



Государственное областное бюджетное
учреждение здравоохранения

**МУРМАНСКАЯ ОБЛАСТНАЯ
КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА
имени П.А. БАЯНДИНА**

Профилактика инфекций с воздушно-капельным механизмом передачи

Заведующая отделом ОРПМП
Петухова М.А.

Самая северная областная

Мурманск | 2026 г.



Болезни с аэрозольным механизмом передачи



- ✓ **Бактериальные:** дифтерия, коклюш, стрептококковая инфекция, менингококковая инфекция, гемофильная инфекция, туберкулез и др.
- ✓ **Вирусные:** грипп, ОРВИ, корь, эпидемический паротит, ветряная оспа, краснуха, инфекционный мононуклеоз и др.





- ✓ высокая скорость распространения;
- ✓ значительное количество больных легкими формами, широкое распространение носительства возбудителя;
- ✓ высокая контагиозность;
- ✓ заразность больных уже в инкубационном периоде;
- ✓ короткий инкубационный период.



Менингококковая инфекция



Менингококковая инфекция – острое инфекционное заболевание, антропоноз, с аэрозольным механизмом передачи, характеризующееся различными формами инфекционного процесса: от локальной формы (назофарингит) до генерализованных форм в виде общей интоксикации (менингококкцемия) и поражения мягких мозговых оболочек головного мозга с развитием менингита, а также бессимптомной формой (бактерионосительство).

Инкубационный период при менингококковой инфекции - **от 1 до 10 дней, в среднем – 4 дня.**

Менингококковой инфекции свойственна зимне-весенняя сезонность.

Менингококковая инфекция



Возбудитель менингококковой инфекции – менигококк (*Neisseria meningitidis*) относится к **III группе патогенности**.

Менигококк по структуре полисахаридной капсулы подразделяется на **12 серогрупп: А, В, С, X, Y, Z, W, E, K, H, L, I**.

Неустойчив к различным факторам внешней среды:

- ✓ при температуре **+50°C погибает через 5 минут**,
- ✓ при **+100°C - через 30 секунд**;
- ✓ при температуре **ниже +22°C**, а также **при высушивании** менигококк погибает **в течение нескольких часов**.

Средняя выживаемость на предметах внешней среды 7,5-8,5 часов при плотности микробной нагрузки 10^6 на 1 см^2 . **Дезинфекционные средства** оказывают на менигококк бактерицидное действие (**погибает мгновенно**).

Менингококковая инфекция



Менингококковой инфекции свойственна периодичность.

Периодические подъемы заболеваемости в среднем возникают через длительные межэпидемические периоды **от 10 до 30 лет**.

Эпидемии, охватывающие одновременно несколько десятков стран мира, были обусловлены менингококком серогруппы **A**, а локальные эпидемические подъемы в границах одной страны - менингококком серогрупп **B** и **C**.

Спорадическая заболеваемость межэпидемического периода формируется разными серогруппами, из которых основными являются **A, B, C, W, Y, X**.

В Российской Федерации показатель заболеваемости за последнее десятилетие не превышает 2 на 100 тысяч населения, а средний уровень летальности определяется на уровне 15%.



Источником менингококковой инфекции является инфицированный человек.

- Возбудитель менингококковой инфекции передается от человека к человеку **воздушно-капельным путем (в радиусе до 1 м от инфицированного)**.
- Инфицирование возбудителем менингококковой инфекции также возможно **через предметы обихода** (например, общие чашки и ложки) во время приема пищи.

Менингококковая инфекция

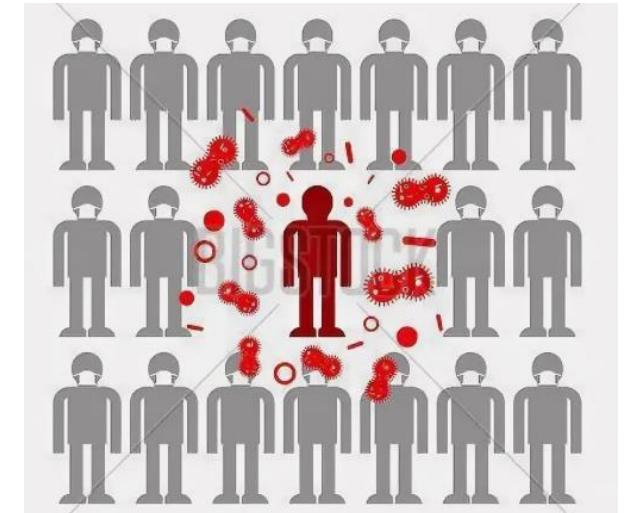


Различают 3 группы источников менингококковой инфекции:

- ✓ **больные ГФМИ** (менингококкцемия, менингит, менингоэнцефалит, смешанная форма);
- ✓ **больные острым менингококковым назофарингитом;**
- ✓ **бактерионосители менингококка** - лица без клинических проявлений, которые выявляются только при бактериологическом обследовании.

