

Методические указания**МУ МЗ ПМР 3.1.2837-13****«Эпидемиологический надзор за вирусным гепатитом А»****1. Область применения**

1. Настоящие методические указания (далее - МУ) разработаны в соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года № 481-3-IV «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (САЗ 08-22) с изменением и дополнениями, внесенными Законом Приднестровской Молдавской Республики от 6 августа 2009 года № 838-ЗИД-IV (САЗ 09-32), и предназначены для органов Госсанэпидслужбы; лечебно-профилактических и других организаций, независимо от организационно-правовой формы и формы собственности.

2. В настоящих МУ определены основные принципы организации и порядок осуществления эпидемиологического надзора и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при гепатите А.

2. Термины и сокращения

3. В настоящих МУ используются следующие термины и сокращения:

- а) Госсанэпидслужба - Государственная санитарно-эпидемиологическая служба Приднестровской Молдавской Республики;
- б) ВГ - вирусные гепатиты;
- в) ВГА - вирус гепатита А;
- г) ГВ - гепатит В;
- д) ГС - гепатит С;
- е) ГD - гепатит D;
- ж) ОГА - острый гепатит А;
- з) ИФА - иммуноферментный анализ;
- и) ЛПО - лечебно-профилактическая организация;
- к) ОВГ - острый вирусный гепатит;
- л) ПЦР - полимеразная цепная реакция;
- м) РНК - рибонуклеиновая кислота;
- н) anti-HAV IgG - антитела класса IgG к ВГА;
- о) anti-HAV IgM - антитела класса IgM к ВГА;
- п) ДДО – детские дошкольные организации;
- р) РЧВ – резервуар чистой воды.

3. Общие положения

4. В последние годы произошли существенные изменения эпидемического процесса ОГА в Приднестровской Молдавской Республике. В первую очередь это касается значительного снижения его интенсивности на всей территории республики.

5. Впервые за многие годы наблюдения заболеваемость ОГА в целом по республике в конце первой декады XXI века оказалась ниже 10 на 100 тысяч населения.

6. Анализ регистрируемой в настоящее время заболеваемости лишь частично отражает истинную интенсивность эпидемического процесса, что связано со значительным

количеством стертых и субклинических форм инфекции, а также ограничениями в использовании специфических методов лабораторной диагностики ОГА.

7. Снижение интенсивности циркуляции вируса в последние годы привело к снижению коллективного иммунитета к ВГА, особенно среди подростков и взрослых свидетельствуют о сохраняющейся высокой эпидемиологической и социально-экономической значимости ОГА для республики. Вместе с тем к настоящему времени накоплены новые знания о диагностике, эпидемиологии и профилактике ОГА.

4. Этиология

8. Возбудителем ОГА является вирус, принадлежащий к роду *Hepatitisvirus* семейства *Picornaviridae* и имеющий диаметр 27 - 32 нм. Геном представлен одноцепочечной линейной молекулой РНК размером около 7 500 нуклеотидов. В настоящее время установлено наличие шести генотипов вируса гепатита А, обозначаемых римскими цифрами (I - VI). Генотипы I, II, III вызывают заболевание у человека. Внутри I и III генотипов выделяют субтипы, обозначаемые заглавными латинскими буквами А и В (IA, IB, IIIA, IIIB). Различия в строении генома не влияют на строение антигенной детерминанты, контролирующей выработку вируснейтрализующих антител. Это обуславливает циркуляцию только одного серотипа вируса.

9. ВГА устойчив во внешней среде: при комнатной температуре он сохраняет инфекционные свойства от нескольких недель до 1 (одного) месяца, при температуре 4 °С - в течение нескольких месяцев, при температуре -20 °С - на протяжении нескольких лет. При 60 °С ВГА полностью сохраняется в течение 60 минут, частично инактивируется за 10 - 12 часов. Кипячение инактивирует вирус через 5 минут. Под действием УФ-излучения мощностью 1,1 Вт инактивация вируса происходит через 1 (одну) минуту. В присутствии хлора в концентрации 0,5 - 1 мг/л при рН 7,0 ВГА выживает 30 минут и более, что определяет его способность сохраняться в хлорированной водопроводной воде. Полная инактивация вируса при концентрации хлора 2,0 - 2,5 мг/л происходит в течение 30 минут.

5. Лабораторная диагностика острого гепатита А и интерпретация результатов

10. Лабораторная диагностика ОГА проводится серологическим и молекулярно-биологическим методами исследования.

11. Серологическим методом в сыворотке крови определяют наличие иммуноглобулинов классов М и G к ВГА (anti-HAV IgM и anti-HAV IgG).

12. Молекулярно-биологическим методом в сыворотке крови определяют РНК вируса гепатита А.

13. Диагноз «острый гепатит А» устанавливается при выявлении в сыворотке крови пациента с подозрением на гепатит А иммуноглобулинов класса М к ВГА (anti-HAV IgM) или РНК ВГА.

14. Лабораторное обследование контактных лиц позволяет не только выявить больных ОГА, но также определить тактику в отношении здоровых лиц, выявив среди них иммунных и неиммунных к ВГА. Для этого наряду с определением anti-HAV IgM или РНК ВГА рекомендуется определение anti-HAV IgG.

15. При отсутствии возможности обследования контактных лиц на РНК ВГА целесообразно выявлять у них в сыворотке крови иммуноглобулины классов М и G к ВГА (anti-HAV IgM и anti-HAV IgG) в соответствии с действующими нормативно-методическими документами:

а) выявление в сыворотке крови контактного лица anti-HAV IgM при отсутствии anti-HAV IgG свидетельствует о его заболевании ОГА;

б) выявление в сыворотке крови контактного лица anti-HAV IgM и anti-HAV IgG свидетельствует о текущем ОГА либо недавно перенесенном гепатите А;

в) отсутствие в сыворотке крови anti-HAV IgM и anti-HAV IgG свидетельствует о восприимчивости контактного лица к ВГА и является показанием для проведения вакцинопрофилактики;

г) выявление в сыворотке крови контактного лица anti-HAV IgG при отсутствии anti-HAV IgM свидетельствует о наличии иммунитета к ВГА в результате перенесенной ранее инфекции или эффективной вакцинации.

16. В лабораториях, оснащенных оборудованием для проведения молекулярно-биологических и серологических исследований, у контактных лиц целесообразно выявлять в сыворотке крови РНК ВГА и иммуноглобулины класса G к ВГА (anti-HAV IgG) в соответствии с действующими нормативно-методическими документами:

а) выявление в сыворотке крови контактного лица РНК ВГА вне зависимости от наличия или отсутствия anti-HAV IgG свидетельствует о его заболевании ОГА;

б) отсутствие в сыворотке крови anti-HAV IgG и РНК ВГА свидетельствует о восприимчивости контактного лица к ВГА и является показанием для проведения вакцинопрофилактики;

в) выявление в сыворотке крови контактного лица anti-HAV IgG при отсутствии РНК ВГА свидетельствует о наличии иммунитета к ВГА в результате перенесенной ранее инфекции или эффективной вакцинации.

17. При обследовании контактных лиц в очаге ОГА предпочтительнее определение в сыворотке крови РНК ВГА вместо anti-HAV IgM, учитывая низкое положительное предсказательное значение anti-HAV IgM у здоровых контактных лиц, что обусловлено высокой частотой ложноположительных результатов.

6. Эпидемиологические проявления острого гепатита А

Глава 1. Источники инфекции

18. ОГА - это антропонозная инфекция, при которой единственным источником вируса является человек. Продолжительность инкубационного периода колеблется от 7 до 50 дней, чаще составляя 35 дней.

19. Неоднородность реакций людей на внедрение вируса и вариабельность заражающей дозы вируса определяют разнообразие клинических вариантов течения инфекции: желтушный, безжелтушный, стертый и субклинический (инаппарантный) варианты.

20. Основное эпидемиологическое значение имеют лица с безжелтушным, стертым и субклиническим вариантами течения ОГА. У взрослых преобладают желтушные формы ОГА, составляя 85 – 100 %. Среди детей число больных безжелтушным и субклиническим (инаппарантным) вариантами течения инфекции может в 5 - 8 раз превосходить число больных с выраженной клинической картиной, то есть эпидемический процесс в основном развивается скрыто.

21. ВГА в наибольшей концентрации выявляется в фекалиях больного в последние 7 - 10 дней инкубации и в первые дни болезни, соответствующие по продолжительности преджелтушному периоду, то есть от 2 до 14 дней (чаще 5 - 7 дней). Продолжительность выделения вируса при различных вариантах инфекции существенно не отличается. С появлением желтухи у большинства больных выделение вируса прекращается или его концентрация в фекалиях значительно сокращается, и лишь в отдельных случаях выделение продолжается в течение 2 - 3 недель.

22. Больные затяжными формами (5 – 8 %) и обострениями (около 1 %) ОГА имеют эпидемиологическое значение, особенно при наличии у них иммунодефицитных состояний, которые могут сопровождаться длительной вирусемией. Хроническое течение гепатита А не установлено.

Глава 2. Механизм, пути и факторы передачи инфекции

23. Передача ВГА осуществляется посредством фекально-орального механизма, который реализуется всеми путями, характерными для кишечных инфекций: водным, пищевым и контактно-бытовым.

24. Водный путь передачи может проявляться в виде типичных острых или хронических водных эпидемий. Инфицирование людей происходит при использовании недоброкачественной питьевой воды, купании в загрязненных водоемах и бассейнах, при интенсивном загрязнении стоками водоемов вблизи водозаборов, отсутствии или нарушении

регламентированной государственными стандартами водоподготовки и правил обеззараживания воды, подаваемой населению, при использовании технических водопроводов, нарушении санитарно-технического состояния разводящей водопроводной сети в сочетании с дефицитом воды и подсосом канализационных стоков или загрязненных грунтовых вод. Фактором передачи также может быть вода колодцев и других нецентрализованных источников водоснабжения.

25. При умеренном загрязнении фекалиями источников водоснабжения у лиц с высокой резистентностью возникают преимущественно недиагностируемые формы инфекции, обуславливающие приобретение населением иммунитета.

