

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель
Управления Роспотребнадзора
по Иркутской области

_____ А.Н. Пережогин

«___» _____ 2019 г.

УТВЕРЖДАЮ
Заместитель директора
ФКУЗ Иркутский научно-
исследовательский противочумный
институт Роспотребнадзора

_____ Е.И. Андаев

« 22 » марта 2018 г.

**ТАКТИКА ПЕРВИЧНЫХ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО
С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ОПАСНУЮ ИНФЕКЦИОННУЮ
БОЛЕЗНЬ В МЕЖДУНАРОДНОМ АЭРОПОРТУ
г. ИРКУТСК**

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Иркутск
2019

АННОТАЦИЯ

Методические рекомендации содержат сведения о тактических приемах и особенностях организации и проведения первичных противоэпидемических мероприятий в случае выявления в воздушном пункте пропуска «Международный Аэропорт Иркутск» больного с симптомами инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации.

Методические рекомендации разработаны специалистами ФКУЗ Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора (В.А. Вишняков, М.В. Чеснокова, М.Б. Шаракшанов, Е.С. Куликалова, Ж.Ю. Хунхеева, С.В. Балахонов); Управления Роспотребнадзора по Иркутской области (С.В. Каверзина, Т.П. Баландина). Рецензенты: Андаев Е.И., Воронова Г.А. (ФКУЗ Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора).

Методические рекомендации рассмотрены и одобрены Ученым советом ФКУЗ Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора (протокол № 3 от «22» марта 2018 г.).

УТВЕРЖДАЮ:
Руководитель
Управления Роспотребнадз
по Иркутской области



А.Н. Пережогин А.Н. Пережогин

21 марта 2019 г.

УТВЕРЖДАЮ:
Заместитель директора
ФКУЗ Иркутский научно-
исследовательский противочумный
институт Роспотребнадзора



Е.И. Андаев Е.И. Андаев

« 22 » марта 2018 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**Тактика первичных противоэпидемических мероприятий
при выявлении больного с подозрением на опасную
инфекционную болезнь в Международном аэропорту г. Иркутск**

Иркутск
2019

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Министр здравоохранения
Иркутской области

15.05.2012



О.Н. Ярошенко

Главный внештатный специалист
эпидемиолог министерства
здравоохранения Иркутской области

И.Н. Лисянская

И.о. генерального директора
АО «Международный Аэропорт Иркутск»

В.В. Перетолчин

Начальник ПДСА
АО «Международный Аэропорт Иркутск»

Е.Л. Еловский

Директор медико-санитарной части
АО «Международный Аэропорт Иркутск»

Н.И. Медик

Врач-эпидемиолог медико-санитарной
части АО «Международный Аэропорт
Иркутск»

Е.А. Цымбаленко

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ	7
2. Нормативно-методические документы	7
3. Общие положения	8
4. Мероприятия при выявлении больного на борту воздушного судна	9
5. Мероприятия при выявлении больного в здании аэровокзала ..	18
6. Мероприятия при выявлении больного в здравпункте аэропорта	21
Приложение 1. Эпидемиологические особенности болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ	22
Приложение 2. Сигнальные клинические признаки болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ	29
Приложение 3. Анкета пассажира, прибывающего в Российскую Федерацию	42

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	– артериальное давление
ВДП	– верхние дыхательные пути
ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
ВС	– воздушное судно
ДРК	– Демократическая Республика Конго
ЗП	– здравпункт
МКБ-10	– Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр
МУ	– методические указания
ОАЭ	– Объединенные Арабские Эмираты
ПДСА	– производственно-диспетчерская служба аэропорта
РФ	– Российская Федерация
СИЗ	– средства индивидуальной защиты
СКП	– санитарно-карантинный пункт
СМП	– скорая медицинская помощь
СП	– Санитарно-эпидемиологические правила
США	– Соединенные Штаты Америки
ФСБ	– Федеральная служба безопасности
ЦАР	– Центральноафриканская республика
ЮАР	– Южно-Африканская республика

1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Методические рекомендации предназначены для специалистов территориальных учреждений Роспотребнадзора, осуществляющих санитарно-карантинный контроль, и медицинских работников здравпункта в воздушном пункте пропуска через Государственную границу Российской Федерации («Международный Аэропорт Иркутск»); других должностных лиц государственных учреждений и организаций иных форм собственности в Иркутской области, привлекаемых для осуществления противоэпидемических (профилактических) мероприятий в случае выявления больного с симптомами инфекционных болезней, требующими проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации; сотрудников специализированных противоэпидемических бригад ФКУЗ Иркутский научно-исследовательский противочумный институт Роспотребнадзора; аспирантов и специалистов, проходящих курсы профессиональной переподготовки и усовершенствования по вопросам особо опасных инфекционных болезней.

2. НОРМАТИВНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ

2.1. Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ.

2.2. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации».

2.3. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.4.2366-08 «Изменения и дополнения № 1 к санитарно-эпидемиологическим правилам «Санитарная охрана территории Российской Федерации СП 3.4.2318-08»».

2.4. Санитарно-эпидемиологические правила СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности)».

2.5. Международные медико-санитарные правила (2005 г.).

2.6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр.

2.7. Постановление Правительства РФ от 29 июня 2011 г. № 500 «Об утверждении Правил осуществления санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через государственную границу Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями от 23.04.2012 г., 12.11.2016 г., 21.02.2017 г.).

2.8. Приказ Роспотребнадзора от 17.07.2012 г. № 767 (ред. от 29.06.2015 г.) «Об утверждении Административного регламента исполне-

ния Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека государственной функции по осуществлению санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска на российском участке внешней границы Таможенного союза».

2.9. Методические указания МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

3. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

3.1. Устойчивый тренд к увеличению объёмов пассажирских авиаперевозок обуславливает актуальность эпидемиологических рисков завоза и распространения на территории РФ инфекционных болезней, представляющих опасность для населения. В этих условиях для обеспечения эпидемиологического благополучия особое значение приобретает эффективность санитарно-карантинного контроля в пунктах пропуска через Государственную границу РФ, прежде всего воздушных. Своевременность организации и проведения комплекса первичных противоэпидемических мероприятий в случае выявления в пункте пропуска больного с подозрением на инфекционные болезни, требующие проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ, позволяет в максимально сжатые сроки локализовать эпидемический очаг и свести к минимуму вероятность распространения инфекции среди восприимчивого населения.

3.2. Настоящие методические рекомендации составлены на основе действующих нормативно-правовых и методических документов, регламентирующих проведение мероприятий по санитарной охране территории РФ, направленных на предотвращение завоза и распространения инфекционных болезней, представляющих опасность для населения.

3.3. Перечень инфекционных болезней, которые могут привести к возникновению чрезвычайных ситуаций в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения и требуют проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ (далее – опасные инфекционные болезни), определен СП «Санитарная охрана территории Российской Федерации».

3.4. Санитарно-карантинный контроль лиц, транспортных средств, товаров и грузов в пунктах пропуска через Государственную границу РФ осуществляется до проведения иных видов государственного контроля (пограничного, миграционного, таможенного и др.).

3.5. В случае выявления при проведении санитарно-карантинного контроля больного с симптомами опасной инфекционной болезни приостанавливаются иные виды государственного контроля до установления предварительного диагноза. В дальнейшем эти виды контроля осуществляются с соблюдением требований биологической безопасности, объём которых определяется исходя из оперативной оценки эпидемической опасности инфекционной болезни.

3.6. Взаимодействие должностных лиц государственных учреждений и организаций иных форм собственности, привлекаемых для проведения противоэпидемических (профилактических) мероприятий в случае выявления больного с подозрением на опасную инфекционную болезнь, осуществляется в соответствии с «Комплексным планом мероприятий по санитарной охране территории Иркутской области от завоза и распространения особо опасных инфекционных заболеваний» (далее – Комплексный план).

3.6.1. Комплексный план утверждается губернатором Иркутской области сроком на пять лет.

3.6.2. Корректировка Комплексного плана проводится ежегодно, при этом отражаются организационные, кадровые и другие изменения, произошедшие в течение года.

3.6.3. Комплексный план проходит согласование с руководителями всех учреждений и организаций, привлекаемых для проведения противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

4. МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО НА БОРТУ ВОЗДУШНОГО СУДНА

4.1. Порядок действий экипажа ВС при выявлении на борту больного с симптомами (признаками) опасной инфекционной болезни.

4.1.1. Старший бортпроводник по внутренней связи (не входя в кабину пилотов) немедленно извещает командира экипажа о выявлении больного.

4.1.2. Командир экипажа ВС передает сообщение о выявлении больного в аэропорт пункта назначения (ближайший аэропорт по пути следования). Вводится в действие Оперативный план противоэпидемической готовности российского транспортного средства (ВС), осуществляющего международные рейсы.

4.1.3. Старший бортпроводник объявляет пассажирам о наличии на борту человека, которому требуется медицинская помощь, просит остаться на своих местах и следовать рекомендациям бортпроводников.

4.1.4. Бортпроводники надевают СИЗ (респиратор, медицинские перчатки), по возможности обеспечивают респираторами пассажиров, принимают меры по разобщению больного и здоровых лиц (больного отсаживают на заднее сиденье салона, по возможности отгораживают кресло больного плотным материалом или иными подручными средствами), обеспечивают больного крафт-пакетами, организуют заполнение пассажирами анкет, содержащими сведения, необходимые для дальнейшего проведения эпидемиологического расследования и профилактических мероприятий (приложение 3).

4.2. При получении ПДСА сообщения от командира экипажа ВС о наличии на борту больного с симптомами опасной инфекционной болезни задействуется схема оповещения должностных лиц и вводится в действие «План первичных санитарно-противоэпидемических мероприятий, проводимых в случае выявления больного с подозрением на опасную инфекционную болезнь на борту воздушного судна, в здании аэровокзала» международного аэропорта г. Иркутска (далее – Оперативный план).

4.3. Получив информацию от ПДСА, специалист СКП информирует о возникновении чрезвычайной ситуации начальника отдела санитарной охраны территории Управления Роспотребнадзора по Иркутской области. Начальник отдела незамедлительно доводит информацию до руководителя (заместителя руководителя) Управления Роспотребнадзора по Иркутской области для принятия им необходимых управленческих решений.

4.4. Специалист СКП согласовывает по доступным каналам связи с должностными лицами пограничной и таможенной служб вопрос об отведении ВС на санитарную стоянку. К ВС подвозят трап(ы), у которого(ых) кладется коврик, смоченный дезинфицирующим раствором (при положительной температуре воздуха). При отрицательной температуре наружного воздуха коврики кладут в салоне вблизи выхода из ВС. Наряды пограничной службы ФСБ России и линейного отдела полиции на воздушном транспорте обеспечивают оцепление санитарной площадки. До получения разрешения специалиста СКП как должностного лица, осуществляющего санитарно-карантинный контроль, приостанавливаются выход членов экипажа и пассажиров, выгрузка багажа, грузов с борта ВС.