Уровень носительства менингококка в популяции людей при активном выявлении в среднем составляет 4-10%.

Длительность носительства менингококка составляет в среднем 2-3 недели (у 2% - 3% лиц оно может продолжаться до 6 и более недель).





Важнейшей составляющей лабораторной диагностики ГФМИ является использование экспресс-метода (реакции латекс-агглютинации) для выявления специфического антигена непосредственно в СМЖ и (или) крови у пациентов с клиническим диагнозом ГФМИ или подозрении на ГФМИ.



Положительный результат экспресс-метода позволяет в кратчайшие сроки (**15 - 20 минут**) установить наличие в материале возбудителя менингококковой инфекции и его серогруппу.



1. Медицинское наблюдение за контактными в течение 10 дней

Проводится **ежедневный** осмотр лиц, общавшихся с больным, с целью выявления лиц с признаками ГФМИ и острого назофарингита.

При выявлении лиц с подозрением на ГФМИ медицинский работник, проводящий осмотр, организует их **немедленную госпитализацию** в медицинскую организацию инфекционного профиля.

Выявленные лица с признаками острого назофарингита госпитализируются **по эпидемическим показаниям**.



2. Экстренная химиопрофилактика

Лицам, общавшимися с больным ГФМИ, не имеющим воспалительных изменений в носоглотке, проводят экстренную химиопрофилактику одним из антибиотиков с учетом противопоказаний.

3. Экстренная специфическая профилактика

Актуальной вакциной (в соответствии с серогруппой менингококка, выделенного из ликвора и (или) крови больного ГФМИ). В случае отсутствия возможности проведения определения серогруппы менингококка экстренную иммунопрофилактику проводят без её установления многокомпонентными вакцинами.

Иммунизация контактных лиц проводится в соответствии с инструкцией по применению вакцины.





4. Дезинфекция

В очаге ГФМИ после госпитализации больного или подозрительного на ГФМИ заключительная дезинфекция **санитарными правилами не предусмотрена.**

5. Влажная уборка

Дважды в день проводят влажную уборку помещений с применением моющих средств.



6. Проветривание

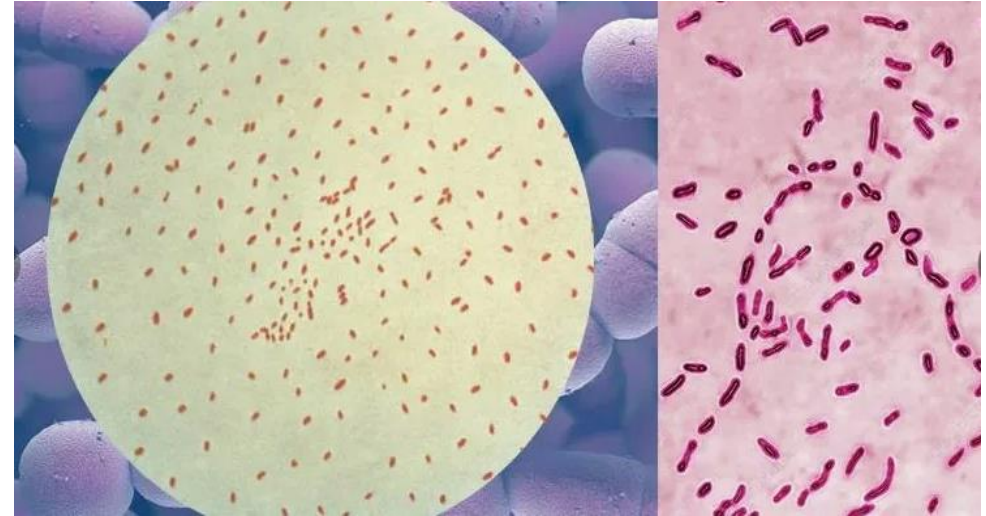
проводится по 8-10 минут не менее четырех раз в день.



