

«УТВЕРЖДЕНО»  
Приказом Министра здравоохранения  
и социальной защиты  
Приднестровской Молдавской Республики  
от 3 июня 2011 г. N 287  
Регистрационный N 5679 от 7 июля 2011 г. (САЗ 11-27)

## САНИТАРНО – ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПРАВИЛА И НОРМАТИВЫ

СанПин МЗ и СЗ ПМР 3.1.1.2137-11

### "Профилактика брюшного тифа и паратифов"

#### Раздел 1. Область применения

1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (далее – санитарные правила) разработаны в соответствии с Законом Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года N 481-3-IV "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (САЗ 08-22) с изменением и дополнениями, внесенными Законом Приднестровской Молдавской Республики от 6 августа 2009 года N 838-ЗИД-IV (САЗ 09-32) и устанавливают требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, проведение которых обеспечивает предупреждение распространения заболеваний брюшным тифом и паратифами.

2. Контроль за выполнением настоящих санитарных правил осуществляют органы государственной санитарно-эпидемиологической службы Приднестровской Молдавской Республики (далее – органы Госсанэпидслужбы).

3. Соблюдение настоящих санитарных правил является обязательным для организаций, индивидуальных предпринимателей и физических лиц.

#### Раздел 2. Общие положения

4. Брюшной тиф и паратиф А являются антропонозными кишечными инфекциями, вызываемыми бактериями *Salmonella typhi* и *paratyphi A*. Паратифы В и С являются зооантропонозными кишечными инфекциями, вызываются бактериями *Salmonella paratyphi B* и *C*. Заболевания характеризуются лихорадкой, симптомами выраженной общей интоксикации, бактериемией, увеличением печени и селезенки, розеолезной сыпью на кожных покровах, энтеритом и своеобразными морфологическими изменениями лимфатического аппарата тонкого кишечника. Более характерен запор, нежели диарея. Изъязвление пейеровых бляшек подвздошной кишки примерно в 1 % случаев приводит к кишечному кровотечению и прободению кишечника с самыми неблагоприятными последствиями для больного. Источником инфекции при брюшном тифе и паратифах является человек (больной или бактерионоситель).

Механизм заражения брюшным тифом и паратифами фекально-оральный. Главный (массовый) путь передачи возбудителей инфекции водный. Пищевой и бытовой пути являются дополнительными. При подавлении активности водного пути эти пути передачи могут обеспечивать возникновение как спорадической заболеваемости (единичные случаи), так и локальных эпидемических вспышек в результате заражения, как правило, от хронических носителей возбудителя.

Высокая активность водного пути передачи, являющаяся следствием потребления населением недоброкачественной в эпидемическом отношении питьевой воды при неудовлетворительном или недостаточном канализовании

территории, обуславливает возникновение острых и хронических водных вспышек/эпидемий и широкое распространение брюшного тифа.

Нейтрализация активности водного пути передачи приводит к закономерному снижению заболеваемости до спорадического уровня и даже к полному ее отсутствию на ряде территорий.

Инфекционная доза возбудителя брюшного тифа, вызывающая заболевание у 25 % искусственно зараженных взрослых добровольцев, составляет 10 000 или 100 000 микробных клеток. Эта доза содержится всего лишь в 0,001 – 0,01 г фекалий брюшнотифозного больного и хронического бактериовыделителя. Доза в 10 или 1000 микробных клеток заболеваний не вызывала. Меньшая вирулентность возбудителей паратифов А и В в достаточной мере объясняет незначительную роль водного пути в их передаче и в целом заметно меньшее распространение этих инфекций по сравнению с брюшным тифом.

В случае выделения *S.paratyphi B* у животных или из продуктов животного происхождения, подозреваемых в качестве источника или факторов передачи инфекции необходимо проводить их дифференциацию с *S.Java*, поскольку антигенная структура этих возбудителей идентична, что может привести к диагностическим ошибкам. Дифференциация проводится путем постановки дополнительной биохимической реакции.

Заболевания, вызванные *S.Java*, преимущественно протекают по типу пищевой токсикоинфекции (пищевого отравления). Для случаев, вызванных *S.paratyphi B*, характерны клинические признаки, аналогичные брюшному тифу.

У части переболевших формируется хроническое бактерионосительство, которое способствует возникновению новых случаев заражения. Хроническое брюшнотифозное бактерионосительство отмечается чаще у женщин, чем у мужчин, что должно учитываться в практической работе.

5. Условно носители подразделяются на следующие категории:

а) острые бактерионосители. К ним относятся лица, выделяющие бактерии до 3 месяцев после перенесенного заболевания. Острыми носителями становится большое число переболевших (до 20 %);

б) хронические бактерионосители. Лица, выделяющие возбудителя более 3-х месяцев после перенесенного заболевания и нередко (при брюшном тифе) на протяжении всей жизни. Они составляют не менее 3 % – 5 % среди переболевших. При паратифе В хроническое бактерионосительство формируется несколько чаще, чем при брюшном тифе, однако, оно менее продолжительное;

в) транзиторные бактерионосители. Такая форма носительства может возникать либо при попадании возбудителей брюшного тифа и паратифов в кишечник невосприимчивого к инфекции человека (вследствие перенесенной болезни, прививок и др.), либо при заражении малой, субинфекционной дозой возбудителя, который не проникает в кровь и внутренние органы и выделяется из кишечника лишь в течение нескольких дней. Обычно у транзиторных носителей возбудитель выделяется однократно. Наличие бактерий в дуоденальном содержимом (желчи) или моче исключает транзиторный характер носительства. В отличие от хронических эпидемическая роль транзиторных носителей незначительна.

