

**ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА
С ЗАРАЗНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ,
ОБЩИМИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА
И ЖИВОТНЫХ**

СБОРНИК
санитарных и ветеринарных правил

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
МИНИСТЕРСТВО СЕЛЬСКОГО ХОЗЯЙСТВА И ПРОДОВОЛЬСТВИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**ПРОФИЛАКТИКА И БОРЬБА С ЗАРАЗНЫМИ БОЛЕЗНЯМИ,
ОБЩИМИ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ**

Сборник санитарных и ветеринарных правил

Минск - 2004

Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных: Сборник санитарных и ветеринарных правил.– Минск, 2004.– 340 с.

Санитарные и ветеринарные правила «Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими для человека и животных» содержат основные требования к комплексу профилактических, противозпизоотических и противозпидемических мероприятий; представлены методы оздоровления неблагополучных хозяйств, профилактика инфицирования продуктов питания; мероприятия направленные на ограничения роли человека, как источника возбудителя инфекции.

Настоящие правила обязательны для выполнения на всей территории Республики Беларусь органами государственной власти и управления, предприятиями и хозяйственными субъектами, организациями и учреждениями, независимо от их подчинения и форм собственности, должностными лицами и гражданами.

УТВЕРЖДЕНО
Постановление Министерства
здравоохранения Республики
Беларусь
31.12.2002 г. № 152

3.6. Состояние здоровья населения в связи с влиянием
микробиологического фактора среды обитания человека

ТУЛЯРЕМИЯ

Francisella tularensis

Санитарные правила

Глава 1

Общие положения

Туляремия – природноочаговый зооантропоноз, распространенный преимущественно в ландшафтах умеренного климатического пояса Северного полушария. На территории Республики Беларусь, сохраняется значительное количество очагов, приуроченных к обширной гидрологической сети бассейнов Черного и Балтийского морей. У человека это острое инфекционное заболевание токсико-аллергического, реже септического характера. Инкубационный период, как правило, составляет 3-7 дней. Заболевание обычно продолжается 2-3 недели (иногда дольше), в редких случаях может рецидивировать. Для туляремии наряду с общими проявлениями болезни – повышением температуры тела, головной болью, слабостью и т.д. характерно воспаление лимфатических узлов и прилежащей к ним ткани (бубон), возникающих регионарно к месту проникновения в организм возбудителя.

Отличительной особенностью туляремии является множественность путей (механизмов) передачи инфекции при практически 100%-ной восприимчивости человека без различия пола и возраста, а также отсутствие контагиозности. Многообразие механизмов и путей заражения: контактный (через кожные покровы или слизистую оболочку глаза), инокулятивный (через кожные покровы при укусе членистоногого или млекопитающего), алиментарный (через пищеварительный тракт) и аспирационный (через дыхательные пути) обуславливают полиморфизм клинических проявлений туляремии. По локализации первичных поражений различают следующие клинические формы туляремии: язвенно-бубонную, бубонную, ангинозно-бубонную, глазно-бубонную, абдоминальную и торакальную (легочную).

Возбудителем туляремии является мелкая грамтрицательная неподвижная полиморфная палочка *Francisella tularensis*. Внутривидовая дифференциация возбудителя туляремии основывается на различиях подвидов и биоваров по ряду фенотипических признаков: биохимической активности, составу высших

жирных кислот, степени патогенности для человека и животных, чувствительности к некоторым антибиотикам, а также на особенностях экологии и ареале возбудителя.