Профилактика коклюша



Коклюш представляет собой острое инфекционное заболевание с воздушно-капельным механизмом передачи, своеобразным судорожным приступообразным кашлем и циклическим затяжным течением.



Заболевание вызывают 3 вида возбудителей:

Bordetella pertussis, *B. parapertussis* и *B. bronchiseptica* (**группа патогенности III**).

Источниками инфекции являются больные (дети и взрослые) типичными и атипичными формами коклюша, а также здоровые бактерионосители.



Передача возбудителя инфекции осуществляется воздушно-капельным путем посредством капелек слизи, выделяемых больным во время усиленного выдоха. **Наиболее интенсивная передача возбудителя происходит при кашле.**

Риск инфицирования окружающих особенно велик в начале спазматического периода, далее постепенно снижается и преимущественно к 25-му дню больной коклюшем становится незаразным.

У привитых и взрослых коклюш может протекать атипично без приступообразного кашля.

Инкубационный период колеблется от 7 до 21 календарного дня.



Лабораторно подтвержденным считают случай коклюша при:

- ✓ выделении культуры возбудителя при бактериологическом исследовании или обнаружении ДНК возбудителя при молекулярно-генетическом исследовании;
- ✓ выявлении специфических антител при серологическом исследовании в иммуноферментном анализе (ИФА).



Иммунитет к коклюшу формируется после перенесенного заболевания или вакцинации. **Показателем наличия иммунитета к коклюшу является присутствие в крови специфических иммуноглобулинов (антител) класса G.**



В целях раннего выявления коклюша медицинские работники направляют:

□ каждого ребенка, кашляющего в течение 7 календарных дней и более, - на двукратное бактериологическое (два календарных дня подряд или через один календарный день) или однократное молекулярно-генетическое исследования, а также устанавливают за ним медицинское наблюдение.

□ каждого взрослого при подозрении на коклюш и (или) при наличии контакта с больным коклюшем, работающего в родильных домах, детских больницах, санаториях, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей - на двукратное бактериологическое (два календарных дня подряд или через один календарный день) или однократное молекулярно-генетическое исследования.



В амбулаторных условиях наблюдение за детьми, больными коклюшем или с подозрением на коклюш, осуществляется на дому с кратностью посещения через день.

Госпитализации **по клиническим показаниям** подлежат:

- дети первых 6 месяцев жизни;
- дети старше 6 месяцев с выраженной тяжестью и осложненным течением болезни;
- взрослые с осложненным течением.

Госпитализации **по эпидемиологическим показаниям** подлежат:

- дети из организаций с круглосуточным пребыванием, домов ребенка, организаций для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- взрослые и дети, проживающие в общежитиях.



В очаге коклюшной инфекции профилактические прививки против коклюша не проводят.

В помещении осуществляют ежедневную влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных к применению, и частое проветривание.





Взрослые, работающие в организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях для детей сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях для детей, детских больницах, родильных домах (отделениях), общавшиеся с больным коклюшем по месту жительства/работы, при наличии кашля подлежат отстранению от работы.

Их допускают к работе после получения двух отрицательных результатов бактериологического (два дня подряд или с интервалом в один день) или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследования.

Меры в отношении контактных с больным коклюшем



Контактные с больным коклюшем дети при наличии кашля, независимо от прививочного анамнеза, **подлежат отстранению от посещения** дошкольных образовательных и общеобразовательных организаций. Их допускают в детский коллектив после получения двух отрицательных результатов бактериологического или одного отрицательного результата молекулярно-генетического исследований.

В семейных (в семьях, где есть больные коклюшем) **очагах** за контактными лицами устанавливают медицинское наблюдение в течение **14 календарных дней**.

Всем кашляющим детям и взрослым проводят **двукратное** бактериологическое (два дня подряд или с интервалом в один день) или однократное молекулярно-генетическое **исследования**.

Специфическая профилактика коклюша



Основным методом профилактики и защиты населения от коклюша является **вакцинопрофилактика**. Иммунизация населения против коклюша проводится в рамках национального календаря профилактических прививок.

Для обеспечения популяционного иммунитета к коклюшу **охват прививками населения** на территории муниципального образования должен составлять **не менее 95%**.

