



**Управление Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека
по Нижегородской области**



Обеспечение инфекционной безопасности

М.А. Шарабакина
Начальник отдела эпиднадзора
Управления Роспотребнадзора по Нижегородской области
ассистент кафедры профилактической медицины

2019 год

Инфекционная безопасность

Комплекс санитарно-противоэпидемических, санитарно-гигиенических, лечебно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение заноса и распространения инфекции в учреждение.

Система мероприятий, обеспечивающая защиту медработников от инфекционных заболеваний.

Для обеспечения инфекционной безопасности необходимо:

- ☐ знать пути и способы передачи инфекционных и паразитарных заболеваний, факторы риска, меры профилактики
- ☐ проводить систематическое обучение работников с проверкой знаний требований действующих нормативно- законодательных документов
- ☐ принять меры по предупреждению инфицирования проживающих и работников во время пребывания в учреждении
- ☐ своевременно и полном объеме проводить мероприятия при возникновении неблагоприятной эпидситуации в учреждении

П. 8.13. , СП 2.1.2.3358-16 "Санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму работы организаций социального обслуживания

Для профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний персоналом организации социального обслуживания проводятся профилактические и противоэпидемические мероприятия в соответствии с санитарным законодательством.



Основные нормативно-правовые документы

Полный перечень действующих нормативных документов представлен в электронном виде
(в раздаточном материале)

СП 2.1.2.3358-16 "Санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму работы организаций социального обслуживания"

СанПиН 2.1.3.2630-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность"

**СанПиН 3.2.3215-14
"Профилактика паразитарных болезней на территории Российской Федерации"**

СП 2.3.6.1079-01 "Санитарно-эпидемиологические требования к организациям общественного питания, изготовлению и оборотоспособности в них пищевых продуктов и продовольственного сырья"

СанПиН 2.1.7.2790-10 "Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами"

СП 3.1/3.2.3146-13 "Общие требования по профилактике инфекционных и паразитарных болезней"

СанПиН 2.4.3259-15 "Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей"

Новые нормативно-правовые документы (2018-2019 гг.)

СП 3.1.3542-18

**"Профилактика менингококковой
инфекции"**

СП 3.1.3525-18

**"Профилактика ветряной оспы и
опоясывающего лишая"**

**Приказ Минздрава России
от 31.01.2019 N 36н**

**"Об утверждении Порядка проведения
экспертизы связи заболевания с
профессией и формы медицинского
заключения о наличии или об отсутствии
профессионального заболевания"**

**Постановление Главного государственного
санитарного врача РФ от 06.03.2019 N 2
"О проведении подчищающей
иммунизации против кори на территории
Российской Федерации"**

"Санитарно-эпидемиологические требования к размещению, устройству, оборудованию, содержанию, санитарно-гигиеническому и противоэпидемическому режиму работы организаций социального обслуживания"

За организацию и полноту выполнения санитарных правил ответственным лицом является руководитель организации социального обслуживания



- ☐ *За каждый раздел работы назначается распорядительным документом по учреждению определенный сотрудник, в том числе по организации противоэпидемических мероприятий*
- ☐ *В целях повышения уровня знаний необходимо прорабатывать с сотрудниками требования действующих и вновь введенных нормативно-правовых документов в области санитарного законодательства с определенной периодичностью*
- ☐ *Своевременное (1 раз в 5 лет) обучение медицинских работников в соответствии с их функциональными обязанностями и лицензируемыми видами медицинской деятельности в (т.ч. отдельно по дезинфектологии п.20.1. СП 3.1/3.2.3146-13, вакцинопрофилактике (п. 3.32, СП 3.3.2342-08, п.2 приказа МЗ РФ №125н от 21.03.14)*

Каждый поступающий в организацию стационарного социального обслуживания должен иметь медицинскую карту

☐ Со сведениями о результатах обследования:

- ✓ на туберкулез (ФЛГ или рентгенологическое исследование в течение последнего года),
- ✓ на группу возбудителей кишечных инфекций (дизентерию, сальмонеллез, брюшной тиф и **рекомендуется** на вирусные кишечные инфекции) (действительны в течение двух недель от дня забора материала на исследование).
- ✓ яйца гельминтов (энтеробиоз и гименолепидоз),
- ✓ дифтерию
- ✓ инфекций, передающихся половым путем,