Возбудитель туляремии обнаруживает значительную устойчивость во внешней среде, особенно при низких температурах. Так, в речной воде при температуре 1°C возбудитель туляремии сохраняется до 9 месяцев, в замороженной воде (-5°C) до 10,5 месяцев. В зимний период возбудитель туляремии сохраняет жизнеспособность в воде мелких проточных водоемов не менее 5 месяцев. Во влажной почве при 4°C он сохраняется свыше 4 месяцев, а при $23-25^{\circ}\text{C}$ — до 2,5 мес. При подсыхании почвы сроки сохранения бактерий сокращаются до 10 суток. В естественно инфицированном иле (при 7°C) туляремиальные бактерии остаются жизнеспособными более 3 мес. Длительность инфицирования продуктов питания прямо зависит от температуры хранения: в молоке, сливках ($8-15^{\circ}\text{C}$) — до 8 суток; в замороженном молоке — более 3 месяцев. В молочнокислых продуктах бактерии быстро отмирают. В условиях эксперимента туляремиальные бактерии сохранялись на зерне и соломе при -5°C — до 192 суток, при $+8-12^{\circ}\text{C}$ — до 56 сут., а при $+20-30^{\circ}\text{C}$ — 19 сут. В естественных условиях в зараженной ржаной соломе (при эпизоотии на грызунах) наличие жизнеспособных бактерий отмечалось с января по май.

В замороженных трупах грызунов бактерии сохраняются 4-6 месяцев, при комнатной температуре отмирание бактерий в них происходит в течение 5-10 сут. В высушенных шкурках инфицированных водяных крыс туляремиальные бактерии при $15-20^{\circ}\text{C}$ могут сохраняться до 20 сут. Эти данные следует использовать для обоснования сроков обеззараживания шкурок зверьков, добываемых в энзоотичных по туляремии районах. При выраженной устойчивости во внешней среде при низких температурах возбудитель туляремии весьма чувствителен к различным физическим (солнечные, ультрафиолетовые лучи, ионизирующая радиация, высокая температура) и химическим воздействиям.

Дезинфекцию материалов, содержащих туляремиальные бактерии, проводят в соответствии с действующими Санитарными правилами.

Глава 2

Медико-санитарные мероприятия по профилактике заболеваний людей туляремией

1. Мероприятия по снижению потенциала природных очагов туляремии.

Организационно-методическое руководство работой по профилактике туляремии среди людей осуществляют отделы особо опасных инфекций (далее ООИ) областных и Республиканского центров гигиены и эпидемиологии (далее ОЦГЭ, РЦГЭ).

Анализ, диагностика и прогнозирование эпидемической ситуации на энзоотичных по туляремии территориях является прерогативой органов и учреждений государственного санитарного надзора.

Меры борьбы и профилактики туляремии разрабатываются и осуществляются на основе результатов системного эпизоотологического и эпидемиологического надзора проводимого специалистами отделов ООИ ОЦГЭ, РЦГЭ.

1.1. Тактика эпизоотологического обследования природных очагов туляремии.

Эпизоотологическое обследование природного очага туляремии включает: сбор полевого материала, лабораторное исследование собранного материала, анализ полученных данных и разработка конкретных противоэпидемических мероприятий по результатам анализа. При эпизоотологическом обследовании следует использовать как общепринятые зоолого-паразитологические методы, так и специфические, направленные на активный поиск туляремийных эпизоотии. Поиски эпизоотии должны производиться в первую очередь в тех районах, где в прошлом возникали вспышки заболеваний, имели место спорадические случаи туляремии или были изолированы культуры возбудителя туляремии. По эпидемиологическим показаниям необходимо проводить экстренные эпизоотологические обследования.

Характеристика природных очагов туляремии.

Активными природными очагами следует считать такие, в которых регистрируют случаи заболевания людей, выделяют культуры возбудителя туляремии от грызунов, членистоногих, объектов внешней среды или регулярно выявляют туляремийный антиген в погадках птиц или помете хищных млекопитающих (при наличии антигена не менее чем в 10% образцов в годы высокой численности основных носителей при статистически достоверной выборке в 100 погадок, собранных на территории локального природного очага туляремии). Малоактивными являются очаги, где не регистрируются заболевания людей туляремией, а обнаруживаются редкие находки возбудителя или туляремийного антигена в объектах внешней среды.

Все млекопитающие по отношению к туляремии делятся на три группы: 1) высоковосприимчивые и высокочувствительные млекопитающие. К этой группе относятся в основном грызуны, зайцеобразные и насекомоядные; 2) высоковосприимчивые, но малочувствительные млекопитающие. К этой группе относятся: полевая мышь, все виды крыс и сусликов, белки, бурундуки, ежи, бобры и некоторые другие виды млекопитающих; 3) маловосприимчивые и практически нечувствительные млекопитающие. К этой группе относятся большинство хищных и сельскохозяйственных животных.