26. Пищевые продукты являются фактором передачи в случаях загрязнения их вирусом в организациях пищевой промышленности, организациях общественного питания и торговли всех форм собственности. Источниками вируса при этом является персонал с недиагностированными формами ОГА, нарушающий правила личной гигиены. В некоторых случаях контаминация вирусом пищевых продуктов происходит в связи с авариями на канализационных сетях в указанных организациях.

27. Ягоды, овощи и зелень контаминируются вирусом при их выращивании на полях орошения или сельскохозяйственных угодьях, на которых используются в качестве удобрения необеззараженные сточные воды. Пищевые продукты могут загрязняться ВГА в процессе их приготовления с использованием недоброкачественной воды при их обработке и приготовлении, мытье посуды. Морепродукты, добытые в загрязненных сточными водами прибрежных водах, могут быть контаминированы ВГА.

28. Бытовой путь передачи реализуется при нарушении санитарно-гигиенических правил и правил личной гигиены, что чаще наблюдается в детских коллективах и семьях. Факторами передачи при этом служат руки, а также все предметы, контаминированные ВГА. Кроме этого, вариантом контактной передачи ВГА является его передача при орально-анальных и орально-генитальных контактах.

29. В случае длительной вирусемии не исключается передача ВГА парентеральным путем. Имели место случаи посттрансфузионного ОГА, масштабные вспышки ОГА среди больных гемофилией, получавших препараты факторов свертывания, а также среди лиц, потребляющих инъекционные психотропные препараты.

Глава 3. Восприимчивость к острому гепатиту А

30. При любом варианте течения ОГА образуются специфические иммуноглобулины классов М и G (anti-HAV IgM и anti-HAV IgG).

31. Иммуноглобулины класса М выявляются в сыворотке крови в конце инкубационного периода и сохраняются чаще в течение 3 - 4 месяцев. Иммуноглобулины класса G могут циркулировать пожизненно. Лица, не имеющие anti-HAV IgG, восприимчивы к гепатиту А.

Глава 4. Эпидемиологически значимые группы населения

32. Наибольший риск заболевания ОГА имеют следующие группы населения:

- а) лица, использующие для питьевых целей недоброкачественную воду:
 - 1) поверхностных водных объектов;
 - 2) источников нецентрализованного водоснабжения, оборудованных с нарушениями требований санитарных правил и нормативов;
 - 3) источников централизованного водоснабжения, не подвергающуюся надежной очистке и обеззараживанию, прежде всего при авариях на канализационных и водопроводных сетях;
 - 4) в районе стихийных бедствий (землетрясения, паводки, наводнения) и других чрезвычайных ситуаций;
- б) военнослужащие воинских частей, дислоцированных или ведущих боевые действия в районах с неудовлетворительными санитарно-бытовыми условиями проживания или негарантированным водоснабжением;
- в) лица, выезжающие в эндемичные по ОГА страны;

г) дети и персонал детских дошкольных организаций, закрытых организаций круглосуточного пребывания детей и взрослых, функционирующих с нарушениями санитарно-гигиенических правил;

д) медицинский персонал, в первую очередь, инфекционных и психиатрических отделений, при несоблюдении противоэпидемического режима;

е) лица, употребляющие инъекционные наркотические препараты.

33. К эпидемиологически значимым профессиям, представители которых в случае заболевания ОГА создают угрозу заражения для больших групп населения, относятся:

а) работники организаций пищевой промышленности, занятые в процессах производства, хранения, транспортирования пищевых продуктов или их реализации;

б) работники организаций общественного питания, а также организаций, непосредственно связанных с приготовлением пищи, обслуживанием, хранением и транспортированием пищевых продуктов;

в) работники на водопроводных сооружениях, связанные с водоподготовкой и обслуживанием водопроводных сетей;

г) работники ЛПО;

д) работники детских, учебных, оздоровительных и других организаций;

е) проводники пассажирских вагонов;

ж) работники бассейнов или водолечебниц;

з) работники организаций торговли.

7. Характеристика эпидемического процесса острого гепатита А

34. Интенсивность эпидемического процесса ОГА определяется совокупностью социальных факторов:

а) демографических (численность населения, возрастная структура населения, воспроизводство населения, активность миграционных процессов);

б) экономических (уровень санитарно-коммунального благоустройства, уровень развития здравоохранения);

в) организационных (соблюдение санитарно-противоэпидемического режима в детских и образовательных организациях, в организациях пищевой промышленности и других);

г) других (уровень санитарной культуры населения, состояние коллективного иммунитета, особенности питания, национально-религиозные обычаи).

35. Интенсивность эпидемического процесса ОГА на отдельных территориях характеризуется крайне выраженной вариабельностью. В пределах региона могут быть одновременно территории с высоким (более 100 на 100 тысяч населения) и низким (ниже 10 на 100 тысяч населения) уровнем заболеваемости.

36. На всех территориях эпидемический процесс проявляется циклическими колебаниями в многолетней динамике, выраженной осенне-зимней сезонностью, преимущественным поражением детей, подростков и взрослого населения молодого возраста. Заболеваемость населения городов и сельской местности в последние годы существенно не отличается.

37. Эпидемический процесс ОГА проявляется спорадическими заболеваниями и преимущественно водными и пищевыми вспышками и эпидемиями различной интенсивности.

38. Передача вируса через воду обуславливает возникновение водных вспышек различной интенсивности. Механизм их возникновения не отличается от такового при антропонозных кишечных инфекциях. В связи с высокой устойчивостью вируса водные эпидемии и вспышки ОГА часто моноэтиологичны. В случае загрязнения пищевых продуктов возникают пищевые вспышки. Чаще они связаны с контаминацией ВГА продуктов питания работниками пищевых объектов. Более масштабные вспышки обусловлены загрязнением питьевой воды или пищевых продуктов сточными водами при аварийных ситуациях или по другим причинам.

8. Эпидемиологический надзор

Глава 1. Эпидемиологический надзор за острым гепатитом А

39. Эпидемиологический надзор за ОГА - это постоянное наблюдение за динамикой эпидемического процесса, включающее анализ многолетней и внутригодовой заболеваемости, факторами и условиями, влияющими на распространение инфекции, охватом населения иммунизацией, циркуляцией возбудителя, а также выборочный серологический контроль за состоянием иммунитета, с целью оценки эпидемиологической ситуации и эффективности проводимых противоэпидемических (профилактических) мероприятий, своевременного принятия управленческих решений, разработки и реализации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, обеспечивающих предупреждение возникновения и распространения ОГА.

40. Задачами эпидемиологического надзора за ОГА являются:

- а) постоянная и объективная оценка масштабов, характера распространенности и социально-экономической значимости инфекции;
- б) выявление тенденций развития эпидемического процесса;
- в) выявление территорий и организаций с высоким уровнем заболеваемости и риском инфицирования;
- г) выявление контингентов, наиболее подверженных риску развития заболевания;
- д) выявление причин и условий, определяющих уровень и структуру заболеваемости ОГА на соответствующей территории;
- е) оценка иммунологической и эпидемиологической эффективности вакцинопрофилактики;
- ж) контроль и обоснованная оценка масштабов, качества и эффективности осуществляемых профилактических и противоэпидемических мероприятий для их оптимальной корректировки, планирование последовательности и сроков их реализации;
- з) разработка прогнозов эпидемиологической ситуации.

41. Эпидемиологический надзор за ОГА включает:

- а) мониторинг заболеваемости (смертности) ОГА;
- б) слежение за состоянием привитости населения против ОГА;
- в) выборочное исследование уровня коллективного иммунитета в отдельных возрастных группах с целью определения оптимального возраста для вакцинопрофилактики гепатита А;
- г) слежение за санитарно-техническим состоянием и санитарно-гигиеническим содержанием эпидемиологически значимых объектов (источники водоснабжения населения, очистные сооружения, водопроводная и канализационная сети, организации пищевой промышленности, общественного питания, торговли, детские образовательные организации, учебные, воинские и другие организации);
- д) слежение за объектами окружающей среды с применением санитарно-бактериологических, санитарно-вирусологических исследований (определение колифагов, энтеровирусов, антигена ВГА), молекулярно-генетических методов (включая определение РНК ВГА, энтеровирусов);
- е) слежение за циркуляцией возбудителя ОГА;
- ж) оценку эффективности проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- з) обоснование мероприятий по профилактике ОГА на предстоящий период;
- и) прогнозирование эпидемиологической ситуации.

42. Основными направлениями деятельности, по которым проводится оценка качества и эффективности проводимых профилактических и противоэпидемических мероприятий, являются:

- а) мониторинг заболеваемости ОГА на контролируемой территории;
- б) качество специфической диагностики;
- в) полнота и своевременность выявления больных;
- г) доля зарегистрированных безжелтушных форм ОГА;

- д) полнота и своевременность госпитализации (таблица № 1 настоящих МУ);
 - е) очаговость ОГА в семьях и коллективах;
 - ж) оценка интенсивности скрыто протекающего компонента эпидемического процесса на основе динамического наблюдения за иммунологической структурой населения к ВГА;
 - з) анализ данных санитарно-гигиенического мониторинга за состоянием водных объектов;
 - и) слежение за циркуляцией ВГА на контролируемой территории;
 - к) противоэпидемический режим на объектах надзора;
 - л) охват прививками против ОГА (таблица № 2 настоящих МУ).
43. Эпидемиологический надзор состоит из трех взаимосвязанных блоков: информационного, диагностического и управленческого.

