. Мечнікова - по одному комплекту на кожного члена спеціалізованої протиепідемічної бригади та кожного фахівця консультативних бригад.

4.2.3 Забезпечення засобами особистої екстреної профілактики.

Усі медичні заклади повинні мати незнижувальний запас засобів особистої екстреної профілактики та схеми їх використання (додаток 4).

4.2.4 Забезпечення екстреної профілактики осіб, що спілкувались з хворим.

Особи, що спілкувались з хворими на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекції неясної етіології підлягають екстреній профілактиці з метою попередження захворювання. Таку профілактику здійснює медичний персонал територіальних поліклінік або ізоляторів (у випадку ізоляції контактних). Екстрена профілактика проводиться медикоментозними засобами за відповідними схемами (додаток 8).

4.3. Основні критерії обґрунтування діагнозу карантинних інфекцій, контагіозних вірусних геморагічних гарячок та інших небезпечних інфекційних хвороб неясної етіології

Діагноз або підозра на захворювання карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками встановлюється на підставі:

- клінічного перебігу хвороби;

- епідеміологічного анамнезу.

4.3.1 Клінічний перебіг хвороб.

4.3.1.1 Чума.

- Основні клінічні ознаки. Інкубаційний період - 6 діб (1-6 діб). При будь-якій клінічній формі чуми, початок захворювання раптовий, гострий, без продрому. Температура швидко підвищується до 38 град. - 40 град., з'являється різкий головний біль, головокружіння, порушення свідомості, безсоння, іноді блювота. Хворий знаходиться у стані занепокоєння, збудження. У деяких хворих присутні загальмованість, оглушеність. Обличчя спочатку червоніє та стає віддутловатим, потім риси його загострюються. З'являється гіперемія кон'юнктиви, навколо очей - темні кола. Обличчя приймає страждальний вираз, часто повний страху та жаху. Язик обкладений (крейдовий язик), припухлий. Відмічається сухість слизових оболонок порожнини рота. Зів гіперемірований, мигдалини можуть бути збільшені. Швидко зростають явища серцево-судинної недостатності.

Ознаки, характерні для різних форм захворювання, розгортаються через добу.

- Бубонна форма. Основною ознакою є бубон. Бубон різко болючий, твердий, спаяний з навколишньою підшкірною клітчаткою. Хворобливість бубону відмічається не тільки при надавлюванні на нього, але й у спокої. Найчастіше зустрічаються пахові та стегнові бубони, рідше - шийні, навколотовушні, підм'язові. Шкіра над центром бубону червоніє, а іноді набуває синюшного вигляду.

- Шкірна, шкірно-бубонна форми. При шкірній формі, яка переходить звичайно в шкірно-бубонну, спостерігаються зміни у вигляді некротичних виразок, фурункула, геморагічного карбункула. Розрізняють стадії, які швидко змінюються: п'ятно, папула, везикула, пустула. Виразки при чумі на шкірі відрізняються тривалістю перебігу, загоюються повільно, утворюючи рубці.

- Легенева форма. У хворого на фоні загально-токсичних ознак, з'являються болі у грудній клітині, задишка, рано настає пригнічення психіки, порушення свідомості. Обличчя стає червоним, віддутловатим, розвивається кон'юнктивіт. З самого початку захворювання з'являється кашель, який поступово посилюється. Мокрота часто піниста, із прожилками крові. Характерно, що дані об'єктивного обстеження легенів не відповідають загальному, тяжкому стану хворого.

- Септична форма. При цій формі розвиваються рання тяжка інтоксикація та дуже тяжкі загальні симптоми захворювання, які швидко призводять до смерті (різке падіння кров'яного тиску, запаморочення, занепокоєння або адінамія, крововиливи на слизових оболонках, шкірі, кровотеча у внутрішні органи). Не виключений також розвиток чумного менінгіту.

- Кишкова форма. У хворого, крім загально-токсичних симптомів, з'являються болі у животі, блювота та рідкий стул із домішками крові. Ця форма захворювання зустрічається дуже рідко і без своєчасного початку лікування закінчується летально.

Примітка. Широке використання антибіотиків, може вплинути на перебіг хвороби, змінити клінічну картину і призвести до появи стертих та атипичних форм захворювання.

- Диференціальний діагноз.

Бубонну та шкірну форми захворювання диференціюють - із туляремією, із шкірною формою сибірської виразки. Легеневу форму - із крупозною пневмонією, гриппозною бронхопневмонією, туберкульозом, легеневою формою сибірської виразки. Септичну форму - із септичним станом різної етіології на підставі епідеміологічного анамнезу.

- Розповсюдженість. Природні вогнища чуми визначені на територіях багатьох країн Африки: Демократична Республіка Конго, Кенія, Лесото, Лівія, Мавританія, Мозамбік, Намібія,

Сенегал, Південна Африка, Танзанія, Уганда, Замбія, Ботсвана, Гана, Марокко, Туніс, Єгипет та о. Мадагаскар.

В Азії природні вогнища чуми існують на території Камбоджі, Китаю, Індії, Індонезії, Ірану, Монголії, М'янми, Непалу, В'єтнаму, південної частини Аравійського півострова, на кордоні Йємену і Саудівської Аравії та у Саудівській Аравії.

В північній Америці природні вогнища чуми знаходяться на територіях 15-ти західних штатів США (Айдахо, Арізона, Вайомінг, Вашингтон, Каліфорнія, Канзас, Колорадо, Мантана, Невада, Нью-Мексико, Оклахома, Орегон, Північна Дакота, Техас, Юта), прилеглих до них двох провінцій Канади та на півночі Мексики.

У південній Америці ці вогнища знаходяться на території Аргентини, Болівії, Бразилії, Еквадору, Перу та Венесуели.

4.3.1.2 Холера.

Інкубаційний період - 5 діб (від 10 годин до 5 діб).

- Легкий перебіг. При цій формі спостерігається рідкий стул та блювота, які можуть бути одноразовими. Зневоднення не перевищує 3% маси тіла (дегідратація 1-го ступеню). Самопочуття хворого задовільне. Скарги на сухість у роті та підвищену спрагу. Такі хворі не завжди звертаються за медичною допомогою, частіше їх виявляють активно у вогнищах.

- Середньо-тяжкий перебіг. Початок захворювання гострий, з частим стулом до 15-20 разів на добу, який поступово втрачає каловий характер та набуває вигляд рисового відвару. При проносі відсутні біль у животі, тенезми. Іноді можуть бути помірні болі в області пупка, дискомфорт, бурчання у животі. Незабаром до проносу приєднується рясна блювота без нудоти. Зростає зневоднення організму, втрата рідини становить - 4-6% маси тіла (регідратація 2-го ступеню). З'являються судороги окремих груп м'язів. Голос стає сиплим. Хворі скаржаться на сухість у роті, спрагу, слабкість. Відмічається ціаноз губ, іноді акроціаноз. Тургор шкіри зменшується.

- Тяжкий перебіг. Характеризує виражена ступінь зневоднення із втратою рідини 7-9% та порушення гемодинамики (дегідратація 3-го ступеню).

У хворих відмічається частий, рясний та водянистий стул, блювота, виражені судороги м'язів. Артеріальний тиск падає, пульс слабкий, частий. З'являється задишка, ціаноз шкірного покриву, олігурія або анурія. Риси обличчя загострюються, очі западають, голос стає сиплим аж до афонії. Тургор шкіри знижений, шкірна складка не розпрямляється, пальці рук та ніг у зморшках. Язик сухий. Відмічається незначна хворобливість у епігастрії та навколупупочної області. Хворі скаржаться на значну слабкість та негемовну спрагу.

- Алгід. В цьому стані хворий на холеру втрачає більш, як 8-10% рідини від маси тіла. Артеріальний тиск може впасти аж до його зникнення. Відмічається слабкий пульс (до 50-60 у хвилину), виражена задишка, загальний ціаноз шкірних покривів, судороги м'язів кінцівок, живота, обличчя. Спостерігається олігурія, а потім анурія. Температура тіла знижена до 35,5 град. Шкіра холодна, тургор її різко знижений, з'являється симптом "рука прачки". Об'єм стулу зменшується до припинення. Необхідна термінова регідратація.

- Диференціальний діагноз.

Захворювання диференціюють із отруєнням грибами, отруєнням неорганічними та органічними отрутами, харчовими токсикоінфекціями, сальмонельозом, дизентерією, ботулізмом, отруєнням отрутохімікатами.