При эпизоотологическом обследовании очага необходимо в первую очередь исследовать млекопитающих 1 группы, затем - 2 и 3 групп.

Среди членистоногих переносчиков основное внимание уделяют иксодовым клещам, исследуют также вшей, блох, гамазовых и красно-телковых клещей, кровососущих двукрылых.

1.2. Тактика эпизоотологического обследования природных очагов туляремии разных ландшафтных типов:

Эпизоотологическое обследование луго-полевых очагов следует осуществлять ранней весной и поздней осенью. При этом весной основное внимание уделяют поиску трупов и отлову мелких млекопитающих 1 группы (мелкие

мышевидные грызуны и зайцы), а также сбору иксодовых клещей для бактериологического исследования. Осенью следует проводить отлов мелких млекопитающих на полях, в стогах сена, ометах соломы, других объектах для бактериологического исследования. Эффективным способом выявления туляремийных эпизоотии в этих очагах является серологическое исследование погадок птиц и помета хищных млекопитающих.

В очагах лесного типа эпизоотологическому обследованию подвергают в основном мелких млекопитающих лесного комплекса, за счет которых поддерживается циркуляция возбудителя туляремии. Меньшее значение имеет исследование иксодовых клещей из-за их относительно низкой инфицированности возбудителем.

При обследовании пойменно-болотных природных очагов и их вариантов основное внимание уделяется отлову и бактериологическому исследованию гидрофильных видов млекопитающих (водяные крысы, полевки-экономки, ондатры и др.), особенно в местах скопления животных в период весеннего паводка. Эффективно бактериологическое исследование норových клещей, паразитирующих во всех фазах развития на водяных крысах, а также других видов иксодовых клещей. Бактериологическому исследованию подлежат кровососущие двукрылые (в период их массового лета) и пробы воды из различных водных источников.

1.3. Анализ результатов эпизоотологического обследования и составление прогноза эпизоотической ситуации по туляремии:

Сведения о распределении, динамике численности фоновых видов млекопитающих и кровососущих членистоногих, выделении культур возбудителя или находках туляремийного антигена в объектах внешней среды наносят на карты и анализируют. О всех вновь выявленных природных очагах туляремии необходимо информировать РЦГЭ.

Интенсивность эпизоотии оценивается по степени зараженности мелких млекопитающих, членистоногих переносчиков, проб воды в % от числа исследованных особей или количества проб), по количеству положительных находок туляремийного антигена в погадках птиц и помете хищных млекопитающих. Анализ следует проводить дифференцированно с учетом места и времени выделения культур, выявления антигена туляремийного микроба, источника выделения и типа природного очага. В пойменно-болотных очагах туляремии особое значение имеет высокая зараженность кровососущих двукрылых и воды, в луго-полевых очагах мелких млекопитающих, иксодовых клещей, субстратов ометов, стогов, заселенных грызунами, зерно- и овоцехранилищ. При исследовании погадок птиц (помета хищных млекопитающих) высокие титры антигена в серологических реакциях (1:160 и более) являются показателями недавней или текущей эпизоотии, а низкие (1:20-1:40) указывают на более отдаленные ее сроки.

При анализе видов мелких млекопитающих и членистоногих переносчиков, участвующих в циркуляции возбудителя и роли каждого вида следует учитывать данные предыдущих обследований и ситуацию на смежных territori-

ях, а также придерживаться единых сроков и методов эпизоотологического обследования.

Анализ напряженности эпизоотического процесса предусматривает оценку численности фоновых видов мелких млекопитающих, которая зависит от многих факторов: хозяйственной деятельности человека, количества хищников (миофагов), климатических условий, авторегуляционных процессов в популяциях зверьков, эпизоотии.

Прогноз ожидаемой численности мелких млекопитающих составляют дифференцированно по группам районов, учитывая их ландшафтно-эпидемиологическое районирование. Краткосрочные (полугодовые) прогнозы составляют осенью, на зиму и весну следующего года, весной уточняют прогноз на осень. Долгосрочные прогнозы основаны на изучении многолетней динамики численности мелких млекопитающих. Прогноз численности мелких млекопитающих должен быть конкретным и содержать оценку предыдущего прогноза.