Глава 2. Информационный блок эпидемиологического надзора

44. Информационный блок эпидемиологического надзора за ОГА включает:
- а) сбор эпидемиологически значимой для ОГА информации;
 - б) анализ и оценку полученной информации;
 - в) обмен информацией между заинтересованными органами государственной власти и организациями.
45. Выявление больных гепатитом А проводят медицинские работники ЛПО, детских, подростковых и оздоровительных организаций, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, и в течение 2 (двух) часов сообщают по телефону, а затем в течение 12 часов направляют экстренное извещение об инфекционном или паразитарном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, поствакцинальном осложнении в органы Госсанэпидслужбы по месту регистрации заболевания (независимо от места проживания больного). В данных организациях сведения о каждом выявленном случае ОГА вносятся в журнал регистрации инфекционных заболеваний.
46. ЛПО, изменившая или уточнившая диагноз ОГА, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение в органы Госсанэпидслужбы по месту выявления заболевания, указав первоначальный диагноз, измененный (уточненный) диагноз и дату установления уточненного диагноза.
47. Подозрительным является случай болезни, который клинически проявляется общим недомоганием, повышенной утомляемостью, анорексией, тошнотой, рвотой, иногда желтухой (темная моча, обесцвеченный стул, пожелтение склер и кожных покровов) и, как правило, сопровождающаяся повышением уровня аминотрансфераз сыворотки крови.
48. Подтвержденный случай - это случай, соответствующий клиническому описанию и подтвержденный лабораторно, или случай, который соответствует клиническому описанию, выявленный у человека, имевшего контакт с лабораторно - подтвержденным случаем гепатита А в течение 15 - 50 дней до появления симптомов заболевания. Лабораторным критерием подтверждения случая ОГА является наличие anti-HAV IgM или РНК ВГА в сыворотке крови.
49. Важным элементом информационного блока является проведение санитарно-гигиенического мониторинга на контролируемой территории, включающего, прежде всего, контроль качества воды в системах централизованного и нецентрализованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, условий производства и качества бутилированной и привозной воды, анализ эффективности работы очистных сооружений и условий выпуска в водоемы хозяйственно-бытовых сточных вод, а также контроль за состоянием водных объектов окружающей среды (рекреационные зоны морей, озер, водохранилищ, проточных водоемов), плавательных бассейнов и аквапарков, позволяющий установить возможную контаминацию воды в них ВГА, а также качество продуктов питания.
50. Обеспечение надзорных мероприятий позволяет выявить причины контаминации ВГА объектов окружающей среды, которые дают начало его циркуляции и активизируют факторы и пути передачи. В качестве таковых, например, могут являться нарушения режима

обработки и обеззараживания воды на водопроводных станциях, аварии на магистральных водопроводных сетях, прорывы на канализационных коммуникациях, проникновение сточных вод в сети централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, массивные залповые или постоянно действующие сбросы необеззараженных стоков в поверхностные водоемы в районах формирования водосбора для источников питьевого водоснабжения и прочие.

51. С учетом полученных данных проводится сравнительная оценка активности путей передачи с определением ведущих факторов риска, способствующих распространению возбудителя на изучаемой территории.

52. При выполнении мониторинга динамическому контролю на соответствие санитарным правилам и нормативам на контролируемой территории подлежат:

а) объекты системы водоснабжения: водопроводные станции, водопроводные коммуникации (состояние магистральных труб и разводящей сети: степень изношенности, частота поломок, прорывов, разгерметизаций с указанием дат за период наблюдений);

б) питьевая вода в системе распределительной сети централизованного водоснабжения;

в) вода источников нецентрализованного водоснабжения;

г) привозная питьевая вода;

д) зоны санитарной охраны;

е) вода плавательных бассейнов и аквапарков;

з) хозяйственно-бытовые сточные воды на очистных канализационных сооружениях, станциях аэрации и в зоне выпуска (после доочистки и обеззараживания), сточные воды ЛПО с инфекционными отделениями, профильных инфекционных больниц перед поступлением стоков в общий городской канализационный коллектор.

53. Также необходимо осуществлять контроль:

а) санитарного состояния эпидемиологически значимых объектов;

б) пищевых продуктов, используемых без термической обработки, а также продуктов, привозимых из эндемичных по ОГА стран (например, сухофруктов).

54. Алгоритм проведения санитарно-вирусологического контроля водных объектов на наличие ВГА определяется на контролируемой территории исходя из особенностей водоснабжения и эпидемиологической обстановки (Приложения № 1 и № 2 настоящих МУ).

55. Исследования на ВГА материалов из объектов внешней среды проводят в плановом порядке (в рамках производственного и надзорного контроля) и по эпидемическим показаниям.

56. Изучение уровня коллективного иммунитета против ОГА является важным способом оценки истинной интенсивности эпидемического процесса на конкретной территории.

57. Существенным компонентом эпидемиологического надзора за ОГА является мониторинг за циркулирующими штаммами (генотипами, субтипами) ВГА, который проводится в плановом порядке и по эпидемическим показаниям с использованием молекулярно-биологических методов исследования. Изучение генетического разнообразия изолятов ВГА, в свою очередь, будет способствовать расследованию групповых заболеваний ОГА и выявлению источника инфекции, установлению эпидемиологической связи между различными случаями заболевания и идентификации завозных случаев инфекции.

Глава 3. Диагностический блок эпидемиологического надзора

58. Диагностический блок эпидемиологического надзора за ОГА включает проведение ретроспективного и оперативного эпидемиологического анализа, оценку качества и эффективности противоэпидемических мероприятий.

59. Ретроспективный эпидемиологический анализ должен включать информацию, отражающую состояние многолетней заболеваемости ОГА на контролируемой территории, в том числе в целом по территории и в разрезе по районам, демографические особенности территории, санитарно-гигиеническое состояние и коммунальное благоустройство населенных пунктов и эпидемиологически значимых объектов. Это позволяет выявить конкретные причины и условия, определяющие уровень заболеваемости и другие проявления эпидемического процесса ОГА.

60. С целью оценки динамики эпидемического процесса ретроспективный анализ проводится за весь период регистрации ОГА (но не менее 10 - 15 лет) на территории административно-территориальной единицы, что позволяет выявить наличие и продолжительность циклических колебаний в динамике заболеваемости. При этом выделяются два периода: первый, когда диагностика гепатита А основывалась на данных эпидемиологического анамнеза, клинического течения и результатах неспецифических биохимических тестов, и второй, когда на данной территории появилась возможность определения антител к ВГА класса IgM.

61. Интенсивность эпидемического процесса за последние годы оценивается в сравнении со средними многолетними показателями (10 - 15 лет) предыдущих периодов по контролируемой территории, а также с показателями заболеваемости на граничащих с ней территориях, по административно-территориальным единицам и Приднестровской Молдавской Республики в целом (таблицы № 3 и № 4 настоящих МУ).

62. Анализируются уровень и динамика заболеваемости, доля ОГА в структуре ВГ (как моноинфекция и в составе микст-гепатитов) и тенденции эпидемического процесса как в целом по административно-территориальной единице, так и по городам, районам, а также по районам городов.

63. Анализ заболеваемости ОГА проводится отдельно по городскому и сельскому населению, возрастным и социально-профессиональным группам населения, отдельным коллективам (таблицы №№ 5 – 9 настоящих МУ).

64. Для проведения анализа помесечной динамики заболеваемости ОГА по возрастным группам рекомендуется использовать таблицу № 10 настоящих МУ. При этом, за основу анализа берутся даты заболевания.

65. Оперативный эпидемиологический анализ заключается в ежедневном анализе данных:

- а) обо всех выявленных больных ОГА и умерших от данной инфекции;
- б) о выявлении больных ОГА сотрудников эпидемиологически значимых объектов надзора;
- в) о каждом значимом отклонении от нормы результата микробиологических и вирусологических исследований воды, пищевых продуктов;
- г) об аварийных ситуациях, ремонтных работах, случаях грубого нарушения технологии и санитарно-противоэпидемического режима на эпидемиологически значимых объектах надзора;
- д) о вводе в действие новых эпидемиологически значимых объектов надзора;
- е) о качестве и эффективности проводимых мероприятий.

66. Оперативный анализ осуществляется путем сопоставления текущего фактического уровня с контрольным уровнем и уровнем предшествующего недельного или декадного периода. Контрольный уровень (средняя величина числа заболеваний за предыдущие 5 (пять) лет с доверительными границами) вычисляются для контролируемой территории в целом и для отдельных групп населения (возрастных, профессиональных). Приближение анализируемых показателей к верхнему контрольному уровню или превышение его свидетельствует о неблагополучии и требует немедленного проведения углубленной эпидемиологической диагностики.

67. Интенсивность и динамика заболеваемости оценивается с периодичностью не более 3 - 7 дней в зависимости от масштабов контролируемой территории, в сопоставлении с «контрольными» уровнями, характерными для данной территории в соответствующий период и в условиях благополучной по ОГА ситуации.

68. При проведении анализа необходимо также оценивать уровень и динамику заболеваемости по отдельным возрастным и социально-профессиональным группам населения, а также очаговость в детских и других организациях (таблица № 11 настоящих МУ).

69. Заключение о причинно-следственных связях (с учетом продолжительности инкубационного периода ОГА) делается на основании сопоставления и установления взаимосвязи проявлений эпидемического процесса (случаев заболеваний ОГА) с

выявленными нарушениями в системах водообеспечения населения, санитарного состояния и коммунального благоустройства объектов и населенных пунктов, несоответствия контролируемых санитарно-гигиенических показателей нормативным требованиям (таблица № 12 настоящих МУ).

Глава 4. Управленческий блок эпидемиологического надзора

70. Результаты оперативного анализа являются основой для разработки конкретных профилактических и противоэпидемических мероприятий и принятия экстренных управленческих решений по их реализации. Особое внимание обращается на состояние водоснабжения.

71. Результаты ретроспективного эпидемиологического анализа, выявляющего устойчивые закономерности эпидемического процесса ОГА, причины и условия его развития на контролируемой территории, используются при определении прогноза заболеваемости, разработке перспективных целевых программ по снижению заболеваемости или перспективного проблемно-тематического планирования профилактических мер. Наибольшее значение при этом придается мероприятиям по улучшению водоснабжения, канализования, санитарно-гигиенического благоустройства территорий.

Глава 5. Обеспечение государственного санитарно-эпидемиологического надзора за острым гепатитом А

72. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за ОГА обеспечивается органами Госсанэпидслужбы, в соответствии с действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

73. Специалисты органов Госсанэпидслужбы обеспечивают методическое руководство и систематический контроль за профилактикой ОГА на каждой конкретной территории.