Наблюдается также и так называемое перемежающееся носительство, когда выделение возбудителя у хронических носителей имеет дискретный характер (возбудитель выделяется не постоянно, а лишь время от времени), что, естественно, затрудняет их выявление.

Установление характера носительства и дифференциация хронического носительства от транзиторного проводится в условиях стационара.

6. Регистрация заболеваний брюшным тифом и паратифами, а также бактерионосителей возбудителей этих инфекций ведется отдельно.

7. При выявлении случая брюшного тифа или паратифов реализуется

единый комплекс противоэпидемических мероприятий.

8. В целях предупреждения возникновения и распространения брюшного тифа и паратифов необходимо своевременно и в полном объеме проводить комплексные организационные, санитарно-гигиенические, профилактические, лечебно-диагностические и противоэпидемические мероприятия.

### Раздел 3. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия

9. Осуществление мероприятий по обеспечению населения доброкачественными, безопасными в эпидемическом отношении водой и пищевыми продуктами, канализованием территории, безопасными в эпидемическом отношении условиями труда и жизнедеятельности.

10. Осуществление санитарно-эпидемиологического надзора за соблюдением санитарных правил и норм в организациях и на объектах (независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности) по производству, хранению, транспортированию, реализации (оптовая и розничная торговля) пищевых продуктов, общественного питания, водоканала.

11. Осуществление санитарно-эпидемиологического надзора за соблюдением санитарных правил и норм в организованных коллективах детей и взрослых, лечебно-профилактических организациях (далее – ЛПО), санаториях, домах отдыха и др.

12. Гигиеническая подготовка и аттестация работников отдельных профессий, производств и организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов, в том числе продовольственного сырья, питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения (далее по тексту – работники отдельных профессий, производств и организаций).

13. Гигиеническое воспитание и обучение населения с помощью средств массовой информации по вопросам профилактики брюшного тифа и паратифов.

14. Выявление носителей возбудителей брюшного тифа и паратифов при поступлении на работу работников отдельных профессий, производств и организаций.

Обследование предусматривает однократное бактериологическое исследование выделений (кал) на наличие энтеропатогенных кишечных бактерий, в том числе возбудителей тифо-паратифов.

Одновременно с целью выявления состояния хронического брюшнотифозного бактерионосительства кровь однократно исследуется в реакции пассивной геммагглютинации с диагностикуммом эритроцитарным сальмонеллезным Ви-антигенным, жидким (далее – РПГА с Ви-антигеном) на наличие Ви-антител (индикаторный признак возможного хронического брюшнотифозного бактерионосительства).

15. При положительном результате бактериологического и серологического (титр Ви-антител 1:40 и выше) исследования обследуемый как хронический носитель к работе не допускается и ставится на диспансерный учет.

16. При положительном результате бактериологического исследования при отрицательной РПГА с Ви-антигеном устанавливается характер носительства путем повторного двукратного бактериологического исследования кала и мочи и однократного исследования крови в РПГА с Ви-антигеном. При установлении транзитного характера носительства обследуемый к работе допускается.

17. При отрицательном результате бактериологического исследования при положительной РПГА с Ви-антигеном для подтверждения полученного

результата кровь вновь однократно исследуется в РПГА, предпочтительно с другой серией Ви-антигена.

При повторном получении положительного результата серологического исследования для выявления хронического бактерионосительства трехкратно с интервалом в 3 дня бактериологически исследуется кал и моча. При отрицательных результатах дополнительно однократно исследуется дуоденальное содержимое (желчь).

При отрицательных результатах всех бактериологических исследований, но при сохраняющихся положительных результатах РПГА с Ви-антигеном, обследуемый допускается к работе. При этом, однако, бактериологическое обследование продолжается еще в течение 3-х месяцев (один раз в месяц исследуется кал и моча, в конце 3-го месяца – дуоденальное содержимое). При отрицательных результатах исследований обследуемые продолжают работать, при выделении возбудителя – отстраняются от работы.

Исходя из эпидемиологической целесообразности, кратность бактериологических и серологических обследований может увеличиваться.

18. Выявление больных и бактерионосителей брюшного тифа и паратифов среди лиц в других типах организаций:

а) лабораторное обследование лиц перед поступлением в стационары и специализированные санатории проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям;

б) при оформлении лиц на стационарное лечение в больницы (отделения) психоневрологического (психосоматического) профиля, дома престарелых, интернаты для лиц с хроническими психическими заболеваниями и поражением центральной нервной системы (далее – ЦНС), в другие типы закрытых организаций с круглосуточным пребыванием проводится однократное бактериологическое обследование на группу кишечных бактерий. Однократное обследование проводится также при переводе больных в организации психоневрологического (психосоматического) профиля.

19. Вакцинация населения против брюшного тифа проводится по эпидемиологическим показаниям, при этом учитываются эпидемиологическая обстановка, уровни заболеваемости и санитарно-коммунального благоустройства населенных пунктов, в соответствии с требованиями Приказа Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики "Об утверждении Календаря иммунизации населения Приднестровской Молдавской Республики и Перечня профилактических прививок по эпидемическим показаниям" от 25 июня 2008 года N 350 (регистрационный N 4511 от 30 июля 2008 года) (САЗ 08-30).

20. Масштабность массовой иммунизации ограничивается экстремальными условиями военных конфликтов, землетрясений, наводнений и т.п., влекущими за собой интенсивную миграцию населения и его размещение в лагерях для переселенцев (беженцев) и временных жилищ.

21. По эпидемиологическим показаниям прививки проводят также при угрозе возникновения эпидемий и вспышек (стихийные бедствия, крупные аварии на водопроводных и канализационных сетях и т.п.).

22. Прививки регистрируются в установленном порядке в учетных формах с обязательным указанием даты вакцинации, наименования, дозы и серии вакцины.