☐ Данными о профилактических прививках

+

☐ Справка об отсутствии контактов с инфекционными больными по месту проживания в течение 21 дня до поступления



СП 3.1.1.3108-13

"Профилактика острых кишечных инфекций"

10.6.2. Однократному лабораторному обследованию с целью определения возбудителей острых кишечных инфекций **бактериальной и вирусной этиологии в оздоровительных организациях для детей перед началом оздоровительного сезона (также при поступлении на работу в течение оздоровительного сезона)** подлежат:

сотрудники, поступающие на работу на пищеблоки;

сотрудники, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой, реализацией пищевых продуктов и питьевой воды;

лица, осуществляющие эксплуатацию водопроводных сооружений.

(п. 10.6.2 введен Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 05.12.2017 N 149)



Все поступающие в организацию социального обслуживания лица пожилого возраста, лица с ограниченными возможностями здоровья и инвалиды осматриваются на наличие педикулеза и чесотки.

В случае обнаружения лиц, пораженных педикулезом или чесоткой, проводится комплекс мероприятий в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями

Укладка для проведения противопедикулезных мероприятий.
(противопедикулезная укладка).

1. Клеенчатый или хлопчатобумажный мешок для сбора вещей больного.
2. Оцинкованное ведро или лоток для сжигания или обеззараживания волос.
3. Клеенчатая пелерина.
4. Перчатки резиновые.
5. Ножницы.
6. Частый гребень.
7. Машинка для стрижки волос.
8. Спиртовка.
9. Косынки (2-3 штуки).
10. Вата.
12. Столовый уксус.
13. Лупа
14. Педикулоцидное средство («Лаури», «Нитифор», «Педилин», «Рид», «Медифокс», « Пара Плюс»)

Осмотр на педикулез и чесотку проживающих, должна осуществляться не реже одного раза в 7 дней с отметкой в журнале

Вновь поступающие лица пожилого возраста, лица с ограниченными возможностями здоровья и инвалиды осматриваются врачом организации, и после проведения комплекса гигиенических мероприятий помещаются в палаты (мужскую или женскую) приемно-карантинного отделения **на период 7 дней** для медицинского наблюдения в целях выявления наличия или отсутствия инфекционных заболеваний.

В палаты приемно-карантинного отделения помещают проживающих, отсутствующих в организации **в течение 5 и более дней, на период не менее 7 дней.**

Больные с признаками инфекционного заболевания **помещаются в изолятор для временного пребывания до их госпитализации** в медицинскую организацию.



Острые кишечные инфекции



(ОКИ) – группа инфекционных болезней человека вызываемых различными видами бактерий, вирусами, которые объединяет одинаковый механизм заражения.

Заражение происходит при употреблении инфицированных пищевых продуктов, воды, а также контактным путем.

Источниками инфекций являются больные люди или бактерионосители (вирусоносители).

Можно инфицироваться путем употребления зараженного мяса животных, птиц и применение загрязненного кухонного инвентаря, когда происходит вторичное обсеменение готовых блюд.

К группе кишечных бактериальных инфекций относятся **дизентерия, сальмонеллез**.

Бактерии указанных инфекций, попадая в продукты, которые не подвергаются термической обработке, или недостаточно прошедшие термическую обработку накапливаются в них, и, попадая в организм, вызывают рвоту, жидкий стул, обезвоживание организма.



Вирусные ОКИ вызывают кишечные вирусы рото-, норо-, астро-, адено-,энтеро- вирусы.

При вирусных кишечных инфекциях вирусы не размножаются в продуктах, достаточно того, что они туда попали. Больной человек при несоблюдении правил личной гигиены обсеменяет во время приготовления пищу и вирусы, попадая в организм с продуктами, вызывает заболевания, для которого характерны те же симптомы, как при бактериальной инфекции.



Причиной ОКИ могут быть условно патогенные микроорганизмы (стрептококки, протей, клебсиелла, синегнойная палочка, энтеробактерия кишечная палочка и пр.), обитающие в норме в организме человека, и которые при определенных условиях (нарушении количественного баланса) могут вызвать кишечную инфекцию. При нарушении гигиены мытья рук, лицами участвующих в приготовлении пищи, микробы заносятся в продукты, размножаются и вызывают инфицирование.