4.5. Специалист СКП и два медработника ЗП аэропорта (врач и помощник: фельдшер, медицинская сестра) надевают регламентированные СИЗ, аналогичные по степени защиты противочумному костюму первого типа (в общем случае, когда на данном этапе нельзя исключить риск передачи инфекции воздушно-капельным путём). Необходимо строго соблюдать порядок надевания и снятия комплекта СИЗ в соответствии с приложением № 7 к МУ 3.4.2552-09.

4.5.1. Надевание СИЗ проводится в специально отведённом для этого помещении (ЗП или изолятор аэропорта), оснащённом большим зеркалом.

4.5.2. Элементы защитной одежды (комбинезон, полнолицевая маска, перчатки, сапоги) должны быть предварительно подобраны по размеру для конкретного специалиста. Полнолицевую маску необходимо плотно подогнать к лицу, регулируя длину лямок. С целью контроля правильности надевания СИЗ, защитную одежду надевают в паре или при участии помощника. Необходимо обратить особое внимание на плотное прилегание всех элементов СИЗ друг к другу, удостовериться в отсутствии зазоров между отдельными элементами в области лица (капюшон и полнолицевая маска / очки, респиратор), запястий (перчатки и комбинезон), лодыжек (сапоги и комбинезон).

4.6. Специалист СКП и медработники ЗП доставляются до ВС автотранспортом аэропорта.

4.7. Первыми на борт ВС одновременно поднимаются специалист СКП и два медработника ЗП с целью подтвердить или снять подозрение на опасную инфекционную болезнь и сформулировать предварительный диагноз.

4.8. Мероприятия, проводимые специалистом СКП на борту ВС:

4.8.1. Запрещает любые передвижения пассажиров и членов экипажа без особого разрешения. Знакомится с медико-санитарными документами ВС.

4.8.2. Проводит сбор эпидемиологического анамнеза у больного и сопровождающих его лиц. Наряду со стандартными вопросами необходимо установить следующие факты:

- прибытие больного с эндемичной и/или неблагополучной по опасным инфекционным болезням территории в пределах инкубационного периода (приложение 1);
- контакт с вероятными носителями и/или переносчиками болезни;
- контакт с больными с такими же симптомами в пути, по месту работы, жительства, временного пребывания;
- групповые инфекционные заболевания или случаи смерти в окружении больного.

При оценке сигнальных эпидемиологических признаков специалист СКП учитывает оперативную информацию об эпидемических проявлениях отдельных нозологических форм опасных инфекционных болезней в мире. Достоверные сведения такого рода предоставляют официальные Интернет-сайты ВОЗ (<http://www.who.int/csr/don/ru>), Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (<http://rosпотребнадзор.ru/deyatelnost/epidemiological-surveillance>).

На основании предварительного диагноза, выставленного врачом ЗП и внесённого им в форму № 058/у «Экстренное извещение об инфекци-

онном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку», специалист СКП решает вопрос о необходимости временной изоляции больного по месту выявления.

4.8.3. В оперативном порядке передаёт информацию о выявлении больного согласно схеме оповещения по доступным каналам связи (радиосвязь, сотовая связь). Согласует с должностными лицами ПДСА, пограничной службы и органов внутренних дел на воздушном транспорте обеспечение охраны ВС и находящихся на нём лиц до окончания проведения противоэпидемических мероприятий.

4.8.4. При подозрении на contagiозную болезнь (приложение 1) корректирует проведение первичных противоэпидемических мероприятий, начатых бортпроводниками: максимально возможное разобщение больных и здоровых пассажиров, использование защитных респираторов и перчаток, запрет для больного пользоваться туалетом и сбор выделений больного в отдельную ёмкость или крафт-пакеты.

4.8.5. Принимает решение о необходимости ограничительных мероприятий в отношении контактных лиц. Выявляет лиц, подвергшихся высокому риску заражения в связи с контактом и/или близким расположением посадочных мест в салоне ВС во время полёта по отношению к больному. В первую очередь это пассажиры, сидевшие в одном ряду с больным, в двух рядах впереди и двух рядах позади него, а также все бортпроводники. Кроме того, в группу лиц с высоким риском заражения относят пассажиров, для которых в ходе опроса установлен факт контакта с больным или его выделениями (посещение туалета), а также нахождения лица в одинаковых условиях по риску заражения с больным на неблагополучной/эндемичной территории (общие факторы риска, факторы передачи: пища, вода и др.). При выявлении симптомов инфекционного заболевания у лиц, находившихся с больным в одинаковых условиях по риску заражения, близко контактировавшие с ними лица подлежат временной изоляции.

4.8.6. В оперативном порядке осуществляет координацию своих действий (посредством радио- или сотовой связи с ПДСА) с прибывшей эвакуационной бригадой (бригадой СМП), службами, осуществляющими эвакуацию с борта ВС пассажиров и членов экипажа.

4.8.7. Проводит осмотр ВС на наличие грызунов и членистоногих, определяет показания к проведению дератизации и дезинсекции.

4.8.8. Координирует порядок эвакуации больного, пассажиров и экипажа с борта ВС.

4.9. Мероприятия, проводимые врачом ЗП на борту ВС:

4.9.1. Сбор анамнеза болезни у больного и/или лиц, его сопровождающих: дата и время начала заболевания; начало острое, подострое

или постепенное; с чем больной связывает заболевание; жалобы; приём лекарственных препаратов, их эффект; сведения о вакцинации и др.

4.9.2. Выявление жалоб, симптомов (признаков), патогномоничных или характерных для одной или нескольких нозологических форм опасных инфекционных болезней (приложение 2).

4.9.3. Осмотр: оценка тяжести состояния (лёгкое, средней тяжести, тяжёлое), уровень сознания (ясное, спутанное, оглушение, кома), эмоциональное состояние (адекватное, подавленное, возбуждённое, патологический аффект), наличие острой продуктивной психопатологической симптоматики (бред, галлюцинации), положение (активное, пассивное, вынужденное), видимые слизистые оболочки (цвет, влажность, энантема), температура тела, пульс, АД, кожные покровы (цвет, влажность, тургор, сыпь, в т.ч. геморрагические элементы).

Цель осмотра больного – выделить основной синдром (симптомокомплекс), определяющий тяжесть состояния: интоксикационный (лихорадка), дегидратационный (синдром диареи, обезвоживания, острый гастроэнтерит или энтерит), геморрагический, респираторный, неврологический.

4.9.4. Опрос (и при необходимости осмотр) остальных пассажиров и членов экипажа: выявление жалоб, характерных симптомов или признаков инфекционной болезни.

4.9.5. На борту ВС запрещено проводить любые инвазивные медицинские манипуляции в отношении подозрительного больного, за исключением оказания медработниками ЗП и/или эвакуационной бригады (бригады СМП) экстренной помощи при угрозе жизни пациента. При этом медработники обязаны строго соблюдать требования биологической безопасности.

4.9.6. Забор материала для лабораторного исследования от больного допускается на борту ВС только при подозрении на холеру: образцы рвотных масс и/или испражнений отбирают и упаковывают в соответствии с требованиями биологической безопасности и направляют в бактериологическую лабораторию, предусмотренную Комплексным планом. При подозрении на другие опасные инфекционные болезни забор клинического материала на борту ВС не проводится. На борту ВС запрещены любые инвазивные процедуры с целью забора клинического материала.

4.10. Предварительный диагноз опасной инфекционной болезни формулируется врачом ЗП на основании сигнальных клинических и эпидемиологических признаков (приложения 1, 2) и в дальнейшем подтверждается или снимается консультантами, определёнными Комплексным планом.

4.11. Формулировка предварительного диагноза включает две части: синдромальную (отражает основной синдром, обуславливающий

тяжесть состояния) и нозологическую (нозологическая форма опасной инфекционной болезни под вопросом, что необходимо для обоснования дальнейших противоэпидемических мероприятий и введения в действие Комплексного плана). Указывают код нозологической формы по МКБ-10 (приложение 1).

Примеры предварительного диагноза:

- «Острый диарейный синдром, дегидратация II степени. Холера? A00»;
- «Острый нижний респираторный синдром (пневмония?), острая дыхательная недостаточность 2-й степени, тяжёлое течение. Чума, лёгочная форма? A20».

4.12. В случае выявления синдрома геморрагической лихорадки, конкретизация нозологической формы на борту ВС не требуется. Допустима следующая формулировка предварительного диагноза: «Геморрагическая лихорадка неуточнённая» (код A99 по МКБ-10), отражающая ведущие синдромы болезни (лихорадочный и геморрагический).

Конкретизация предварительного диагноза геморрагической лихорадки возможна по эпидемиологическим признакам: прибытие больного из эндемичной страны/региона (приложение 1), особенно если в настоящее время там отмечаются эпидемические проявления конкретной нозологической формы, а также при наличии чётких сигнальных клинических признаков нозологической формы (приложение 2).

Первичные противоэпидемические мероприятия при подозрении на неуточнённую геморрагическую лихорадку проводятся с соблюдением требований биологической безопасности как при контагиозных болезнях, вызванных вирусами первой группы патогенности (опасности).

4.13. Если на борту ВС при наличии у больного сигнальных эпидемиологических признаков не удалось выявить никаких сигнальных клинических признаков конкретной нозологической формы опасной инфекционной болезни, кроме выраженной интоксикации и лихорадки, врач ЗП формулирует следующий предварительный диагноз: «Лихорадка неуточнённая, тяжёлое течение» (код R50.9 по МКБ-10). Диагноз дополняется сигнальным словом «КАРАНТИН», указывающим на необходимость введения в действие Комплексного плана в отношении инфекционной болезни неясной этиологии, способной привести к возникновению чрезвычайной ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ.

Первичные противоэпидемические мероприятия в этом случае проводятся с соблюдением требований биологической безопасности как при болезнях, вызванных возбудителями первой группы патогенности (опасности).

Врач ЗП передаёт специалисту СКП заполненную форму № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, острым

профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку», содержащую формулировку предварительного диагноза.

4.14. Специалисты ЗП дожидаются подъёма на борт ВС двух специалистов эвакуационной бригады. Врач ЗП передаёт больного эвакуационной бригаде, сообщает врачу бригады предварительный диагноз и информацию о состоянии больного в динамике.