- Розповсюдження. За роки сьомої пандемії холера набула широкого розповсюдження. На цей час уражено більш 140 країн світу. Найбільш високий рівень захворюваності реєструється у

країнах Африканського континенту, де сталося укорінення інфекції та формування стабільних вторинних ендемічних вогнищ (Нігерія, Сомалі, Танзанія, Кенія, Гана, Бенін, Того, Руанда, Ліберія).

На Американському континенті захворювання реєструвались у Бразилії, Гватемалі, Гондурасі, Колумбії, Мексиці, Еквадорі, Нікарагуа, Перу.

В Азії холера стабільно розповсюджена у Індії та країнах Індокитайського півострова.

Завізні випадки захворювання, реєструються в різних країнах, майже на всіх континентах.

4.3.1.3 Жовта гарячка.

Інкубаційний період до 6-ти діб (у окремих випадках може подовжитись до 9-10-ти діб). Захворювання починається надзвичайно гостро, з короткочасного ознобу, підвищення температури до 39 град. - 40 град., яка тримається на цьому рівні 3-4 дні, потім знижується до норми, а через 1-2 дні знову розвивається друга хвиля лихоманки. Хворі скаржаться на головний біль, біль у м'язах спини, попереку та кістках. З'являються нудота, блювота. Характерний зовнішній вигляд хворого: обличчя, шия, тулуб стають багровими, очі "налиті кров'ю", блищать. Спостерігається слезотеча, світлобоязнь. У хворих з'являється кровотеча з носу та ясен, кривава блювота та кривавий стул, у жінок маточна кровотеча. Розвивається жовтяниця. Захворювання може протікати дуже легко, при цьому спостерігається тільки лихоманка та головний біль, які продовжуються звичайно декілька годин. При тяжкому перебігу присутні практично всі вище означені симптоми та ознаки захворювання. Смерть частіше всього може наступити між 6-им або 8-им днем хвороби. Летальність при тяжкій формі - до 80%, при легкій - біля 1%.

- Диференціальний діагноз.

Захворювання диференціюють із малярією, гарячкою денге, гарячкою паппа-тачі, лептоспірозом, вірусним гепатитом та вірусними геморагічними гарячками.

- Розповсюдженість. Території країн, які входять в зону ендемічності жовтої гарячки, знаходяться:

- в Африці, в межах 15 град. північної широти та 10 град. південної широти: Ангола, Бенін, Буркіна-Фасо, Бурунді, Габон, Гамбія, Гвінея, Гана, Гвінея-Біссау, Демократична Республіка Конго, Замбія, Камерун, Кенія, Конго, Кот-д'Івуар, Ліберія, Малі, Нігер, Нігерія, Танзанія, Руанда, Сан-Томе та Принсіпі, Сенегал, Сомалі, Судан, С'єрра-Леоне, Того, Уганда, Центральна-Африканська республіка, Чад, Екваторіальна Гвінея, Ефіопія;

- на Американському континенті - між 10 град. північної широти та 40 град. південної широти: Болівія, Бразилія, Венесуела, Гайана, Колумбія, Панама, Перу, Сурінам, Французька Гвіана, Еквадор.

4.3.1.4 Гарячка Ласса.

Інкубаційний період від 3-х до 21-ої доби (частіше 7-10 діб).

Захворювання, як правило, починається поступово і тільки іноді раптово. Початкові симптоми характеризуються головними та м'язовими болями, ознобом та лихоманкою із щоденним підвищенням температури до 39 град. - 40 град., головним чином, у другій половині дня. Характерна ознака - набряк обличчя. В першу неділю захворювання розвивається тяжкий фарингіт, з появою білих плям або виразок на слизовій глотки, мигдалин, м'якого нюба. Потім приєднується нудота, блювота, діарея, а також болі у животі та у грудях. На другій неділі діарея проходить, але болі у животі та блювота можуть зберігатися. Нерідко відмічається головокружіння, зниження зору та слуху. З'являється плямово-папульозний висип. При тяжкій формі захворювання зростають ознаки токсикозу, з'являються геморагічний діатез, порушення з боку центральної нервової системи та органів дихання. Шкіра обличчя, грудей стає червоною, обличчя та шия набрякають,

температура тримається біля 40 град., відмічається олігурія. Хворі можуть скаржитись на біль у грудях у зв'язку з крововиливом у плевру. Період лихоманки продовжується 7-21 день. Смерть може наступити на другій неділі від гострої серцево-судинної недостатності.

- Диференціальний діагноз.

Захворювання диференціюють із гарячками Конго-Крим, Ебола, хворобою Марбург, малярією, черевним тифом.

- Розповсюдженість. Захворювання або серологічні дані про інфікованість вірусом виявлені у ряді країн західної Африки: С'єрра-Леоне, Нігерії, Ліберії, Гвінеї, Буркіна-Фасо, Гамбії, Гані, Малі, Сенегалі, Центрально-Африканській Республіці, Кот-д'Івуарі.

4.3.1.5 Гарячка Ебола.

Інкубаційний період 21 доба (частіше 4-16 діб).

Захворювання починається гостро, з підвищення температури тіла до 38 град. - 39 град. та супроводжується сильним головним болем, слабкістю. Біль може локалізуватися в області нижніх ребер грудної клітини та посилюватись при диханні та кашлі.

Температура тримається 5-7 днів. З перших днів захворювання звертає на себе увагу блідість обличчя та запалі очі. З'являється сухість та дертя у горлі, хворі описують їх, як відчуття "комка" та рідко як біль. На м'якому нобі можна побачити маленькі прозорі ураження, які нагадують гранули.

На 2-3-ий день захворювання з'являються шлунково-кишкові розлади: втрата апетиту, нудота, кривава блювота та кривавий пронос із болями навколо пупка. Випорожнення водянисті, іноді із кров'ю та слизом. Багатократний рідкий стул тримається декілька днів та веде до втрати великої кількості рідини.

На 5-6-ий день захворювання на шкірі тулуба з'являється висип, який швидко розповсюджується на інші ділянки тіла, та стає зливним. Висип блідне через 2-3-и дні, після чого відмічається мілке лущення. У багатьох хворих з'являються кон'юнктивіти та світлобоязнь. У кінці першої неділі захворювання розвивається геморагічний синдром, виникають спонтанні кровотечі з носа, рота, вагіни, місць ін'єкцій та кривава блювота. У хворих часто відмічають симптоми, які свідчать про залучення до процесу центральної нервової системи (тремор, судороги, збудження або загальмованість, роздратованість, агресивність). В тяжких випадках розвивається набряк мозку, енцефаліт. Смерть настає на 8-9 день хвороби від крововтрати та шоку.

- Диференціальний діагноз.

Захворювання диференціюють із гарячками Конго-Крим, Ласса, хворобою Марбург, малярією, черевним тифом.

- Розповсюдженість. Випадки захворювання зареєстровані в країнах Африки: Судані, Заїрі, Кенії, Габоні, Ліберії, Уганді, Південно-Африканській Республіці. Дані серологічних досліджень, проведених в інших країнах, свідчать про наявність вірусу Ебола в Ефіопії, Беніні, Центрально-Африканській Республіці, Зімбабве, Буркіна-Фасо, Кот-д'Івуарі, С'єрра-Леоне, Камеруні.

4.3.1.6 Хвороба Марбург.

Інкубаційний період від 3-ох до 16-ти діб (частіше 3-9 діб). Хвороба починається гостро, з швидкого підвищення температури тіла до 39-40 град., сильного головного болю, болів у м'язах спини та у суглобах. На 3-ій день хвороби приєднуються шлунково-кишкові розлади: втрата апетиту, нудота, блювота, водянистий стул (іноді з домішкою крові та слизу), спостерігається значне зневоднення.

На 5-6-ий день хвороби на тілі з'являється плямистий висип, який потім стає зливним. З 6-го дня хвороби відмічається лущення на долонях та підшвах. У багатьох хворих розвивається геморагічний діатез: з'являються петехії на шкірі, енантеми на м'якому нубі, гематурія, спостерігаються спонтанні кровотечі, особливо в місцях ін'єкцій. До 10-го дня хвороби температура знижується. У деяких випадках, у хворих виникають зміни з боку психіки. Захворювання нерідко ускладнюються бактеріальною пневмонією, орхітом та гепатитом. В тяжких випадках смерть настає на 7-17-й день хвороби від гострої серцево-судинної недостатності.

- Диференціальний діагноз.