74. Органы Госсанэпидслужбы обеспечивают:

- а) учет и регистрацию больных ОГА;
- б) оперативный анализ заболеваемости ОГА на каждой конкретной территории за неделю (декаду);
- в) систематический надзор (контроль) за:
 - 1) своевременностью и полнотой регистрации и учета всех случаев ОГА;
 - 2) своевременностью представления экстренных извещений на случаи ОГА;
 - 3) полнотой и своевременностью клинико-биохимического, серологического и молекулярно-биологического обследования лиц всеми формами ОГА;
 - 4) эпидемиологически значимыми объектами и соблюдением в них санитарно-гигиенических требований, противоэпидемического режима.

75. Важными объектами надзора являются объекты водообеспечения населения, системы централизованного и нецентрализованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, рекреационные зоны (реки, озера, водохранилища), плавательные бассейны и аквапарки.

76. Объектами надзора являются также организации пищевой промышленности, общественного питания, объекты коммунально-бытового обслуживания населения, ЛПО, детские образовательные организации, закрытые организации круглосуточного пребывания детей и взрослых, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

77. Обследование эпидемиологически значимых объектов с целью текущего контроля за соблюдением санитарных правил и нормативов, требований противоэпидемического режима осуществляется в соответствии с требованиями нормативных правовых актов, определяющих порядок и кратность их обследования.

78. Сбор информации, ее оценка, обработка, анализ проводятся специалистами органов Госсанэпидслужбы в оперативном порядке и/или в процессе проведения ретроспективного эпидемиологического анализа.

79. При возникновении групповых заболеваний в организованных коллективах расследование проводится специалистами органов Госсанэпидслужбы.

9. Профилактические мероприятия

80. Основными профилактическими мероприятиями при ОГА являются санитарно-гигиенические, направленные на разрыв фекально-орального механизма передачи возбудителя. Их реализация обусловлена:

- а) обеспечением населения доброкачественной водой и безопасными в эпидемическом отношении пищевыми продуктами;
- б) обеспечением соответствия качества воды рекреационных зон поверхностных водоемов, а также бассейнов и аквапарков нормативным требованиям по микробиологическим показателям;
- в) обеспечением выпуска безопасных по микробиологическим показателям хозяйственно-бытовых сточных вод в поверхностные водоемы;
- г) недопущением использования необеззараженных сточных вод, содержащих возбудителей инфекционных болезней бактериальной и вирусной этиологии для сельскохозяйственных целей;
- д) благоустройством населенных мест;
- е) улучшением санитарно-гигиенических условий труда и быта;
- ж) созданием условий, гарантирующих соблюдение санитарных правил и требований, предъявляемых к заготовке, транспортированию, хранению, технологии приготовления и реализации пищевых продуктов;
- з) повсеместным и постоянным выполнением требований к санитарно-техническому состоянию и санитарно-гигиеническому содержанию противэпидемического режима в детских образовательных организациях, учебных заведениях и других объектах с круглосуточным пребыванием детей и взрослых;
- и) соблюдением правил личной гигиены;
- к) гигиеническим воспитанием населения.

81. Эффективным профилактическим мероприятием при ОГА является вакцинопрофилактика.

82. Гигиеническое воспитание и обучение населения заключается в информировании об основных симптомах ОГА и мерах его профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведении бесед в коллективах и очагах гепатита А и других методах.

83. Одно из профилактических мероприятий включает в себя проведение профессиональной гигиенической подготовки работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения по вопросам профилактики ОГА с занесением в индивидуальные медицинские книжки.

10. Противозидемические мероприятия

Глава 1. Противозидемические мероприятия в очаге острого гепатита А

84. Противозидемические мероприятия проводятся во всех очагах, сформированных больными ОГА как в условиях бытового общения, так и в организованных коллективах. Мероприятия направлены на ограничение распространения возбудителя в окружении выявленных источников и ликвидацию очагов ОГА.

85. Проведение комплекса первичных противозидемических (профилактических) мероприятий организует медицинский работник ЛПО (семейный врач, участковый врач, врач детской организации, врач-эпидемиолог ЛПО, другие) при выявлении больного ОГА или при подозрении на ОГА.

86. Очаги ОГА подлежат обследованию специалистами органов Госсанэпидслужбы. При возникновении очагов ОГА в организованных коллективах обследование очага проводится при участии медицинского работника и руководителя обследуемой организации. Необходимость проведения эпидемиологического обследования очага по месту жительства определяется специалистами органов Госсанэпидслужбы.

87. В ходе обследования семейных очагов устанавливается источник инфекции, уточняются пути и факторы передачи инфекции, определяются границы очага (во времени и территории), устанавливаются контактные лица (прежде всего работники детских, лечебных и других эпидемиологически значимых организаций, организованные дети), определяется объем мероприятий в отношении контактных лиц и мероприятий, направленных на разрыв путей передачи.

88. Содержание, объем и продолжительность проведения мероприятий по ликвидации очагов ОГА в организациях и коллективах (детские коллективы, учебные заведения, санатории, стационары и другие) определяет специалист органа Госсанэпидслужбы, на основании результатов эпидемиологического обследования с учетом данных обследования очагов по месту жительства. Ответственность за проведение мероприятий возлагается на руководителей и медицинский персонал организаций. В организации выясняют число заболевших желтушными, стертными формами ОГА и подозрительных на заболевание, определяют связь между ними, анализируют распределение их по группам, классам (отделениям и тому подобное); устанавливают вероятный источник и пути передачи вируса, обязательно анализируют санитарно-техническое состояние, санитарно-противоэпидемический режим организации и вероятность дальнейшего распространения инфекции.

89. При возникновении вспышек ОГА среди населения дополнительно проводятся мероприятия на объектах пищевой промышленности, общественного питания, объектах водообеспечения населения, системах централизованного и нецентрализованного водоснабжения, канализования и других.

90. С учетом выводов эпидемиологического обследования определяют границы очага и разрабатывают план мероприятий по его ликвидации.

Все меры, направленные на ликвидацию очага, отражаются в карте эпидемиологического обследования очага и в медицинской карте амбулаторного больного ОГА, в которую вклеивается лист наблюдения за контактными лицами. По окончании мероприятий в очаге оформляется акт эпидемиологического расследования.

Глава 2. Меры в отношении источника инфекции

91. Больные ОГА и лица, подозрительные на данное заболевание, подлежат госпитализации в инфекционное отделение ЛПО с учетом пункта 93 настоящих МУ. При этом больные ОГА размещаются отдельно от больных ГВ, ГС, ГД и другими ВГ.

92. Диагноз ОГА должен быть подтвержден лабораторно определением анти-ВГА IgM или РНК ВГА в течение 48 часов после выявления подозрительного на эту инфекцию больного. Более поздние сроки установления окончательного диагноза допускаются при гепатите сочетанной этиологии, при наличии хронических форм ГВ и ГС, сочетании ОГА с другими заболеваниями.

93. При лабораторном подтверждении диагноза ОГА у лиц с легким течением заболевания допускается их лечение на дому при обязательном соблюдении следующих условий: проживание больного в отдельном благоустроенном жилом помещении; обеспечение динамического клинического врачебного наблюдения и лабораторного обследования на дому; отсутствие контактов с работниками ЛПО, детских образовательных организаций, других эпидемиологически значимых объектов, а также с детьми, посещающими детские образовательные организации; обеспечение ухода за больным и выполнение всех мер противоэпидемического режима; отсутствие у заболевшего других ВГ (ГВ, ГС, ГД и других) или гепатита невирусной этиологии, других хронических заболеваний с частыми обострениями и декомпенсацией основного заболевания, употребления наркотиков, злоупотребления алкоголем.

94. Выписка из инфекционного отделения осуществляется по клиническим показаниям.

95. Диспансерное наблюдение за переболевшим ОГА (по месту жительства или лечения) проводится не позднее чем через месяц после выписки его из стационара. В случае

если больной был выписан со значительным повышением активности аминотрансфераз, осмотр проводят через 14 дней после выписки.

96. Реконвалесценты, имеющие остаточные явления, проходят диспансеризацию не реже 1 (одного) раза в месяц и снимаются с учета через 3 (три) месяца после исчезновения жалоб, нормализации размеров печени и функциональных проб. При сохранении клинико-лабораторных признаков заболевания наблюдение за реконвалесцентом следует продолжить.

97. Реконвалесценты допускаются к производственной деятельности и учебе при условии нормализации лабораторных показателей.

98. Переболевшие ОГА в течение 3 - 6 месяцев нуждаются в освобождении от тяжелой физической работы, командировок, от работы, связанной с гепатотоксичными веществами, а учащиеся - от занятий спортом.

99. В течение 6 месяцев после выписки из стационара нежелательно проведение плановых операций, противопоказано применение гепатотоксичных медикаментов и прием алкоголя.

Глава 3. Меры в отношении путей и факторов передачи возбудителя

100. При выявлении больного ВГА медицинский работник ЛПО (семейный врач, участковый врач) организует комплекс противоэпидемических мероприятий, включая текущую и заключительную дезинфекцию, направленные на разрыв путей передачи инфекции и предупреждение заражения окружающих.

101. Текущую дезинфекцию в семейных очагах осуществляет лицо, ухаживающее за больным с момента его выявления до госпитализации, а также в случае изоляции его на дому.

102. Больного изолируют в отдельную комнату, выделяют ему предметы строго индивидуального пользования: постельные принадлежности, белье, полотенце, носовые платки, салфетки, предметы личной гигиены, посуду для приема пищи, а также емкости для сбора и обеззараживания выделений при проживании в неблагоустроенном (неканализованном) жилье.

103. Заключительная дезинфекция в домашних очагах, коммунальных квартирах, общежитиях, гостиницах, организованных коллективах проводится после госпитализации (смерти) больного и осуществляется специалистами организаций дезинфекционного профиля по заявкам ЛПО. Объем заключительной дезинфекции зависит от характеристики очага. Камерной дезинфекции подлежат постельные принадлежности с кровати больного и рядом стоящих кроватей. При совместном хранении постельных принадлежностей их отправляют на камерную обработку. Текущая дезинфекция проводится силами населения или персонала.