4.15. Эвакуация пассажиров и членов экипажа с борта ВС производится по сигналу от ПДСА через выход, противоположный месту нахождения больного. Если ВС имеет один выход, то эвакуация пассажиров и экипажа проводится в следующем порядке: сначала лица, не контактировавшие с больным; затем лица, подвергшиеся высокому риску заражения; в последнюю очередь больной, сопровождаемый медработниками ЗП и эвакуационной бригады. При эвакуации пассажиров и членов экипажа ВС и проведении мероприятий на объекте временной изоляции (пп. 4.16, 4.17) при необходимости привлекаются специалисты (эпидемиологи, помощники эпидемиолога и др.) ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Иркутской области» или медико-санитарной части аэропорта. Указанные специалисты используют регламентированные СИЗ, аналогичные по степени защиты противочумному костюму первого типа.

4.16. Пассажиры и члены экипажа ВС под контролем специалиста СКП автотранспортом доставляются на объект, предусмотренный Комплексным планом для временной изоляции (спортивный комплекс или др.). Автотранспорт сопровождается автомобилем полиции с проблесковым маячком синего цвета и звуковым спецсигналом.

4.17. В помещении объекта временной изоляции специалист СКП проводит уточнение списка пассажиров, полноту и правильность заполнения ими анкет, корректирует список лиц, подвергшихся высокому риску заражения. Управленческое решение о порядке проведения профилактических мероприятий в отношении указанных лиц (определение перечня лечебно-профилактических организаций, на которые возлагается осуществление медицинского наблюдения и/или изоляции; оптимальный выбор лекарственных препаратов для превентивного лечения; финансовое обеспечение и др.) принимает медицинский штаб Иркутской области при участии должностных лиц Управления Роспотребнадзора по Иркутской области, министерства здравоохранения Иркутской области и консультантов, определённых Комплексным планом.

4.18. По результатам санитарно-карантинного контроля специалист СКП принимает решение о возможности и способах проведения уполномоченными должностными лицами отдельных видов государственного контроля (пограничного, миграционного, таможенного и др.) в отношении пассажиров ВС с учётом соблюдения необходимых в конкретном

случае требований биологической безопасности: исключение прямого контакта должностного лица с пассажирами, использование СИЗ (респираторов, перчаток и т.п.).

4.19. Больной с борта ВС доставляется автотранспортом эвакуационной бригады в инфекционный госпиталь, развернутый на базе инфекционного стационара, предусмотренного Комплексным планом. Автотранспорт эвакуационной бригады сопровождается автомобилем полиции. Автомобили эвакуационной бригады и полиции включают проблесковые маячки синего цвета, при необходимости используют звуковой спецсигнал.

4.20. Медработники ЗП и специалист СКП доставляются автотранспортом аэропорта в изолятор аэропорта, где они снимают СИЗ в специально выделенном помещении, оснащённом большим зеркалом и необходимым количеством ёмкостей с дезинфицирующим раствором. Снятие защитной одежды проводится в паре либо под контролем помощника. Необходимо избегать спешки и резких движений.

4.21. Медработники ЗП и специалист СКП после снятия защитной одежды проходят экстренную личную профилактику, используя регламентированную укладку (см. приложение 8.5 к МУ 3.4.2552-09). Открытые участки тела обрабатывают 70%-ным раствором этилового спирта, им же прополаскивают полость рта и горло. В глаза и нос закапывают раствор антибиотика (бактериальные инфекции) или 1%-ный водный раствор борной кислоты (вирусные инфекции). При подозрении на грипп, вызванный новым подтипом вируса, допускается приём внутрь одного из противовирусных препаратов (см. приложение 4.7 к МУ 3.4.2552-09). В остальных случаях необходимость профилактического приёма антибактериальных или противовирусных препаратов, а также медицинского наблюдения или изоляции специалистов СКП и ЗП, определяется решением медицинского штаба Иркутской области при участии должностных лиц Управления Роспотребнадзора по Иркутской области, министерства здравоохранения Иркутской области и консультантов, определённых Комплексным планом, на основании результатов эпидемиологического расследования.

4.22. При необходимости оказания экстренной или неотложной медицинской помощи, в случае задержки прибытия эвакуационной бригады и до получения информации о готовности инфекционного госпиталя к приёму больного, по решению врача ЗП и с согласия специалиста СКП больной с борта ВС может быть доставлен автотранспортом аэропорта в изолятор аэропорта. При этом больного сопровождают два медработника ЗП. Специалист СКП оповещает диспетчера ПДСА о необходимости подъезда автотранспорта эвакуационной бригады к изолятору аэропорта. В изолятор аэропорта временно (до решения вопроса о возвращении в страну выезда) помещаются иностранные граждане с подозрением на опасную инфекци-

онную болезнь при их несогласии на госпитализацию в инфекционный стационар. В этом случае оформляется письменный отказ от госпитализации в присутствии представителей пограничной службы с обязательным информированием (в присутствии) представителя консульства – без прямого контакта с больным(и) или при условии использования СИЗ.

4.23. В изоляторе аэропорта силами медработников ЗП проводится оказание медицинской помощи больному при критических состояниях (см. приложение 4.1 к МУ 3.4.2552-09): дегидратация (проведение внутривенной регидратации кристаллоидными растворами), инфекционно-токсический шок, острая сердечно-сосудистая недостаточность, острый геморрагический синдром, острый неврологический синдром.

4.23.1. На этапе оказания медицинской помощи в изоляторе аэропорта не рекомендуется применение антибактериальных и противовирусных препаратов.

4.23.2. При наступлении у больного клинической смерти (до прибытия эвакуационной бригады) медработники ЗП проводят сердечно-лёгочную реанимацию.

4.23.3. При проведении медицинских манипуляций необходимо строго соблюдать требования биологической безопасности.

4.24. В изоляторе аэропорта может быть проведён забор испражнений и/или рвотных масс для лабораторного исследования у больного с подозрением на холеру. При подозрении на другие опасные инфекционные болезни забор клинического материала в изоляторе аэропорта не проводится.

4.25. После эвакуации больного в инфекционный госпиталь в изоляторе аэропорта проводится заключительная дезинфекция силами организации дезинфекционного профиля, предусмотренной Комплексным планом.

4.26. После эвакуации всех лиц с борта ВС салон, багаж и трапы подвергаются заключительной дезинфекции силами организации дезинфекционного профиля. Заключительную дезинфекцию багажа проводят после выгрузки в зоне санитарной стоянки методом протирания во избежание нанесения ущерба имуществу пассажиров. Багаж больного и лиц, подвергшихся изоляции по контакту, после дезинфекции направляют на склад временного хранения. Контроль за проведением дезинфекционных (дезинсекционных, дератизационных) мероприятий осуществляет специалист СКП. По истечении времени экспозиции оцепление с санитарной площадки снимается, ВС получает право свободной практики.

4.27. Контроль качества заключительной дезинфекции (дезинсекции, дератизации) в пределах международного аэропорта осуществляет специалист СКП или ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Иркутской области», исходя из оперативной обстановки.

4.28. В случае, если специалист СКП при проведении санитарно-карантинного контроля на борту ВС выявляет среди пассажиров или членов экипажа больного с симптомами опасной инфекционной болезни, он немедленно извещает об этом диспетчера ПДСА, просит ввести в действие Оперативный план, запрашивает комплект СИЗ для себя, который доставляют медработники ЗП, поднимающиеся на борт. Дальнейшие первичные противоэпидемические мероприятия проводятся аналогично изложенному алгоритму.

5. МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В ЗДАНИИ АЭРОВОКЗАЛА

5.1. При получении информации о выявлении в здании аэровокзала подозрительного больного специалист СКП информирует о возникновении чрезвычайной ситуации врача ЗП и начальника отдела санитарной охраны территории Управления Роспотребнадзора по Иркутской области. Начальник отдела незамедлительно доводит информацию до руководителя (заместителя руководителя) Управления Роспотребнадзора по Иркутской области для принятия им необходимых управленческих решений.

5.2. Специалист СКП и два медработника ЗП (врач и помощник: фельдшер, медицинская сестра) надевают регламентированные СИЗ, аналогичные по степени защиты противочумному костюму первого типа (см. п. 4.5), и направляются к месту выявления больного.

5.3. Мероприятия, проводимые специалистом СКП:

5.3.1. Запрещает любые передвижения лиц в здании аэровокзала без особого разрешения.

5.3.2. Согласует с должностными лицами пограничной службы и органов внутренних дел на воздушном транспорте обеспечение охраны здания аэровокзала и находящихся в нём лиц до окончания проведения противоэпидемических мероприятий.

5.3.3. Проводит сбор эпидемиологического анамнеза у больного, сопровождающих его лиц (см. п. 4.8.2), а также лица, сообщившего о больном.

5.3.4. На основании предварительного диагноза, выставленного врачом ЗП и внесённого им в форму № 058/у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку», специалист СКП принимает решение о временной изоляции больного в ближайшем свободном помещении. При отсутствии свободного помещения больного отводят по возможности дальше от остальных лиц.

5.3.5. В оперативном порядке передаёт информацию согласно схеме оповещения по доступным каналам связи (радиосвязь, сотовая связь).

5.3.6. Выявляет лиц, подвергшихся высокому риску заражения. Принимает решение об организации ограничительных мероприятий в отношении контактных лиц.

5.3.7. В оперативном порядке осуществляет координацию своих действий (посредством радио- или сотовой связи с ПДСА) с прибывшей эвакуационной бригадой.

5.3.8. Координирует порядок эвакуации больного, контактных и остальных лиц, находящихся в помещении аэровокзала.

5.4. Мероприятия, проводимые врачом ЗП:

5.4.1. Сбор анамнеза болезни у больного и/или лиц, его сопровождающих; выявление жалоб и симптомов (признаков), патогномичных или характерных для одной или нескольких нозологических форм опасных инфекционных болезней (приложение 2); физикальный осмотр с целью определения основного синдрома (симптомокомплекса), определяющего тяжесть состояния: интоксикационный, дегидратационный, геморрагический, респираторный, неврологический – см. пп. 4.9.1, 4.9.2, 4.9.3.

5.4.2. Формулировка предварительного диагноза опасной инфекционной болезни – см. пп. 4.10–4.13.

5.4.3. Оказание медицинской помощи больному при критических состояниях при условии строгого соблюдения требований биологической безопасности.

5.4.4. Опрос (и при необходимости осмотр) остальных лиц, находящихся в помещении аэровокзала с целью выявления жалоб и характерных симптомов или признаков инфекционной болезни.

5.4.5. Помощник врача ЗП (фельдшер или медицинская сестра) оказывает помощь врачу ЗП при манипуляциях с больным, заполнении документации, опросе находящихся в помещении лиц и др.

