ГОСУДАРСТВЕННОЕ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ НОРМИРОВАНИЕ

РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Утверждаю

Руководитель Федеральной службы

по надзору в сфере защиты прав

потребителей и благополучия человека,

Главный государственный

санитарный врач

Российской Федерации

Г.Г.ОНИЩЕНКО

10 января 2013 г.

Дата введения: 10 января 2013 г.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ВНЕБОЛЬНИЧНЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ

МУ 3.1.2.3047-13

1. Методические указания разработаны Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Е.Б. Ежлова, Ю.В. Демина), ФБУН ЦНИИ эпидемиологии Роспотребнадзора (В.В. Малеев), ФБУН Нижегородский НИИЭМ имени академика И.Н. Блохиной Роспотребнадзора (Е.И. Ефимов, Н.Ф. Бруснигина), ФГУ НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Н.Ф. Гамалеи Минздрава России (И.С. Тартаковский), ФГУ НИИ пульмонологии ФМБА России (Т.Н. Биличенко), ГБОУ ВПО НижГМА Минздрава России (В.В. Шкарин, О.В. Ковалишена, А.С. Благонравова).

2. Рекомендованы к утверждению Комиссией по санитарно-эпидемиологическому нормированию при Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (протокол N от).

3. Утверждены и введены в действие Руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Г.Г. Онищенко 10 января 2013 года.

4. Введены в действие с 10 января 2013 года.

5. Введены впервые.

1. Область применения

1.1. Настоящие методические указания предназначены для специалистов органов и учреждений Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, а также могут быть использованы специалистами медицинских организаций и других заинтересованных организаций.

1.2. В настоящих методических указаниях определены основные принципы организации и порядок осуществления эпидемиологического надзора и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в отношении внебольничных пневмоний.

2. Термины и сокращения

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения.

ВП - внебольничная пневмония.

ЛПО - лечебно-профилактическая организация.

МКБ-10 - международная классификация болезней.

ОРВИ - острая респираторная вирусная инфекция.

ПЦР - полимеразная цепная реакция.

ЭД - эпидемиологический диагноз.

3. Общие сведения

Внебольничная пневмония - это острое заболевание, возникшее во внебольничных условиях (вне стационара), или диагностированное в первые 48 часов от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода\отделения длительного медицинского наблюдения более 14 суток, - сопровождающееся симптомами инфекции нижних отделов дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, боль в грудной клетке, одышка) и рентгенологическими признаками "свежих" очагово-инфильтративных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы (Практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике внебольничной пневмонии у взрослых, Российское респираторное общество, межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, 2010).

Внебольничные пневмонии (далее - ВП) остаются одной из ведущих причин заболеваемости, госпитализации и смертности, являясь постоянной очень сложной проблемой здравоохранения как в индустриально развитых, так и развивающихся странах. Наиболее тяжело внебольничные пневмонии протекают у лиц пожилого возраста, на фоне сопутствующих заболеваний (онкологические и гематологические заболевания, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, заболевание почек и печени, хроническая обструктивная болезнь легких, алкоголизм, вирусные инфекции и другие). Летальность при этом составляет 15 - 30%.

По данным исследователей, в России заболеваемость среди всех возрастных групп составляет 10 - 15 случаев на 1000 населения. Летальность от этой нозологии в середине 90-х годов составляла около 2,2% случаев госпитализированных больных, а к началу 2000 г. достигла 5% среди лиц среднего возраста и 30% - у пожилых. По данным проводимого Роспотребнадзором еженедельного мониторинга в период 2009 - 2012 гг. летальность от ВП (зарегистрированных по оперативным данным) составляла в среднем 0,5% еженедельно, доходя в период пандемического распространения гриппа А H1N109 до 1,2%, по итогам 2011 года - 0,9%.

В 2009 г. в условиях объявленной ВОЗ пандемии гриппа актуализировался вопрос о регистрации и наблюдении за ВП. В Российской Федерации эпидемиологическая ситуация, связанная с пандемическим гриппом, начала регистрироваться с приграничных территорий Сибири и Дальнего Востока. Затем в эпидемический процесс включились города и субъекты Северо-Западного, Сибирского, Дальневосточного и Уральского регионов, а также г. Москва. В ноябре 2009 г. эпидемия гриппа продолжала развиваться, и заболеваемость регистрировалась на всей территории страны. Пик ее пришелся на 47 - 49 недели 2009 г. (вторая и третья декады ноября), когда превышение пороговых уровней заболеваемости было зарегистрировано практически во всех субъектах Российской Федерации. С целью объективной оценки ситуации Роспотребнадзором была отдельно введена регистрация ВП, так как все тяжелые случаи гриппа зафиксированы в медицинских документах именно как ВП, а не как грипп (вместе с тем, в соответствии с МКБ-10 ВП гриппозной этиологии регистрируется как грипп J-10).