1.4. Мероприятия по профилактике заболеваний людей туляремией проводимые территориальными ЦЭ энзоотичных районов должны включать:

Ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости туляремией в зависимости от пола, возраста, рода занятий, сезонности, условий заражения, тяжести клинического течения, осложнений, летальности.

Контроль за выявлением больных (подозрительных) туляремией и полной их серологического обследования на присутствие специфических антител к возбудителю туляремии:

- больных с диагнозами, не исключаящими туляремию (лимфадениты, односторонние ангины с лимфаденитами, затяжные пневмонии, конъюнктивит Парино), при наличии эпидпоказаний, в обязательном порядке должны быть обследованы на данную инфекцию с использованием лабораторных методов;

- лабораторная диагностика возлагается на бактериологические лаборатории отделов ООИ ОЦЭ, РЦЭ;

- для лабораторной диагностики используют серологические реакции агглютинации (далее РА), реакция пассивной гемагглютинации (далее РПГА) и кожно-аллергическую пробу. При серологических реакциях производят исследование парных сывороток крови, взятых на 2-ой неделе заболевания и через 10-14 дней спустя. Диагностическим считается титр 1:100 и выше. Ответ на 3-5 день от начала заболевания бывает положительным при использовании внутри кожной аллергической пробы.

Систематическое наблюдение за динамикой численности, генеративным состоянием и уровнем инфицированности (по данным отделов ООИ ОЦЭ, РЦЭ) возбудителем туляремии мелких млекопитающих- переносчиков и источников заражения людей (допускается использование данных о численности грызунов, имеющих в учреждениях ветеринарной службы, станциях защиты растений, лесхозах).

Ландшафтно-географическое районирование контролируемой энзоотичной территории.

Анализ эпизоотолого-эпидемиологических данных на основании прогнозов отделов ООИ ОЦГЭ, РЦГЭ (инфицированность грызунов, уровень естественного иммунитета и заболеваемости туляремией) с учетом геоботанических особенностей обследованных местностей с целью выявления и локализации наиболее активных природных очагов туляремии.

Подготовку медицинских работников по вопросам клиники, диагностики, эпидемиологии и профилактики туляремии.

1.5. Иммунопрофилактика.

Для иммунопрофилактики туляремии используют живую туляремийную вакцину, изготавливаемую на основе вакцинного штамма № 15 Гайского. Вакцинацию (или ревакцинацию) осуществляют в строгом соответствии с инструкцией по ее применению накожно (или внутрикожно) в любое время года, учитывая календарь всех прививок:

Вакцинация обеспечивает формирование стойкого и длительного иммунитета у привитых (5-7 и более лет). Вакцинацию проводят медицинские работники лечебно-профилактических учреждений.

Необходимость проведения профилактической вакцинации определяют ОЦГЭ по согласованию с РЦГЭ на основании многолетнего анализа эпидемиологической и эпизоотологической обстановки по туляремии на подведомственной территории. Планирование и отбор контингентов, подлежащих вакцинации, осуществляют дифференцированно, с учетом степени эпидемической активности природных очагов (п.1.1.).

Различают плановую и внеплановую (по эпидпоказаниям) вакцинацию против туляремии. Плановую вакцинацию (и ревакцинацию) проводят населению, проживающему (или прибывающему) на территории активно действующих природных очагов туляремии (п.1.1.), а также контингентам, подвергшимся риску заражения этой инфекцией.

Плановыми прививками охватывают население, проживающее (или работающее) на территории с наличием активных природных очагов луго-полевого, поименно-болотного (и его вариантов), за исключением детей до 7 лет и лиц, имеющих противопоказания к прививкам. В очагах луго-полевого типа не прививают детей до 14 лет, пенсионеров, инвалидов и других лиц, не привлекающихся к сельскохозяйственным работам и не имеющих скота в личном пользовании. В городах, непосредственно примыкающих к активным очагам туляремии, а также на территориях с малоактивными природными очагами туляремии, плановые прививки проводят следующим контингентам: работникам зерно- и овоцехранилищ, сахарных заводов, спиртозаводов, льнозаводов, кормоцехов, животноводческих и птицеводческих ферм, работающих с зерном, соломой фуражом и др.; охотникам и членам их семей, а также лицам, заготавливающим шкурки промысловых животных и работникам меховых фабрик, занятых первичной обработкой шкур.