5.5. Эвакуация лиц, находящихся в помещении аэровокзала, в т.ч. сотрудников служб аэропорта, производится по сигналу от ПДСА в следующем порядке: сначала лица, не контактировавшие с больным; затем лица, подвергшиеся высокому риску заражения; в последнюю очередь больной, сопровождаемый медработниками ЗП и эвакуационной бригады.

5.6. Лица, находившиеся в помещении аэровокзала, под контролем специалиста СКП автотранспортом доставляются на объект временной изоляции (спортивный комплекс или др.). Автотранспорт сопровождается автомобилем полиции с проблесковым маячком синего цвета и звуковым спецсигналом.

5.7. В помещении объекта временной изоляции специалист СКП составляет список эвакуированных лиц, обеспечивает заполнение ими анкет, корректирует список лиц, подвергшихся высокому риску заражения. Управленческое решение о порядке проведения профилактических

мероприятий в отношении указанных лиц (определение перечня лечебно-профилактических организаций, на которые возлагается осуществление медицинского наблюдения и/или изоляции; оптимальный выбор лекарственных препаратов для превентивного лечения; финансовое обеспечение и др.) принимает медицинский штаб Иркутской области при участии должностных лиц Управления Роспотребнадзора по Иркутской области, министерства здравоохранения Иркутской области и консультантов, определённых Комплексным планом.

5.8. По результатам санитарно-карантинного контроля специалист СКП принимает решение о возможности и способах проведения уполномоченными должностными лицами отдельных видов государственного контроля (пограничного, миграционного, таможенного и др.) в отношении временно изолированных лиц с учётом соблюдения необходимых требований биологической безопасности.

5.9. Специалист СКП и врач ЗП ожидают прибытия в помещение аэровокзала двух специалистов эвакуационной бригады. Врач ЗП передаёт больного эвакуационной бригаде, сообщает специалистам бригады предварительный диагноз и информацию о состоянии больного в динамике.

5.10. При необходимости оказания экстренной или неотложной медицинской помощи (см. п. 4.23), в случае задержки прибытия эвакуационной бригады и до получения информации о готовности инфекционного госпиталя к приёму больного, по решению врача ЗП и с согласия специалиста СКП больной из помещения аэровокзала может быть доставлен автотранспортом аэропорта в изолятор аэропорта. При этом больного сопровождают два медработника ЗП. Специалист СКП оповещает диспетчера ПДСА о необходимости подъезда автотранспорта эвакуационной бригады к изолятору аэропорта.

5.11. После эвакуации больного в инфекционный госпиталь в помещении аэровокзала и изоляторе аэропорта проводится заключительная дезинфекция силами организации дезинфекционного профиля, предусмотренной Комплексным планом. Контроль качества заключительной дезинфекции в пределах международного аэропорта осуществляет специалист СКП или ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Иркутской области», исходя из оперативной обстановки.

5.12. Медработники ЗП и специалист СКП доставляются автотранспортом аэропорта в изолятор аэропорта, где они снимают СИЗ в специально выделенном помещении, оснащённом большим зеркалом и необходимым количеством ёмкостей с дезинфицирующим раствором. Снятие защитной одежды проводится в паре либо под контролем помощника. Необходимо избегать спешки и резких движений.

5.13. Медработники ЗП и специалист СКП после снятия защитной одежды проходят экстренную личную профилактику – см. п. 4.21. Необходимость медицинского наблюдения или изоляции специалистов СКП и ЗП, а также профилактического приёма антибактериальных или противовирусных препаратов определяется решением медицинского штаба Иркутской области при участии должностных лиц Управления Роспотребнадзора по Иркутской области, министерства здравоохранения Иркутской области и консультантов, определённых Комплексным планом, на основании результатов эпидемиологического расследования.

6. МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ БОЛЬНОГО В ЗДРАВПУНКТЕ АЭРОПОРТА

Мероприятия при выявлении больного в здравпункте аэропорта проводятся согласно пункта 6.2 «Мероприятия при выявлении больного в поликлинике» МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

Приложение 1

Эпидемиологические особенности болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ

№ п/п	Нозологическая форма, код по МКБ-10*	Инкубационный период, контагиозность**	Эндемичные регионы (страны)
1	Оспа В03	5 – 22 дня (+)	Считается ликвидированной с 1980 г. Возможно заражение сотрудников вирусологических лабораторий.
2	Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом A80	2 – 35 дней (+)	2018 г. 1. Эндемичные страны: Пакистан, Афганистан, Нигерия . 2. Страны, где прервана местная передача дикого полиовируса, но зарегистрированы вспышки, связанные с завозом дикого полиовируса, либо отмечена циркуляция вакцинородственных полиовирусов: ДРК, Сомали, Кения, Нигер, Мозамбик, Папуа – Новая Гвинея . 3. Страны с высоким риском возникновения вспышек полиомиелита из-за низкого охвата иммунизацией: Украина, Сирия, Лаос, Мьянма, Камерун, ЦАР, Чад, Экваториальная Гвинея, Эфиопия, Гвинея, Ирак, Либерия, Мадагаскар, Сьерра-Леоне, Южный Судан . Рекомендация Роспотребнадзора: граждане РФ (как дети, так и взрослые) при выезде в любую из указанных стран должны иметь прививку против полиомиелита. Возможны опосредованные заносы в РФ через страны Средней Азии: Таджикистан, Узбекистан, Туркменистан, Казахстан.
3	Человеческий грипп, вызванный новым подтипом J11	Несколько часов – 7 дней (+)	Учитывают оперативную информацию ВОЗ о распространении болезни по странам. Исторически новые пандемические подтипы вируса гриппа возникали в Китае, Гонконге, США .
4	Тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС) U04	2–10 дней (+)	Изначально (2002 г.): юг Китая (провинция Гуандун). В марте-июне 2003 г. широкое распространение в мире, особенно пострадали Гонконг, Тайвань, Вьетнам, Канада . С мая 2014 г. не регистрируется.
5	Ближневосточный респираторный синдром (БВРС) V34.2 (Коронавирусная)	2–14 дней (+)	Эндемичная территория, предположительно, Аравийский полуостров . С 2012 г. по настоящее время регистрируется в Саудовской Аравии (более 85 % случаев), а также в Катаре, Омане, ОАЭ, Иордании, Йемене, Кувейте,

	инфекция не-уточнённая – временная рекомендация.		Ливане. Завозы в Республику Корея (крупная вспышка в 2015 г.), Китай, Египет, Алжир, Тунис, Таиланд, Малайзию, Филиппины, Иран, США, Турцию, Грецию, Италию, Австрию, Германию, Францию, Нидерланды, Великобританию.
6	Холера A00	10 часов – 5 дней (+)	<p>С 1961 г. по настоящее время протекает седьмая пандемия холеры. Большая часть заболевших приходится на страны Африки.</p> <p>1) Азия. Наиболее неблагоприятная ситуация в 2016–2018 гг.: Индия, Бангладеш, Филиппины, Малайзия (вспышки), Афганистан, Иран, Ирак, Мьянма, Непал, Пакистан, Таиланд. 2016–2018 гг. – эпидемия в Йемене с большим количеством больных с подозрением на холеру. Китай: местные случаи ежегодно. 2017–2018 гг. – завоз в Казахстан из Индии (Гоа): 10 случаев.</p> <p>2) Европа: только завозные случаи без распространения, за исключением вспышки на Украине (Мариуполь, 2011 г.). Завозные случаи в 2016 г.: Украина, Великобритания, Дания, Нидерланды, Германия, в 2017 г.: Украина, Чехия.</p> <p>3) Африка: неблагоприятны почти все страны южнее Сахары. 2011–2017 гг.: крупные вспышки в Бенине, Бурунди, Гане, ДРК, Замбии, Кении, Малави, Мозамбике, Нигерии, Руанде, Сомали, Танзании, Уганде, Южном Судане. 2016–2018 гг.: эпидемии в Сомали, Судане. 2018 г.: наибольшее число больных: Нигерия, ДРК, Сомали, Танзания, Кения; активная передача холеры: Конго, Сьерра-Леоне, Либерия, Ангола, Уганда, Замбия и Зимбабве.</p> <p>4) Америка. 2018 г. – Гаити (эпидемия с 2010 г.), Доминиканская Республика, Чили (вспышка). Ранее вспышки: Куба (2012–2015 гг.), Мексика (2013–2016 гг.), Венесуэла (2011, 2013 гг.). Единичные случаи в 2009–2016 гг.: Чили, Парагвай, Бразилия, Эквадор.</p>
7	Чума A20	1–6 дней (+)	<p>50 стран Азии, Африки, Северной и Южной Америки – природные очаги чумы.</p> <p>Азия: Казахстан, Китай, Монголия, Таиланд, Вьетнам, Камбоджа, Индонезия, Мьянма, Индия, Непал.</p> <p>РФ: 43 природных очага, в т.ч. 3 в Сибири (Республики Алтай и Тыва, Забайкальский край).</p> <p>В 2010–2018 гг. случаи заболевания людей чумой отмечены в Африке (ДРК, Уганда, Танзания, Замбия, 2017–2018 гг. – крупная вспышка</p>

			на Мадагаскаре), Америке (США, Перу, Боливия), Азии (Казахстан, Китай, Монголия, Киргизия, Россия).
8	Жёлтая лихорадка A95	3–10 дней (-)	«Пояс» по экватору: Африка (32 страны, в т.ч. вспышки в 2016 г. – ДРК, Ангола, 2017–2018 гг. – Нигерия), Центральная и Южная Америка (все страны, особенно Бразилия, Перу, Колумбия). В 2016–2018 гг. особенно неблагоприятна Бразилия , отмечены случаи заражения иностранных туристов. 2018 г. – 22 случая в Перу , заражение иностранной туристки в Суринаме .
9	Лихорадка Ласса A96.2	3–21 день (+)	Западная Африка: Сьерра-Леоне, Гвинея, Либерия, Нигерия, Бенин, Гана, Мали, Того, Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуар. 2017 г. – случаи в Нигерии, Бенине, Того и Буркина-Фасо, 2018 г. – Нигерии, Либерии .
10	Болезнь, вызванная вирусом Марбург A98.3	3–16 дней (+)	Африка: ДРК, Ангола, Уганда (крупные вспышки), Кения, ЮАР (единичные случаи). 2017 г. – вспышка на востоке Уганды . Вынос инфекции в другие страны происходил из Уганды.
11	Болезнь, вызванная вирусом Эбола A98.4	2–21 день (+)	Африка. До 2014 г. эндемична только для Центральной Африки (ДРК, Судан, Уганда, Конго, Габон, Нигерия). В 2014–2016 гг. эпидемия в Западной Африке: Сьерра-Леоне, Гвинея, Либерия . Также пострадали ДРК, Гана, Мали, Нигерия, Сенегал. 2017 и 2018 гг. – вспышки в ДРК .
12	Геморрагическая лихорадка Хуниин (аргентинская геморрагическая лихорадка) A96.0	7–16 дней (+)	Латинская Америка: Аргентина (провинции Буэнос-Айрес, Кордова, Санта-Фе и Ла-Пампа).
13	Геморрагическая лихорадка Мачупо (болливийская геморрагическая лихорадка) A96.1	7–14 дней (+)	Латинская Америка: Боливия (провинции Сан-Хоакин, Маморе, Якумо, департамент Бени).
14	Малярия B54 (Малярия неуточнённая)	7–30 дней, иногда до 6–9 месяцев (-)	Азия: Индия, Индонезия – наибольшее число случаев , высокая заболеваемость: Таиланд, Мьянма, Бангладеш, Непал . Также высокий риск заражения: Камбоджа, Вьетнам, Филиппины, Лаос . Риск заражения на отдельных территориях стран: Китай (только остров Хайнань и Юньнань), Корейская Народно-Демократическая Республика (юг стра-