Золотистый стафилококк,

локализуется в носоглотке (напр., патология ЛОР - органов, кариес зубов), на коже (при гнойных процессах: напр., пиодермии, панариции, нагноившиеся парезы и др.)

Носители золотистого стафилококка активно загрязняют продукты и являются источниками **ПТИ** - заболевания, причиной которого является заражение не собственно бактериями, а энтеротоксинами, которые образуются в результате жизнедеятельности бактерий.

Образование энтеротоксина происходит уже при температуре 18-20⁰.

Характерной особенностью ПТИ является очень короткий инкубационный период (т.е. период от инфицирования до начала проявления клиники), который составляет 2-16 часов. Основным симптомом является рвота.

В 2018 году в НО зарегистрировано 12439 случаев острых кишечных инфекций (384,5 на 100 тысяч населения), что на 4% выше уровня заболеваемости 2017 года

Территории с высоким уровнем заболеваемости (по сумме ОКИ)

Территории	Показатель на 100 тысяч населения
Балахнинский	689,9
Автозаводский	655,3
Ленинский	598,6
Арзамасский	569,6
Канавинский	545,3
Московский	530,0
Кстовский	465,1
Приокский	442,3
Городецкий	441,6
Павловский	427,0
Нижегородская область	384,5

В 2018 году в НО заболеваемость сальмонеллёзом увеличилась на 18%, составив 22,5 на 100 тысяч населения

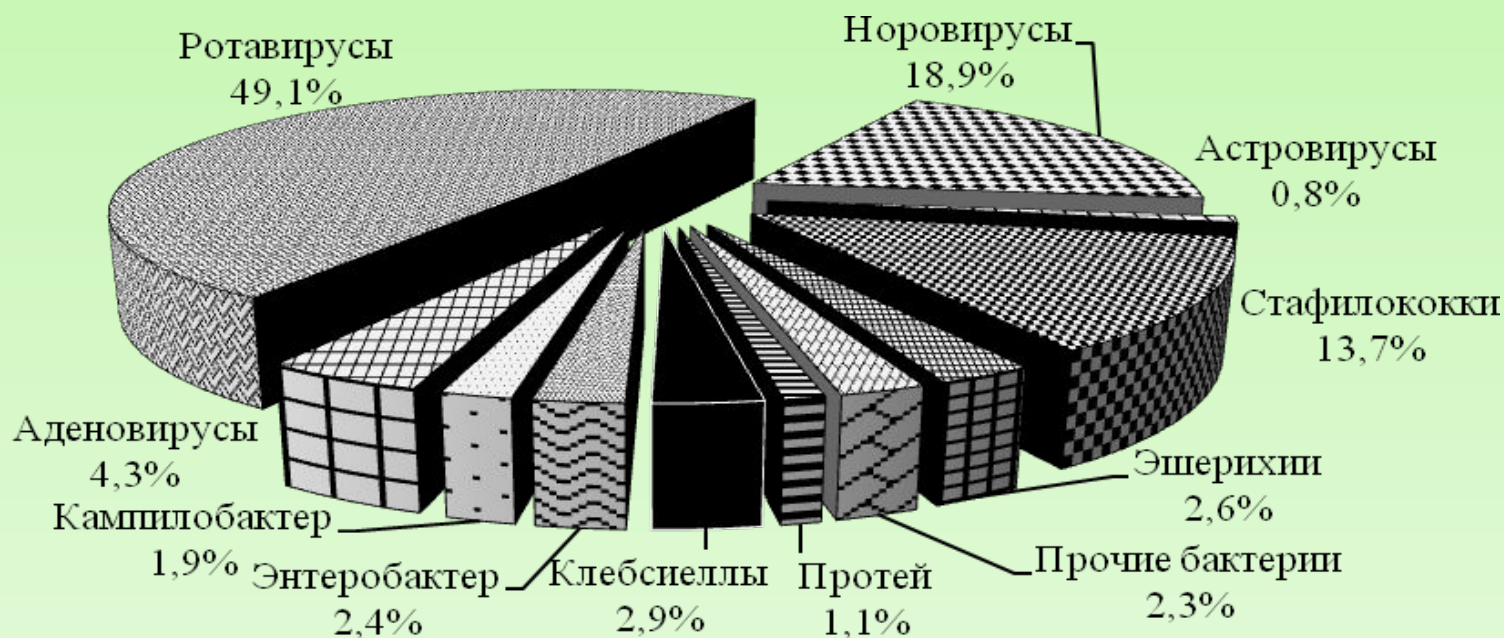
Высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в Перевозском (123,8), Спасском (49,0), Вадском (47,0), Арзамасском (43,4), Кстовском (39,4), Сосновском (37,0), Городецком (36,8), Уренском (34,4) районах.