Захворювання диференціюють із гарячками Конго-Крим, Ласса, Ебола, малярією, черевним тифом.

- Розповсюдженість. Захворювання реєструються у Південній Африці, Кенії та демократичній республіці Конго. У двох країнах Європи мали місце спалахи хвороби Марбург: Німеччині та Югославії. Результати серологічних досліджень свідчать про циркуляцію вірусу у Беніні, Ліберії, Буркіна-Фасо, Камеруні, Зімбабве, Центральній Африканській Республіці.

4.3.1.7 Аргентинська геморагічна гарячка.

Інкубаційний період 6-16 діб. Захворювання починається поступово. Перші 3-4-и дні хворих турбують загальне нездужання, головний біль, роздратованість, озноб, м'язові болі (особливо в області попереку). На слизових оболонках порожнини рота з'являються крововиливи. Відмічаються катаральні зміни верхніх дихальних шляхів. Наприкінці цього періоду лихоманка досягає рівня 39 град. - 40 град. та тримається 8-12 днів. Спостерігається почервоніння та віддугловатість обличчя та шиї, іноді жовтуватість склер та шкіри. У тяжких випадках виникають кишково-шлункові кровотечі, кровохаркання. Відмічаються диспепсичні симптоми - блювота та пронос. У хворих можливий розвиток шоку. Характерною ознакою хвороби вважають брадикардію. У деяких хворих розвивається олігурія. Можливий розвиток некротичних змін в печінці. Період реконвалесценції характеризується зниженням температури тіла та поступовим одужанням хворого. Летальність досягає 16-30%.

- Диференціальний діагноз.

Захворювання диференціюють із гострими респіраторними інфекціями.

- Розповсюдженість. Захворювання реєструється в Аргентині, сільських районах провінцій Буенос-Айрес, Санта-Фе, Кордова, Ла-Пампа. До зон високого ризику зараження віднесені території провінцій Кордова, Санта-Фе, Буенос-Айрес.

4.3.1.8 Болівійська геморагічна гарячка.

Інкубаційний період 12-15 діб. Початок захворювання поступовий. На 3-4-й добі захворювання, температура досягає 39 град. - 39,5 град. Хворі скаржаться на постійний біль в області лоба. На 2-й добі з'являються люмбаго, болі у суглобах. В тяжких випадках відмічають загрузинний біль. Характерні болі у горлі. Спостерігаються гіперемія кон'юнктив, обличчя та шиї, фарингіт, гінгівіт, застійні явища у глотці та петехії на м'якому нубі.

Тривалість захворювання 2-3-и неділі, в залежності від тяжкості процесу. Летальність 20-30%.

- Диференціальний діагноз.

Захворювання диференціюють із малярією, жовтою гарячкою, гарячкою денге.

- Розповсюдження. Захворювання реєструються в Болівії. Вперше було виявлено у 1959 р. у Сан-Хоакін, в районі Бені. У 1994 р. був зареєстрований спалах цієї інфекції у провінції Ітенез міста Магдалена, де захворіло 7 осіб, з яких 6 - померли.

4.3.1.9 Конго-Кримська геморагічна гарячка.

Інкубаційний період 14 діб (від 1-ої до 14-ти діб, частіше 2-7 діб). Захворювання починаються гостро із ознобом, температура вже в перший день досягає 39 град. - 40 град. У хворих виражені різкий головний біль, слабкість, сонливість, сухість у роті, нудота, можливі блювота, болі у животі, попереку. Хворі скаржаться на болі у м'язах, суглобах. На початку захворювання характерні - різка гіперемія обличчя, шиї, верхніх відділів грудної клітини, зіву, а також артеріальна гіпотонія, відносна брадикардія, збільшення печінки.

На 2-6-й день захворювання розвивається геморагічний період, у хворих з'являється геморагічний висип на животі, бокових поверхнях грудної клітини, в області плечового поясу, часто на спині, стегнах, передпліччі, гематоми на місці ін'єкцій, крововиливи у слизові оболонки, носові та маточні кровотечі, кровохаркання, кровоточивість слизової ясен, рота, язика, кон'юнктив. Дуже небезпечним, стосовно прогнозу, є виникнення шлункових та кишкових кровотеч. Цей період продовжується до 12-ти днів. Летальність до 32-37%.

- Диференціальний діагноз.

Захворювання диференціюють із септичною формою чуми, контагіозними вірусними геморагічними гарячками, сепсисом, лептоспірозом, гострим лейкозом, кишковою формою сибірської виразки.

- Розповсюдженість. Ензоотичні вогнища зустрічаються переважно у степових районах, саванах, напівпустелях, та передгірських біотопах. Захворювання широко розповсюджено у Східній та Центральній Африці, Південно-Африканській республіці. В Азії - реєструється у Афганістані, Іраці, Ірані, Пакистані, Сирії, Об'єднаних Арабських Еміратах, Китаї, Казахстані, Узбекистані, Таджикистані, Туркменістані. В Європі - реєструється в Болгарії, Угорщині, державах колишньої Югославії, Молдові, деяких регіонах Росії. В Україні захворювання реєструються на Кримському півострові та південно-західних районах.

4.3.1.10 Синдроми.

Для діагностики небезпечних інфекційних хвороб неясної етіології, які мають міжнародне та державне значення, завдяки високій контагіозності, летальності та тенденції до швидкого розповсюдження, провідне значення мають наступні синдроми:

Синдром гострої геморагічної гарячки

- гострий початок з лихоманкою, що продовжується менше трьох тижнів та поєднанням будь-яких двох ознак;

- геморагічний висип або геморагічна пурпура;

- носова кровотеча;

- кров у харкотинні;

- кров у випорожненнях;

- інші геморагічні симптоми;

- відсутність відомих аналогічних ознак не інфекційного характеру у хворого.

Гострий респіраторний синдром

- гострий початок з кашлем;

- лихоманка до 40 град. та вище;

- розлад дихання (задишка, ціаноз, тахікардія);

- тяжкий перебіг захворювання з проявом інтоксикації;

- вік хворого вище 5-ти років;
- відсутність відомих аналогічних ознак не інфекційного характеру у хворого.

Синдром гострої діареї

- гострий початок діареї;
- тяжкий перебіг захворювання із зневодненням (більш 7%), олігурією;
- гостра ниркова недостатність;
- вік хворого вище 5-ти років;

Гострий синдром жовтяниці

- гострий початок жовтяниці;
- тяжкий перебіг захворювання з інтоксикацією;
- відсутність відомих аналогічних ознак не інфекційного характеру у хворого.

Гострий неврологічний синдром

- гострий розлад нервової системи, який визначається одним або більше слідуючих симптомів: гостре порушення функції психіки, гострий початок паралічу, судороги, симптоми подразнення мозкових оболонок, мимовільний рух;
- інші тяжкі симптоми ураження нервової системи;
- тяжкий перебіг захворювання;
- відсутність відомих аналогічних ознак не інфекційного характеру у хворого.

Інші синдроми

- будь-які інші тяжкі прояви інфекційного захворювання у гострій формі (перебіг до 3-х тижнів).

4.3.2 Епідеміологічний анамнез.

У ситуаціях, коли симптоматика хвороби дозволяє припустити випадок чуми, холери, контагіозної вірусної геморагічної гарячки та іншої небезпечної інфекційної хвороби, необхідно встановити його зв'язок з осередком інфекції, а саме:

- прибуття хворого з місцевості, небезпечної на ці інфекції протягом часу, рівного періоду інкубації;
- контакт з хворим, що прибув з країни, де реєструвались випадки подібних інфекційних захворювань;
- спілкування виявленого хворого з подібним хворим у дорозі, за місцем проживання, роботи, а також наявність там будь-яких групових захворювань або смертей невстановленої етіології;
- перебування на території, що межують з країнами небезпечними на вказані інфекції, або на ендемічній території.

4.4. Порядок бактеріологічного (вірусологічного) обстеження хворого на карантинні та інші небезпечні інфекційні хвороби

Хворі на холеру обстежуються при надходженні в інфекційний стаціонар, персоналом стаціонару. Особи, що спілкувались з хворим обстежуються на холеру персоналом ізолятора (при надходженні у ізолятор), а в разі залишення їх в домашніх умовах, обстеження та медичний нагляд здійснюють територіальні поліклініки.