Вакцинацию также проводят персоналу отделов ООИ ОЦГЭ, РЦГЭ работникам дератизационных и дезинсекционных станций, лабораторий, экспедиций, проводящих работу по отлову мелких млекопитающих и кровососущих эктопаразитов в природных очагах туляремии.

Ревакцинацию следует проводить через 5 лет.

Внеплановую (по эпидпоказаниям) вакцинацию проводят:

- в населенных пунктах, расположенных на территориях, ранее считавшихся благополучными по туляремии, при заболевании людей (даже единичные случаи) или выделении туляремийных культур из каких-либо объектов;
- в населенных пунктах, расположенных на территориях активных природных очагов туляремии, при выявлении низких показателей иммунологической структуры населения (менее 70% в луго-полевых очагах, менее 90% - в пойменно-болотных);
- в городах, непосредственно прилегающих к активным очагам туляремии контингентам, подвергающимся риску заражения членам садоводческих товариществ, кооперативов, владельцам (и членам их семей) личного авто- и водного транспорта, работникам водного транспорта;
- лицам, выезжающим для проведения постоянных или временных работ на территории активных природных очагов туляремии: охотники, лесники, мелиораторы, геодезисты, торфоразработчики, заготовщики меховых шкурок (водяных крыс, ондатр, зайцев), геологи, члены научных экспедиций, лица, направляемые на сельскохозяйственные, строительные, изыскательские и иные работы, туристы и др.

Вакцинацию вышеуказанных групп организуют и проводят территориальные ЦПУ.

1.6. Контроль за состоянием противотуляремийного иммунитета.

Контроль за своевременностью и качеством вакцинации против туляремии, а также за состоянием иммунитета осуществляют территориальные ЦГЭ.

Иммунную структуру населения определяют путем выборочной проверки взрослого работоспособного населения с помощью накожной туляриновой пробы или серологических методов не реже 1 раза в 5 лет. Общее число проверяемых людей в конкретном административном районе должно составлять не менее 1% к общему числу проживающих (или не менее 10% в отдельном населенном пункте). Ревакцинацию проводят при уровне иммунной прослойки ниже 90% в пойменно-болотных очагах, а также по эпидпоказаниям. При этом целесообразно осуществлять ревакцинацию лицам при отрицательных серологических и аллергических показателях.

У персонала отделов ООИ ОЦГЭ, РЦГЭ, лабораторий, проводящих работу с возбудителем туляремии, привитых с положительным результатом, состояние иммунитета проверяют 1 раз в 2 года. К работе допускают лиц с наличием противотуляремийного иммунитета, определяемого накожной туляриновой пробой или серологическими методами (реакция агглютинации, реакция пассивной гемагглютинации, иммуноферментный анализ). Ревакцинацию проводят только в случае получения отрицательных иммунологических показателей.

Вакцинация должна проводиться в сочетании с другими мероприятиями, направленными на уничтожение источников инфекции и устранение факторов ее передачи

1.7. Мероприятия по обезвреживанию источника возбудителя инфекции, факторов передачи и переносчиков возбудителя.

Мероприятия проводятся по двум основным направлениям:

- устранение условий заражения людей (санитарные и гигиенические мероприятия, включая санитарно-просветительную работу);
- мероприятия по уничтожению носителей и переносчиков возбудителей инфекции.