В структуре предполагаемых факторов передачи сальмонеллёзной инфекции преобладают продукты из мяса птиц 31,2% и яйца 32,4%.

В 2018 году при проведении лабораторного контроля воды, сырья и готовых продуктов (в том числе в рамках производственного контроля) выделено 8 сальмонелл.

В 2018 году в НО заболеваемость др. ОКИ установленной этиологии выросла на 14%, составив 4822 случая (149,1 на 100 тысяч населения)

Этиологическая структура ОКИ установленной этиологии в 2018 году



В 2018 году зарегистрировано 9 очагов групповой заболеваемости ОКИ, связанных с деятельностью образовательных учреждений. Групповых заболеваний, связанных с функционированием объектов коммунального хозяйства, социальных и санаторно-курортных учреждений не зарегистрировано

Нарушения санитарного законодательства способствующие формированию очага и распространению ОКИ

- Прием на работу сотрудников без заключения предварительного медосмотра**
- Формальное ведение журнала «Здоровье» на пищеблоке**
- Нарушения правил, направленных на профилактику ОКИ, на пищеблоках**
- Недостаточное обеспечение дезинфицирующими, антисептическими средствами**
- Нарушаются правила хранения, приготовления и использования дезинфицирующих средств**
- Нерегулярность уборки помещений, в том числе туалетов, пищеблоков**
- Нарушение правил хранения уборочного инвентаря**

- Несвоевременная изоляция больных с клиникой ОКИ , отсутствует перевод в МО (госпитализация)
- При наличии симптомов инфекционного заболевания медработники не ставят диагноз и не передают экстренное извещение.
- Не организуются или несвоевременно проводятся противоэпидемические мероприятия в соответствии с СП при наличии инфекционных заболеваний в учреждении.
- Не в полном объеме выявляется круг контактных
- Не проводится или проводится формально медицинское наблюдение за контактными в случае регистрации инфекционного заболевания в учреждении, отсутствуют листы наблюдения.
- Несвоевременно обследуются сотрудники пищеблока
- Отсутствует стерильная посуда для отбора материала от заболевших на исследование.
- Не в полном объеме собирается пищевой анамнез

Порядок действий медицинского работника в случае обращения (выявления) больного с симптомами острой кишечной инфекции (далее -ОКИ)

- 1.Временно (не более, чем на 2 часа) госпитализировать больного в изолятор (не допускать его контакт со здоровыми лицами) и зарегистрировать заболевшего в амбулаторном журнале ,в журнале изолятора.**
- 2. Собрать пищевой анамнез у заболевшего.**
- 3. Проинформировать о случае ОКИ руководство учреждения.**
- 4. При наличии у больного рвоты обеспечить забор рвотных масс и в стерильную одноразовую посуду, приобретение которой обязательно при оснащении медицинского блока.**
- 5. Отобранный биологический материал для проведения лабораторного исследования необходимо передать с врачом скорой помощи в медицинскую организацию, в которую госпитализирован больной.**
- 6. Вызвать скорую помощь для перевода заболевшего в инфекционный стационар/отделение.**

7. Зарегистрировать случай ОКИ в журнале учета инфекционных заболеваний (ф. 60/у) и передать информацию о случае ОКИ (экстренное извещение ф.58 -/у) в филиал ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Нижегородской области течение 2-х часов с момента обращения за медпомощью.
8. Провести опрос и осмотр контактных лиц, в том числе пищеблока с целью выявления заболевших ОКИ среди них
9. В случае активного выявления (подозрения) больных ОКИ принять меры к их изоляции и госпитализации
10. Направить работников пищеблока в инфекционный стационар (отделение) для лабораторного обследования по предписанию ТО Управления
11. Организовать медицинское наблюдение за контактными лицами с отметкой в журнале наблюдения (не допускать формальностей). Длительность медицинского наблюдения составляет 7 дней и включает опрос, осмотр, наблюдение за характером стула, термометрию.