Хворі (підозрілі) на чуму, жовту гарячку, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекційні хвороби неясної етіології обстежуються при надходженні в інфекційний стаціонар персоналом стаціонару під контролем та за участю фахівців відділу особливо небезпечних інфекцій, або Кримської протичумної станції чи Українського науково-дослідного протичумного інституту ім. І.І. Мечнікова.

У всіх випадках порядок відбору матеріалу здійснюється згідно Додатку 9.

Для відбору матеріалу на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекційні хвороби використовуються укладки, які комплектуються відділами особливо небезпечних інфекцій Центральної та обласних санепідстанцій та протичумними закладами (додаток 10).

Додаток 1 (обов'язковий)

ЗРАЗКОВА СХЕМА

сповіщення при виявленні хворого або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології

N п/п	Хто передає	Кому передається інформація	телефон		Домашня адреса
			У робо- чий час	у неро- бочий час	
1	2	3	4	5	6
1.	Медичний працівник, який виявив хворого (підозрілого): а) у медичному закладі б) за межами медичного закладу	- керівнику медичного закладу, де виявлено хворого - керівнику свого медичного закладу; - черговому станції (відділення) швидкої допомоги			
2.	Керівник медичного закладу, де виявлено хворого (підозрілого)	- черговому станції (відділення) швидкої допомоги; - головному лікарю медичного закладу, куди здійснюється госпіталізація хворого (підозрілого); - головному лікарю територіальної санепідстанції - керівнику медичної установи по підпорядкованості (головному лікарю району, керівнику управління охорони здоров'я)			
3.	Черговий станції (відділення) швидкої допомоги	- головному лікарю медичного закладу, куди здійснюється госпіталізація хворого; - головному лікарю територіальної санепідстанції			
4.	Головний лікар територіальної санепідстанції	- головному лікарю санепідстанції по підпорядкованості			
5.	Головний лікар району (керівник управління охорони здоров'я)	- керівнику медичної установи по підпорядкованості			

Додаток 2 (обов'язковий)
ПРОТИЧУМНІ КОСТЮМИ
та порядок їх використання

Загальні відомості.

Протичумний костюм забезпечує захист медичного персоналу від зараження в усіх випадках підозри на карантинні та інші небезпечні інфекційні хвороби. Використовується під час обслуговування хворого в інфекційних стаціонарах, при евакуації хворого, проведенні поточної та заключної дезинфекції (дезинсекції, дератизації), під час забору матеріалу від хворого, при розтині та похованні трупа, подвірних обходах.

В залежності від характеру виконуваної роботи і виду інфекційного захворювання, користуються такими типами костюмів:

а) перший тип - повний захисний костюм, який складається із комбінезона або піжами, каптура (великої косинки), протичумного халата, ватно-марлевої маски (протипилового респіратора), окулярів-консервів, гумових рукавиць, шкарпеток (панчо), гумових або кирзових чобіт і рушника. Для розтину трупа необхідні додатково друга пара рукавиць, царатовий фартух, нарукавники;

б) другий тип - захисний костюм, що має комбінезон або піжаму, протичумний халат, каптур (велика косинка), ватно-марлеву маску, гумові рукавиці, шкарпетки (панчохи), гумові або кирзові чоботи, рушник;

в) третій тип - складається із піжами, протичумного халата, великої косинки, гумових рукавиць, шкарпеток, глибоких калош, рушника;

г) четвертий тип - піжама, хірургічний халат, шапочка або мала косинка, шкарпетки, тапочки (або туфлі).

Багато, щоб комплекти захисного одягу, були індивідуальними, підібраними за розмірами. У лікарів до комплекту захисного одягу додається фонендоскоп.

Примітка. Тривалість роботи у костюмі першого типу не повинна перевищувати 3-х годин, а у спекотний час - 2-х годин, потім необхідна перерва на одну годину.

Порядок одягання протичумного костюма.

Костюм одягають перед входом у вогнище (приміщення), де знаходиться хворий, заразне відділення лабораторії і так далі. Одягати костюм треба не поспішаючи, дотримуючись послідовності. Порядок одягання: комбінезон (піжама), шкарпетки (панчохи), чоботи (калоші), каптур (велика косинка) і протичумний халат, тасьму на комірі халату, а також пояс халату зав'язують, попереду на лівому боці, петлею. Респіратор-маску одягають на обличчя так, щоб закрити рот і ніс. Верхній край маски повинен бути на рівні нижньої частини орбіт, а нижній - заходити за підборіддя. Верхня тасьма маски зав'язується петлею на потилиці, нижня - на голові. Після надівання респіратора, по боках крил носа, закладають ватні тампони.

Захисні окуляри повинні щільно прилягати до каптура або косинки, їх слід натерти спеціальним олівцем або сухим милом для запобігання потіння скла. У місцях можливої фільтрації повітря закладають ватні тампони. Потім надівають гумові рукавички, перевіряючи їх перед одяганням на цілість. За пояс халату, з правого боку, закладають рушник.

При проведенні розтину трупа додатково одягають другу пару рукавичок, царатовий фартух, нарукавники. Рушник закладають за пояс фартуха.

Порядок знімання протичумного костюма.

Захисний костюм знімають після роботи за межами приміщення, де знаходиться чи знаходився хворий (підозрілий) або інші інфіковані об'єкти.

Порядок знезараження костюму.

Для знезараження костюму необхідно мати:

- таз з дезрозчином для знезараження зовнішньої поверхні чобіт чи калош (1-3% розчин хлораміну, 3% розчин перекисню водню із 0,5% розчином миючого засобу);
- ємність з дезрозчином для дезинфекції рук в рукавичках, яка (0,5-1% хлорамін);
- ємність з 70 град. спиртом для знезараження окулярів і фонендоскопу;
- ємність дезрозчином або мильною водою для знезараження ватно-марлевих масок (1-3% розчин хлораміну, в останньому випадку - кип'ятіння 30 хвил.);
- бак з дезрозчином для знезараження халату, косинки (каптура) і рушника (1-3% розчин хлораміну);
- ємність для знезараження рукавичок (1-3% хлорамін).

У тих випадках, коли знезараження проводиться автоклавуванням, кип'ятінням, або в дезкамері, знятий одяг поміщають відповідно в баки, бікси або мішки, попередньо змочені в дезрозчині.

Знімають костюм повільно, не поспішаючи, протягом 1-2 хв. миють руки в рукавичках; повільно витягують рушник; фартух протирають ватним тампоном, добре змоченим у дезрозчині і знімають так, щоб зовнішній бік був у середині; знімають нарукавники і другу пару рукавиць; чоботи (калоші) протирають ганчіркою чи ватним квачем, змоченим у дезрозчині (для кожного чобота, калоші - нові); не торкаючись відкритих частин шкіри, у суворій послідовності, знімають - фонендоскоп, окуляри, ватно-марлеву маску; розв'язують зав'язки коміра халата, пояс і, згорнувши верхній край рукавичок, розв'язують зав'язки рукавів та знімають халат. Знімають косинку, завертаючи її зовнішній бік всередину, обережно збирають кінці косинки в одну руку на потилиці; знімають рукавички і перевіряють їх цілість дезрозчином (не повітрям), потім ще раз обмивають чоботи (калоші) в дезрозчині і знімають їх.

До уваги! Після зняття кожного елемента костюма руки в рукавичках занурюють у дезрозчин.

Після зняття захисного костюма руки оброблюють 70% спиртом та ретельно миють у теплій воді з милом. Рекомендується прийняти душ.

Захисний одяг після кожного застосування знезаражують автоклавуванням (1 атм., 30 хв.), замочують у 3% розчині хлораміну протягом 2-х годин, кип'ятять у 2% розчині соди (30 хв.).