			<p>ны), Республика Корея (север), Бутан, Малайзия, Тимор-Лешти, также Ближний Восток, Аравийский полуостров. Сохраняется местная передача возбудителя в Турции, Азербайджане, Таджикистане.</p> <p>Океания: Папуа – Новая Гвинея, Соломоновы Острова, Вануату.</p> <p>Африка: практически все страны южнее Сахары (90 % от мировой заболеваемости).</p> <p>Америка: Мексика, вся Центральная Америка, северная половина Латинской Америки.</p>
15	Лихорадка Западного Нила A92.3	2–14 дней (–)	<p>Широкое распространение в мире. Циркуляция вируса подтверждена на всей территории Африки и Латинской Америки, в США, на юге Канады, большинстве стран Европы (Средиземноморье), в Израиле. Спорадические случаи: Мексика, Центральная Америка, Карибский бассейн.</p> <p>РФ: Волгоградская, Астраханская, Воронежская, Липецкая, Белгородская, Ростовская, Саратовская, Самарская, Ульяновская, Курская, Челябинская, Новосибирская, Омская области, Ставропольский и Краснодарский края, республики Адыгея, Калмыкия, Татарстан и Крым и др.</p>
16	Крымская геморрагическая лихорадка A98.0	1–14 дней (+)	<p>Эндемична на обширных территориях Азии, Европы, Африки к югу от 50 параллели северной широты.</p> <p>Наибольшая заболеваемость: Средняя Азия, Ближний Восток, Балканы, вся Африка.</p> <p>Азия: Турция, Иран, Пакистан, Афганистан, Оман, Таджикистан, Узбекистан, Казахстан, Армения, Грузия, Ирак, Кувейт, Саудовская Аравия, ОАЭ.</p> <p>Европа: эндемичны Албания, Болгария, Греция, Венгрия, Сербия, в т.ч. Косово.</p> <p>Африка, природные очаги: Сенегал, Мавритания, Нигерия, ЦАР, Кения, Уганда, Танзания, Эфиопия, ЮАР, Зимбабве, ДРК, Буркина-Фасо, Гвинея, вероятно Судан. В 2017 г. случаи в Уганде, ЮАР, Намибии, Мавритании, Сенегале, в 2018 г. – в Намибии и Мавритании.</p> <p>Россия: юг европейской части страны (Астраханская, Ростовская области, Краснодарский и Ставропольский края, республики Калмыкия, Дагестан и Ингушетия).</p>
17	Лихорадка денге A90 (классическая денге) A91 (геморраги)	3–15 дней (–)	<p>Эндемичны 128 стран мира. Максимальный риск завоза в РФ: вся Южная и Юго-Восточная Азия. Особенно широкое распространение: Шри-Ланка, Индия, Таиланд,</p>

	чешская лихорадка денге)		<p>Индонезия, Мьянма, Вьетнам, Лаос, Малайзия, Камбоджа, Сингапур, Филиппины. Юго-восток Китая. Япония.</p> <p>Ближний Восток, крупные вспышки и эпидемии: Саудовская Аравия, Йемен.</p> <p>Многие страны Африки (вспышки в последние годы: Ангола, Мозамбик, Танзания, Кабо-Верде, Кения, Судан, Сейшельские Острова), почти все страны Центральной и Латинской Америки, Карибского бассейна (Бразилия, Мексика, Перу, Никарагуа, Колумбия, Парагвай, Панама, Коста-Рика, Аргентина, Пуэрто-Рико, Гондурас и др.).</p> <p>Северо-восток Австралии, Океания: Новая Каледония, Вануату, Фиджи, Самоа, Тонга, Французская Полинезия.</p> <p>Европа: в 2012–2013 гг. вспышка на острове Мадейра (Португалия).</p> <p>2017 г. – эпидемии в Индии, Вьетнаме, Пакистане, 2018 г. – вспышка на Сейшельских Островах, эпидемия в Реюньоне (заморский департамент Франции, вблизи Мадагаскара).</p>
18	Лихорадка Рифт-Валли (долины Рифт) A92.4	4–6 дней (–)	<p>Эндемичны Саудовская Аравия, Йемен, Египет и практически вся Африка: Ангола, Бенин, Ботсвана, Буркина-Фасо, Бурунди, Габон, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Бисау, Джибути, ДРК, Египет, Замбия, Зимбабве, Камерун, Кения, Конго, Кот-д'Ивуар, Лесото, Либерия, Мадагаскар, Малави, Мозамбик, Нигер, Нигерия, Намибия, Руанда, Сан Томе и Принсипи, Свазиленд, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Танзания, Того, Уганда, ЦАР, Эритрея, Экваториальная Гвинея, Эфиопия, ЮАР, Южный Судан.</p> <p>Крупные вспышки: Южный Судан (2018), Нигер (2016), Мавритания (2012), ЮАР (2010), Мадагаскар (2008–2009), Судан (2007), Кения, Сомали, Танзания (2006), Египет (2003), Саудовская Аравия, Йемен (с 2000 г.).</p>
19	Лихорадка Зика A92.8	3–12 дней (–)	<p>В настоящее время регистрируется более чем в 70 странах мира.</p> <p>Эндемичны обширные территории от северной Австралии до южной Азии, вся центральная и частично западная и южная Африка, большая часть Южной и часть Северной Америки, включая США.</p> <p>В 1952–2007 гг. единичные случаи: Уганда, Танзания, Нигерия.</p> <p>2007 г.: Микронезия, Полинезия (эпидемии), другие страны Океании. 2015–2016 гг. – Вану-</p>

			<p>ату, Соломоновы Острова, Новая Каледония.</p> <p>С 2015 г. широкое распространение в мире, особенно в Центральной и Южной Америке: Бразилия, Колумбия, Гондурас, Мексика, Парагвай, Перу, Коста-Рика, Венесуэла, Аргентина, Боливия, Сальвадор, Эквадор, Гваделупа и Мартиника (заморские департаменты Франции).</p> <p>2016 г.: рост заболеваемости в Таиланде, Вьетнаме, Сингапуре, Индонезии, на Филиппинах.</p> <p>2015–2017 гг. – 18 случаев завоза в Россию из Доминиканской Республики и Мексики.</p> <p>2018 г. – вспышки в Индии.</p>
20	Менингококковая болезнь A39	2–10 дней (+)	<p>Повсеместно. Особенно широкое распространение: «менингитный пояс» Африки, расположенный к югу от Сахары, от Сенегала на западе до Эфиопии на востоке (26 стран: Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, ДРК, Гамбия, Гана, Гвинея, Гвинея-Биссау, Камерун, Кения, Кот-д'Ивуар, Мали, Мавритания, Нигер, Нигерия, Руанда, Сенегал, Судан, Танзания, Того, Уганда, ЦАР, Чад, Эритрея, Эфиопия, Южный Судан).</p> <p>Крупные вспышки. 2016 г.: Гана, Того, Бенин, Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуар, Нигерия, Нигер, Камерун, Чад, Эфиопия, 2017 г.: Либерия, Нигерия, 2018 г.: ДРК, Нигерия, Нигер.</p>
21	Сибирская язва A22	1–14 дней (–)	<p>Регистрируется практически повсеместно. Заболеваемость приурочена к районам с развитым животноводством.</p> <p>Эндемична для 82 стран мира: Азия (Китай, Индия, Бангладеш, Индонезия, Турция, Иран, Ирак и др.), Африка (Уганда, Кения, Танзания, Эфиопия, Ангола, Мали, Буркина-Фасо и др.), Центральная (Мексика, Гаити, Гватемала) и Латинская Америка (Аргентина, Чили, Перу, Уругвай, Парагвай, Сальвадор).</p> <p>Вспышки среди людей в 2010-х гг. отмечены в странах ближнего зарубежья: Грузия, Армения, Киргизия, Таджикистан, Казахстан.</p> <p>Крупные вспышки в 2010-х гг. в мире: Бангладеш, Индия, Китай, Монголия, Филиппины.</p>
22	Бруцеллёз A23	6–30 дней (–)	<p>Регистрируется повсеместно (не встречается только в Японии и некоторых странах Европы: Кипр, Великобритания, Нидерланды, Люксембург, Швейцария, Болгария, Румыния, Чехия,</p>

			<p>Словакия, Швеция, Финляндия, Дания, Норвегия, Исландия).</p> <p>Болезнь приурочена к районам с развитым животноводством.</p> <p>В настоящее время наибольшее число случаев регистрируется в Сирии, Саудовской Аравии, Иране, Монголии, Армении, Грузии, Киргизии, Узбекистане, Туркменистане.</p>
23	Сар A24.0	1–21 день (–)	<p>Азия: Индия, Бахрейн, ОАЭ, Китай, Монголия, Афганистан, Иран, Турция, Ливан, Сирия.</p> <p>Африка. Центральная и Латинская Америка: Бразилия, Чили.</p> <p>Неблагополучная эпизоотическая ситуация: Бразилия (с 2012 г.), Иран (с 2007 г.), Индия.</p> <p>Случаи заболевания людей носят преимущественно профессиональный характер (контакты с лошадьми, мулами, ослами).</p>
24	Мелиоидоз A24.4	2–14 дней (–)	<p>Достоверно эндемичны север Австралии, Таиланд, Малайзия, Сингапур.</p> <p>Случаи болезни среди людей в 2000–2018 гг. отмечены в Австралии, Сингапуре, Вьетнаме, Малайзии, Индии, Лаосе, Мьянме, Камбодже, Индонезии, Гонконге, на Филиппинах, юге Китая, Тайване. Единичные случаи: Бангладеш, Мадагаскар, Шри-Ланка, Турция, Иран, Кения, Нигер, Бразилия, Перу, Панама, Эквадор, США и др.</p> <p>Случаи выноса инфекции в страны Европы: из Таиланда, Малайзии, Шри-Ланки, Бангладеш.</p>
25	Эпидемический сыпной тиф A75	6–23 дня (–)	<p>Распространение болезни зависит от степени поражённости населения педикулёзом.</p> <p>До 1960-х гг. регистрировался повсеместно.</p> <p>1999 г. – крупная вспышка в Китае после разрушительного землетрясения.</p> <p>В настоящее время заболеваемость низкая: развивающиеся страны Африки (Алжир, Бурунди), Азии (Индия, Китай, Малайзия), Центральной и Латинской Америки (Перу).</p> <p>РФ: спорадические случаи в 1990–2000-х гг. Вспышка в Липецкой области (1998 г.).</p>

* Код по МКБ-10, рекомендуемый на этапе формулировки предварительного диагноза.