12. В случае убийтия контактных (по любой причине) или приостановления деятельности до завершения срока медицинского наблюдения информация о контакте с больным ОКИ должна быть передана по каждому в медицинскую организацию по месту жительства в течение 24 часов.

13. Организовать и провести дезинфекцию в жилых помещениях, местах общего пользования, на пищеблоке своими силами или силами специализированной организации, разрешенными дезсредствами по предписанию ТО Управления

18. Руководитель издает приказ по организации противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения инфекции, с назначением ответственных лиц за их выполнение

19. До прибытия специалистов ФГУЗ или его филиалов, Управления Роспотребнадзора и его ТО выполнить в установленные сроки рекомендации, полученные по телефону.

КОРЬ

В период с 08.02.19г по 12.03.19г в трех муниципальных образованиях Нижегородской области (г. Нижний Новгород, г. Дзержинск, г.о.г. Кстово) зарегистрировано 16 случаев заболевания корью населения (1 случай завозной из Калужской области), в том числе 6 случаев среди детей.

За указанный период было сформировано 29 очагов, в том числе 12 домашних очагов, 7- в медицинских организациях, 8- в образовательных учреждениях, 2- в прочих объектах.

Проведенные мероприятия в очагах:

- ✓ **Максимальное расширение границ очагов (с учетом возможного риска инфицирования)**
- ✓ **Отстранение от работы и учебы непривитых от кори контактных лиц**
- ✓ **Проведение прививок против кори без ограничения возраста (подлежало прививкам по эпидемическим показаниям– 4233 человека, привито 3503 человека или 82,8%, в том числе в первые 72 часа - 73,6%) и иммунопрофилактики подлежащим лицам.**

В настоящее время сохраняется угроза завоза кори из неблагополучных соседних регионов (Ивановской, Рязанской, Костромской и др. областей), стран СНГ, Европы и распространения инфекции среди населения области

Лица, не имеющие документального подтверждения об иммунизации или ранее перенесенном заболевании, по личной инициативе сдают кровь на напряженность иммунитета к кори. Так, по сведениям, представленных рядом лабораторий за 1 кв. текущего года, защитный уровень антител к кори **не имеют 31,3% лиц** от числа обследованных.

Единственным эффективным средством профилактики против кори является создание максимальной иммунной прослойки (не менее 95%) как среди населения, так и в отдельном организованном коллективе, путем проведения подчищающей иммунизации среди непривитых лиц из числа отказывающихся от прививок, имеющих необоснованные медицинские отводы.

В соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 06.03.2019 N 2 **в период с 01.04.2019 по 01.10.2019 проводится кампания по подчищающей иммунизации против кори населения области**, не получивших прививки своевременно в рамках национального календаря профилактических прививок (на бесплатной основе) и **трудовых мигрантов** за счет средств работодателя или личных средств граждан

Природно-очаговые заболевания (ПОИ)

В Нижегородской области актуальными являются следующие природно-очаговые заболевания- вирусный клещевой энцефалит, клещевой боррелиоз (переносчиками инфекции являются инфицированные клещи при наличии основных прокормителей- грызунов) и геморрагическая лихорадка с почечным синдромом (единственный источник заражения людей- мышевидные грызуны)

Неблагоприятные тенденции по ПОИ :

- ✓рост случаев присасывания клещей (в 2018 году обратилось 11184 человека (345,7 на 100 тысяч населения), что на 26% больше, чем в 2017г)
- ✓инфицированность клещей вирусом клещевого энцефалита в 2018 г. увеличилась в 3 раза и составила 0,6 %, (0,2% в 2017г.),
- ✓инфицированность клещей анаплазмами увеличилась в 3 раза и составила 34,6 % (13,2 % в 2017 г.),
- ✓показатель заболеваемости иксодовым клещевым боррелиозом увеличился на 12% и составил 4,57 на 100 тысяч населения (в 2017- 4,09)
- ✓показатель заболеваемости ГЛПС ежегодно превышает соответствующий по РФ (в 2018 году в 3 раза)