Додаток 3 (обов'язковий)

ЗАСТОСУВАННЯ

протичумних костюмів у відповідності до режиму роботи

Застосування протичумного костюма	Нозологічна та клінічна форми хвороби			
	тип протичумного костюма			
	I	II	III	IV
1	2	3	4	5
При роботі з хворим в госпіталі, провізорному госпіталі та інше	Легенева або септична форми чуми. До встановлення остаточного діагнозу бубонної та шкірної форми чуми, контагіозної вірусної геморагічної гарячки, синдрому гострої геморагічної гарячки, гострого респіраторного або неврологічного синдромів.		Бубонна, шкірна, форми чуми, під час введення антибіотиків	Холера, гострий діарейний синдром, гострий синдром жовтяниці. При проведенні туалету хворому - надівають гумові рукавиці, а при обробці випорожнень - маску
При евакуації хворих	Чума, вірусні геморагічні гарячки, синдром гострої геморагічної гарячки, гострі респіраторний або неврологічний синдроми.			Холера, гострий діарейний синдром, гострий синдром жовтяниці.
При роботі в ізоляторі	З особами, які мали контакт з хворими на легеневу чуму або вірусні геморагічні гарячки			З особами, які мали контакт з хворими на бубонну, шкірну та септичну форми чуми, і які отримують специфічне лікування. Для контактних з хворим на холеру.
При проведенні поточної та заключної дезінфекції (дезінсекції, дератизації)	У вогнищі легеневої форми чуми та контагіозних вірусних геморагічних гарячок	У вогнищі бубонно і форми чуми, холери		
При розтині трупа людини	Померлого від чуми (додатково надівають цератовий фартух, нарукавники, другу пару рукавичок)	Померлого від холери.		
При відборі матеріалу від хворого для лабораторних досліджень	Чума, вірусні геморагічні гарячки, синдром гострої геморагічної гарячки, гострий респіраторний синдром, гострий неврологічний синдром.			Холера, гострий діарейний синдром, гострий синдром жовтяниці (додатково надягають гумові рукавички)
При проведенні обходів по подвір'ям у вогнищі захворювання	Легенева форма чуми, вірусні геморагічні гарячки.			Бубонна, шкірна та септична форми чуми. Персонал повинен мати додатково гумові рукавички, ватно-марлеву маску, окуляри, які надягають до входу у приміщення, якщо при опитуванні оточуючих виявлено підозрілого хворого. Холера - медичний халат, шапочка (хустка)

Додаток 4 (обов'язковий)
ЗАСОБИ
особистої екстреної профілактики

1. Антибіотики (різні) - по одному флакону кожного.
2. Марганцевокислий калій (наважки) для приготування 0,5% розчину (з подальшим розведенням у 10 разів) - 10 штук.
3. Борна кислота (наважки для приготування 1% розчину) - 10 штук.
4. Спирт 70 град. - 200,0 мл.
5. Дистильована вода по 10 мл (в ампулах) - 30 ампул.
6. Пипетки очні (стерильні) - 5 штук.
7. Ємність - 1 штука.
8. Тампони ватні - 30 штук.
9. Флакони для приготування вищевказаних розчинів, ємністю 100,0 та 200,0 мл (стерильні) - 5 штук.

При контакті з хворим (підозрілим) на легеневу чуму відкриті частини тіла оброблюють дезинфекційним розчином (1% розчином хлораміну) або 70% спиртом. Рот та горло полощуть 70% етиловим спиртом, в ніс капають 1% розчин протарголу. В очі та ніс капають розчин одного з антибіотиків:

- стрептоміцин: концентрація - 25 мг/л (вміст флакону (0,5 г) розчинити в 20 мл дистильованої води);

- гентаміцин: концентрація - 4 мг/л (вміст флакону (0,08 г) розчинити в 20 мл дистильованої води);

- сизоміцин: концентрація - 5 мг/л (вміст ампули (2 мл = 100 мг) розчинити в 18 мл дистильованої води);

- тобраміцин: концентрація - 4 мг/л (вміст ампули (2 мл = 80 мг) розчинити в 20 мл дистильованої води);

- амікацин: концентрація - 4 мг/л (вміст флакону (2 мл = 0,5 г/мл) розчинити в 123 мл дистильованої води);

- ампіцилін: концентрація 15 мг/л (вміст флакону (500 мг) розчинити в 33,2 мл дистильованої води).

При контакті з хворим (підозрілим) на контагіозні вірусні геморагічні гарячки слизові оболонки рота, носа обробляють 0,05% розчином KMnO_4 , очі промивають 1% розчином борної кислоти або закачують у очі декілька капель 1% розчину азотнокислого срібла, у ніс - 1% розчин протарголу. Рот та горло додатково промивають 70 град. спиртом або 0,05% розчином KMnO_4 , або 1% розчином борної кислоти.

Примітка. При відсутності вказаних препаратів, або при алергії на них, слизові оболонки щедро промиваються водою.

Додаток 5 (обов'язковий)

ДІЇ ПЕРСОНАЛУ

лікувально-профілактичних закладів при виявленні хворого (трупа) або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології

1. Медичного працівника при виявленні хворого (підозрілого) у медичному закладі:

- ізолювати хворого;
- інформувати керівництво закладу;
- провести заходи з особистого захисту, для чого запросити необхідний захисний одяг;
- запросити засоби для поточної дезинфекції та забезпечити її проведення;
- залишатись з хворим або підозрюваним на захворювання, до прибуття евакуаційної бригади;
- надати невідкладну медичну допомогу хворому;
- уточнити дані епідеміологічного анамнезу, встановити коло осіб, які спілкувалися з хворим та скласти їх список (Додаток 7);
- разом з евакобригадою супроводжувати хворого до інфекційного стаціонару(*).

* - Після госпіталізації хворого, медичний працівник проходить санітарну обробку та дезинфекцію одягу. Вирішується питання про необхідність його ізоляції, встановлення медичного нагляду та екстреної профілактики.

2. Медичного працівника при виявленні хворого (підозрілого) за межами медичного закладу (вдома, в готелі, або в будь-якому іншому місці):

- ізолювати хворого;
- викликати евакобригаду через диспетчера (чергового) станції (відділення) швидкої (невідкладної) медичної допомоги та інформувати керівника свого медичного закладу;
- прийняти заходи з особистого захисту;
- залишатись з хворим (підозрілим) до прибуття евакуаційної бригади;
- надати невідкладну медичну допомогу хворому;
- провести у приміщенні необхідні заходи, спрямовані на попередження виносу інфекції за його межі;
- проводити поточні дезинфекційні заходи;
- уточнити дані епідеміологічного анамнезу, встановити коло осіб, які спілкувалися з хворим;
- разом з евакуаційною бригадою супроводити хворого до стаціонару(*).

* - При встановленні діагнозу (підозрі) персоналом швидкої (невідкладної) медичної допомоги, остання виконує функції евакуаційної бригади.

3. Диспетчера (чергового) станції (відділення) швидкої (невідкладної) медичної допомоги:

- направити для госпіталізації хворого (підозрілого) евакуаційну бригаду, оснашену необхідними медикаментами та протиепідемічним майном.

- проінформувати про виявлення хворого (підозрілого) керівника медичного закладу, на базі якого запланована госпіталізація таких хворих та головного лікаря місцевої санітарно-епідеміологічної станції.

4. Керівника медичного закладу, де виявлено хворого (підозрілого):

а) при виявленні хворого (підозрілого) у межах медичного закладу:

- оцінює дії медичного працівника, при необхідності корегує їх;
- приймає заходи до госпіталізації хворого (викликає евакуаційну бригаду);
- передає медичному працівнику, який виявив хворого (підозрілого), все необхідне для надання невідкладної медичної допомоги та проведення первинних протиепідемічних заходів;
- припиняє прийом та виписку хворих, їх пересування у приміщенні;
- організує проведення поточної дезинфекції у медичному закладі;
- забезпечує охорону приміщення, де знаходиться хворий (підозрілий);
- при підозрі на легеневу форму чуми, контагіозну вірусну геморагічну гарячку, синдром гострої геморагічної гарячки, гострий респіраторний синдром та гострий неврологічний синдром, припиняє роботу примусової системи вентиляції та кондиціювання повітря;
- інформує керівника медичної установи, по підпорядкованості, про виявленого хворого (підозрілого) та проведених заходах;

б) при виявленні хворого (підозрілого) за межами медичного закладу до підтвердження діагнозу, обов'язки керівників медичних закладів районного підпорядкування обмежуються функціями організації госпіталізації виявлених хворих та подальшої інформації головного лікаря району, головного лікаря районної санепідстанції та керівника медичного закладу, на базі якого планується госпіталізація хворого (підозрілого).

5. Головного лікаря району (керівника міським управлінням охорони здоров'я) при надходженні інформації про виявлення хворого (підозрілого):

- оцінює дії медичних працівників при проведенні первинних заходів;
- організує та контролює роботу стаціонару, куди госпіталізовано хворого (підозрілого);
- викликає консультантів;
- інформує керівника медичної установи по підпорядкованості;
- дає вказівку підпорядкованим медичним закладам про необхідність посилення активного виявлення хворих з ознаками встановленої (запідозрюваної) інфекційної хвороби;
- корегує діяльність лікувально-профілактичних закладів з діяльністю санітарно-епідеміологічної служби.