23. Целесообразна вакцинация против этой инфекции всех членов семьи хронического брюшнотифозного бактерионосителя, а также других родственников, часто вступающих в контакт с бактерионосителем.

24. Вакцинация против паратифов не проводится.

25. Фагопрофилактика брюшного тифа осуществляется брюшнотифозным бактериофагом, паратифов – бактериофагом сальмонеллезным групп ABCDE. Противопоказаний к применению бактериофагов не имеется.

26. С профилактической целью фагирование целесообразно назначать

на территориях с хронической активностью водного пути передачи с постоянно высоким уровнем заболеваемости в преддверии сезонного подъема заболеваемости:

- а) хроническим бактерионосителям и окружающим их лицам;
- б) персоналу и пациентам отдельных организаций (психиатрических больниц и отделений, интернатов для престарелых и т.п.);
- в) отдельным коллективам людей, находящимся в неудовлетворительных санитарно-гигиенических условиях;
- г) лицам, не подлежащим вакцинации (детям в возрасте до 3-х лет; а также лицам, имеющим противопоказания к прививкам).

27. В качестве противоэпидемического мероприятия фагопрофилактика проводится:

- а) в очагах брюшного тифа и паратифов для предупреждения заражения общавшихся с больными (реконвалесцентами, бактерионосителями);
- б) при угрозе и/или возникновении вспышки работникам отдельных профессий, производств и организаций конкретной территории, населенного пункта, микроучастка до устранения причины ее возникновения.

28. В очагах брюшного тифа и паратифов бактериофаг назначают трехкратно с интервалом в 3-4 дня. В случае возникновения вспышки, наряду с комплексом других противоэпидемических мероприятий, проводят фагирование контингентов риска. Продолжительность применения бактериофага определяется врачом-эпидемиологом и составляет не менее двух недель с момента госпитализации последнего больного. Схема применения бактериофага та же, что и при его применении в очаге.

29. Непосредственное проведение мероприятий фагопрофилактики осуществляет медицинский персонал ЛПО.

30. В отдельных случаях допускается фагопрофилактика самим населением в соответствии с инструкцией по применению препарата.

#### Раздел 4. Противоэпидемические мероприятия

31. Противоэпидемические мероприятия включают в себя комплекс мер, проводимых при возникновении заболеваний (выявлении носителей) брюшным тифом и паратифами (в эпидемических очагах) или при потенциальной угрозе возникновения и распространения этих заболеваний. В отличие от профилактических, эти мероприятия осуществляются во внеплановом порядке, исходя из сложившейся эпидемиологической обстановки на обслуживаемой территории или на эпидемически значимых объектах.

32. Организация противоэпидемических мероприятий проводится специалистами органов Госсанэпидслужбы во всех организациях, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, а также медицинскими работниками ЛПО.

#### Глава 1. Порядок выявления больных брюшным тифом и паратифами

33. Выявление больных или подозрительных на заболевание проводится медицинскими работниками всех ЛПО во время амбулаторных приемов, посещений больных на дому, при медицинских осмотрах, профилактических обследованиях, диспансеризации, госпитализации и др.

34. Диагноз устанавливается на основании клинических признаков болезни, результатов лабораторного обследования, данных эпидемиологического анамнеза.

35. Учет и регистрация больных (носителей) осуществляется в соответствии с СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.1.1.1117-06 "Профилактика острых кишечных инфекций", утвержденные Приказом Министерства здравоохранения

и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 29 декабря 2006 года N 576 (регистрационный N 3789 от 23 декабря 2007 года) (САЗ 07-5). Информация о выявленном случае (подозрении) направляется из ЛПО органы Госсанэпидслужбы (по телефону в течение 2 часов с момента установления диагноза). В течение 12 часов передается экстренное извещение. Каждый случай болезни (носительства) регистрируется в журнале регистрации инфекционных заболеваний. Первичная информация о выявленном больном (носителе) должна содержать необходимые сведения о предполагаемом источнике инфекции, подозрительных в качестве факторов передачи пищевых продуктах и воде (факторах риска), употреблявших заболевшим в течение последних 3 недель до возникновения болезни, возможных условиях заражения, в частности о месте пребывания (выезд на другие территории и приезд с других территорий в течение этого периода).

Отдельно ведется учет заболевших среди:

- а) лиц без определенного места жительства;
- б) приезжих;
- в) местных жителей, выезжавших в течение 3 недель до возникновения болезни на другие территории (внутри республики, в страны ближнего и дальнего зарубежья);
- г) местных жителей, не выезжавших в это время на другие территории.

36. Исследованию крови на гемокультуру независимо от уровня заболеваемости тифопаратифами подлежат все лица с лихорадочным состоянием невыясненного происхождения, наблюдающимся в течение 5-ти и более дней.

## Глава 2. Эпидемиологическое обследование очага

37. Проводится в каждом случае заболевания/выявления носительства с целью установления границ очага, выявления источника инфекции, контактных лиц, путей и факторов передачи возбудителя и условий, способствовавших их активизации. Ставится задача своевременного выявления новых случаев болезни среди контактных и недопущения ее дальнейшего распространения, а также принимаются меры для выявления источника инфекции (в большинстве случаев хронического носителя) среди работников отдельных профессий, производств и организаций для недопущения/отстранения его от работы.

38. Во всех случаях обследование очага тифопаратифозной инфекции проводится врачом-эпидемиологом с привлечением к этой работе помощников эпидемиологов.

При возникновении групповой заболеваемости и эпидемических вспышек эпидемиологическое обследование проводится врачами-эпидемиологами и их помощниками с привлечением при необходимости других специалистов.