104. В детских образовательных организациях текущую дезинфекцию проводит персонал данных организаций при подозрении на заболевание ОГА и до госпитализации больного, а также в течение 35 дней наблюдения от момента изоляции последнего заболевшего. В остальных группах (классах) в этот период усиливается контроль за выполнением санитарно-противоэпидемического режима.

105. Заключительная дезинфекция в детских дошкольных организациях, коллективах с круглосуточным пребыванием детей и взрослых, коллективах военнослужащих проводится организациями дезинфекционного профиля по каждому случаю ОГА, в школах - при возникновении групповых заболеваний (три и более случаев) или повторных случаях ОГА.

106. При единичных случаях ОГА заключительную дезинфекцию выполняет технический персонал школы по рекомендациям специалистов дезинфекционного профиля.

107. При карантине в группе лиц, контактировавших с больным, исключают из обихода ковры, ковровые дорожки, мягкие игрушки, занавески.

108. В период карантина в детской образовательной организации, в течение 35 дней с момента изоляции последнего больного, особое внимание уделяется соблюдению санитарно-противоэпидемического режима и правильности выполнения дезинфекции в буфетах, столовых и санузлах.

109. Если заболевания произошли в группе продленного дня, в помещениях этой группы проводят заключительную дезинфекцию, а затем текущую дезинфекцию на период карантина.

110. Заключительную дезинфекцию в загородных детских организациях или детских организациях, выезжающих на лето за город, и так далее проводят специалисты организаций дезинфекционного профиля.

111. Ответственность за организацию и выполнение текущей и заключительной дезинфекции в детских образовательных организациях несут руководитель организации и медицинский персонал.

112. При проведении дезинфекционных мероприятий используют дезинфицирующие средства, разрешенные к применению на территории Приднестровской Молдавской Республики и эффективные в отношении ВГА.

Глава 4. Меры в отношении контактных лиц

113. Контактными лицами в очаге гепатита А считаются лица, находящиеся в тесном общении с больным ОГА, в конце инкубационного периода и в первые дни его болезни.

114. В ходе проведения первичных противоэпидемических мероприятий (при выявлении больного ОГА или при подозрении на ОГА) уточняется круг лиц, имевших контакт с заболевшим в детских образовательных организациях, организациях круглосуточного пребывания для детей и взрослых, оздоровительных организациях, производственных, воинских коллективах и других организациях, а также по месту проживания заболевшего (в том числе в общежитиях, гостиницах и тому подобных), о чем ставятся в известность руководители данных организаций. Сведения о них фиксируются в листе медицинского наблюдения.

115. Все контактные лица, выявленные в границах очага, подвергаются первичному медицинскому осмотру и дальнейшему медицинскому наблюдению в течение 35 дней со дня разобщения с источником инфекции с целью своевременного выявления больных и подозрительных на заболевание ОГА лиц. Осуществляется опрос, термометрия, наблюдение за цветом склер и кожных покровов, размером печени и селезенки, окраской мочи с регистрацией полученных данных в листе наблюдений.

116. Первичный клинический осмотр и назначение лабораторных исследований, включая определение активности аминотрансфераз и маркеров ОГА (anti-HAV IgM, anti-HAV IgG, РНК ВГА), проводит медицинский работник (врач-инфекционист, врач-терапевт, фельдшер) ЛПО по месту проживания контактных лиц или по месту работы (обучения, воспитания) в первые 5 (пять) дней после выявления больного и до введения вакцины против гепатита А. Лабораторные исследования проводятся, а их результаты интерпретируются в соответствии с разделом 5 настоящих МУ.

117. Взрослые эпидемиологически значимых профессий из очагов ОГА допускаются к работе при наличии у них защитных антител к ВГА (anti-HAV IgG) и отрицательных результатах исследования сыворотки крови на anti-HAV IgM или РНК ВГА. Лица, у которых в сыворотке крови не выявлены anti-HAV IgM (или РНК ВГА) и anti-HAV IgG, допускаются к работе после введения вакцины против гепатита А по эпидемическим показаниям. При позитивных результатах исследования на anti-HAV IgM эти лица направляются на консультацию к инфекционисту и допускаются к работе при отрицательных результатах исследования на РНК ВГА.

118. При отсутствии клинических признаков заболевания контактных лиц, ранее не привитых против гепатита А и не болевших этой инфекцией, вакцинируют по эпидемическим показаниям не позднее 5-го дня с момента выявления больного ОГА. Вакцинация по эпидемическим показаниям является основным профилактическим мероприятием, направленным на локализацию и ликвидацию очага гепатита А.

119. Вакцинации в очаге не подлежат лица, ранее привитые против гепатита А, и лица, у которых при обследовании в сыворотке крови выявлены защитные антитела к ВГА (anti-HAV IgG).

120. При заносе ОГА в сельские населенные пункты, где в течение нескольких лет случаи заболевания ОГА не регистрировались и нет возможности организации лабораторных исследований, при наличии условий для распространения инфекции (водный, пищевой, контактно-бытовой пути) проводится расширенная вакцинопрофилактика гепатита А по эпидемическим показаниям с максимальным охватом контактных лиц.

121. Решение о проведении вакцинации принимается исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения, в порядке, установленном действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики.

122. Сведения о проведенной вакцинации (дата, название, доза и номер серии вакцины) регистрируются во всех учетных формах медицинской документации, в том числе в сертификате о вакцинации в соответствии с требованиями нормативных правовых актов по иммунопрофилактике.

123. При выявлении больного ОГА в организованном детском коллективе (коллективе военнослужащих), в организации вводятся ограничительные мероприятия (карантин) сроком на 35 дней с момента изоляции последнего больного.

124. Медицинский работник в детских дошкольных организациях, организациях круглосуточного пребывания для детей и взрослых в течение карантина проводит ежедневное наблюдение контактных лиц, включающее опрос, термометрию, осмотр кожных покровов и слизистых оболочек, определение размеров печени и селезенки, контроль цвета мочи и фекалий.

125. Медицинский работник в школах осуществляет ежедневное наблюдение за контактными лицами с проведением опроса, термометрии, осмотра кожных покровов и слизистых оболочек и других.

126. Результаты осмотра фиксируются в медицинской документации, в которую клеивается лист наблюдения.

127. При появлении повторных заболеваний срок наблюдения увеличивается, отсчет продолжительности наблюдения ведется от последнего случая.

128. Пораженные группы (классы, отделения или палаты) подлежат максимальной изоляции от других групп, подразделений организации. В период наблюдения карантинная группа не должна принимать участия в мероприятиях, проводимых в общих с другими группами помещениях. В карантинной группе (классе, отделении, палате) отменяют систему самообслуживания, осуществляется разобщение групп во время прогулок, проводят беседы по гигиеническому воспитанию и мерам профилактики ОГА.

129. Во время карантина не допускается перевод контактных детей, военнослужащих, персонала детских и иных организаций в другие группы (классы, отделения, палаты) и другие организации, за исключением особых случаев с разрешения органов Госсанэпидслужбы.

130. Прием в карантинные группы (классы, отделения, палаты и тому подобные) новых или отсутствовавших лиц допускается в случаях, если они ранее перенесли ОГА или вакцинированы против гепатита А не менее, чем за 14 дней до допуска в коллектив.

131. О контактных детях из семейных очагов, воспитывающихся и обучающихся в коллективах организаций, ставят в известность медицинский персонал этих организаций. Детей допускают в организованные коллективы с разрешения врача-педиатра по согласованию с органами Госсанэпидслужбы, при наличии документированных сведений о перенесенном ранее ОГА либо вакцинированных против гепатита А не менее, чем за 14 дней до допуска в коллектив.

132. В детских образовательных организациях (группах, классах) и других в течение 2 (двух) месяцев со дня изоляции последнего больного ОГА отменяется проведение плановой вакцинации.

133. При возникновении случая ОГА в соматических стационарах и других организациях с круглосуточным пребыванием пациентов прекращается их перевод из палаты в палату и другие отделения. Не допускается прием новых пациентов до окончания наблюдения.

Усиливается надзор за проведением противоэпидемических мероприятий и соблюдением санитарно-гигиенического режима.

134.С контактными проводят беседы о мерах профилактики ОГА, симптомах этого заболевания.

135.В детских образовательных организациях, детских домах, домах ребенка и оздоровительных организациях наблюдение за контактными лицами, забор и доставка материала для лабораторного исследования, проведение вакцинации, обучение персонала организации правилам противоэпидемического режима и работа по гигиеническому воспитанию с родителями детей возлагается на врачей и медицинских сестер этих организаций. При отсутствии медицинских работников в данных организациях эта работа возлагается на поликлинику, которая обслуживает указанные выше объекты.

136. При получении информации о контакте с больным ОГА по месту жительства лиц, занятых приготовлением и/или реализацией пищевых продуктов (организации общественного питания и тому подобные), медицинских работников, а также работников, занятых воспитанием и обслуживанием детей или взрослого населения (проводники, стюардессы и другие), руководители этих организаций, соответствующие здравпункты (медико-санитарные части) обеспечивают медицинское наблюдение, вакцинопрофилактику, контроль за соблюдением контактными правил личной гигиены и отстранение их от работы при появлении первых признаков заболевания.

137.За детьми, не посещающими детские организации, взрослыми, не относящимися к указанным выше профессиональным группам, и неработающим населением наблюдение и клиническое обследование в течение 35 дней осуществляет медицинский персонал поликлиники (фельдшерско-акушерского пункта) по месту жительства. Осмотр этих лиц проводят не реже 1 (одного) раза в неделю, по показаниям осуществляют лабораторные исследования и в обязательном порядке - вакцинопрофилактику. Результаты осмотра фиксируются в медицинской карте амбулаторного больного ОГА, в которую клеивается лист наблюдения за контактными лицами.

Глава 5. Мероприятия при возникновении одновременных групповых заболеваний острым гепатитом А

138. При возникновении одновременных групповых заболеваний в различных коллективах или вспышек ОГА среди населения проводится комплекс мероприятий с учетом действия водного или пищевого путей передачи возбудителя.