6. Завідуючого патолого-анатомічним відділенням (лікаря-патологоанатома):

а) при надходженні трупа із встановленим діагнозом (підозрі):

- припиняє розтин інших трупів;
- визначає бригаду, яка буде займатись розтином трупа та вимагає звільнити приміщення присутнім особам,
- готує приміщення секційної до розтину трупа (виключає у приміщенні вентиляцію, відключає секційний стіл від каналізації, зачиняє вікна та двері (крім підозри на холеру)), готує ємності та дезинфекційні засоби у необхідній кількості для знезараження промивних вод, стерильний секційний набір, при підозрі на холеру - стерильний посуд для відбору матеріалу на бактеріологічне дослідження.

Розтин та відбір матеріалу для лабораторного дослідження при чумі, контагіозних вірусних геморагічних гарячках та інших небезпечних інфекціях обов'язково проводиться під контролем

фахівця відділу особливо небезпечних інфекцій або протичумного закладу з додержанням вимог протиепідемічного режиму (додаток 9).

Розтин трупа та відбір матеріалу при холері (підозрі) проводиться у присутності епідеміолога територіальної санітарно-епідеміологічної станції.

Труп після розтину зрошують 3% розчином хлораміну, загортають у простирadlo змочене дезинфекційним розчином.

б) При підозрі, що виникла під час розтину:

- необхідно тимчасово припинити подальший розтин трупа;
- труп накрити цератою (без застосування дезинфекційних засобів);
- персонал, присутній при розтині, повинен зняти фартух, халат, гумові рукавички, обробити відкриті частини тіла 0,5-1,0% розчином хлораміну або 70% спиртом, після чого одягти протичумний костюм (згідно діагнозу);
- інформувати головного лікаря установи про підозру на вищезгадані інфекції.

Подальші дії слід проводити згідно п. 6. пп. а).

Примітка. Поховання виконує спеціальна бригада, яка перевозить труп на кладовище або до крематорію з додержанням вимог протиепідемічного режиму згідно державних санітарних правил і норм (ДСанПіН 9.9.5.035-99).

Додаток 6 (обов'язковий)
ДІЇ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

санітарно-епідеміологічної служби при виявленні хворого або підозрі на зараження карантинними інфекціями, контагіозними вірусними геморагічними гарячками та іншими небезпечними інфекційними хворобами неясної етіології

1. Головного лікаря санітарно-епідеміологічної станції.

При отриманні повідомлення з лікувально-профілактичного закладу про виявлення хворого (трупа):

- інформує керівника санітарно-епідеміологічної станції по підпорядкованості;
- організує проведення заключної дезинфекції після госпіталізації хворого (підозрілого), вивозу трупа;
- організує епідеміологічне обстеження;
- організує відбір матеріалу для лабораторного дослідження (при холері);
- організує заходи щодо ізоляції виявлених контактуючих (при підтвердженні діагнозу);
- здійснює постійний контроль за своєчасністю та етапністю проведення заходів щодо локалізації вогнища.

Після підтвердження діагнозу, організує медико-санітарні заходи у відповідності з територіальним комплексним планом профілактики та боротьби з інфекційними та паразитарними захворюваннями.

2. Епідеміологічної бригади.

До складу бригади входять лікар-епідеміолог та помічник епідеміолога. При отриманні повідомлення про випадок захворювання (підозри) епідеміологічна бригада:

- виїздить безпосередньо до стаціонару, куди госпіталізовано хворого (підозрілого), маючи з собою спеціальний захисний одяг;
- одягає спеціальний захисний одяг відповідно до встановленого діагнозу (Додаток 5);
- отримує інформацію від лікаря стаціонару про проведені протиепідемічні заходи, спрямовані на попередження розповсюдження інфекції (ізоляція приміщень, правильність використання персоналом спеціального захисного одягу, наявність дезинфекційних засобів та здійснення поточної дезинфекції, організація та проведення дезинфекції транспорту, яким хворого було госпіталізовано, попередження інфікування довкілля та інше, при холері - обстеження хворого та направлення матеріалу у лабораторію), дає їм оцінку;
- у разі виявлення недоліків, організує та проводить їх ліквідацію;
- отримує інформацію від лікаря, який виявив хворого (підозрілого), про проведені протиепідемічні заходи за місцем виявлення хворого (підозрілого), оцінює епідемічну обґрунтованість діагнозу, уточнює коло осіб, які спілкувалися з хворим та заходи щодо попередження їх інфікування, уточнює ступень контакту лікаря з хворим, та використані ним при цьому засоби індивідуального захисту та інше;
- уточнює у хворого (підозрілого) епідеміологічні дані про захворювання, якщо дозволяє його стан;
- складає план подальших дій, спрямованих на локалізацію та ліквідацію вогнища;
- проводить подальше епідеміологічне обстеження за місцем виявлення хворого (підозрілого) та інших місцях, де перебував хворий у термін інкубаційного періоду (з метою

виявлення можливого джерела інфекції, факторів її передачі, та встановлення осіб, які спілкувалися з хворим);

- відбирає (при холері) з об'єктів довкілля проби для бактеріологічного дослідження, визначає (при чумі) об'єкти, які підлягають дератизації, дезинсекції та дезинфекції;
- контролює ефективність проведення заключної дезинфекції;
- інформує головного лікаря санепідстанції щодо ситуації у вогнищі та обсягу проведених протиепідемічних заходів;
- після прибуття консультантів доповідає їм про проведені протиепідемічні заходи;
- при підтвердженні діагнозу разом з ними визначає необхідність ізоляції (проведення медичного нагляду), лабораторного обстеження та екстреної профілактики (превентивного лікування) осіб, які спілкувались з хворим та виконує інші заходи передбачені планом локалізації та ліквідації вогнища.

3. Дезинфекційної бригади.

Дезинфекційні бригади формуються з працівників дезинфекційних відділів санітарно-епідеміологічних станцій або дезинфекційної станції. До їх складу входять дезинфекціоніст, дезінструктор та два дезінфектора (склад може змінюватись залежно від ситуації).

Дезинфекційна бригада повинна бути оснащена усім необхідним для проведення заключної дезинфекції у місцях перебування хворого (з моменту його захворювання до госпіталізації) у максимально короткий термін (спеціальним захисним одягом, дезинфекційною апаратурою, дезинфекційними засобами, ємностями для їх приготування, цератовими або пластиковими мішками для транспортування речей хворого та інше). При відсутності стаціонарної дезинфекційної камери дезинфекційна бригада повинна бути забезпечена пересувною дезинфекційною камерою на автошасі.

Передбачається такий порядок проведення заключної дезинфекції:

- одягнення захисного одягу необхідно проводити перед приміщенням де знаходився хворий;
- апаратуру та необхідні дезинфекційні розчини готують також за межами приміщення, де буде проводитись заключна дезинфекція. У приміщеннях, де буде проводитись дезинфекція, необхідно закрити вікна та двері;
- щедро зрошуючи дезинфекційним розчином шлях поперед себе (починаючи з вхідних дверей), до приміщення входять дезинфекціоніст та один дезінфектор. Другий дезінфектор залишається зовні для прийому речей на камерну дезинфекцію та приготування додаткової кількості дезинфекційних розчинів;
- знезараження стін, меблів, побутових предметів, посуду, білизни, санітарно-побутових установок та інше, проводять з використанням дезинфекційних засобів, передбачених діючими інструкціями;
- кімната, де знаходився хворий, дезінфікується в останню чергу;
- по закінченні обробки приміщень, речі, які підлягають камерній дезинфекції складають у мішки, поверхня яких зрошується 3% розчином хлораміну;
- за межами приміщення, речі поміщають в ще один мішок, маркірують та відносять до машини;
- знезараженню підлягають також подвір'я, сміттєзбірники, дворові туалети для чого використовують сухе вапно з розрахунку 1 кг на кв.м., 1% хлорновапняне молоко;

- по закінченні роботи, захисний одяг замочується у дезинфекційному розчині та у прогумованих мішках направляється на дезинфекцію;
- у наряді відмічають дату та час проведення заключної дезинфекції;
- за членами бригади встановлюється медичний нагляд на термін інкубації за місцем мешкання або роботи.

Додаток 7 (обов'язковий)
СПИСКИ
осіб, що спілкувались з хворим

прізвище, ім'я та по батькові;

рік народження;

місце проживання (постійне, в даній місцевості);

місце роботи (назва підприємства, установи, адреса);

місце та дата захворювання (виявлення);

відношення до хворого (родич, знайомий, випадковий контакт);

контакт з хворим (де, коли, тривалість контакту);

підпис особи, що склала список (прізвище, ініціали, посада).