39. При вспышках и групповых заболеваниях брюшным тифом и паратифами конкретный фактор (факторы) передачи возбудителей инфекции устанавливается на основе карт альтернативного эпидемиологического надзора, результатов опроса заболевших и обязательно здоровых лиц (контрольная группа) в эпидемических очагах (принцип альтернативности). В первую очередь опрашиваются пострадавшие, которые заболели одними из первых, а также во множественных семейных очагах (с двумя и более случаями заболеваний). Анализ результатов альтернативного картографирования заболеваемости, а также результаты опроса больных и контрольных (здоровых) лиц в очагах должны позволить сформулировать достоверную предварительную версию (гипотезу) о причине и условиях возникновения эпидемической вспышки/эпидемии – действующем пути и факторе передачи возбудителя с целью его максимально быстрого

подавления (нейтрализации) для недопущения массового распространения инфекции.

40. На территориях (микроучастках), неблагополучных по брюшному тифу и паратифам, необходимо проведение подворных обходов для раннего выявления больных.

### Глава 3. Мероприятия в отношении источника инфекции

41. Для выявления источника инфекции используется комплекс клинико-эпидемиологических и лабораторных методов исследования. В первую очередь в очагах обследуются работники отдельных профессий, производств и организаций, представляющие собой наибольшую потенциальную эпидемическую опасность. Проводится однократное бактериологическое исследование фекалий и мочи, а также однократное серологическое исследование крови с постановкой РПГА с Ви-антигеном (для выявления состояния хронического брюшнотифозного бактерионосительства).

Остальные лица подвергаются выборочному обследованию с учетом эпидемиологической целесообразности проведения этого мероприятия.

42. При выделении культур брюшного тифа и паратифа В проводится их фаготипирование, результаты которого сравниваются с данными, полученными при типировании штаммов, выделенных у пострадавших в эпидемическом очаге.

43. При отсутствии возможности фаготипирования дается характеристика биохимических (ферментативных) свойств выделенных культур брюшного тифа и проводится их типирование (4 типа) по способности ферментировать ксилозу и арабинозу.

44. Ферментативные типы брюшнотифозных бактерий:

Тип Ксилоза Арабиноза

I	+	-
II	-	-
III	+	+
IV	-	+

45. Сравниваются также антибиотикограммы штаммов брюшного тифа и паратифов, выделенных у больных и у лиц, подозреваемых в качестве источников инфекции (хронические носители и др.).

### Глава 4. Мероприятия в очаге в отношении контактных с больными или носителями

46. Активное выявление больных среди контактных лиц в очаге проводят терапевты, инфекционисты и педиатры на основе опроса, клинического и лабораторного обследования. С целью раннего выявления новых заболеваний за всеми контактными устанавливается медицинское наблюдение (осмотр, опрос, термометрия) на протяжении 3-х недель при брюшном тифе и 2-х недель при паратифах.

47. В квартирных очагах вопрос об эпидемиологической целесообразности бактериологического и серологического обследования контактных (или только части из них) и его кратности решается врачом-эпидемиологом. При выделении возбудителя внешне здоровые (без признаков болезни) лица госпитализируются для установления характера носительства. У работников отдельных профессий, производств и организаций проводится двукратное бактериологическое исследование кала и мочи, а также крови в РПГА с Ви-антигеном. При положительном результате они обследуются в том же порядке, как и лица, поступающие на работу на эпидемически значимые объекты (пункты 14-17 настоящих

санитарных правил).

48. В ЛПО, дошкольных образовательных, общеобразовательных организациях, школах-интернатах, летних оздоровительных организациях, организациях закрытого типа (для лиц с различной патологией), в эпидемически значимых объектах, по месту работы и учебы проводится обследование контактных по той же схеме, что в пункте 47 настоящих санитарных правил.

49. На период проведения лабораторных обследований (до получения результатов) и при отсутствии клинических симптомов заболевания контактные лица не отстраняются от работы и посещения организованных коллективов.

50. При обнаружении заболевания или хронического бактерионосительства у одного из членов семьи работников отдельных профессий, производств и организаций последние подлежат ежедневному медицинскому наблюдению и обследованию в соответствии с пунктом 41 настоящих санитарных правил.

51. При положительных результатах клинико-лабораторных исследований контактные, относящиеся к работникам отдельных профессий, производств и организаций, и лица из организованных коллективов госпитализируются по месту жительства для установления окончательного диагноза и лечения.

При установлении диагноза хронического носительства возбудителей брюшного тифа и паратифов лица, относящиеся к работникам отдельных профессий, производств и организаций, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода, на основании постановления главного государственного санитарного врача или его заместителя, бактерионосители отстраняются от работы с выплатой им пособий по социальному страхованию (пособия по временной нетрудоспособности) в соответствии с пунктом 2 статьи 33 Закона Приднестровской Молдавской Республики от 3 июня 2008 года N 481-З-IV "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (САЗ 08-22) с изменением и дополнениями, внесенными Законом Приднестровской Молдавской Республики от 6 августа 2009 года N 838-ЗИД-IV (САЗ 09-32).

52. В условиях острого эпидемического неблагополучия, обусловленного действием массового фактора распространения инфекции, лабораторное обследование контактных лиц в очагах для выявления бактерионосителей не проводится. Ведется медицинское наблюдение с целью своевременного выявления и диагностики новых заболеваний.

53. На территориях (микрорайонах), неблагополучных по брюшному тифу, проводятся подворные обходы для раннего выявления лиц, подозрительных на заболевания, не только в период возникновения вспышки, но и во время сезонного подъема заболеваемости.

54. Наблюдение за контактными с больными и носителями проводится по месту их работы, учебы или жительства (пребывания) медицинскими работниками организаций или территориальных ЛПО.

55. В квартирных очагах медицинскому наблюдению подлежат все лица, контактировавшие с больными тифо-паратифами.

56. Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка (в специальных листах наблюдения за контактными в очаге), в стационарах – в историях болезни.

## Глава 5. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива

57. При возникновении единичных и групповых очагов, а также во время эпидемических вспышек брюшного тифа и паратифов лицам, общавшимся с больными или носителями, проводится профилактика специфическими бактериофагами.



## Глава 6. Мероприятия по нейтрализации путей и факторов передачи

58. Возбудители брюшного тифа и паратифов распространяются среди людей при помощи фекально-орального механизма передачи. Этот механизм складывается из водного, пищевого и бытового путей передачи, реальная эпидемическая значимость которых существенно различается. Роль главного или первичного пути передачи при брюшном тифе выполняет водный путь. Другие пути передачи имеют сугубо дополнительное, вторичное значение. Их относительная эпидемическая роль, в конечном счете, определяется активностью водного пути передачи, подавлению которого должно уделяться первоочередное внимание.

59. Распространение возбудителей инфекции водным путем заключается в активной реализации хронического водного пути передачи, детерминирующего эндемичность этой болезни на территориях с плохим водоснабжением населения и недостаточным их канализованием. Наряду с хроническим реализуется и острый водный путь передачи, проявляющийся возникновением эпидемических вспышек и эпидемий различной интенсивности.

60. Факторами передачи возбудителя при реализации пищевого пути наиболее часто являются молочные продукты, различные готовые блюда (салаты, винегреты, холодные мясные блюда) и другие, вторично загрязненные пищевые продукты жидкой и полужидкой консистенции.

61. Бытовой путь передачи является ведущим в организациях круглосуточного пребывания типа психоневрологических интернатов и больниц.

62. Сравнительное эпидемическое значение водного, пищевого и бытового путей передачи при брюшном тифе характеризуется соотношением 10:1:0,1, что и определяет главную задачу профилактики этой инфекции по обеспечению населения доброкачественным, безопасным в эпидемическом отношении водоснабжением.

63. Мероприятия по ограничению активности механизма передачи инфекции являются основными в профилактике и борьбе с брюшным тифом. Специалисты органов Госсанэпидслужбы совместно с заинтересованными службами осуществляют постоянный контроль качества питьевой воды, подаваемой населению, состояния водоочистных и канализационных сооружений, водопроводных и канализационных сетей.

64. Обнаружение проб воды, не отвечающих гигиеническим нормативам по микробиологическим показателям, регламентированным соответствующими документами для каждого вида водопользования, следует рассматривать как показатель потенциальной возможности распространения возбудителей брюшного тифа водным путем.

Обнаружение проб воды, не отвечающих гигиеническим нормативам при повторных исследованиях, рассматривается как показатель реальной эпидемической опасности, требующей принятия неотложных мер для выявления и устранения источника бактериального загрязнения.

В летний купальный сезон необходимо проводить лабораторные исследования на санитарно-химические и микробиологические показатели воды в водоемах в местах массового отдыха населения, контроль за обеспечением населения в местах рекреации доброкачественной привозной питьевой водой и различными безалкогольными напитками.

65. Необходимо проводить санитарное просвещение среди населения о необходимости потребления воды в питьевых целях только гарантированного качества.

66. Не допускается реализация населению молочных и других пищевых продуктов непосредственно из очагов бактерионосительства.

67. При планировании и проведении мероприятий, препятствующих реализации различных путей передачи инфекции, необходимо учитывать

длительное сохранение возбудителя в окружающей среде.

Возбудители брюшного тифа и паратифов характеризуются достаточно высокой устойчивостью к действию факторов окружающей среды. Не размножаются в воде, но длительно (до месяца и более) в ней переживают, сохраняя патогенность.

Вместе с тем они очень чувствительны к действию высоких температур, высушиванию. Могут накапливаться в пищевых продуктах жидкой и полужидкой консистенции, содержащих достаточное количество питательных веществ (молоко, заправленные салаты, винегреты и др.).

68. Необходимость санитарно-бактериологических исследований в очагах брюшного тифа и паратифов, а также на эпидемически значимых объектах определяется врачом-эпидемиологом на основе эпидемиологического анализа заболеваемости, результатов расследования эпидемических очагов и оценки санитарного состояния объектов, изучения эпидемиологического анамнеза возникших заболеваний.

69. Дезинфекция в очагах брюшного тифа и паратифов обязательна.

Текущую дезинфекцию проводят по месту пребывания больного в период с момента выявления до его госпитализации, в период реконвалесценции после выписки из больницы в течение 3-х месяцев (имея в виду возможность рецидива заболевания и острого бактерионосительства), а также в очагах хронического бактерионосительства. Текущую дезинфекцию проводит лицо, ухаживающее за больным, сам реконвалесцент или бактерионоситель.

Организует текущую дезинфекцию в очаге на дому медицинский работник (врач, фельдшер) территориального ЛПО. Специалисты органов Госсанэпидслужбы посещают бактерионосителя по месту его жительства не реже одного раза в год для контроля за качеством проведения противозэпидемических мероприятий.

Заключительную дезинфекцию выполняют специалисты организаций, занимающихся дезинфекционной деятельностью.

В очагах брюшного тифа и паратифов специалисты органов Госсанэпидслужбы и организаций, занимающихся дезинфекционной деятельностью, проводят выборочный контроль качества заключительной дезинфекции.

Заключительную дезинфекцию в городах проводится не позже шести часов, в сельской местности – 12 часов после госпитализации больного.

Порядок проведения и объем заключительной дезинфекции определяются врачом-эпидемиологом и врачом-дезинфектологом.