Зарегистрировано 3 случая вирусного клещевого энцефалита

Клещевые инфекции



Санитарно-эпидемиологические правила

СП 3.1.3.2352-08

**Профилактика вирусного клещевого
энцефалита**

Санитарно-эпидемиологические правила

СП 3.1.3310-15

**ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ,
ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ИКСОДОВЫМИ
КЛЕЩАМИ**

Клещевой вирусный энцефалит (КВЭ)

Инкубационный период длится от 1 до 30 дней, в среднем 7-14 дней.

Клещевой энцефалит может протекать в 3 формах:

- лихорадочной (при преобладании лихорадки), развивается у 50% больных*
- менингеальной (при поражении оболочек головного и спинного мозга), характерна для 30% зараженных*
- очаговой (при вовлечении в процесс вещества мозга с развитием очаговой неврологической симптоматики), отмечается у 20% заболевших.*



Прогноз при клещевом энцефалите зависит от степени поражения нервной системы

- ✓ При лихорадочной форме, как правило, все больные полностью выздоравливают.
- ✓ При менингеальной форме также прогноз благоприятный, однако в некоторых случаях могут наблюдаться стойкие осложнения со стороны ЦНС в виде хронических головных болей, развития мигрени.
- ✓ Очаговая форма клещевого энцефалита является самой неблагоприятной по прогнозу. Смертность может достигать 30 человек на 100 заболевших.
- Осложнениями этой формы является возникновение стойких параличей, судорожного синдрома, снижение умственных способностей.

Боррелиоз - бактериальное заболевание

Инкубационный период длится от 1 до 40 дней, в среднем 10-14 дней.

При развитии заболевания может возникнуть поражение нервной системы, суставов, оболочек сердца, глаз.

При переходе в хроническую форму инфекции у больных могут развиваться артриты, нейроборрелиоз, хронический атрофический дерматит.





□ Индивидуальная защита от нападения клещей

□ Противоклещевые мероприятия

□ Специфическая профилактика (вакцинация против КВЭ)

Для индивидуальной защиты от нападения клещей необходимо:

- отправляясь в лес, следует надевать длинные светлые брюки и плотно облегающую с длинными рукавами на манжетах рубашку. В качестве застёжек лучше использовать молнии, а не пуговицы;
- во время отдыха на природе избегать пребывания на участках, густо заросших травой;
- проводить само - и взаимоосмотры каждые 10-15 минут с целью обнаружения клещей;
- использовать высокоэффективные акарицидные (убивающие клещей) средства типа «Рефтамид таёжный», "Фумитокс-антиклещ", «Гардекс антиклещ», "Перманон", «Претикс» и др. или препараты типа «Кра-реп» и «Москитол-антиклещ», содержащие как акарицидные, так и репеллентные (отпугивающие) вещества, которые наносятся только на одежду.
- после возвращения из леса необходимо тщательно осмотреть тело и одежду.

Противоклещевые мероприятия

- ❖ Акарицидные обработки проводятся ежегодно (в апреле) на территории объекта с охватом 50-ти метровой зоны вокруг.
- ❖ До акарицидной обработки с целью повышения ее эффективности проводится:
 - благоустройство территории и прилегающих площадей
 - дератизационные мероприятия, направленные на уменьшение численности грызунов –прокормителей, как на территории объекта с охватом 50-ти метровой зоны вокруг, так и в помещениях (строениях)
- ❖ Проводят акарицидную обработку при благоприятном метеопрогнозе (отсутствии осадков***) на ближайшие 3 дня (п. 4.3.10. МУ 3.5.3011-12) всей территории и 50-ти метровой зоны по периметру ограждения.

*** *Выпадение значительного количества осадков после обработки ведет к снижению эффективности акарицидной обработки*

- ❖ **Энтомологическое обследование** эффективности акарицидной обработки (обязательно!!!) . Проводится на 3-5 день и через 15-20 дней после ее проведения. Обработка считается эффективной, если численность клещей не превышает 0,5 особей на 1 флаго/км.