Санитарные мероприятия имеют особенности при разных типах заболеваемости:

- при трансмиссивных заражениях через кровососущих двукрылых применяют репелленты, защитную одежду, ограничивают доступ непривитого населения на неблагополучные территории, а в особых случаях производят дезинсекцию водоемов;

- для профилактики промысловых заражений проводят комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий в местах промысла зверьков и на складах хранения шкур;

- при водных вспышках прекращают купание и водопользование из зараженного водоема, использование для питья только кипяченой воды, а при заражении колодезной воды - принять меры по очистке колодца от трупов грызунов и дезинфицировать воду;

- во избежание заражения во время зимних полевых работ в природных очагах туляремии недопустимо привлечение к ним непривитого населения. При этом следует проводить обеззараживание зерна и грубых кормов;

- при бытовых заражениях обеспечивают грызунонепроницаемость жилых и подсобных помещений, дератизацию и влажную уборку с применением дезинфицирующих средств;

- при производственных и продуктовых заражениях осуществляют санитарно-противоэпидемические мероприятия на предприятиях или складах, включающие обеззараживание инфицированного сырья и продуктов термическим путем. На мясокомбинатах уничтожают иксодовых клещей на скоте, поступившем для переработки;

- на охоте необходимо дезинфицировать руки после снятия шкур и потрошения зайцев, ондатр, кротов и водяных крыс.

Потенциал природных очагов туляремии снижают за счет проведения комплексных мероприятий, направленных на сокращение численности основных носителей инфекции - видов млекопитающих 1-ой группы и переносчиков инфекции (прежде всего иксодовых клещей):

снижению численности иксодовых клещей способствует: изменение сроков (позднее начало) весеннего выпаса скота, когда заканчивается активация клещей; сокращение площади естественных лугов; выпас скота на искусственных и культурных пастбищах; плановые или экстренные обработки заклещевленного скота.

В случае массового заклещевления обработка скота должна проводиться регулярно с интервалами 7-10 дней для наиболее полного уничтожения взрослых клещей, и через 12-15 дней - против личинок и нимф. Уничтожение клещей

на скоте проводят химическими веществами (дезинсектантами) или механическим путем.

Дератизационные мероприятия включают:

- уничтожение грызунов разными методами, агротехнические приемы, препятствующие повышению численности мелких млекопитающих;
- снижение численности млекопитающих достигается прессованием сена и соломы в тюки, качественной обработкой стогов сена и ометов соломы аммиаком, срезанием кормов сразу после уборки урожая в хорошо оборудованные, грызунонепроницаемые хранилища. Не рекомендуется устанавливать стога сена и ометы соломы по краям оврагов или опушкам леса, т.к. из этих стаций зверьки активно заселяют стога и ометы;
- истребление мелких млекопитающих осуществляют при помощи разнообразных орудий лова, отравленных приманок и химических средств, бактериальных препаратов, домашних животных. Важным условием качественного проведения дератизации является координация усилий всех заинтересованных организаций и учреждений;
- дератизация и дезинсекция должны планироваться и проводиться на основании результатов эпизоотического обследования и обязательно сопровождаться оценкой эффективности проводимых мероприятий.

Глава 3

Медицинские мероприятия по профилактике заболеваний людей на территории эпизоотического очага

2. Эпизоотологическое и эпидемиологическое обследование очага.

2.1. Врачи и средние медицинские работники лечебно-профилактических учреждений (далее ЛПУ), независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, обязаны выявлять больных туляремией, с подозрением на это заболевание, для их лечения и проведения в очагах противоэпидемических мероприятий.

2.2. На каждый случай заболевания (подозрения) туляремией врач, средний медицинский работник обязан заполнить «экстренное извещение» (уч. Ф. № 58/у), которое в течение 12 часов высылается в территориальный ЦГЭ. В оперативном порядке информация сообщается в тот же ЦГЭ по телефону.

2.3. Для персонального учета больных туляремией территориальными ЦГЭ и ЛПУ ведется журнал «Учета инфекционных заболеваний» (ф. 60/у).

2.4. Меры борьбы и профилактики туляремии разрабатываются и осуществляются на основе результатов системного эпизоотологического и эпидемиологического надзора.

2.5. Целью эпидемиологического обследования очага туляремией является выявление источника инфекции и путей заражения, оперативного проведения противоэпидемических мероприятий среди населения. Данные обследования заносятся в карту эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания (ф. 397/у).

2.6. Эпидемиологическое обследование очага инфекции начинают в течение суток после получения экстренного извещения из ЛПУ.