** (+) контагиозная болезнь, (–) неконтагиозная болезнь.

Справочно: контагиозность (здесь) – способность болезни к непосредственной передаче (по аэрогенному, контактному и/или фекально-оральному механизмам) от больного человека здоровому.

Сигнальные клинические признаки болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории РФ

Общими основаниями для возникновения подозрения на опасную инфекционную болезнь являются следующие особенности клинической картины: тяжёлое общее состояние больного, высокая температура тела, неадекватное поведение, изменённое состояние сознания, сыпь, геморрагические проявления (кровоизлияния, кровоточивость, наружное кровотечение без видимых повреждений). Заболевание чаще начинается остро.

Необходимо обращать внимание на любую атипичность клинической картины: необычное сочетание симптомов, несоответствие тяжёлого общего состояния больного и скудной физикальной симптоматики (прежде всего, при аускультации лёгких), выявление гриппоподобного симптомокомплекса вне эпидемического сезона гриппа и острых респираторных заболеваний, картины пневмонии в тёплое время года и т.п.

Следует сопоставить клинические данные с «анамнезом путешественника».

В данном приложении приведены сигнальные клинические признаки, характерные для типичного течения отдельных нозологических форм. Необходимо учитывать, что указанные признаки не всегда чётко выражены в силу ряда факторов: индивидуальные особенности иммунного ответа организма человека, вирулентность и инфицирующая доза возбудителя и др.

Прописными буквами выделены ведущие синдромы, имеющие ценность для дифференциальной диагностики, полужирным шрифтом – патогномоничные симптомы (признаки).

Оспа (натуральная оспа)

- ИНТОКСИКАЦИЯ, ИСТИННАЯ ОСПЕННАЯ СЫПЬ.
- Высокая лихорадка, боли в мышцах, головная боль, рвота.
- Продромальный период: **интенсивные боли в крестце** и поясничной области.
- Продромальная сыпь (rash): коре- или скарлатиноподобная, в области грудных и бедренных треугольников.
- **Истинная сыпь: единовременное появление на слизистых и коже, в т.ч. ладоней и подошв, мономорфная. Пузырьки с пупкообразным вдавлением в центре, многокамерные, при проколе иглой не спадаются. Сильный зуд.**
- В отдельных случаях геморрагический синдром: кровоизлияния в кожу, геморрагическое содержимое элементов сыпи («чёрная оспа»).

Полиомиелит, вызванный диким полиовирусом

- ИНТОКСИКАЦИЯ, ОСТРЫЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ (менингеальный или **синдром острых вялых параличей**).
- Непаралитические формы: кратковременная лихорадка (иногда двухволновая), катар ВДП (кашель, заложенность носа), диспепсия (гастроэнтерит или энтероколит) или картина серозного менингита.
- Паралитические формы. Начало: головная боль, першение в горле, тошнота, рвота, боли в животе, запор. Ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского, угнетение сухожильных рефлексов.

Синдром острых вялых параличей развивается внезапно на фоне падения температуры: гипотония мышц, гипо- и арефлексия, асимметричное сочетание парезов и параличей отдельных групп мышц, чаще проксимальных отделов нижних конечностей, реже верхних конечностей, мышц спины, шеи, передней брюшной стенки, диафрагмы.

На фоне параличей всегда сохраняются все виды чувствительности.

Человеческий грипп, вызванный новым подтипом вируса

- ИНТОКСИКАЦИЯ, ОСТРЫЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ. Вначале появляются признаки интоксикации, затем поражения ВДП (реже одновременно).
- Часто острейшее начало: больной может назвать не только дату, но и время внезапного появления симптомов интоксикации.
- Высокая лихорадка: в первые 12 часов болезни подъем температуры тела до 38–40 °С.
- Боль при движениях глазных яблок, ретроорбитальные боли.
- Головная боль (интенсивная, чаще в области лба, надбровных дуг), мышечные боли (интенсивные).
- Гиперемия, одутловатость лица, кожные покровы горячие, влажные.
- Инъекция сосудов склер, иногда светобоязнь, слезотечение.
- Катар ВДП: сухой кашель, першение в горле, заложенность носа с жидким, прозрачным отделяемым, саднение и боли за грудиной (ранний трахеит). Слизистые оболочки носа, зева и глотки гиперемированы.
- Печень и селезёнка не увеличены. Лимфоузлы в норме.

Тяжёлый острый респираторный синдром (ТОРС)

Ближневосточный респираторный синдром (БВРС)

- ОСТРЫЙ НИЖНИЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ. Поражение нижних отделов респираторного тракта: бронхолит с переходом в пневмонию и развитием респираторного дистресс-синдрома.

- Триада: лихорадка, сухой кашель, затруднённое дыхание.
- Отсутствует или слабо выражен катар ВДП, в т.ч. насморк и чихание.
- Часто в начале болезни обильная водянистая диарея без примеси слизи и крови, возможно обезвоживание.
- Отсутствует эффект от антибиотикотерапии.

Холера

- **ДИАРЕЯ, ОБЕЗВОЖИВАНИЕ.**
- Общая слабость, жажда, сухость слизистых оболочек и кожных покровов.
- Осиплость голоса, в тяжёлых случаях афония.
- АД в норме или снижено, пульс слабый, частый (при выраженном обезвоживании).
- Снижение тургора кожи: взятая в щепотку кожа на тыльной поверхности кисти долго не расправляется (в норме: мгновенно), симптом «руки прачки» при выраженном обезвоживании.
- Рвота без тошноты.
- Характерный стул: быстро теряет каловый характер, до 10–20 раз в сутки, обильный, водянистый, по типу «рисового отвара».
- Отсутствует боль в животе и при дефекации. Иногда дискомфорт или умеренные боли в околопупочной области.
- Нет тенезмов.
- Урчание или переливание жидкости при пальпации живота.
- Температура тела чаще в норме или снижена (при выраженном обезвоживании).

Чума

1-е сутки

- **ИНТОКСИКАЦИЯ.**
- Острое начало с температурой до 39–40 °С и выше, потрясающий озноб, чувство жара, интенсивные головная и мышечные боли.
- Гиперемия лица и конъюнктив, иногда одутловатость и синюшность лица, выражающего страдание и ужас (*facies pestica*).
- **Ранние нарушения сознания:** психомоторное возбуждение (стремление убежать, агрессия), устрашающие галлюцинации, бред или, напротив, оглушение, протрация.
- Поведение, походка и речь могут напоминать состояние алкогольного опьянения.
- Язык утолщённый, **обложен обильным белым налётом («меловой» язык).**
- Тоны сердца глухие, тахикардия, артериальная гипотензия.

- Возможны рвота и/или жидкий стул с алой кровью или цвета кофейной гущи.
 - Печень и селезёнка увеличены.
- 2-е сутки: проявления отдельных клинических форм
- Интоксикация усиливается. Присоединяется второй ведущий синдром.
 - **Бубонная и кожно-бубонная формы:** СПЕЦИФИЧЕСКОЕ МЕСТНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ. Бубон(ы) – воспалительный конгломерат лимфатических узлов и окружающих тканей, болезненный в покое (вынужденная поза: отведение конечности) и резко болезненный при пальпации (больной препятствует осмотру). Наиболее частая локализация: подмышечная, паховая, шейная области. Иногда в месте входных ворот на коже – резко болезненные пустулы, язвы, карбункулы.
 - **Лёгочные формы:** ОСТРЫЙ НИЖНИЙ РЕСПИРАТОРНЫЙ СИНДРОМ. Продуктивный кашель с отхождением жидкой мокроты (вначале стекловидной, позже обильной с прожилками алой крови, кровавой), интенсивные режущие боли в груди, резкая одышка, частота дыхания 50-60 в минуту. Аускультативная картина лёгких скудная и не соответствует тяжести состояния. Катар ВДП не характерен.
 - **Септические формы:** ИНФЕКЦИОННО-ТОКСИЧЕСКИЙ ШОК. Клиника острого сепсиса. Нестабильность АД и/или артериальная гипотензия, частый слабый пульс, угнетение сознания. Геморрагии на коже, внутренние кровотечения.

Малярия

- ИНТОКСИКАЦИЯ, ОСТРАЯ ГЕМОЛИТИЧЕСКАЯ АНЕМИЯ.
- Высокая (до 40–41 °С) **приступообразная (пароксизмальная) лихорадка с фазами «озноба», «жара» и «пота»**. Продолжительность приступа 8–12 ч.
- Временной промежуток между пароксизмами часто постоянный (2–3 суток).
- Тахикардия.
- Одутловатость лица.
- Субиктеричность склер или кожных покровов.
- Раннее увеличение печени и особенно селезёнки. Селезёнка при пальпации плотная, болезненная.

Лихорадка Западного Нила

- ИНТОКСИКАЦИЯ. Лихорадка высокая, ремиттирующая, с ознобами и потливостью. Мучительная головная боль (лобная область, глазницы), миалгии (особенно шейной и поясничной областей).

- Серозный менингит (50 % случаев): оболочечные симптомы (ригидность затылочных мышц, Кернига, реже Брудзинского) слабо выражены.
- СЫПЬ: пятнисто-папулезная.
- Слизистые мягкого и твёрдого неба: гиперемия, зернистость.
- Выраженная гиперемия и инъекция сосудов конъюнктив.
- Полилимфаденит: лимфоузлы (подчелюстные, углочелюстные, боковые шейные, подмышечные и кубитальные) увеличены, слабо болезненны при пальпации.
- Иногда картина энтерита (без болей в животе), панкреатита, миокардита.