Перечень документов о проведенных мероприятиях по обеспечению инфекционной безопасности по клещевым инфекциям:

- **Договор** на проведение акарицидной обработки
- **Энтомологическое заключение** об эффективности акарицидной обработки.
- **Потребовать от организации, осуществляющей дезинфекционную деятельность:**
 - Акт сдачи-приемки выполненных работ**, в котором должна быть отражена следующая информация:
 - Дератизационная обработка основной незастроенной территории, помещений (строений) и прилегающей к ней 50-ти метровой зоны по периметру ограждения (отдельно).
 - Акарицидная обработка по основной территории и 50-ти метровой зоны по периметру ограждения (отдельно).
 - Площадь обработок заявленная и обработанная.
 - Наименование препарата, расход на 1га и общий расход препарата..
 - Сертификаты (декларации) соответствия на препараты, используемые для акарицидной и дератизационной обработок.

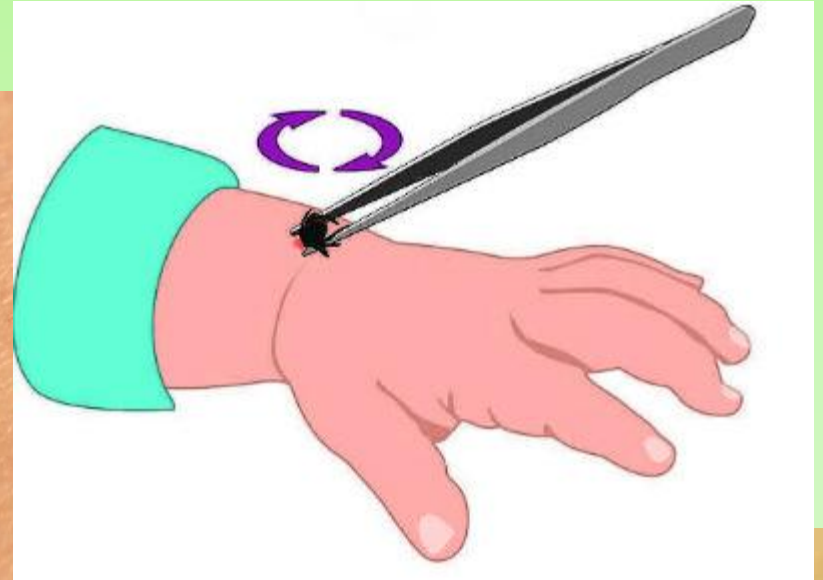
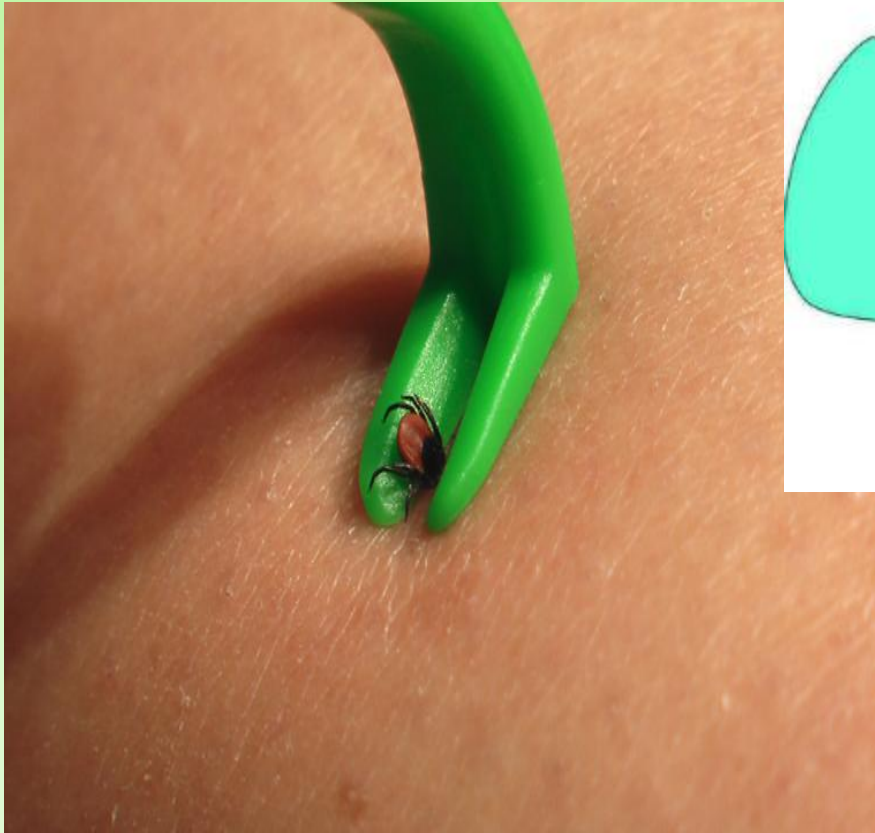
Алгоритм противоклещевых мероприятий **в сезон активности клещей**