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КАЛЕНДАРЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРИВИВОК

	ДЕТИ ДО 18 ЛЕТ															ВЗРОСЛЫЕ			
	МЕСЯЦЫ												ГОДЫ			ГОДЫ			
	0	1	2	3	4,5	6	12	15	18	20	6	7	14	15-17	18-25	26-35	36-55	56-59	60+
ТУБЕРКУЛЕЗ	3-7д																		RV
ГЕПАТИТ В	V1	V2				V3													
ПНЕВМОКОККОВАЯ ИНФЕКЦИЯ		V1	V2						RV										
КОКЛЮШ																			
ДИФТЕРИЯ			V1	V2	V3				RV1										КАЖДЫЕ 10 ЛЕТ С МОМЕНТА ПОСЛЕДНЕЙ РЕВАКЦИНАЦИИ (ABC-н)
СТОЛБНЯК										ABC-н	RV2	RV3							КАЖДЫЕ 10 ЛЕТ С МОМЕНТА ПОСЛЕДНЕЙ РЕВАКЦИНАЦИИ (ABC-н)
ПОЛИОМИЕЛИТ				ипв или ипв	ипв				опв	опв	опв		опв						
ГЕМОФИЛЬНАЯ ИНФЕКЦИЯ			V1	V2	V3				RV										
КОРЬ																			
КРАСНУХА						V1				RV									ДЕВУШКИ
ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ПАРОТИТ																			
ГРИПП													ЕЖЕГОДНО						

ВСЕМ ЛИЦАМ ДАННОЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ЛИЦАМ ИЗ ГРУПП РИСКА, ПО ПОКАЗАНИЯМ СПЕЦИАЛИСТОВ РАНЕЕ НЕ ПРИВИТЫЕ, НЕ БОЛЕВШИЕ, НЕ ИМЕЮЩИЕ СВЕДЕНИЙ И ОДНОКРАТНО ПРИВИТЫЕ СЛЕД КОРИ И КРАСНУХИ

Вакцинация проводится в 3; 4,5; 6 месяцев, ревакцинация – 18 месяцев.

Дифтерия. Общая характеристика возбудителя



Дифтерия характеризуется фибринозным воспалением в месте входных ворот и интоксикацией организма с преимущественным поражением сердца, почек, нервной системы и представляет собой **острое антропонозное инфекционное заболевание (токсикоинфекция)**.

Возбудителем дифтерии являются коринебактерии дифтерии (*Corynebacterium diphtheriae*), продуцирующие дифтерийный токсин (экзотоксин).



Дифтерия. Общая характеристика возбудителя



Возбудитель дифтерии является неподвижным, грамположительным, неспорообразующим факультативным анаэробом, неоднороден по морфологическим, культуральным и биохимическим свойствам и подразделяется на четыре биовара: *gravis*, *mitis*, *intermedius*, *belfanti*.
Все токсигенные *C. diphtheriae* продуцируют дифтерийный токсин.

Источником инфекции является **больной** или **носитель токсигенных *C. diphtheriae***.

Основной механизм передачи - **аэрозольный**, также существует **контактный**.

Пути передачи - **воздушно-капельный** и **контактно-бытовой**.

Инкубационный период составляет **2 - 10 календарных дней**.

Устойчивость возбудителя дифтерии во внешней среде



Коринебактерии дифтерии длительно выживают в окружающей среде:

- в пыли они сохраняют свою жизнеспособность **до 5 недель**;
- в сухой дифтерийной пленке - **до 7 недель**;
- на одежде, постельных принадлежностях, на предметах в окружении больного, на игрушках - **до двух недель**;
- в воде и молоке - **до 20 календарных дней**.

Низкие температуры не убивают коринебактерии дифтерии длительное время, под действием прямого солнечного света гибнут в течение нескольких дней.

Коринебактерии дифтерии не устойчивы к действию физических и химических обеззараживающих средств. Они погибают при нагревании до 60 °С в течение 10 минут. Хлорсодержащие и кислородсодержащие дезинфицирующие средства активны в отношении коринебактерии дифтерии в режимах, применяемых для обеззараживания объектов при бактериальных инфекциях.