Лихорадка Рифт-Валли

- ИНТОКСИКАЦИЯ. Чаще «гриппоподобный» симптомокомплекс: интенсивные миалгии, артралгии, головная и ретроорбитальная боль. Особенности: двухволновая лихорадка, боль в эпигастрии, потеря вкуса, светобоязнь.
- Редко глазная форма: жалобы на расплывчатость или ослабление зрения.
- Редко тяжёлое течение: менингоэнцефалит или геморрагическая форма (выраженный геморрагический синдром плюс острая печёночная недостаточность с желтухой).

Лихорадка Зика

- ИНТОКСИКАЦИЯ. Температура до 38 °С, реже выше. Ретроорбитальные боли, головная боль, боль в спине.
- СЫПЬ макуло-папулёзная – частый симптом. Сначала на лице и туловище, потом распространяется по всему телу.
- Негнойный конъюнктивит, часто с выраженной гиперемией.
- Боль в суставах и/или острые артриты.

Менингококковая болезнь

- Разнообразие клинических форм: острый назофарингит, первичная пневмония, менингококковый сепсис (менингококцемия), менингит, менингоэнцефалит, редкие формы.
- **Острый назофарингит:** яркая гиперемия и отёк задней стенки глотки, гиперплазия лимфоидных фолликулов на фоне незначительной гиперемии миндалин, мягкого неба и нёбных дужек. Интоксикация слабая или умеренная, лихорадка субфебрильная. Опасность генерализации!
- **Менингит, менингоэнцефалит** протекают бурно, с выраженной интоксикацией, температурой до 40–42 °С, мучительной головной болью, общей гиперестезией, рвотой без тошноты, расстройствами

сознания (психомоторное возбуждение, сопор, кома), судорогами, парезами, параличами.

- **Менингококцемия**, типичное течение. Ведущие синдромы: тяжёлая ИНТОКСИКАЦИЯ, ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ СЫПЬ (петехии, пурпура, экхимозы), чаще обильная, преимущественно на конечностях, туловище, ягодицах, реже на лице. Элементы сыпи имеют неправильную (звездчатую) форму, плотны на ощупь, иногда выступают над уровнем кожи. Нередко геморрагическая сыпь сочетается с розеолезной или розеолезно-папулезной.

Сибирская язва

- Начало острое. Кожная форма в 80 % случаев протекает легко или со средней тяжестью, в 20 % тяжело. Септическая форма протекает тяжело.
- **Кожная форма** (98 % случаев). Ведущий синдром – СПЕЦИФИЧЕСКОЕ НЕКРОТИЧЕСКОЕ ВОСПАЛЕНИЕ. На фоне интоксикации (от умеренной до выраженной) в месте входных ворот на коже возникает первичный аффект: безболезненное красновато-синеватое пятно (1–3 мм), медно-красная зудящая папула, пузырёк с серозным, затем кровянистым содержимым, в дальнейшем вскрывающийся с образованием язвы (приподнятые края). По краям язвы – вторичные пузырьки («**корона из жемчужин**»), также вскрывающиеся с исходом в некроз. Образуется **сибиреязвенный карбункул** размерами от нескольких миллиметров до 10 см, напоминающий «**уголёк в огне**» (чёрный струп, окружённый ярко-красным воспалительным валиком). Отличительные особенности: **безболезненность** в зоне некроза, отсутствие гноя, безболезненный регионарный лимфаденит без нагноения.

Реже встречаются следующие первичные кожные элементы: обширный отёк, пузыри с прозрачным или геморрагическим содержимым – с исходом в язву и обширный карбункул.

- **Септическая форма**. Ведущий синдром – ИНТОКСИКАЦИЯ. Температура до 39–40 °С, потрясающий озноб. Падение АД, тахикардия. Бледность кожных покровов, акроцианоз. Видимые слизистые цианотичны.

При аспирационном заражении – катар ВДП (отёчность слизистых, сухой кашель, чихание, заложенность носа), гиперемия конъюнктив, слезотечение, светобоязнь.

Сознание, как правило, длительно сохранено. При развитии менингоэнцефалита: спутанность сознания, менингеальные знаки, очаговая симптоматика, кома.

Пневмония, плеврит: выраженная одышка, в дыхании участвует вспомогательная мускулатура, чувство стеснения за грудиной, колющие боли в груди, кашель с отхождением пенистой кровянистой мокроты. Приглушение перкуторного звука в нижних отделах лёгких, сухие и влажные хрипы. Мокрота в виде «вишнёвого желе» – геморрагический отёк лёгких.

Поражение желудочно-кишечного тракта: режущие боли в животе, тошнота, кровавая рвота, жидкий стул с примесью крови, возможен перитонит.

Бруцеллёз

Острые формы

- На фоне высокой температуры сохраняется удовлетворительное самочувствие и повседневная активность.
- Выраженная потливость на фоне повышения температуры и при физических нагрузках.
- Лимфаденопатия: увеличение нескольких групп периферических лимфоузлов (мягкие, иногда чувствительные при пальпации). Часто генерализованная лимфаденопатия.
- Увеличение печени и селезёнки.

Хронические формы

- Длительный субфебрилитет, интоксикация: раздражительность, нарушения сна, снижение аппетита, работоспособность снижена.
- Лимфаденопатия: наряду с увеличенными мягкими лимфоузлами пальпируются склерозированные: 5–7 мм в диаметре, очень плотные, безболезненные.
- Увеличение печени и селезёнки.
- **ХРОНИЧЕСКИЙ ПОЛИАРТРИТ.** Поражаются преимущественно крупные суставы: локтевые, плечевые, коленные, тазобедренные – и окружающие ткани (периартрит, параартрит, бурситы, экзостозы). Характерны боль, ограничение подвижности, вовлечение всё новых суставов при новом обострении. Кожа над поражёнными суставами, как правило, обычного цвета. **Типичны сакроилеиты** (в положении лёжа на спине при надавливании на верхние передние ости подвздошных костей появляется боль в крестце – симптом Эриксона-Кушелевского).
- **МИАЛГИИ, МИОЗИТЫ, ЦЕЛЛЮЛИТЫ.** Боли тупые, продолжительные, есть связь с изменениями погоды. Пальпируются болезненные уплотнения в мышцах конечностей и поясницы, подкожной клетчатке спины, поясницы, предплечий, голеней.
- Поражение периферической нервной системы: радикулиты, невриты, полиневриты.

- Реже воспалительные поражения органов половой, сердечно-сосудистой, центральной нервной систем, зрительного аппарата, пневмония.

Сап

Острый сап

- Начало острое, высокая лихорадка гектического типа (до 39,5 °С), выраженная общая интоксикация, снижение АД, тахикардия, глухость тонов сердца.
- **ПОЛИОРГАННОСТЬ** поражений. Картина сепсиса, септицемии, септикопиемии.
- Первичный аффект на коже (входные ворота): инфильтрат – папула – пустула – язва с подрытыми краями и «сальным» дном, окружена венчиком узелков, в дальнейшем подвергающихся некрозу. Всегда регионарный лимфангит и лимфаденит.
- В разгаре болезни: множественные папулы, пустулы с изъязвлением на коже лица, слизистой рта и носа; резкие боли в мышцах (особенно икроножных).
- Поражение лёгких (пневмония): боли в груди, кашель с отхождением слизисто-кровянистой, кровавой или гнойной мокроты, дыхательная недостаточность (одышка, цианоз губ, акроцианоз). Аускультативная картина лёгких скудная, переменная. Увеличение селезёнки.

Хронический сап

- Чередование обострений и ремиссий. Лихорадка неправильного типа. Кахексия. Преимущественное поражение кожи, лёгких или носа.
- **Кожная форма:** пустулы, язвы с багровым дном, склонные к сливанию, с грубым рубцеванием. Всегда регионарные лимфангиты, лимфадениты. Язвы на лице глубокие, с гиперемизированными краями, подрытым дном, обильным гнойно-кровянистым отделяемым. Множественные «холодные» абсцессы в мышцах, вскрывающиеся с отхождением густого гноя, долго не заживающие свищи.
- **Лёгочная форма:** лихорадка, сливная «ползучая» пневмония, плевропневмония, абсцесс лёгких. Может сочетаться с абсцессами в мышцах, свищами на коже.
- **Носовая форма:** множественные пустулы, язвы, жёлто-зелёные корочки на слизистой оболочке носа, зева, гортани, трахеи. Отделяемое из носа слизисто-сукровичное, кровянистое или слизисто-гнойное.

Мелиоидоз

- 98 % заболевших – мужчины.

- СЕПСИС или ПНЕВМОНИЯ.
- **Септическая форма** может иметь молниеносное (сепсис), острое (септицемия), подострое (септикопиемия) или хроническое течение.

Иногда на коже первичный аффект – инфильтрат с регионарным лимфаденитом.

В типичных случаях характерны тяжёлая интоксикация, температура до 40–41 °С, боли во всём теле, рвота и частый зловонный жидкий стул, приводящие к обезвоживанию.

Полиорганная недостаточность: падение АД, тахикардия, глухость тонов сердца, выраженная одышка, кашель с кровянисто-слизистой или гнойной мокротой, увеличение печени и селезёнки, иногда желтуха, нарушения сознания (угнетение или психомоторное возбуждение, бред).

СЫПЬ пустулёзная, обильная, иногда с геморрагическим содержимым, ладони и подошвы свободны от сыпи.

Лимфадениты, чаще шейной и подмышечной локализации.

Симптоматика также обусловлена образованием гнойных очагов во многих органах: абсцессами лёгких, печени, селезёнки, почек, костях, суставах и др. Абсцессы подкожной клетчатки, кожи и костей вскрываются с образованием множественных свищей и отхождением густого гноя.

Буллезные или пустулёзные дерматозы при обострении хронической формы.

- **Лёгочная форма.** Начало чаще постепенное, иногда острое. Высокая лихорадка неправильного типа, ознобы, обильная потливость, выраженная интоксикация. Картина тяжёлой пневмонии, абсцесса лёгкого (чаще в верхних долях лёгких), гнойного плеврита; мокрота густая, зеленовато-жёлтая, иногда с примесью крови. Характерны боли в груди, влажные хрипы, укорочение вдоха.