139. Эпидемиологическое обследование очагов с групповой заболеваемостью или вспышек ОГА среди населения проводят органы Госсанэпидслужбы.

140. По результатам эпидемиологического обследования очага с групповой заболеваемостью составляется план противоэпидемических мероприятий, который согласовывается с исполнительным органом государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения, другими заинтересованными организациями, независимо от форм собственности.

141. При возникновении вспышек ОГА среди населения создается оперативный штаб под руководством местных исполнительных органов власти в целях осуществления мер по предупреждению и ликвидации очагов ОГА. Разрабатывается план по локализации и ликвидации очага. В соответствии с планом проводится комплекс организационных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий. Формируются группы специалистов, ответственных за проведение соответствующих мероприятий.

142. При обследовании очагов с групповой заболеваемостью и вспышек ОГА среди населения проводятся следующие мероприятия:

- а) определение границ очага;
- б) определение круга лиц, подвергшихся риску заражения, и установление за ними медицинского наблюдения в течение 35 суток;
- в) госпитализация заболевших;
- г) факторный анализ у заболевших;

д) лабораторное обследование больных и подозрительных на заболевание, включающее определение анти-HAV IgM или РНК ВГА, необходимость которого и контингенты, подлежащие лабораторному обследованию, определяются специалистами органов Госсанэпидслужбы;

е) отбор проб для проведения бактериологических и вирусологических исследований из объектов окружающей среды (вода и пищевые продукты), количество и объем которых определяется специалистом, отвечающим за организацию эпидемиологического обследования.

143. Алгоритм санитарно-вирусологического контроля за объектами водоснабжения, в том числе при групповой и вспышечной заболеваемости ОГА, с указанием методов концентрирования и последующей индикации ВГА представлены в Приложении № 1 к настоящему МУ.

144. В ходе обследования устанавливаются:

- а) источник поступления возбудителя в объекты окружающей среды;
- б) причины, пути и факторы передачи инфекции (водный, пищевой);
- в) условия, способствующие распространению инфекции.

145. Причиной возникновения одновременных групповых заболеваний в различных коллективах или вспышек ОГА водного характера среди населения могут являться нарушения режима обработки и обеззараживания воды на водопроводных станциях, аварии на магистральных и разводящих водопроводных сетях, прорывы на канализационных коммуникациях, проникновение сточных вод в сети централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, массивные залповые или постоянно действующие сбросы необеззараженных стоков в поверхностные водоемы в районе формирования водосбора для источников питьевого водоснабжения и другие.

146. Во время вспышки вводится усиленный надзор за: объектами системы водоснабжения и водообеспечения населения; организациями пищевой промышленности; организациями торговли и оборота в них продовольственного сырья и пищевых продуктов; организациями общественного питания, изготовления и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья; благоустройством территории; организацией питания и соблюдением противоэпидемического режима в детских образовательных организациях, организациях круглосуточного пребывания детей и взрослых, ЛПО и других организациях, коллективах военнослужащих.

147. Вакцинопрофилактика гепатита А проводится в пределах границ эпидемического очага с максимальным охватом лиц, ранее не болевших этой инфекцией.

148. Организация работы со средствами массовой информации по вопросам профилактики гепатита А среди населения проводится по инициативе органов Госсанэпидслужбы и исполнительного органа государственной власти, в ведении которого находятся вопросы здравоохранения.

11. Вакцинопрофилактика острого гепатита А

149. Объем специфической профилактики ОГА определяется специалистами органов Госсанэпидслужбы в соответствии с эпидемиологической обстановкой, а также с учетом особенностей динамики и тенденций развития эпидемического процесса ОГА на конкретной территории.

150. Вакцинацию населения против гепатита А проводят в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 25 июня 2008 года № 350 «Об утверждении календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям» (регистрационный № 4511 от 30 июля 2008 года) (САЗ 08-30) с изменениями и дополнениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 26 мая 2009 года № 272 (регистрационный № 4874 от 18 июня 2009 года) (САЗ 09-25), от 1 декабря 2010 года № 604 (регистрационный № 5471 от 10 декабря 2010 года) (САЗ 10-49), от 17 января 2011 года № 11 (регистрационный № 5545 от 2 марта 2011 года) (САЗ 11-9), от 20 декабря 2011 года № 671

(регистрационный № 5887 от 18 января 2012 года) (САЗ 12-4), и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов, разрешенных к применению на территории Приднестровской Молдавской Республики.

151. Проведение вакцинопрофилактики рекомендуется следующим контингентам населения:

- а) детям, проживающим на территориях с высоким уровнем заболеваемости ОГА;
- б) медицинским работникам;
- в) воспитателям и персоналу детских дошкольных организаций;
- г) работникам сферы обслуживания населения, прежде всего занятым в организациях общественного питания, по обслуживанию водопроводных и канализационных сооружений, оборудования и сетей;
- д) выезжающим в эндемичные по гепатиту А регионы и страны;
- е) контактными в очагах по эпидемическим показаниям;
- ж) военнослужащим воинских частей, дислоцированных или ведущих боевые действия в районах с неудовлетворительными санитарно-бытовыми условиями или негарантированным водоснабжением;
- з) лицам с хроническими заболеваниями печени или повышенным риском заболеваний печени (лица с хроническими вирусными гепатитами; хронические носители вирусов ГВ, ГС и ГД; лица, страдающие хроническими гепатитами алкогольного, аутоиммунного, токсического, лекарственного и другого генеза; лица с болезнью Вильсона-Коновалова, гепатозами и гепатопатиями и другие);
- и) пациентам с заболеваниями крови и лицам, находящимся на гемодиализе;
- к) лицам с поведенческим риском заражения ВГА (мужчины, имеющие половые связи с другими мужчинами; лица, ведущие беспорядочную половую жизнь; лица, употребляющие инъекционные наркотики; пациенты наркологических диспансеров);
- л) ВИЧ-инфицированным при их выявлении.

152. Детей вакцинируют против гепатита А без предварительного обследования на наличие антител к ВГА.

153. Вакцинация взрослых без предварительного обследования на наличие anti-HAV IgG допустима в благополучных по ОГА регионах.

154. Перед вакцинацией взрослых в возрасте старше 30 лет в регионах с высокими уровнями заболеваемости ОГА рекомендуется их предварительное обследование на наличие специфических антител к ВГА с последующей иммунизацией серонегативных лиц.

155. Условной защитной концентрацией специфических антител к ВГА для населения является 22 МЕ/л, а для спецконтингентов, в том числе военнослужащих, - не менее 30 МЕ/л.

156. Введение медицинских иммунобиологических препаратов регистрируют в установленной медицинской учетной документации с указанием наименования, номера серии, контрольного номера, срока годности, даты введения, дозы и характера реакции на введение.

АЛГОРИТМ САНИТАРНО-ВИРУСОЛОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ ВОДНЫХ ОБЪЕКТОВ НА НАЛИЧИЕ ВГА

1. Мониторинг водных объектов

1. Мониторинг водных объектов хозяйственно-питьевого водоснабжения за контаминацией ВГА является обязательным элементом в системе эпидемиологического надзора за этой инфекцией.

2. Санитарно-вирусологический контроль подразделяется на:

- а) плановый;
- б) внеплановый;
- в) производственный.

2. Санитарно-эпидемический контроль в плановом порядке

3. Кратность отбора проб: ежемесячно в течение календарного года.

4. Точки отбора проб:

- а) места водозабора;
- б) резервуары чистой воды фильтростанций, обеспечивающих централизованное водоснабжение конкретной территории;
- в) точки распределительной сети от каждой фильтростанции;
- г) объекты нецентрализованного водоснабжения;
- д) скважины, вода которых используется в производстве бутилированной питьевой воды, готовый продукт - каждая партия;
- е) вода после установок по доочистке, используемая населением для питьевых целей без кипячения;
- ж) вода плавательных бассейнов;
- з) техническая вода в случае наличия перекреста (перемычек) с водопроводом питьевого назначения;
- и) сточные воды;
- к) при поступлении на станцию аэрации;
- л) после очистных сооружений перед спуском в открытые водоемы.

3. Внеплановый санитарно-вирусологический контроль

5. Внеплановый санитарно-вирусологический контроль проводится в следующие периоды:

- а) период эпидемического риска, к которому относятся весенние месяцы (март, апрель, май);
- б) зимние месяцы в случае потепления (положительная температура воздуха) и, как следствие, таяние снега;
- в) период сезонного подъема заболеваемости гепатитом А, который определяется на каждой конкретной территории по данным эпидемиологического анализа.

6. Кратность отбора проб: 2 (два) раза в месяц.

7. Точки отбора проб:

- а) вода поверхностных водоемов в местах водозабора;
- б) резервуары чистой воды фильтростанций с источником водоснабжения из поверхностных водоемов.

8. При авариях или нарушениях в системах водоснабжения и/или канализации:

- а) кратность: при аварии - после устранения неисправности и дезинфекции;
- б) точки отбора проб: распределительная сеть в местах возможного вирусного загрязнения.

9. В случаях спуска неочищенных или недостаточно очищенных от ВГА сточных вод в открытые водоемы, являющиеся водозабором для водоснабжения территорий, находящихся ниже по течению:

а) кратность: определяется периодом времени с учетом расстояния от спуска неочищенных вод до водозабора и скорости течения реки;

- б) точки отбора проб:
 - 1) место водозабора;
 - 2) резервуар чистой воды.