2.7. Главные государственные санитарные врачи районов, городов, областей обеспечивают представление информации о заболевании туляремией в соответствии с действующим постановлением (приказом) Министерства здравоохранения Республики Беларусь, определяющим порядок передачи информации об инфекционных заболеваниях.

2.8. В целях своевременной диагностики и профилактики туляремией лабораторному обследованию в очагах подлежат:

- перенесшие односторонние ангины с лимфаденитами, затяжные пневмонии; конъюнктивиты Парино, лимфадениты за последние 3 месяца;
- находившиеся в одинаковых с заболеванием условиях заражения (по клиническому, эпидемиологическим показаниям).

2.9. Порядок госпитализации, выписки из стационара, диспансерного наблюдения:

Больные туляремией подлежат госпитализации в инфекционные отделения стационаров. В отдельных случаях при кожно-бубонной и бубонной формах заболевания с легким течением, умеренно выраженным лимфаденитом и лихорадочной реакцией, не превышающей $37,5^{\circ}\text{C}$, допускается лечение туляремии в амбулаторных условиях. Вопрос о необходимости госпитализации больных туляремией, сроках выписки из стационара, решается лечащим врачом сугубо индивидуально.

Больные с абдоминальной, легочной, глазо-бубонной, ангинозно-бубонной, а также средней тяжести или тяжело протекающие случаи язвенно-бубонной и бубонной форм должны быть госпитализированы по клиническим показаниям, т.к. продолжительность заболевания в значительной степени определяется ранним началом этиотропной терапии, что тесно связано со своевременной госпитализацией и установлением диагноза.

При язвенно-бубонной, бубонной и ангинозно-бубонной формах туляремии больной может быть выписан из стационара в период реконвалесценции по окончании курса специфического лечения при удовлетворительном состоянии, значительно уменьшившихся в размерах регионарных лимфатических узлах, полном заживлении язвочки (при язвенно-бубонной форме), нормальной температуре тела в течение недели. Больные, перенесшие абдоминальную форму туляремии, могут быть выписаны из стационара при вполне удовлетворительном состоянии, стабильно нормальной температуре тела не менее недели, нормальной функции желудочно-кишечного тракта.

Пациенты, перенесшие глазо-бубонную или легочную формы туляремии, могут быть выписаны из стационара при удовлетворительном состоянии, стабильно нормальной температуре тела не менее недели, после консультации окулиста (при глазо-бубонной форме) и рентгеноскопии или рентгенографии грудной клетки (при легочной форме). После выписки из стационара рекомендуется амбулаторное наблюдение за реконвалесцентами в течение месяца.

2.10. В очаге туляремии силами территориальных ЦГЭ организуются и проводятся рейдовые проверки санитарного состояния населенных мест, оздо-

ровительных, детских, торговых, коммунальных и других учреждений в зависимости от конкретной эпидемической обстановки.

2.11. Проведение эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага туляремии с выявлением конкретных мест и условий заражения людей для организации противоэпидемических мероприятий, с обязательным отловом, силами отдела профилактической дезинфекции (далее ОПД) и зообиогруппы отдела ООИ ОЦГЭ, грызунов для учета их численности и лабораторного исследования на наличие у них возбудителя туляремии.

2.12. Организация подворных (поквартирных) обходов силами специалистов территориальных амбулаторно-поликлинических учреждений с целью выявления больных (подозрительных) туляремией и лиц, находившихся в одинаковых с заболевшими условиями риска заражения, установления за ними медицинского наблюдения на срок инкубационного периода.

2.13. Анализ обращаемости больных (за последние 3 месяца) в амбулаторно-поликлинические учреждения, стационары, фельдшерско-акушерские пункты на неблагополучной в отношении туляремии территории с диагнозами, не исключающими наличие данной инфекции.

2.14. Оценка полноты охвата больных (подозрительных) серодиагностикой туляремии и (при необходимости) проведение ретроспективного обследования реконвалесцентов для уточнения истинной заболеваемости туляремией.

2.15. Проведение внеплановой (экстренной) вакцинации населения в энзоотичной местности с дифференцированным отбором контингентов подлежащих вакцинации с учетом степени эпидемической активности природного очага, состояния иммунной прослойки.