В результате анализа материалов, поступивших в Роспотребнадзор в течение 2-х лет, можно констатировать, что в структуре больных ВП преобладает взрослое население, а дети до 17-ти лет составляют 30,9% (2011 год). При этом, чаще болеют городские жители, составившие в 2011 году 79,6%.

Необходимо обратить внимание, что в годовой динамике заболеваемости у ВП нет четко выраженной сезонности. Вместе с тем, заболеваемость несколько ниже в летние месяцы, но при этом удельный вес смертельных исходов остается практически неизменным.

Важным моментом является и недостаточно эффективная клиническая диагностика пневмонии. Исследователи отмечают, что из 1,5 миллиона больных ВП учитывается только 500 тысяч случаев. Таким образом, ежегодно диагноз "пневмония" не ставится около 1 миллиона жителей (Жигалкина Н.И., Саркисов К.А., 2004). Ошибки в диагностике ВП достигают 20%, диагноз в первые 3 дня болезни ставится лишь у 35% заболевших (Приказ Минздрава России N 300 от 18.10.1998 "Стандарты диагностики и лечения пневмоний и обструктивной болезни легких").

В России средняя продолжительность одного случая составляет 25,6 дней, а трудопотери при этом достигают около 25,5 тысяч дней на 100 тысяч населения ежегодно. Ежегодный экономический ущерб при этом составляет примерно около 15 млрд. рублей (Кулиджанов А.Ю., Сиротко И.И., 2001).

Наблюдаются эпидемические очаги этого заболевания, вызванные различными возбудителями.

Вспышки ВП чаще протекают на фоне заболеваемости ОРВИ. Однако, могут встречаться и очаги, в которых уровень заболеваемости ОРВИ не превышает спорадических показателей (очаги микоплазменной, хламидийной и легионеллезной пневмонии, орнитоза и лихорадки Ку обычно не связаны с ОРВИ) и активность эпидемического очага зависит от вирулентности возбудителя.

 5.1. Выявление случаев ВП

5.1.1. Выявление больных ВП осуществляют специалисты ЛПО, независимо от организационно-правовых форм, при всех видах оказания медицинской помощи.

Информация о регистрации случая ВП направляется ЛПО, выявившей больного, в территориальные органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.1.2. Диагноз ВП считается определенным при наличии у больного рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани и, по крайней мере, двух клинических признаков: острая лихорадка в начале заболевания (более 38 °C), кашель с мокротой, физикальные признаки (фокус крепитации и (или) мелкопузырчатые хрипы, жесткое бронхиальное дыхание, укорочение перкуторного звука).

Окончательный диагноз заболевания, протекающего с симптомокомплексом ВП, выставляется с учетом клинико-лабораторного обследования и анамнеза больного.

5.1.3. Решение о госпитализации больных с подтвержденным диагнозом ВП принимает лечащий врач в соответствии со стандартами медицинской помощи.

Также, решение об изоляции и госпитализации больных может быть принято на основании эпидемиологического анамнеза и по рекомендации специалистов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

5.1.4. О каждом случае заболевания ВП врачи всех медицинских организаций, независимо от организационно-правовых форм, в установленном порядке в течение 12 ч посылают экстренное извещение по установленной форме (ф. 058/у) в территориальную организацию Роспотребнадзора по месту выявления заболевания, указав диагноз и результаты исследования, на основании которых диагноз установлен.

После уточнения диагноза ЛПО предоставляется дополнительная информация.

5.1.5. Лабораторное обследование больных ВП при спорадической заболеваемости проводится в лаборатории, аккредитованной в установленном порядке, по направлению ЛПО.

При тяжелом течении ВП целесообразно проведение исследований на легионеллез (рекомендованный ВОЗ иммунохроматографический метод) и другие атипичные пневмонии, пневмонии при генерализованных опасных инфекциях, пневмонии, связанные с завозом инфекции из неблагополучных регионов мира (ТОРС, коронавирусы, высокопатогенный грипп и другие).