10. По санитарно-эпидемиологическим показаниям:

а) повышение уровня заболеваемости гепатитом А или иными кишечными инфекциями на территории или отдельных участках;

б) наличие предвестников:

1) повышение заболеваемости гепатитом А в первом квартале текущего года по сравнению с аналогичным периодом предыдущего года;

2) повышение уровня иммунной прослойки в возрастной группе 1 - 4 и 5 - 9 лет по данным динамического наблюдения за иммуноструктурой к ВГА населения данной территории. Рост доли иммунных в возрастной группе 1 - 9 лет является показателем активизации циркуляции ВГА в популяции и, возможно, повышения вирулентных свойств возбудителя. При соответствующих условиях (иммунная прослойка к ВГА совокупного населения менее 70 %; контаминация воды малыми дозами ВГА) может привести к значительному росту заболеваемости;

в) во время вспышечной заболеваемости гепатитом А:

- 1) кратность отбора проб: еженедельно и/или по эпидемиологическим показаниям;
- 2) точки отбора проб: водоисточники или РЧВ распределительная сеть в зависимости от эпидемиологической ситуации.

4. Производственный санитарно-вирусологический контроль

11. Проводится постоянно и предусматривает исследования воды водных объектов:

- а) в организациях водоснабжения на этапах водоподготовки, выходе с водоочистительных сооружений (после обеззараживания), в разводящей сети;
- б) в организациях по производству воды, расфасованной в емкости;
- в) при выборе водоисточника;
- г) при оценке эффективности работы обеззараживающих установок, режима их работы;
- д) при повышении нормативов уровня колифагов, либо при обнаружении антигенов ВГА.

5. Методы отбора проб

12. Вода из водопроводной сети, РЧВ, скважин, колодцев, плавательных бассейнов, бутилированная вода берется в объеме от 5 до 10 литров для концентрирования вирусов с использованием фильтрационных мембран. Дополнительно рекомендуется использование полиамидных мембран с положительным потенциалом (ММПА+), что на один порядок повышает эффективность концентрирования ВГА.

13. Сточные воды, вода поверхностных водоемов пропускаются через установку с флизелиновыми пакетами с макропористым стеклом в течение от 3 до 7 суток. Во время вспышечной заболеваемости гепатитом А целесообразно использовать метод концентрирования вирусов из воды распределительной сети с помощью флизелиновых пакетов с макропористым стеклом, с установкой их в протоке воды минимально на 3 (трое) суток, что позволяет исследовать кумулятивную пробу.

6. Определение РНК ВГА

14. Для индикации возбудителя ОГА в концентратах водных проб определяют РНК ВГА методом ПЦР. Выявление РНК ВГА проводят лаборатории, организации, структурные подразделения, оснащенные необходимым оборудованием и имеющие санитарно-эпидемиологическое заключение и лицензию на выполнение работ с микроорганизмами III - IV групп патогенности.

15. Выявление РНК проводится с использованием зарегистрированных коммерческих наборов реагентов, в состав которых входит внутренний контрольный образец (ВКО), методом ПЦР с электрофоретической детекцией продуктов амплификации в агарозном геле или с гибридационно-флуоресцентной детекцией, которая проводится непосредственно в ходе ПЦР (ПЦР в режиме реального времени), или после завершения ПЦР (детекция по конечной точке). Исследование и интерпретация полученных в ходе его проведения результатов осуществляется в соответствии с инструкцией к используемому набору реагентов.

КОНЦЕНТРИРОВАНИЕ ВГА ИЗ ВОДЫ

1. Оборудование

1. Весы лабораторные 2-го класса точности с наибольшим пределом взвешивания 200 г (ГОСТ 24104-01 «Весы лабораторные. Общие технические условия», введенный в действие Приказом Министерства промышленности Приднестровской Молдавской Республики от 1 апреля 2003 года № 139 «О введении в действие межгосударственных стандартов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 2097 от 7 апреля 2003 года) (САЗ 03-15).
2. РН-метр любой марки с набором электродов с погрешностью измерений +/- 0,1.
3. Дистиллятор электрический ДЭ-4.
4. Центрифуга лабораторная рефрижераторная, например, ЦЛР-1МРТУ-42-2145.
5. Холодильник бытовой электрический с температурой в камере от 4 до 6 °С.
6. Холодильник бытовой электрический низкотемпературный с температурой в камере минус 20 °С.
7. Проточный мембранный фильтрующий модуль с тангенциально-радиальным движением жидкости МФМ 0142.
8. Мембрана микропористая капроновая ММК - диаметр пор 0,2 мкм.
9. Шприцы емкостью 20 см³ одноразовые, стерильные, отечественного или импортного производства.
10. Шприцевые насадки для фильтров (маленькие, разъемные).

2. Реактивы

11. Биф-экстракт (Sigma, х.ч.).
12. Трисбуфер (трис(гидроксиметил) аминотетан) (Serva, х.ч.).
13. Полиэтиленгликоль (ПЭГ М.в. 6000) импортного или отечественного производства.
14. Соляная кислота (ГОСТ 14261-77 «Реактивы. Кислота соляная особой чистоты. Технические условия», введенный в действие Приказом Министерства промышленности Приднестровской Молдавской Республики от 23 октября 2002 года № 419 «О введении в действие межгосударственных стандартов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 1837 от 1 ноября 2002 года) (САЗ 02-44).
15. Натрия гидроокись (ГОСТ 4328-77 «Реактивы. Натрия гидроокись. Технические условия», введенный в действие Приказом Министерства промышленности Приднестровской Молдавской Республики от 17 февраля 2003 года № 68 «О введении в действие межгосударственных стандартов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 2029 от 3 марта 2003 года) (САЗ 03-10).
16. Вода дистиллированная (ГОСТ 6709-72 «Реактивы. Вода дистиллированная. Технические условия», введенный в действие Приказом Министерства промышленности Приднестровской Молдавской Республики от 19 февраля 2003 года № 72 «О введении в действие межгосударственных стандартов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 2030 от 4 марта 2003 года) (САЗ 03-10).
17. Спирт этиловый ректификованный (ГОСТ 18300-87 «Спирт этиловый ректификованный технический. Технические условия», введенный в действие Приказом Министерства промышленности Приднестровской Молдавской Республики от 25 октября 2002 года № 426 «О введении в действие межгосударственных стандартов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 1839 от 1 ноября 2002 года) (САЗ 02-44).
18. Перекись водорода 33 % (ГОСТ 177-88 «Водорода перекись. Технические условия», введенный в действие Приказом Министерства промышленности Приднестровской

Молдавской Республики от 25 октября 2002 года № 425 «О введении в действие межгосударственных стандартов на территории Приднестровской Молдавской Республики» (регистрационный № 1838 от 1 ноября 2002 года) (САЗ 02-44).

3. Приготовление элюента

19. 10-кратный раствор трисбуфера готовят на дистиллированной воде: 30,3 г триса(гидроксиметил-аминометан) растворяют в 300 - 400 см³ воды, доводят значение рН до 9,1 концентрированной соляной кислотой и оставляют на сутки. Затем проверяют рН и при необходимости доводят еще раз значение рН до 9,1. Конечный объем раствора получают добавлением дистиллированной воды до объема 500 см³.

20. Рабочее разведение трисбуфера получают добавлением 9 частей стерильной дистиллированной воды к 1 (одной) части концентрированного раствора.

21. Приготовление 3 %-ного бифэкстракта на трисбуфере.

К 100 мл рабочего раствора трисбуфера добавляют 3 г мясного экстракта (бифэкстракт) и доводят значение рН от 9,1 до 9,5 однонормальным раствором гидроокиси натрия.

22. Оптимальным методом концентрирования вирусов в настоящее время является метод мембранной фильтрации различных объемов воды. При этом, в немалой степени эффективность концентрирования вирусов зависит от степени загрязнения воды, вида мембран, характеристик фильтровальной установки, типа фильтрации.

23. Одним из перспективных вариантов фильтровальных установок является проточный мембранный фильтрующий модуль МФМ 0142 с тангенциально радиальным движением жидкости, разработанный с использованием электропозитивных мембран.

24. В модифицированном варианте модуль состоит из верхней и нижней тарелок, между которыми зажимается электропозитивная мембрана ММК. Модуль устанавливается на треноге. Штуцер шланга для подачи исходной воды из расходной емкости соединяется со стыковочным штуцером. Фильтрат отводится через отводящую трубку.

25. Перед проведением исследований верхнюю и нижнюю тарелки фламбируют, между ними (после остывания) помещают электропозитивную мембрану ММК, которую смачивают стерильной дистиллированной водой и зажимают между тарелками специальным устройством. Затем в расходную емкость заливают исследуемую воду и закрывают герметично крышкой, на которой размещается манометр для контроля давления в емкости.

26. При работе модуля исследуемая вода проходит под давлением вдоль поверхности мембраны в закрытой системе в режиме тангенциального потока, при этом неотфильтрованный продукт возвращается в цикл, а фильтрат удаляется. Накопление вирусов на мембране обеспечивается за счет сепарационных и сорбционных процессов.

27. После окончания фильтрации вирусы элюируют с поверхности мембраны путем их смыва в закрытом режиме при помощи подсоединения двух стерильных шприцев объемом 20 см³. Смыв вирусов проводится 3-кратно (по 20 см³) общим объемом элюента 60 см³. В качестве элюента используют 3 %-ный бифэкстракт на трисбуфере с рН от 9,0 до 9,4. После проведения элюции рН элюата доводят до значений 7,0 - 7,2 с помощью 1 %-ного раствора соляной кислоты.

28. Для получения надежных результатов, свидетельствующих о наличии или отсутствии вирусов в воде, необходимо исследование всего объема элюата, в данном случае 60 см³, так как содержание вирусов даже после концентрирования, как правило, может не превышать единичных вирионов в мл элюата. В то же время существующие методы выделения вирусов на клеточных культурах из-за высокой стоимости и трудоемкости не позволяют исследовать полностью полученный элюат.

29. В этой связи, с целью максимального уменьшения объема полученного элюата, вводится этап вторичного концентрирования. В настоящее время для вторичного концентрирования наиболее широко применяют метод ультрацентрифугирования или осаждение вирусов полиэтиленгликолем. В соответствии с методикой в полученный элюат (60 см³) добавляют ПЭГ (М.в. 6000) и хлористый натрий до конечных концентраций соответственно 10 % и 0,5 М. Смесь тщательно перемешивают до растворения ПЭГ и затем выдерживают в течение от 10 до 12 часов при температуре 4 °С. Образовавшуюся суспензию

центрифугируют при 10000 г в течение 1 (одного) часа или при 6000 г в течение 2 (двух) часов. Надосадочную жидкость удаляют, а осадок ресуспендируют в 6 см³ стерильной дистиллированной воды. Полученный объем полностью используют для выделения вирусов на клеточной культуре и РНК/ДНК в ПЦР.