В случае выявления больного брюшным тифом или паратифами на амбулаторно-поликлиническом приеме или в ЛПО после его изоляции в помещениях, где он находился, проводят заключительную дезинфекцию силами персонала данной организации в соответствии с требованиями СанПиН МЗ и СЗ ПМР 3.5.1378-07 "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и осуществлению дезинфекционной деятельности", утвержденные приказом Министерства здравоохранения и социальной защиты Приднестровской Молдавской Республики от 12 апреля 2007 года N 221 (регистрационный N 3914 от 7 мая 2007 года) (САЗ 07-20).

## Глава 7. Госпитализация больных

70. Все больные брюшным тифом и паратифами подлежат обязательной госпитализации.

71. Госпитализацию больных осуществляют в течение первых трех часов, в сельской местности в течение 6 часов после получения экстренного извещения.

72. На территориях с эндемичной заболеваемостью тифо-паратифами провизорной госпитализации подлежат лица с лихорадочным состоянием

невыясненного происхождения, продолжающимся более трех дней, с обязательным исследованием крови на гемокультуру.

## Глава 8. Порядок выписки больных

73. Выписка больного из стационара проводится после исчезновения клинических симптомов и отрицательного трехкратного исследования кала и мочи. Первое исследование проводят спустя 5 дней после установления нормальной температуры, последующие – с пятидневным интервалом.

74. Реконвалесцентов, получавших антибиотики, выписывают из стационара не ранее 21 дня, а лиц, не получавших антибиотики, не ранее 14 дня после установления нормальной температуры.

75. Обнаружение возбудителей брюшного тифа или паратифов в процессе контрольно-выписного лабораторного обследования при отсутствии у больного, не относящегося к категории работников отдельных профессий, производств и организаций, признаков болезни не является противопоказанием к выписке из стационара.

Обнаружение возбудителей брюшного тифа или паратифов в процессе контрольно-выписного лабораторного обследования при отсутствии у больного, относящегося к категории работников отдельных профессий, производств и организаций, признаков болезни является основанием для проведения повторного курса лечения. В случае продолжающегося выделения возбудителей брюшного тифа или паратифов такой больной подлежит выписке из стационара с последующей постановкой на диспансерный учет как хронический бактерионоситель/бактериовыделитель и отстраняется от работы.

76. При выписке из больницы реконвалесцентов брюшного тифа и паратифов врач стационара оформляет и передает в поликлинику выписку из истории болезни, включающую клинический и этиологический диагнозы заболевания, данные о проведенном лечении, результаты обследования больного на бактерионосительство, рекомендации по его диспансеризации.

77. Учитывая существующую вероятность формирования хронического бактерионосительства, каждому переболевшему брюшным тифом и паратифами вручается специальная санитарно-просветительная памятка. Вместе с тем, переболевшему и повседневно общающимся с ним лицам (членам семьи) дополнительно разъясняется опасность заражения, необходимость строгого соблюдения правил личной гигиены и порядок проведения текущей дезинфекции.

## Глава 9. Диспансеризация лиц, переболевших брюшным тифом и паратифами

78. Все переболевшие брюшным тифом и паратифами, не относящиеся к категории работников отдельных профессий, производств и организаций, после выписки из больницы подлежат диспансерному наблюдению в течение трех месяцев с медицинским осмотром и термометрией – один раз в неделю в течение первого месяца и не реже одного раза в две недели в последующие 2 месяца. Помимо этого, в конце указанного срока они подвергаются двукратному бактериологическому (с интервалом в 2 дня) и однократному серологическому обследованию. При отрицательном результате они снимаются с диспансерного учета, при положительном – еще дважды обследуются в течение года. При положительном бактериологическом исследовании ставятся на учет как хронические бактерионосители.

79. Переболевшие, если они относятся к работникам отдельных профессий, производств и организаций, после выписки из стационара:

а) не допускаются в течение первого месяца диспансерного наблюдения к основной работе с переводом на рабочие места, где они не

представляют собой эпидемической опасности;

б) в течение этого месяца проводится трехкратное бактериологическое (с интервалом 1 – 2 дня) и однократное серологическое (РПГА с Ви-антигеном) обследование. При отрицательном результате обследования переболевшие:

1) допускаются к основной работе;

2) на протяжении последующих трех месяцев ежемесячно подлежат двукратному бактериологическому (фекалии, моча) обследованию.

При отрицательных результатах исследований эти лица на протяжении последующих 12 месяцев (одного года) подлежат ежеквартальному бактериологическому обследованию (фекалии и моча, однократно). Кроме того, в конце указанного периода проводится однократное бактериологическое исследование дуоденального содержимого (желчи) и серологическое исследование крови в РПГА с Ви-антигеном. Дополнительные обследования определяются эпидемиологической целесообразностью.

При отрицательных результатах бактериологических и серологических исследований переболевшие снимаются с учета.

80. При выделении бактерий брюшного тифа/паратифов через 3 и более месяцев после выздоровления работники отдельных профессий, производств и организаций ставятся на учет как хронические бактерионосители/бактериовыделители и отстраняются от работы.

При положительном результате серологического обследования оно проводится повторно. При вновь положительном результате назначается дополнительное трехкратное бактериологическое исследование фекалий и мочи и однократное исследование желчи (при отрицательных результатах исследования фекалий и мочи).

При отрицательных результатах всего проведенного комплекса исследований переболевшие снимаются с диспансерного учета.

#### Глава 10. Организация и проведение мероприятий в отношении выявленных хронических брюшнотифозных/паратифозных бактерионосителей

81. Всех выявленных хронических носителей бактерий брюшного тифа и паратифов, независимо от профессии и места работы, ставят на постоянный учет в органы Госсанэпидслужбы по установленной форме.