Данные исследования проводятся в организациях, аккредитованных для соответствующих микробиологических работ в установленном порядке.

5.1.6. При регистрации эпидемического очага ВП с групповой заболеваемостью лабораторные исследования проводятся как в лаборатории медицинской организации, так и в организациях, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Обследование лиц, подвергшихся риску заражения, или лиц, подозреваемых в качестве вероятного источника инфекции, проводятся на базе лабораторий организаций, обеспечивающих государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Перечень лиц, подлежащих лабораторным обследованиям, устанавливается специалистом, проводящим эпидемиологическое расследование.

7.2.1. При регистрации эпидемических очагов ВП специалистами органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводится эпидемиологическое расследование.

Эпидемиологическое расследование проводится в случае:

- выявления эпидемических очагов ВП с групповой заболеваемостью в организованных коллективах детей и взрослых от 5-ти случаев в течение от 1-й до 3-х недель;

- регистрации тяжелых форм ВП среди населения (более 10 случаев ВП с тяжелым течением в течение от 1-й до 3-х недель);

- росте заболеваемости ВП среди населения муниципальных образований (отдельных населенных пунктов) более чем на 50% по сравнению со среднемноголетними данными в течение от 1-й до 3-х недель;

- регистрации 2-х и более случаев ВП в неспециализированных отделениях стационаров медицинских организаций, учреждениях социального обеспечения, интернатах, детских учреждениях отдыха и оздоровления в течение от 1-й до 3-х недель.

Эпидемиологическое расследование проводится с целью постановки эпидемиологического диагноза, определения прогноза и проведения адекватных санитарно-противоэпидемических мероприятий по локализации и ликвидации очага.

7.2.2. По окончании эпидемиологического расследования специалистами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, готовится акт эпидемиологического расследования с установлением причинно-следственной связи формирования очага инфекционной и паразитарной болезни в соответствии с действующими нормативными методическими документами.

7.2.3. Работа специалиста, осуществляющего эпидемиологическое расследование (эпидемиолога) в очаге ВП, складывается из обязательных последовательных этапов:

1) эпидемиологическое обследование очага;

2) выработка рабочей гипотезы;

3) разработка и организация адекватных противоэпидемических мероприятий;

4) оценка эффективности проводимых мероприятий;

5) прогнозирование.

7.2.3.1. Эпидемиологическое обследование очага - комплекс мероприятий, направленный на выявление источника инфекции, путей и факторов его передачи, оценки состояния восприимчивых организмов, а также выявление лиц, подвергшихся риску заражения. Целью эпидемиологического обследования является определение характера и объема противоэпидемических мероприятий.

Эпидемиологическое обследование очага ВП включает:

1) определение границ очага во времени и территории;

2) определение наиболее пораженных контингентов по возрасту, полу, профессии, социальному положению, месту жительства (в организованных коллективах - возрастные группы, классы, цеха и другие);

3) оценка санитарно-гигиенических условий:

- размещения лиц в организованном коллективе (соответствие нормам площадей, переуплотнение, скученность, режим проветривания и влажной уборки, функционирование вентиляционной системы и другое);

- состояние параметров микроклимата (температура, влажность воздуха в помещении, движение ветра и другое);

- организации питания (содержание пищеблока, ассортимент блюд, соблюдение технологических требований и другое);

- организации режима дня (пребывание на свежем воздухе, наличие фактов переохлажения, психо-эмоциональные нагрузки и другое);

4) выявление общих источников водопользования, кондиционирования, действия производственных факторов, связанных с образованием водного аэрозоля (для исключения легионеллеза);

5) установление связи с общественными (массовыми) мероприятиями, аварийными ситуациями, ремонтными или строительными работами, особенностями технологического процесса, путешествиями, пребыванием в ЛПО;

6) выявление корреляции между регистрируемыми пневмониями и заболеваемостью ОРВИ и других инфекций верхних дыхательных путей (тонзиллиты, синуситы, отиты и другое).