Эпидемический сыпной тиф

- СЫПЬ, РАССТРОЙСТВА СОЗНАНИЯ.
- Начало острое или подострое. Высокая лихорадка постоянного типа (до 38,5–40 °С), выраженная интоксикация: головная боль интенсивная, «по всей голове», головокружение, распространённые миалгии («ломота во всём теле»), бессонница. Снижение АД, тахикардия, учащение дыхания.
- Язык сухой, обложен сероватым налётом.
- **Патогномоничный симптом: энантема Розенберга.** Петехии на мягком небе и у основания язычка.
- Сознание суженное или затемнённое. Повышенная нервная возбудимость, гиперестезия (слуховая, зрительная, обонятельная), острый бред с галлюцинациями, иногда психомоторное возбуждение,

агрессивные действия. При тяжёлом поражении нервной системы: тремор языка, больной не может высунуть язык за пределы зубов (симптом Говорова-Годелье), скандированная речь, затруднение глотания, маскообразное лицо, ригидность затылочных мышц и симптом Кернига.

- Гиперемия и одутловатость лица. Красные, блестящие, «кроличьи» глаза (выраженная инъекция сосудов склер).
- Петехии на конъюнктиве (симптом Киари-Авцына). Нет конъюнктивита.
- СЫПЬ (4–6 день болезни) розеолезная или розеолезно-петехиальная, полиморфная, обильная, преимущественно по бокам грудной клетки, на спине, сгибательной поверхности верхних конечностей. Лицо, как правило, свободно от сыпи. Розеола (2–6 мм) при надавливании на время исчезают. Кожные покровы сухие, горячие. **Патогномоничный симптом: вторичные петехии в центре розеол.**
- Положительные симптомы «жгута», «щипка».
- Кожа ладоней желтоватого цвета (симптом Филиповича).
- Катара ВДП нет.
- Увеличение селезёнки (с 3–5-го дня) и печени (с 4–6-го дня).

СИНДРОМ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ

На этапе формирования предварительного диагноза у больного с синдромом геморрагической лихорадки определение конкретной нозологической формы по клиническим признакам часто затруднено. Учитывают сигнальные признаки в эпидемиологическом анамнезе.

Сигнальные клинические признаки, общие для группы геморрагических лихорадок

- Выраженная интоксикация, высокая температура тела.
- Геморрагический синдром: геморрагические высыпания на коже и слизистых (петехии, пурпура, экхимозы: в отличие от сыпи сосудистого характера при надавливании не бледнеет); наружные кровотечения: носовые, желудочные, маточные, кровоизлияния в склеры и др.; признаки внутреннего кровотечения: бледность кожных покровов, резкая артериальная гипотензия, тахикардия, угнетение сознания.

Жёлтая лихорадка

- ИНТОКСИКАЦИЯ, ЖЕЛТУХА, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.
- Яркая гиперемия сосудов склер и конъюнктивы: «кроличьи глаза».
- Сильные боли в поясничной области.
- Печень увеличена, болезненна.
- Геморрагический синдром выраженный: распространённая геморрагическая сыпь (петехии, пурпура, экхимозы), значительная

кровоточивость дёсен, многократная рвота с кровью, кровавый стул, носовые и маточные кровотечения.

Лихорадка Ласса

- Начало подострое: постепенное (в течение нескольких дней) нарастание температуры тела и симптомов интоксикации.
- ПОЛИСИНДРОМНОСТЬ. Заболевание может протекать с явлениями интоксикационного, респираторного, абдоминального (острый гастроэнтерит) синдромов. Многообразие симптомов и вариантов их сочетаний.
- Язвенно-некротический фарингит: чаще только со второй недели болезни.
- Системное головокружение: поражение лабиринта внутреннего уха и преддверно-улиткового нерва.
- Особенности геморрагического синдрома: характерны кровоизлияния в склеры и конъюнктивы, кровоподтёки (экхимозы) в местах внутримышечных инъекций. Нехарактерны тяжёлые полостные кровотечения, пассивная кровоточивость слизистых, дёсен и спонтанные носовые кровотечения.

Болезни, вызванные вирусами Марбург и Эбола

- ИНТОКСИКАЦИЯ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ, СЫПЬ (экзантема, энантема), АБДОМИНАЛЬНЫЙ.
- Везикулёзно-эрозивное поражение слизистой ротовой полости, слизистая глотки гиперемирована, кончик и края языка ярко-красные.
- Диарея, рвота, обезвоживание, схваткообразные боли в животе.
- Сыпь кореподобная, реже макулопапулёзная или везикулёзная. Сначала появляется на туловище, потом распространяется на шею, лицо, верхние конечности.
- Тяжёлое поражение центральной нервной системы: расстройства сознания, менингеальный синдром.
- Колющие боли в груди, за грудиной, сухой кашель.
- Особенности геморрагического синдрома: кровоизлияния в кожу, конъюнктиву, слизистую ротовой полости. Характерны тяжёлые кровотечения: носовые, маточные, желудочно-кишечные.
- Частое развитие инфекционно-токсического и геморрагического шока.

Крымская геморрагическая лихорадка

- Тяжёлая ИНТОКСИКАЦИЯ, ГЕМОМРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.
- Петехиальная сыпь на боковых участках туловища, в области крупных складок и конечностей. Возможно появление пурпуры, экхимозов.
- Геморрагический синдром выраженный: характерны кровотечения из дёсен, носа, желудка, матки, кишечника, лёгких.

Лихорадка денге

Классическая денге («костоломная лихорадка»)

- Ведущий синдром: ИНТОКСИКАЦИЯ. Особенность: брадикардия на фоне высокой двухволновой лихорадки.
- «Костоломная лихорадка»: выраженные боли в суставах, мышцах и мышечная ригидность, **характерная походка «денди» («франта», «жирафа»): на прямых ногах, не сгибая их в коленях.**
- Сыпь: обильная, зудящая, полиморфная (чаще папулёзная, реже петехиальная, скарлатиноподобная, уртикарная), сначала на туловище, потом распространяется на конечности, сгущаясь на их разгибательных поверхностях.
- Часто увеличение лимфоузлов.

Геморрагическая лихорадка денге («тяжёлая денге»)

- Ведущие синдромы: тяжёлая ИНТОКСИКАЦИЯ, ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ.
- Положительная «проба жгута»: при наложении манжеты или жгута на локтевом сгибе появляются кровоизлияния.
- Спонтанные кровотечения: внутрикожные (петехии, пурпура, экхимозы), носовые, из дёсен, желудочно-кишечные (кровавая рвота, мелена). Возможно развитие геморрагического шока.
- Увеличение печени.

Геморрагическая лихорадка Мачупо

(боливийская геморрагическая лихорадка)

- Начало постепенное: в течение нескольких дней нарастание температуры тела до 39–40 °С и общих симптомов интоксикации. Лихорадка постоянного типа. Боли в пояснице и конечностях.
- Снижение АД и пульсового давления.
- Выраженный мелкоразмашистый тремор языка и верхних конечностей. Иногда атаксия, судороги, бред.
- Гиперемия конъюнктив и слизистой ротовой полости.
- Геморрагический синдром (у 30 % больных): петехиальная сыпь на коже верхней части тела и на слизистой рта. Возможны кровотечения: носовые, желудочно-кишечные, маточные, кровоточивость дёсен.

Геморрагическая лихорадка Хуни

(аргентинская геморрагическая лихорадка)

- Начало постепенное: в течение нескольких дней нарастание температуры тела до 39–40 °С и симптомов интоксикации: часто тошнота, рвота, диарея (возможно обезвоживание), боли в области рёберно-позвоночных сочленений, глазных яблок, пояснице, миалгии усиливаются в ночное время. Лихорадка чаще ремиттирующая.

- Повышение АД, относительная брадикардия.
- Полиаденопатия.
- Лицо одутловатое, яркая гиперемия лица и шеи.
- Гиперемия конъюнктив, иногда субиктеричность склер.
- Возможен катар ВДП.
- Петехии и эрозии на слизистой ротовой полости.
- Аускультативно часто картина трахеобронхита или бронхопневмонии.
- Возможны психосенсорные и психомоторные расстройства.
- Увеличение печени и селезёнки.
- Геморрагический синдром: петехиальная сыпь на коже лица, шеи, верхней части груди; характерны редкие петехии на коже подмышечных впадин. Возможны кровотечения: носовые, желудочно-кишечные, маточные, гематурия, кровоточивость дёсен, кровохарканье.

Приложение 3

Анкета пассажира, прибывающего в Российскую Федерацию*

1. Фамилия, имя, отчество _____
2. Гражданство _____
3. Дата рождения «___» _____ г.
4. Пол: муж. / жен. (*подчеркнуть*)
5. Авиакомпания-перевозчик _____
6. Номер рейса _____
7. Маршрут следования, в т.ч. трансфер _____

8. Где Вы находились до прибытия в Россию в течение последних трёх недель: страны, регионы, города и даты нахождения _____

9. Адрес постоянного места жительства в России, контактный телефон _____

10. Адрес временного места пребывания в России на ближайшие три недели, контактный телефон _____

11. С кем Вы осуществляете визит в Россию: фамилия, имя, для детей также даты рождения _____

12. Ваше самочувствие: здоров, недомогание (*подчеркнуть*).
13. Жалобы на здоровье: повышение температуры до ___ градусов, озноб, сильная головная боль, тошнота, рвота, боли в животе, жидкий стул, сыпь (*подчеркнуть*), другое (*указать*) _____

«___» _____ 20__ г.

Подпись прибывающего: _____

* Заполняется на основании требований статей 10 и 11 Федерального закона «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ и Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.4.2318-08 «Санитарная охрана территории Российской Федерации».

Form for entry in Russia*

1. Surname, first name _____
2. Citizenship _____
3. Date of birth _____
4. Sex: male/female (*underline*) _____
5. Arrival airline _____
6. Flight number _____
7. The route including transfer _____

8. Place of stay before arrival in Russia for the last three weeks: countries, regions, cities and dates _____

9. Address of permanent residence in Russia, contact phone number _____

10. Address of temporary residence in Russia for the next three weeks, contact phone number _____

11. With whom you visit Russia: surname, first name. For children also the date of birth _____

12. How do you feel? Healthy. Malaise. (*underline*) _____
13. Health complaints: fever to ___ degrees, chills, severe headache, nausea, vomiting, abdominal pain, liquid stool, rash (*underline*), other (*indicate*):

«___» _____ 20__ г.

_____ (The signature of the passenger)

* Legal justification: articles 10 and 11 of the Law of the Russian Federation "On sanitary and epidemiological welfare of the population" No. 52-FZ of March 30, 1999 and Sanitary and epidemiological rules 3.4.2318-08 "Sanitary protection of the territory of the Russian Federation".

Подписано в печать ##.04.2019. Бумага офсетная. Формат 60x84¹/₁₆.

Гарнитура Cambria. Усл. печ. л. 2,6

Тираж 100 экз. Заказ № 018-19.

РИО ИНЦХТ

(Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел 29-03-37. E-mail: arleon58@gmail.com)