2.16. В особых случаях лицам, подвергшимся риску заражения туляремией, проводят экстренную профилактику. С этой целью используют один из антибиотиков, назначаемых к приему через рот: рифампицин, доксициклин, тетрациклин. Дозу назначают с учетом возраста и противопоказаний (индивидуальная переносимость). После окончания курса экстренной профилактики, но не ранее двух суток после нее, проводят специфическую вакцинацию живой туляремийной вакциной. Более ранняя вакцинация не допускается во избежание задержки формирования противотуляремийного иммунитета на фоне приема антибиотиков.

2.17. Дератизация проводится в жилище больного, а при необходимости на территории всего населенного пункта. Дезинсекция проводится по эпидемиологическим показаниям.

2.18. Дезинфекция проводится в жилище больного. Обеззараживанию подлежат только вещи, загрязненные выделениями больных. Дезинфекцию проводят 3% р-ром хлорамина или хлорной извести, или лизолом в течение 30 мин, уборку помещения – 0,5 – 1% р-ром хлорамина. При появлении дезинфектантов нового поколения применение их проводится согласно инструкции.

2.19. Диспансерное наблюдение за переболевшими проводится в течение 6-12 мес в случаях наличия остаточных явлений после перенесенного заболевания. Осмотры проводятся врачом кабинета инфекционных заболеваний территориального амбулаторно-поликлинического учреждения и хирургом ежеме-

сячно в течение первого полугодия и при необходимости – 1 раз в 2 месяца в последующем.

Глава 4 Санитарно-просветительная работа

3. Ознакомление местного населения с мерами профилактики инфекции:

При использовании средств массовой информации (местная печать, радио, телевидение, лекции, беседы и др.) работникам территориальных ЦГЭ необходимо информировать население об особенностях заболевания и мерах по его предупреждению. Указать на возможные источники инфекции, пути заражения, разнообразие клинических проявлений и необходимость раннего обращения к врачу при появлении первых признаков заболевания, разъяснить значение вакцинопрофилактики для предотвращения заболевания, а также ознакомить с необходимыми мерами личной защиты.

Специальная разъяснительная работа должна проводиться с работниками ферм, сахарных заводов, мясо- и льнокомбинатов, рыболовных и охотничьих хозяйств - контингента, наиболее подверженного риску заражения туляремией.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ДАННЫЕ

1. Ветеринарные и Санитарные правила разработаны:

Министерство здравоохранения Республики Беларусь (Мазик М.М., Кожемякин А.К.),

Министерство сельского хозяйства и продовольствия Республики Беларусь (Аксенов А.М., Дубяковский В.Е., Савицкий Н.В.),

ГУ «Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья» (Филонов В.П., Коломиец Н.Д., Павлюченко С.П., Себут Н.С., Веденьков А.Л., Зуева В.Л., Мышко М.А, Яшкова С.Е.)

ГУ «Научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии» (Титов Л.П., Петкевич А.С., Капитулец С.П.),

Республиканское научно-исследовательское унитарное предприятие «Институт экспериментальной ветеринарии им. С.Н. Вышелесского» Национальной академии наук Беларуси (Лях Г.Ю.),

УО «Мозырьский государственный педагогический университет» (Цвирко Л.С.),

Витебская ордена Знак Почета государственная академия ветеринарной медицины (Максимович В.В., Дремач Г.Э., Зайцев В.В.),

Витебский государственный медицинский университет (Семенов В.М., Дмитроченко Т.И.).

2. Введены впервые.

Производственно-практическое издание

**Профилактика и борьба с заразными болезнями, общими
для человека и животных**

Сборник санитарных и ветеринарных правил

Подписано в печать 21.05.2004. Формат 60x84/16.
Бумага офсетная. Гарнитура "Times". Печать офсетная.
Усл. печ. л. 19,8. Уч.-изд. л. 17,3. Тираж 250. Заказ 155.

ГУ Республиканский центр гигиены и общественного здоровья
220099, Минск, ул. Казинца, 50.

Отпечатано в типографии УП "Бестпринт". ЛП № 110 от 11.09.2000
220007, г. Минск, ул. Фабрициуса, д. 5.
Тел. 213-18-66.