82. Хронические бактерионосители, выявленные среди работников отдельных профессий, производств и организаций, а также среди этих лиц, поступающих на работу, к работе не допускаются в течение двух лет. По истечении этого срока они могут повторно поступать на работу на указанные предприятия и объекты, пройдя предварительно лабораторные обследования в соответствии с пунктами 14–17 настоящих санитарных правил. Учитывая очевидную эпидемиологическую целесообразность, кратность лабораторных исследований в этом случае существенно увеличивается.

83. Хронические бактерионосители среди лиц, не относящихся к работникам отдельных профессий, производств и организаций, не подвергаются дальнейшим лабораторным обследованиям. Дважды в год по месту жительства проводится санитарно-просветительная работа по соблюдению ими и окружающими их лицами санитарных правил.

84. Дети общеобразовательных школ и школ-интернатов при выявлении у них носительства бактерий брюшного тифа и паратифов:

а) не освобождаются от посещения школы;

б) не допускаются к исполнению обязанностей, связанных с приготовлением, транспортировкой и раздачей пищевых продуктов.

85. Дети дошкольного возраста при выявлении у них бактерионосительства:

а) не допускаются в детские ясли и сады;

б) при необходимости госпитализируются для обследования и лечения.

86. При переезде носителя в другой населенный пункт или район данные о нем сообщаются в территориальный орган Госсанэпидслужбы по новому месту жительства (пересылается копия карты наблюдения за носителем).

#### Глава 11. Порядок сбора материала для лабораторных исследований

87. Лабораторному обследованию подлежат:

а) больные с подозрением на тифопаратифозное заболевание, а также с лихорадкой неясной этиологии, продолжающейся 5 и более дней;

б) лица, общавшиеся с больными;

в) работники отдельных профессий, производств и организаций при поступлении на работу и по эпидемиологическим показаниям;

г) секционный материал при подозрении на заболевание брюшным тифом и паратифами.

88. Сбор биологического материала (фекалии, кровь, моча, желчь) для лабораторных исследований осуществляется до начала этиотропного лечения медицинским работником, заподозрившим тифопаратифозную инфекцию.

89. От больных, поступающих в стационары для госпитализации, материал для бактериологического исследования забирается в приемном отделении стационара.

90. От лиц, общавшихся с больными или носителями (контактными), сбор материала проводится медицинскими работниками ЛПО по месту выявления больных.

91. Бактериологические исследования на носительство проводят в лабораториях организаций Госсанэпидслужбы (или больниц при необходимости обследования в стационарных условиях).

Материалом для бактериологического исследования с целью выявления бактерионосителей являются испражнения, моча и желчь (дуоденальное содержимое).

Взятие испражнений и мочи для бактериологического исследования производят в кабинетах инфекционных заболеваний, медпунктах по месту работы обследуемых, а также в больницах (стационарное обследование) или в очагах тифопаратифозных заболеваний. Использование ректальных трубок запрещается.

Сбор желчи производят в условиях стационара или в процедурных кабинетах поликлиник с предварительной консультацией врача-терапевта.

92. Серологическое исследование сыворотки крови с помощью РПГА с Ви-антигеном является сигнальным методом выявления возможного хронического бактерионосительства.

93. Нативный материал для лабораторного исследования собирают в стерильную стеклянную посуду. Срок доставки материала в лабораторию должен быть не позднее 2 часов после сбора и сопровождаться специальным направлением. Доставка материала самими обследуемыми не допускается.

94. При невозможности своевременной доставки материала в лабораторию должны использоваться консерванты или транспортная среда. Материал помещается в холодильник и направляется на исследование не позднее 12 часов после забора.

#### Раздел 5. Санитарно-эпидемиологический надзор за брюшным тифом и паратифами

95. Составными элементами организации и проведения санитарно-эпидемиологического надзора за брюшным тифом и паратифами

являются: его информационное обеспечение (информация для действия); эпидемиологическая диагностика эпидемического процесса (выявление действующих детерминант – путей и факторов передачи, определяющих распространение инфекции); управление (принятие управленческих решений для подавления активности детерминант эпидемического процесса).

96. Информационное обеспечение (информация для действия) включает сбор информации, ее обработку и функционирование обратной связи.

Сбор первичной информации проводится организациями Госсанэпидслужбы в каждой территории в рамках действующих отчетно-учетных форм с учетом природных и социально-экономических особенностей и существующих технических возможностей.

Сбор и обработка информации для проведения эффективного санитарно-эпидемиологического анализа осуществляется специалистами органов Госсанэпидслужбы в соответствии с принятым порядком в каждом конкретном случае.

Обратная информационная связь содержит: информацию об эпидемиологической обстановке на всей подконтрольной территории; оценку деятельности нижестоящих организаций по итогам анализа работы, реализуемой в системе надзора.

97. Эпидемиологическая диагностика (выявление действующих детерминант, определяющих распространение брюшного тифа и паратифов) осуществляется на основе ретроспективного и оперативного (текущего) эпидемиологического анализа заболеваемости, альтернативного санитарно-эпидемиологического надзора за заболеваемостью и ее детерминантами.

98. Многолетний ретроспективный эпидемиологический анализ проводится не менее чем за последние 10 лет и предусматривает:

- а) анализ многолетней и сезонной динамики заболеваемости;
- б) альтернативный анализ заболеваемости по территориям, отличающимся по характеру водоснабжения и снабжения населения пищевыми продуктами;
- в) анализ заболеваемости по возрастным группам, полу, контингентам населения;
- г) анализ очаговости и эпидемических вспышек брюшного тифа и паратифов;
- д) анализ источников, путей и факторов передачи возбудителей брюшного тифа и паратифов;
- е) анализ клинических проявлений заболеваний брюшным тифом и паратифами;
- ж) оценку состояния лабораторной диагностики брюшного тифа и паратифов;
- з) оценку степени санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов, расположенных на территории надзора;
- и) оценку качества и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- к) оценку эффективности санитарно-просветительной работы среди населения.