Основными инструментами эпидемиологического обследования очага являются:

- опрос заболевших и окружающих лиц

- изучение документов

- оценка данных ретроспективного и оперативного анализа

- осмотр очага

8. Санитарно-противоэпидемические (профилактические)

мероприятия в очаге ВП

8.1. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, направленные на локализацию и ликвидацию эпидемического очага ВП, начинают немедленно, одновременно с эпидемиологическим расследованием. На этапе выработки рабочей гипотезы и постановки эпидемиологического диагноза проводят необходимую коррекцию принимаемых мер.

Мероприятия включают:

1) подготовку плана противоэпидемических мероприятий, утвержденного на уровне органов исполнительной власти (муниципальных образований, субъектов Российской Федерации) в зависимости от масштабов очага;

2) организацию взаимодействия с органами исполнительной власти (муниципальных образований, субъектов Российской Федерации), органами исполнительной власти в сфере охраны здоровья граждан, заинтересованными ведомствами, инженерно-техническими службами; формирование оперативного штаба для локализации очага, определение порядка его работы;

3) активное выявление и госпитализацию больных (поквартирные обходы, организация медосмотров на предприятиях, быстрое реагирование на вызовы неотложной помощи), при необходимости вынесение вопроса на рассмотрение органов исполнительной власти об изменении работы лечебно-профилактических организаций и создании дополнительных бригад неотложной помощи;

4) установление медицинского наблюдения за лицами, подвергшимися риску заражения, на срок инкубационного периода, который определяется видом возбудителя (10 суток - при легионеллезе, до 3-х недель при другой этиологии);

5) подготовку ЛПО к дополнительному развертыванию коек, организацию провизорного отделения (при необходимости), уточнение запасов средств экстренной профилактики, наличие медицинского оборудования, определение направления потоков, поступающих в ЛПО больных (дети, взрослые, беременные женщины, больные с тяжелым клиническим течением и другое);

6) прекращение реализации путей передачи инфекции:

- разобщение в организованных коллективах (вплоть до приостановления деятельности);

- отключение подачи воды, остановка технических устройств, приостановление работ и т.д.;

- организацию и проведение дезинфекции с использованием различных методов;

- ревизию и осмотр вентиляционных, отопительных и других коммунальных систем;

7) отбор проб окружающей среды (воздух, смывы, вода, почва, продукты и другое);

8) обследование лиц, подвергшихся риску заражения, и лиц, подозреваемых в качестве источника инфекции;

9) активная разъяснительная работа среди населения.

8.2. При регистрации случаев ВП в организованных коллективах детей и взрослых проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, включающий:

- активное выявление больных (острой, подострой и маломанифестной респираторной патологией) путем опроса и осмотра врача-педиатра или врача-инфекциониста;

- изоляцию из коллектива лиц с признаками инфекций верхних и нижних дыхательных путей;

- выявление, учет и микробиологическое обследование (при необходимости) лиц с хронической патологией верхних и нижних дыхательных путей (как среди членов организованного коллектива, так и среди персонала учреждений);

- назначение контактным лицам средств экстренной профилактики из числа противовирусных, иммуномодулирующих средств, поливитаминных препаратов (по согласованию со специалистами организаций здравоохранения);

- организацию и проведение заключительной дезинфекции с ревизией вентиляционной сети и контролем, усиление режима текущей дезинфекции с применением кварцевания;

- организация и проведение дезинфекции системы водопользования и других потенциально опасных водных объектов, продуцирующих водяные пары (при легионеллезе);

- разобщение детей: более 2-х случаев в классах - закрытие классов, более 10-ти случаев в образовательном учреждении - временное приостановление деятельности учреждения сроком до 10-ти дней;

- гигиеническую оценку условий размещения, питания, обучения детей;

- выявление факторов, способствующих формированию очага, - переуплотнение, несоответствие нормам площади на одного ребенка, проведение массовых мероприятий, переохлаждение, отсутствие вентиляции, а также плохое проветривание, низкое качество уборки и другие;

- отмену кабинетной системы;

- запрет на проведение массовых мероприятий;

- коррекцию питания (введение дополнительной витаминизации, пересмотр меню и другое), устранение выявленных замечаний по деятельности пищеблока;

- обучающую работу с медицинским персоналом;

- разъяснительную работу (с пациентами, воспитанниками, родителями).

В целях недопущения формирования эпидемических очагов на территориях проводится плановая иммунизация населения против гриппа и гемофильной инфекции в соответствии с Национальным календарем прививок, а также против пневмококковой инфекции по эпидемическим показаниям и в группах риска.