30. Таким образом, введение этапа вторичного концентрирования вирусов при помощи ПЭГ 6000 позволяет уменьшить объем первичного элюата в 10 раз, который в полном объеме может быть использован для выделения вирусов на различных культурах клеток и определения РНК и ДНК в ОТ-ПЦР. Высокая эффективность выделения вирусов из воды при использовании как фильтрующего модуля МФМ 0142, так и его модификации позволили включить оба варианта фильтрационных установок в схему детекции ВГА:

Рис. 1. Схема детекции ВГА

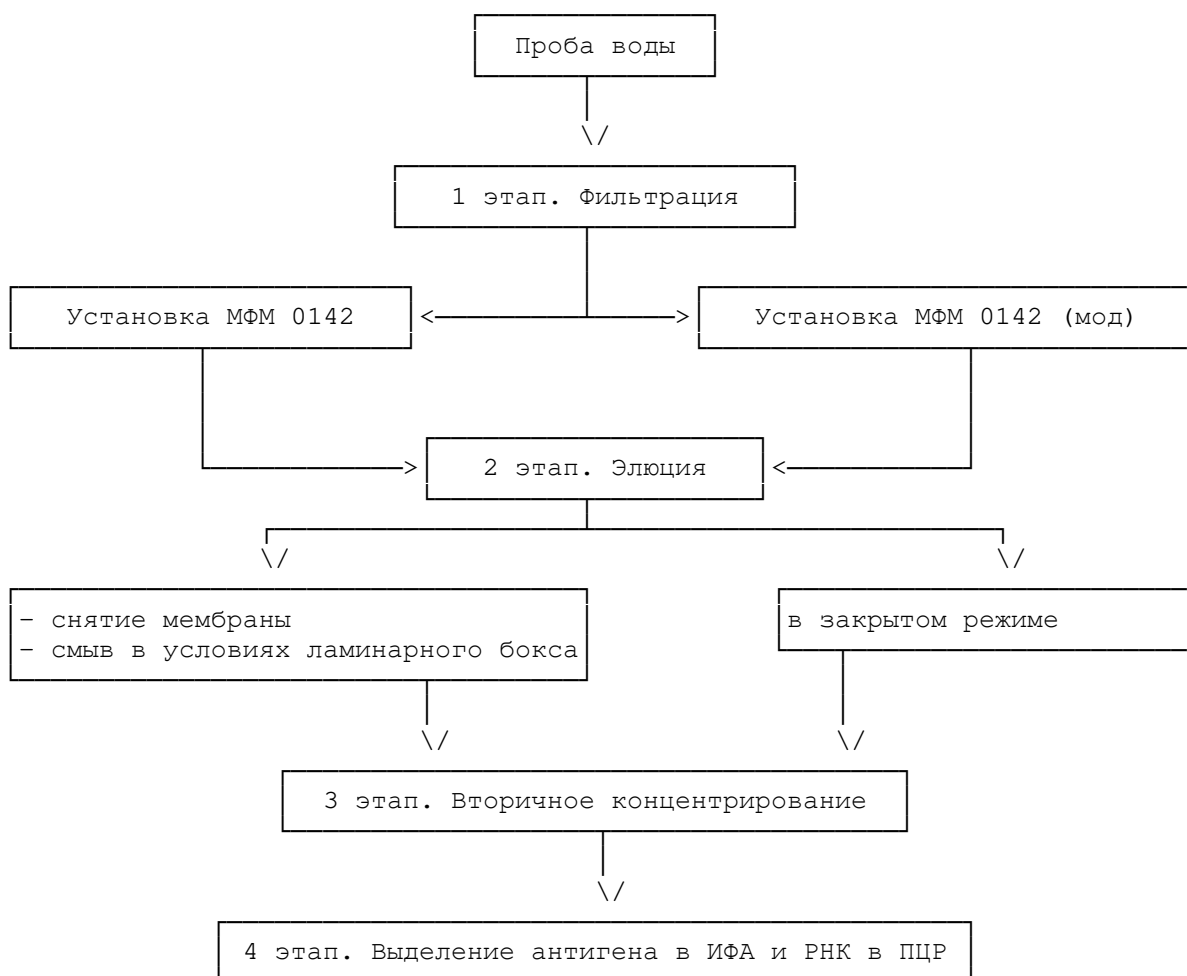


Таблица № 1

Госпитализация больных (в том числе с летальным исходом)

Госпитализация			День госпитализации					
			Перв ый	Втор ой	Трети й	Четве ртый	Пяты й	свыше 5 дней
Со дня заболевания	всего	абсолютное число						
		%						
	в том числе умерших	абсолютное число						
		%						
Со дня обращения	всего	абсолютное число						
		%						
	в том числе умерших	абсолютное число						
		%						

Таблица № 2

Вакцинопрофилактика ОГА на территории

_____ в 20__ г.

(наименование населенного пункта)

№ п/п	Контингенты населения	Общая числен- ность контин- гента	Обследова- но лиц на наличие анти-HAV IgG		Число лиц, имеющих анти-HAV IgG		Число лиц, подлежащ их вакцина- ции*	Вакцини- ровано	
			абсолю тное число	%	абсолю тное число	%		абсол ютное число	%
1	Дети (от 0 до 17 лет включительно) – всего								
	из них:								
	а) проживающие на территориях с высоким уровнем заболеваемости гепатитом А								
	б) - контактные в очагах гепатита А по эпидемиологическим показаниям								
	в) - выезжающие в эндемичные по гепатиту А регионы и страны								
	г) - другие контингенты детей								
2	Взрослые – всего								

Годы	Заболеваемость ОГА		В том числе клиническими формами:					
			желтушными		безжелтушными		стертыми	
	абсолютное число	на 100 тысяч населения	абсолютное число	на 100 тысяч населения	абсолютное число	на 100 тысяч населения	абсолютное число	на 100 тысяч населения
20__								
20__								
20__								
20__								
Среднего - летние данные								

Таблица № 4

Помесячная динамика заболеваемости ОГА по годам

Годы	Зарегистрировано заболеваний по месяцам (абсолютное число)															
	I	II	III	IV	V	всего за I-V	на 100 тысяч населения	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	VI - XII	на 100 тысяч населения

Таблица № 5

Заболеваемость ОГА городского и сельского населения

в _____ гг.

Наименование административно-территориальной единицы	Годы	Всего заболеваний		В том числе:			
		абсолютное число	на 100 тысяч населения	городское население		сельское население	
				абсолютное число	на 100 тысяч населения	абсолютное число	на 100 тысяч населения
	20__						
	20__						
	20__						
	20__						
	20__						
	20__						
	20__						
	20__						

Таблица № 6

Заболеваемость ОГА среди отдельных возрастных групп населения в 20__ - 20__ гг. (на 1000 человек соответствующего возраста)

канализационные сети												
Персонал гостиниц, пансионатов, санаториев, домов отдыха												
Не работающие												
Прочие группы населения												
ИТОГО												

Таблица № 9

Распределение больных ГА по социальному признаку

№ п/п	Контингенты	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
1	Неорганизованные дети										
2	Дети ДДО										
3	Дети закрытых организаций (детские дома, дома ребенка, интернаты)										
4	Учащиеся школ										
5	Учащиеся средних специальных учебных заведений, техникумов										
6	Студенты высших учебных заведений										
7	Персонал ДДО										
8	Работники школ										
9	Персонал детских закрытых организаций (детские дома, дома ребенка, интернаты)										
10	Работники ЛПО										
11	Работники организаций общественного питания										
12	Работники продовольственных магазинов										
13	Работники, обслуживающие водопроводные и канализационные сети										
14	Обслуживающий персонал гостиниц, пансионатов, санаториев, домов отдыха										
15	Неработающие										
16	Прочие группы населения										
17	ИТОГО										

Таблица № 10

Помесячная динамика заболеваемости ОГА
в различных возрастных группах населения на территории
_____ в 20__ г.
(наименование населенного пункта)

Очаги	Кол-во очагов	Из них:											
		по 1 случаю		по 2 случая		по 3 случая		по 4 случая		по 5 случаев		свыше 5 случаев	
		абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%	абсолютное число	%
Организации круглосуточного пребывания взрослых													
Средние специальные учебные заведения, техникумы													
Высшие учебные заведения													
ЛПО													
Организации общественного питания													
Организации торговли													
Гостиницы, пансионаты, санатории, дома отдыха													
Объекты водообеспечения													
Другие													
ИТОГО													

Таблица № 12

**Анализ факторов риска заражения ВГА
в эпидемиологически значимых объектах**

№ п/п	Тип и перечень объектов надзора	Конкретные факторы риска заражения ОГА (с указанием дат выявления)
1	Среди населения	
а)	Вода	
б)	Пищевые продукты	
в)	Предметы обихода	
г)	Парентеральный путь	
д)	Прочие	
2	Медицинские организации	
а)	Вода	
б)	Пищевые продукты	
в)	Предметы обихода	
г)	Парентеральный путь	
д)	Прочие	
3	Детские организации	
а)	Вода	
б)	Пищевые продукты	
в)	Предметы обихода	
г)	Парентеральный путь	
д)	Прочие	
4	Коммунальные объекты	
а)	Вода	
б)	Пищевые продукты	
в)	Предметы обихода	
г)	Парентеральный путь	
д)	Прочие	

№ п/п	Тип и перечень объектов надзора	Конкретные факторы риска заражения ОГА (с указанием дат выявления)
5	Учебные заведения	
а)	Вода	
б)	Пищевые продукты	
в)	Предметы обихода	
г)	Парентеральный путь	
д)	Прочие	
6	Промышленные объекты	
а)	Вода	
б)	Пищевые продукты	
в)	Предметы обихода	
г)	Парентеральный путь	
д)	Прочие	