В зависимости от локализации процесса и его тяжести принято различать следующие клинические формы дифтерии:

- ✓ **дифтерия носа** (катаральная, пленчатая, распространенная, токсическая);
- ✓ **дифтерия ротоглотки**: локализованная (катаральная, островчатая, пленчатая), распространенная, токсическая;
- ✓ **дифтерия гортани** (круп локализованный);
- ✓ **дифтерия гортани и трахеи** (круп распространенный), дифтерия гортани, трахеи и бронхов (круп нисходящий);
- ✓ **дифтерия другой локализации** (глаз, уха, половых органов, кожи, ран).
- ✓ Возможно поражение сердца (**миокардит**) и периферической нервной системы (**полинейропатия**).



В целях раннего выявления дифтерии, прежде всего ее токсических форм, медицинским работникам медицинских организаций следует активно наблюдать за больными ангиной с патологическими наложениями на миндалинах (включая паратонзиллярные абсцессы) **в течение 3 календарных дней от первичного обращения с обязательным проведением бактериологического обследования больного на дифтерию **в течение первых 24 часов.****



Бактериологическому обследованию на наличие возбудителя дифтерии подлежат:

- больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также лица, контактировавшие с ними;
- больные с диагнозами острый тонзиллит, острый фарингит, ларинготрахеит, ларингит, круп, ретрофарингеальный абсцесс, перитонзиллярный абсцесс, инфекционный мононуклеоз;
- лица, поступающие на работу в детские дома, дома ребенка, интернаты психоневрологического профиля для детей и взрослых, противотуберкулезные детские санатории, а также дети и взрослые, направляемые в эти учреждения.

Мероприятия в отношении источников инфекции (больные, носители токсигенных коринебактерий дифтерии)



- ✓ Больные дифтерией или с подозрением на это заболевание, а также носители токсигенных коринебактерий дифтерии **подлежат госпитализации в инфекционный стационар.**
- ✓ Больные тонзиллитом, острым фарингитом, ларингитом с **патологическими наложениями**, ретрофарингеальным абсцессом, перитонзиллярным абсцессом, стенозирующим ларинготрахеитом из организаций с круглосуточным пребыванием, общежитий, семейных очагов, **подлежат госпитализации в первый день обращения.**
- ✓ Носители нетоксигенных коринебактерий дифтерии не подлежат госпитализации и лечению антибиотиками и допускаются во все коллективы.

Противоэпидемические мероприятия при выявлении нетоксигенных коринебактерий не проводятся.



В эпидемическом очаге дифтерии с единичным или групповым случаем заболевания проводится комплекс мероприятий, включающий:

- ✓ установление круга лиц, подвергшихся риску заражения;
- ✓ активное выявление больных методом опроса, осмотра; подворных (поквартирных) обходов;
- ✓ медицинское наблюдение за лицами, подвергшимися риску заражения;
- ✓ взятие материала от больных, лиц, подозрительных на заболевание, и лиц, общавшихся с больным дифтерией, для проведения бактериологического исследования.



- ✓ Проведение текущей и заключительной (после госпитализации источника инфекции) дезинфекции.
- ✓ За лицами, общавшимися с больным дифтерией, с подозрением на это заболевание, носителями токсигенных коринебактерий дифтерии устанавливается ежедневное медицинское наблюдение с осмотром ротоглотки, носа, кожи и термометрией **в течение 7 календарных дней** со дня изоляции источника инфекции с регистрацией данных наблюдения в медицинской документации.
- ✓ В течение **первых 3 календарных дней** со дня изоляции больного организуется осмотр контактных лиц врачом-отоларингологом.



- ✓ В медицинских организациях при проведении заключительной дезинфекции после выписки (убытия) больного дифтерией постельные принадлежности подвергают камерной дезинфекции.
- ✓ В случае выявления больного дифтерией на амбулаторно-поликлиническом приеме после изоляции больного, кабинет и помещения, где находился больной проветривают и проводят заключительную дезинфекцию.

Проведение профилактических прививок в очаге дифтерии



В очаге дифтерии необходимо проведение профилактических прививок.

Профилактическим прививкам подлежат:

- ✓ не привитые против дифтерии лица;
- ✓ дети и подростки, у которых наступил срок очередной вакцинации или ревакцинации;
- ✓ взрослые лица, у которых согласно медицинской документации с момента последней прививки прошло 10 и более лет;
- ✓ лица, у которых при серологическом обследовании не обнаружены защитные титры противодифтерийных антител в сыворотке крови.