дата складання списку.

Додаток 8 (обов'язковий)

ЗАСОБИ

екстреної профілактики для осіб, що спілкувались з хворими на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекції неясної етіології

Схеми екстреної профілактики чуми у людей

Найменування препаратів	Спосіб застосування	Разова доза (г)	Кратність використання на добу	Добова доза (г)	Тривалість курсу (діб)
1	2	3	4	5	6
Ципрофлоксацин	Перорально	0,25	2	0,5	7
Офлоксацин	" "	0,2	2	0,4	7
Пефлоксацин	" "	0,4	2	0,8	7
Доксіциклін	" "	0,1	2	0,2	7
Амікацин	в/м	0,5	2	1,0	5
Нетілмицин	" "	0,1	2	0,2	5
Сізоміцин	" "	0,1	2	0,2	5
Гентаміцин	" "	0,08	2	0,16	5
Сульфаміно-метоксин/триметопрім	Перорально	1,0/0,4	2	2,0/0,8	7
Ріфампіцин/пефлоксацин	" "	0,2/0,4	1	0,3/0,4	5
Ріфампіцин/офлоксацин	" "	0,3/0,2	1	0,3/0,2	5
Ріфампіцин/ципрофлоксацин	" "	0,3/ 0,25	1	0,3/0,25	5
Ріфампіцин/ампіцилін	" "	0,3/1,0	1/2	0,3/2,0	5
Ріфампіцин/триметопрім	" "	0,3/ 0,08	2	0,6/0,16	5
Ріфампіцин	" "	0,3	2	0,6	7
Міноциклін	" "	0,2 - перший прийом, далі по 0,1	2	0,3 - перший день, далі по 0,2	7-10
Канаміцин	в/м	0,5	2	1	5
Стрептоміцин	" "	0,5	2	1	5
Цефтриаксон	" "	1,0	1	1,0	5

Схеми екстреної профілактики гарячки Ебола у людей

Найменування препаратів	Спосіб застосування	Разова доза (мл)	Кратність застосування (на добу)
Специфічний імуноглобулін	в/м	6	1
Специфічний імуноглобулін	обколювання ділянки пошкодженої шкіри (п/ш або в/м) + в/м	1-3 + до 6	1

Схема екстреної профілактики гарячки Ласа, Болівійської та Аргентинської геморагічних гарячок

Найменування препарату	Спосіб застосування	Разова доза (г)	Кратність застосування (на добу)	Тривалість курсу (діб)
Віразол (рибаміділ)	внутрішньо (перорально)	0,2	4	10

Схема екстреної профілактики Кримської-Конго геморагічної гарячки у людей

Найменування препаратів	Спосіб застосування	Разова доза (г)	Кратність застосування (на добу)	Тривалість курсу (діб)
1	2	3	4	5
Віразол	в/в	1,0-1,5	1	3-4
Аскорб. кислота (5% розчин)	в/в	2,0	1	5-7
Дімедрол	в/м	0,001	1	5-7
Альфаферон	в/м	10 мл МО	1	3
Рутин	Перорально	0,002	3	5-7

Схеми екстреної профілактики при невідомому збуднику

Найменування препаратів	Спосіб застосування	Разова доза (г)	Кратність застосування (на добу)	Тривалість курсу (діб)
Ципрофлоксацин	Перорально	0,5	2	5
Доксіциклін	Перорально	0,2	1	5
Ріфампіцин	Перорально	0,6	1	5
Тетрациклін	Перорально	0,5	3	5

Примітка. При холері екстрену профілактику здійснюють згідно з "Інструкцією по організації та проведенню протихолерних заходів, клініці та лабораторній діагностиці холери" (затв. Наказом МОЗ України N 167 від 30.05.97 р.).

Додаток 9 (обов'язковий)

ПОРЯДОК ВІДБОРУ,

упаковки та транспортування матеріалу для лабораторного дослідження на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекційні хвороби

1. Загальні вимоги.

При відборі матеріалу необхідно дотримуватись правил асептики, попереджуючи забруднення його мікрофлорою навколишнього середовища.

Матеріал відбирається до початку антибактеріальної терапії або через період, достатній для його елімінації з організму. Якщо матеріал був відібраний на фоні антибактеріальної терапії, про це слід вказати в направленні до лабораторії.

Відбір матеріалу для дослідження бажано проводити в період найбільшого вмісту в ньому збудників захворювання (кров у період лихоманки, фекалії у період діареї і так далі).

Для попередження інфікування, при відборі матеріалу медичний працівник повинен суворо виконувати відповідні вимоги протиепідемічного режиму при роботі зі збудниками особливо небезпечних інфекцій.

Терміни відбору матеріалу повинні відповідати патогенезу гаданої інфекції, циклічному розвитку збудника захворювання та іншим умовам.

2. На чуму

Для лабораторного дослідження відбирається матеріал в залежності від клінічної форми:

- при усіх формах обов'язково відбирається кров для виділення збудника;
- при бубонній формі - відділяємо бубону;
- при шкірній формі - вміст виразки або інших шкірних уражень;
- при легеневої формі - мокрота і слизу з зіву;
- при ураженні кишечника - фекалії;
- при ураженні мозкових оболонок - ліквор.

Матеріал необхідно забирати до початку специфічного лікування (антибіотиками) стерильними інструментами в стерильний посуд. Пунктат бубону (везикул, пустул, карбункула) беруть шприцом, місткістю 5 мл, шкіру на місці уколу обробляють спиртом, змащують розчином йоду, знову протирають спиртом. Голку з широким діаметром вводять з таким розрахунком, щоб досягти центральної частини бубону, після чого, дещо відтягнувши поршень, повільно витягують. Оскільки ексудат у чумному бубоні знаходиться в проміжках щільної тканини, кількість його незначна і часто заповнює лише простір у голці. Після виймання голки з бубону через неї набирають у шприц 0,5 мл стеридного м'ясо-пептонного бульйону (рН-7,2), весь вміст витискують у стерильну пробірку і закривають гумовою пробкою. Якщо неможливо отримати матеріал із бубону, вводять 0,3 мл стерильного фізіологічного розчину, після чого тим же шприцом відтягують його і витискують у стерильну пробірку. При прориві бубону матеріал забирають із периферійної щільної частини, як зазначено вище, і окремо - виділення. Обидві взяті проби досліджують окремо.

Пунктат із набряку набирають у шприц і переносять у стерильну пробірку.

При підозрі на легеневу форму чуми, мокроту для дослідження забирають у стерильні широкогорлі банки з притертими пробками або кришками, що закручуються. При відсутності мокроти матеріал забирають ватним тампоном із зіва.

При всіх формах чуми, беруть кров із вени в кількості 10 мл, засіваючи одразу 5 мл на 50 мл м'ясо-пептонного бульйону (рН-7,2), решту крові використовують для посіву на агар, зараження біопробних тварин, постановки серологічних реакцій.

Якщо захворювання закінчилось смертю, розтин трупа і взяття матеріалу для лабораторних досліджень проводять стерильним інструментом. Вирізаний для дослідження шматочок органу поміщається в окрему банку, після чого інструменти кожного разу змочуються у спирті і обпалюються над полум'ям спиртівки.

При підозрі на чуму, беруть шматочок печінки, селезінки, легенів, лімфатичних вузлів, кісткового мозку із трубчатих кісток, грудини і кров.

Кров беруть із серця шприцом з довгою голкою досить широкого діаметру і переносять в стерильну пробірку з гумовою пробкою.

Прокол серцевої стінки проводять через ділянку, простерилізовану прикладанням розжареного металевго шпателя. Якщо порожнина шлуночка пуста, можна взяти кров із передсердя, великої судини.

Зразу після розтину інструмент знезаражують кип'ятінням в 2% розчині соди (або іншого миючого засобу) протягом 60 хв.

3. На холеру

В лабораторію направляють:

- нативний матеріал;
- посів на 50 мл 1% пептонної води

При відсутності випорожнення, стерильний тампон вводять у пряму кишку на глибину 5-6 см, збирають вміст із стінок кишечника та вносять у флакон з 1% пептонною водою. При використанні алюмінієвої петлі, її змочують стерильним фізіологічним розчином або 1% пептонною водою, вводять у пряму кишку на 8-10 см та переносять матеріал у флакон з 1% пептонною водою і засівають на чашку Петрі з лужним агаром.