- ❖ Обеспечить постоянное скашивание травяной растительности на всей территории, в том числе и 50-ти метровой зоны по периметру ограждения.
- ❖ Взять на контроль своевременность вывоза пищевых и бытовых отходов, регулярную очистку емкостей для их сбора.
- ❖ Систематическое проведение дератизационных мероприятий
- ❖ Проводить силами организаций дезинфекционного профиля акарицидную обработку всей территории, включая 50-ти метровой зоны по периметру ограждения **при наличии факта присасывания клещей.**

МЕРОПРИЯТИЯ В СЛУЧАЕ ПРИСАСЫВАНИЯ КЛЕЩЕЙ :

- УДАЛИТЬ КЛЕЩА, ПОМЕСТИТЬ КЛЕЩА В ПЛОТНО ЗАКРЫВАЮЩИЙСЯ ФЛАКОН/ПРОБИРКУ С ВЛАЖНЫМ КУСОЧКОМ ВАТЫ.
 - зарегистрировать случай в журнале присасывания клещей и передать информацию по телефону в отдел регистрации и учета инфекционных больных филиал ФГУЗ « Центр гигиены и эпидемиологии» с анамнезом о месте присасывания.
 - ДОСТАВИТЬ КЛЕЩА для исследования на клещевые инфекции в лаборатории ООИ ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Нижегородской области» (г. Н.Новгород, ул. Нижневолжская набережная, дом 2, подъезд 3, этаж 4 (вход со двора), конт. тел. 89038480430) и лаборатория ФФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Нижегородской области №3» (г. Шахунья, ул. Революционная, дом 32, конт. тел. 88315227320).
- *Если клещ инфицирован АГ ВКЭ, то проводится экстренная пассивная профилактика заболевания (используется специфический иммуноглобулин) в течение 96 часов после укуса в трампунктах АПУ/ приемных отделениях ЦРБ и за пострадавшим ведется меднаблюдение в течение 3-х недель*
- ** Если клещ инфицирован боррелиями назначается курс АБ с профилактической целью и (или) ведется меднаблюдение в течение 3-х недель*

Методы удаления клещей в случае присасывания



Профилактической иммунизации против КЭ подлежат следующие группы профессионального риска*

- ❖ Лица, выполняющие следующие работы:
 - сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные и дезинсекционные;
 - по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, зон оздоровления и отдыха населения.
- ❖ Лица, работающие с живыми культурами возбудителя клещевого энцефалита.

** Указанные лица прививаются за счет областного бюджета.*

В индивидуальном порядке население прививается за счет личных средств в негосударственных вакцинальных центрах.

На настоящий момент в России доступны три вакцины

- Вакцина против клещевого энцефалита сухая (Россия)
- ЭнцеВир (Россия)
- Клещ-Э-Вак (Россия)



Клещ-Э-Вак (TICK-E-VAC) (для взрослых и детей)

Одна прививочная доза для лиц
от 16 лет и старше (0,5 мл)



Одна прививочная доза для детей
от 1 года до 16 лет (0,25 мл)



Вид вакцинации	Первичная вакцинация		Первая ревакцинация	Последующие ревакцинации
	Первая	Вторая		
Плановая	0 день вакцинации	Через 1-7 мес после первой вакцинации	Через 12 мес после второй вакцинации	Каждые 3 года
Экстренная		Через 2 недели после первой вакцинации		
Доза для лиц от 16 лет и старше	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл
Доза для детей от 1 года до 16 лет	0,25 мл	0,25 мл	0,25 мл	0,25 мл

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ



Конт. телефон (8312) 4322970