Организация и проведение плановой иммунизации населения против дифтерии



Специфическая профилактика дифтерии проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению иммунобиологических лекарственных препаратов.

Вакцинация в возрасте 3; 4,5; 6 месяцев. Ревакцинация в возрасте 18 месяцев, 6-7 лет, 14 лет. Далее взрослые ревакцинируются в 18 лет и каждые 10 лет.

Иммунизация лиц с неизвестным прививочным анамнезом

Лицам с неизвестным прививочным анамнезом проводится серологическое обследование с целью определения у них состояния противодифтерийного и противостолбнячного антитоксического иммунитета методом РПГА или ИФА.

По результатам обследования при необходимости проводится иммунизация.

Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций



ОРВИ занимают значительную долю (90-95%) в общей структуре заболеваемости населения инфекционными болезнями.

В Российской Федерации (РФ) число ежегодно болеющих достигает более 30 млн. человек.

В среднем взрослые переносят от 2 до 4 эпизодов повторных ОРВИ ежегодно.

С ОРВИ сопряжено 30-50% случаев внебольничных пневмоний.

ОРВИ относятся к аэрогенным антропонозам.

Источник инфекции – больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни, а также пациенты в продромальном периоде.

Основной механизм передачи – аэрозольный, в ряде случаев вероятны контактно-бытовой и фекально-оральный.



Основные возбудители ОРВИ:

- ортомиксовирусы (вирусы гриппа),
- парамиксовирусы (респираторно-синцитиальный вирус, метапневмовирус, вирусы парагриппа человека),
- коронавирусы,
- пикорнавирусы (риновирусы),
- аденовирусы,
- парвовирусы (бокавирус),
- хантавирусы.

Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций



Острая респираторная инфекция (ОРИ) представляет собой остропротекающую, в большинстве случаев самоограничивающуюся инфекцию респираторного тракта, проявляющуюся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

Под острой респираторной инфекцией понимаются следующие нозологические формы:

- острый назофарингит,
- острый фарингит,
- острый ларингит,
- острый трахеит,
- острый ларингофарингит,
- острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.



Общее недомогание, повышение температуры тела, утомляемость, слабость, снижение аппетита, головные боли, боль и першение в горле, затруднение носового дыхания, насморк (ринорея), осиплость голоса, кашель (сухой и влажный), увеличение лимфоузлов, боли в животе, появление одышки, затруднение вдоха, рвота, судороги и др.

Специфическая лабораторная диагностика **рекомендована всем пациентам с симптомами ОРВИ** с проведением экспресс-методов диагностики (иммунохроматография – ИХА) для идентификации возбудителя и назначения этиотропной терапии.

Также возможно проведение исследование методом ПЦР.

Грипп входит в группу ОРИ



и является острой вирусной инфекционной болезнью с воздушно-капельным путем передачи возбудителя, характеризуется острым началом, лихорадкой (с температурой 38°C и выше), общей интоксикацией и поражением дыхательных путей.

В редких случаях **возможно заражение человека непосредственно вирусами гриппа животных.** В этих случаях течение заболевания преимущественно **тяжелое или средней степени тяжести.**

При прямом контакте с зараженной домашней и дикой птицей заболевание человека вызывал вирус гриппа А субтипов **(H5N1), (H7N9)** и **(H9N2)**; вирусами при контакте со свиньями вирус гриппа А субтипов **(H1N1), (H1N2)** и **(H3N2)**.

Эпизодически встречались случаи заражения человека **зоонозным гриппом А иных субтипов** (в том числе **H7N3, H7N7, H4N8, H6N1, H10N7** и другие).

Устойчивость вируса гриппа во внешней среде



Вирус гриппа в воздухе сохраняет жизнеспособность и инфекционную активность **в течение нескольких часов.**
- на поверхностях – **от 4 до 12 календарных дней.**



Вирус гриппа А теряет активность при воздействии многих веществ: 70%-ный этанол и хлорактивные вещества инактивируют вирус **в течение 10 мин.**

Высыхание приводит к полной инаktivации вируса.