Нативний матеріал (випорожнення, блювотні маси, промивні води) відбирають 10-20 мл стерильними ложками або скляними трубками із гумовою грушею та переносять у стерильний скляний посуд.

Для відбору матеріалу від хворих із водянистим випорожненням можливо використати резиновий катетер N 26 або N 28, один кінець якого вводять до прямої кишки, а другий опускають у банку.

Від трупа людини, яка померла з підозрою на холеру, беруть три відрізки тонкого кишечника з верхньої, середньої та нижньої частин завдовжки 10 см кожний, жовчний міхур забирають повністю. Вміст кишечника та жовч від трупа можливо взяти стерильним шприцом у об'ємі до 10 мл та перенести до пробірки із 1% пептонною водою.

Взяті проби з органів трупа поміщають окремо в скляні банки, нумерують, відповідно запаковують і відправляють у лабораторію.

4. На небезпечні вірусні інфекції.

Взяття крові

При короткочасній транспортивці у спеціалізовану лабораторію, кров для вірусологічного дослідження, беруть у кількості 20 мл сухим стерильним шприцем, над полум'ям спиртівки, розливають у стерильні інсулінові або пеніцилінові флакони порціями по 2 мл, закривають гумовими пробками.

При необхідності тривалого транспортування матеріалу у спеціалізовану лабораторію, кров беруть у кількості 10 мл, з яких 4 мл цільної крові поміщають у 2 флакони по 2 мл. Решту крові використовують для виготовлення сироватки. Сироватку фасують рівними порціями у 2-3 флакони. Сгустки крові поміщають у окремий пеніциліновий флакон.

Взяття мазка із зіву. Стерильним ватним тампоном з мигдалин та задньої поверхні глотки беруть носоглоточний змив, після чого тампон кладуть у стерильний пеніциліновий флакон з розчином Хенкса (3 мл), обережно зламують паличку тампону на рівні вати та щільно закривають гумовою пробкою. Матеріал для дослідження слід брати до проведення лікувальних заходів.

При заборі матеріалу із зіву не слід торкатись тампоном слизовою оболонки язика та рота.

Взяття проби сечі. Середню або останню порції сечі збирають у два стерильні пеніцилінові флакони (по 5-7 мл).

Взяття секційного матеріалу. Відбирають проби з спинного та головного мозку, печінки, селезінки, нирок, серцевого м'язу, лімфатичних вузлів в об'ємі 1-2 куб.см. Проби поміщають у стерильні пеніцилінові флакони та в охолодженому (+ 4 град.С) або замороженому вигляді (у термоконтейнері) терміново направляють до лабораторії.

5. На Синдроми небезпечної інфекційної хвороби

В залежності від прояву хвороби та наявності Синдрому, для дослідження беруть наступний матеріал:

- кров з вени - 10 мл (у 2 пробірки по 5 мл);
- слиз із зіву - стерильним тампоном;
- мокроту;
- сечу - 100 мл стерильним катетером у стерильний флакон (банку);
- відділяєме патологічних утворень на шкірі - стерильним скарифікатором;
- пунктат бубонів, лімфовузлів, набрюків, інших запальних утворень.

Примітка. Методика відбору матеріалу така ж, як при підозрі на чуму. Для фіксації мазків використовують 96 град. спирт із додаванням 3% перекису водню.

6. Упаковка і транспортування матеріалу.

Кожну пробірку, банку або інший посуд, в який вміщено матеріал від хворого надписують, щільно закривають гумовими або скляними притертими пробками або кришками, що закручуються. Закритий посуд обтирають дезрозчином. Потім пробірки, кришки заклеюють лейкопластиром і кожну пробірку чи банку окремо поміщають в поліетиленовий пакет і щільно зв'язують. Пробірки кладуть у металевий пенал, край між кришкою і пеналом заклеюють лейкопластиром. Пенал загортають в целофан і поміщають у бікс, металевий ящик. Кожну банку замотують окремо в марлю і також поміщають у бікс або металевий ящик, які запечатують особистою печаткою лікаря і з посиленням відправляють у лабораторію. До посилки додається супроводжуючий документ, в якому вказують прізвище, ініціали, вік хворого, діагноз, дата захворювання, відбору матеріалу, характер матеріалу, прийом антибіотиків, інше специфічне лікування, а також прізвище, ініціали, посада медпрацівника, що відбирав матеріал.

Транспортують матеріал до лабораторії на службовому транспорті із супроводжуючим.

При заборі проб крові від хворого (підозрілого) необхідно передбачити можливість використання її для вірусологічних та клішних досліджень.

Додаток 10 (обов'язковий)
УКЛАДКА ДЛЯ ВІДБОРУ

матеріалу від хворого (трупа) для дослідження на чуму, холеру, контагіозні вірусні геморагічні гарячки та інші небезпечні інфекційні хвороби*

(для відділів особливо небезпечних інфекцій Центральної та обласних санепідстанцій, протичумних закладів)

N п/п	Найменування	Кількість
1	2	3
1.	Банки широкогорлі з кришками або притертими пробками 200 мл (стерильні)	4 шт.
2.	Пробірки бактеріологічні (стерильні)	5 шт.
3.	Пробірки з ватним тампоном для взяття мазків із зіву (стерильні)	2 шт.
4.	Флакони пеніцилінові з пробками (стерильні)	4 шт.
5.	Флакони інсулінові з пробками (стерильні)	4 шт.
6.	Пипетки пастерівські з довгими кінцями (стерильні)	10 шт.
7.	Ложки (стерильні)	3 шт.
8.	Скляні трубки (стерильні) з гумовою грушею малого розміру	3 шт.
9.	Груша гумова із шлангом	1 шт.
10.	Катетер гумовий (N 26 та 28)	2 шт.
11.	Пінцет анатомічний	1 шт.
12.	Ножиці	1 шт.
13.	Скальпель	1 шт.
14.	Петлі алюмінієві (стерильні)	10 шт.
15.	Шпателі (стерильні)	2 шт.
16.	Штатив складний на 8 гнізд	1 шт.
17.	Шприці 5 мл разові	2 шт.
18.	Шприці 10 мл разові	1 шт.
19.	Шприці 20 мл разові	2 шт.
20.	Голки до шприців з широким просвітом	10 шт.
21.	Джгут гумовий	1 шт.
22.	Пір'я-скаріфікатори для взяття крові (стерильні)	3 шт.
23.	Ємність для фіксатора	1 шт.
24.	Пенал металевий для пробірок	1 шт.
25.	Поліетиленові пакети	5 шт.
26.	Спирт-ректифікат 96 град.	250 мл
27.	Розчин йоду 5% по 1,0 мл в ампулах	2 шт.
28.	Спиртовка	1 шт.
29.	Сірники	1 кор.
30.	Коробка стерилізаційна (середнього розміру)	1 шт.
31.	Вата (500,0)	1 упак.
32.	Марля	1 м
33.	Тампони ватні, марльові (стерильні)	30 шт.
34.	Церата медична підкладна	1 м
35.	Нитки сурові або лігатура	0,5 м
36.	Пластилін	15 гр.

37.	Лейкопластир	1 упак.
38.	Олівець по склу (склограф)	1 шт.
39.	0,9% розчин NaCl в ампулах по 5 мл	3 шт.
40.	3,0% розчин перекису водню	200 мл
41.	Пептонна вода 1% у флаконах по 50 мл, закритих гумовими пробками, завальцованих металевими ковпачками	4 шт.
42.	Бульон поживний (рН 7,2) по 5 мл у пробірках (стерильний)**	3 шт.
43.	Бульон поживний (рН 7,2) у флаконі (стерильний)**	50 мл
44.	Розчин Хенкса**	3 мл
45.	Бланки направлень	10 шт.
46.	Блокнот, простий олівець	1+1
47.	Бумага писча	10 лист.
48.	Бумага копірувальна	2 лист.
49.	Інструкції по відбору матеріалу	1 екз.
50.	Бікс або металевий ящик для доставки проб у лабораторію	1 шт.
51.	Наважки соди по 2 гр.	2 шт.
52.	Контейнер для транспортування матеріалу в звичайному або сухому льоду	1 шт.
53.	Рукавички гумові	2 пар.

* Предмети, які мають бути стерильними, підлягають стерилізації один раз на три місяці.

** - Отримати у лабораторії в день відбору матеріалу для дослідження.