Ультрафиолетовое излучение инактивирует вирус гриппа **в течение 4 ч.**

Выявление, учет и регистрация случаев заболеваний гриппом и ОРИ



Информация о выявленных случаях заболевания гриппом и ОРИ передается медицинскими организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, в органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор в еженедельном, а **в период эпидемического неблагополучия - в ежедневном режиме.**

При возникновении в дошкольных образовательных организациях, медицинских организациях, организациях отдыха детей и их оздоровления, организациях социального обеспечения **5 и более случаев** с симптомами острой респираторной инфекции (гриппа или ОРИ), связанных между собой инкубационным периодом (**в течение 7 дней**), медицинский персонал вышеуказанных организаций информирует Управление Роспотребнадзора по Мурманской области.



Госпитализации подлежат больные с признаками гриппа и ОРИ:

- **с тяжелым или среднетяжелым течением заболевания;**
- **с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРИ (в том числе детей до 1 года, беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом, иммунодефицитными состояниями и лиц старше 60 лет и другие).**

В направлениях на госпитализацию больных с подозрением на грипп указывают наличие профилактической прививки против гриппа, актуальной для текущего эпидемического сезона.

Выписка переболевших осуществляется по клиническому выздоровлению.

Мероприятия в отношении лиц, общавшихся с больным гриппом и ОРИ



Среди контактных лиц, общавшихся с больным гриппом и ОРИ, своевременно проводят выявление больных или лиц с подозрением на заболевания гриппом и ОРИ.

С целью предупреждения возникновения последующих случаев заболеваний гриппом и ОРИ **проводят экстренную неспецифическую профилактику.**

- Обеспечивается соблюдение текущей дезинфекции с применением рабочих дезинфицирующих растворов обладающих противовирусной активностью.
- Соблюдение масочного режима.
- Гигиеническая обработка рук.
- Обеззараживание и очистка воздуха с применением технологий, разрешенных к применению, в том числе ультрафиолетовое облучение.
- Проветривание помещений.

Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в предэпидемический период



- проведение массовой предсезонной иммунизации против гриппа населения из групп риска, определенных национальным календарем профилактических прививок;
- подготовка кадров медицинских организаций по вопросам диагностики, лечения и профилактики гриппа и ОРИ;
- лабораторная диагностика гриппа и идентификация возбудителей ОРИ в лабораториях медицинских организаций.

Руководителями организаций, сотрудники которых относятся к группам риска по заболеваемости гриппом и ОРИ (работники медицинских, научно-исследовательских и организаций, осуществляющих образовательную деятельность, торговли, общественного питания, транспорта, свиноводства, птицеводства), должны приниматься меры по проведению специфической профилактики гриппа и неспецифической профилактики ОРИ.

Организация противоэпидемических мероприятий в период подъема заболеваемости гриппом и ОРИ



Медицинскими организациями обеспечивается:

- предоставление информации о заболеваниях гриппом и ОРИ и результатах лабораторных исследований по диагностике гриппа и идентификации возбудителей ОРИ в Роспотребнадзор;
- выявление лиц с признаками гриппа и ОРИ (пациенты, персонал) и лабораторная диагностика заболеваний;
- забор и доставка материалов от больных гриппом и ОРИ в лаборатории, выполняющие мониторинговые исследования по определению возбудителей сезонных подъемов заболеваемости ОРИ и слежением за циркуляцией вирусов гриппа;
- госпитализация лиц с признаками гриппа и ОРИ;
- проведение первичных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очаге инфекции.**

Организация противоэпидемических мероприятий в эпидемический период по гриппу и ОРИ



В период эпидемии гриппа и ОРИ в медицинских организациях развертываются дополнительные отделения для больных гриппом (с подозрением на грипп) с отдельным входом, гардеробной, регистратурой, кабинетом доврачебного осмотра, кабинетом для взятия крови и другими необходимыми кабинетами.

В развернутых отделениях вводится дезинфекционный режим, соответствующий режиму инфекционного стационара.

Проведение гражданам или отдельным группам граждан по эпидемическим показаниям экстренной неспецифической профилактики с использованием иммунобиологических препаратов и противовирусных химиопрепаратов, индукторов интерферона.

Соблюдение противоэпидемического режима в медицинских организациях в эпидемический период по гриппу и ОРИ



- проведение термометрии и осмотра с целью выявления больных (термометрия **2 раза в день**, опрос и осмотр на наличие катаральных явлений);
- соблюдение температурного режима,
- соблюдение режимов текущей дезинфекции (применение рабочих растворов дезинфицирующих средств обладающих противовирусной активностью);
- обеззараживание воздушной среды (УФ облучение, проветривание помещений);
- ношение медицинских масок и респираторов;
- прекращение допуска посетителей к больным в стационары;
- развертывание отделений для приема больных с подозрением на заболевание гриппом в поликлиниках или перевод поликлиник на обслуживание на дому;
- поэтапное репрофилирование соматических стационаров для госпитализации больных гриппом.

Специфическая профилактика гриппа



Специфическая профилактика гриппа осуществляется в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и инструкциями по применению медицинских иммунобиологических препаратов.

Цель вакцинации - не полная ликвидация гриппа, как инфекции, а **снижение заболеваемости и смертности от гриппа** и, особенно, от его осложнений, от обострения и отягощения сердечно-сосудистых, легочных заболеваний и другой хронической патологии.





Перечень лиц, подлежащих вакцинации против гриппа

В первую очередь вакцинации против гриппа в предэпидемический период подлежат **лица, относящиеся к категории высокого риска заболевания гриппом и неблагоприятных осложнений при заболевании, к которым относятся:**

- лица старше 60 лет;
- лица, страдающие заболеваниями эндокринной системы (диабет), нарушениями обмена веществ (ожирение), болезнями системы кровообращения (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца), хроническими заболеваниями дыхательной системы (хронический бронхит, бронхиальная астма), хроническими заболеваниями печени и почек;
- женщины во 2-м и 3-м триместре беременности (**только инактивированными вакцинами**);
- лица, часто болеющие острыми респираторными вирусными заболеваниями.



Перечень лиц, подлежащих вакцинации против гриппа (*продолжение*)

- дети старше 6 месяцев, дети, посещающие дошкольные образовательные организации и (или) находящиеся в организациях с постоянным пребыванием (детские дома, дома ребенка);
- школьники;
- студенты;
- медицинские работники;
- работники сферы обслуживания, транспорта, учебных заведений и других людей с многочисленными производственными контактами;
- воинские контингенты.

Специфическая профилактика гриппа



С учетом рекомендаций Всемирной организации здравоохранения охват прививками против гриппа **в группах риска должен быть не менее 75%**; охват прививками против гриппа **населения в целом** по стране и по субъектам Российской Федерации в отдельности - **не менее 45%**.

Для специфической профилактики гриппа используются **живые, инактивированные**, в том числе цельновирионные, расщепленные, субъединичные, рекомбинантные гриппозные вакцины отечественного и зарубежного производства, зарегистрированные в Российской Федерации.

Инактивированная вакцина против гриппа может вводиться одновременно с другими инактивированными вакцинами, применяемыми в рамках национального календаря профилактических прививок и календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям.



Неспецифическая профилактика гриппа и ОРИ включает:

- 1) экстренную профилактику, проводимую в начале эпидемического подъема заболеваемости или в эпидемическом очаге (внутриочаговая профилактика) с применением противовирусных химиопрепаратов, интерферонов и быстродействующих индукторов эндогенного интерферона, обладающих немедленным эффектом;**
- 2) сезонную профилактику, проводимую в предэпидемический период, с применением иммунокорректирующих препаратов курсами разной продолжительности;**
- 3) санитарно-гигиенические и оздоровительные мероприятия.**



Проведение неспецифической экстренной профилактики гриппа и ОРИ позволяет создать защиту больших групп населения и предупредить массовое распространение инфекции среди населения (в том числе школьников) и групп, подвергающихся повышенному риску заражения и играющих важную роль в дальнейшем распространении инфекций (медицинские работники, работники торговли, общественного транспорта).

Сезонная профилактика гриппа и ОРИ проводится с целью повышения резистентности организма человека к респираторным вирусам во время максимальной вероятности заболеваний и в предэпидемический период.

Список используемой литературы



- ✓ Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28 января 2021 г. N 4 "Об утверждении санитарных правил и норм СанПиН 3.3686-21 "Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (с изменениями и дополнениями от 11 февраля, 25 мая 2022 г., 25 июня 2025 г.).
- ✓ Приказ Министерства здравоохранения РФ от 6 декабря 2021 г. N 1122н "Об утверждении национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок".
- ✓ Клинические рекомендации – Грипп у взрослых – 2025-2026-2027 (21.10.2025) – Утверждены Минздравом РФ.



Благодарю за внимание!