99. Анализ многолетней динамики заболеваемости направлен на выявление ее тенденций на территории надзора в целом и на отдельных микроучастках, различающихся по степени активности, прежде всего водного, а также пищевого и бытового путей передачи. По результатам анализа дается оценка ситуации и прогноз заболеваемости.

100. Анализ сезонного распределения тифопаратифозных заболеваний позволяет выявить время риска их максимального распространения (как отражение повышения активности конкретных путей и факторов передачи возбудителей) для своевременного усиления профилактических и противоэпидемических мероприятий.

101. Анализ заболеваемости по территории выполняется на основе

расчета среднесноголетних показателей (контрольные уровни) по избранным территориальным единицам (районы, населенные пункты, микроучастки и т.п.). С учетом уровня и динамики заболеваемости выявляются контрастные территории, устойчиво неблагополучные и благополучные по уровням заболеваемости. Выявляются различия в активности основных детерминант эпидемического процесса на этих территориях.

102. Анализ заболеваемости по возрастным группам, полу, контингентам населения проводится с учетом принципа альтернативности территорий по заболеваемости. Оценивается заболеваемость в разных возрастных и социально-профессиональных группах населения, выявляются группы риска, требующие осуществления специального надзора.

103. Дается оценка санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов (водоснабжения, канализования и очистки населенных мест, организаций молочной, мясной, пищевых отраслей промышленности, общественного питания и торговли, детских и подростковых организаций всех профилей и др.). Оценивается состояние водоснабжения и канализования на различных территориях надзора, качество воды, пищевых продуктов. Это позволяет выделить организации, оказывающие неблагоприятное влияние на заболеваемость тифопаратифозными инфекциями и требующие осуществления неотложных мероприятий по улучшению их санитарно-технического состояния.

104. Заключительным этапом ретроспективного анализа является эпидемиологическая оценка активности действующих детерминант эпидемического процесса, причин и условий, определяющих контрастность уровней заболеваемости брюшным тифом и паратифами на территориях надзора, среди различных возрастных групп и контингентов населения. Анализ должен обязательно проводиться в сопоставлении с результатами оценки санитарно-эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов, с учетом демографических данных и состояния медицинского обслуживания.

105. Комплексный анализ эпидемиологических данных и объективная оценка действующих факторов риска (состояние водоснабжения и канализования, качество воды и пищевых продуктов) является ключевым для выявления активности водного, пищевого и бытового путей передачи. На основании полученных данных формулируется заключение о детерминантах эпидемического процесса, объясняющее своеобразие динамики заболеваемости, ее сезонности, а также территориальные различия и различия в уровнях заболеваемости на отдельных территориях, среди различных возрастных групп и контингентов населения. Достоверность различий в уровнях заболеваемости, а также синхронность ее движения с динамикой изменений различных социальных и природных факторов оценивается с помощью статистических методов.

106. По результатам ретроспективного эпидемиологического анализа разрабатывается перспективный комплексный план мероприятий для снижения заболеваемости брюшным тифом и паратифами на территории надзора. План мероприятий корректируется в процессе оперативного (текущего) эпидемиологического анализа заболеваемости.

107. Оперативный (текущий) эпидемиологический анализ проводится ежедневно, за прошедшую неделю, месяц, квартал, полугодие и включает: постоянное наблюдение за развитием эпидемического процесса (динамикой заболеваемости); наблюдение за состоянием санитарно-эпидемиологического фона (пути и факторы передачи возбудителей инфекции); оперативную эпидемиологическую оценку ситуации; установление причин подъема, спада или отсутствия заболеваемости.

108. Наблюдение за развитием эпидемического процесса (динамикой заболеваемости) ведется по следующим параметрам:

а) уровни заболеваемости брюшным тифом и паратифами на территории надзора в целом и на контрастных (альтернативных) по заболеваемости территориях (макро- и микроучастки);

б) уровни заболеваемости в различных возрастных группах и контингентах населения;

в) характер очаговости и эпидемических вспышек брюшного тифа и паратифов;

г) источники, пути и факторы передачи возбудителей брюшного тифа и паратифов;

д) состояние лабораторной диагностики брюшного тифа и паратифов;

е) характер клинических проявлений брюшного тифа и паратифов.

109. Наблюдение за санитарно-эпидемиологическим фоном проводится с целью своевременного обнаружения ухудшения его показателей по следующим параметрам:

а) качество питьевой воды, в том числе бутилированной;

б) качество молочной продукции на этапах производства, транспортировки и реализации;

в) качество безалкогольных напитков;

г) качество пищевой продукции;

д) случаи возникновения аварийных ситуаций на территории обслуживания и эпидемически значимых объектах (водоочистные сооружения и канализация, молокозаводы, предприятия и объекты пищевой промышленности и др.). Объем и кратность их обследования может увеличиваться при ухудшении качества выпускаемой продукции, санитарно-технического состояния объектов, эпидемиологической обстановки на территории надзора.

110. Оперативная оценка эпидемиологической ситуации осуществляется путем сравнения заболеваемости за определенный период времени на конкретной территории со среднесезонными (нормативными) уровнями, а также с предыдущим месяцем, кварталом текущего года, в сопоставлении с соответствующими периодами предыдущего года. Целесообразно вычислять нормативные показатели отдельно по годам с относительно высокими и низкими уровнями заболеваемости. Исходные и нормативные уровни заболеваемости рассчитываются применительно к конкретной территории и отдельным возрастным группам населения по данным первичной и окончательной регистрации.

111. Для выявления причин роста заболеваемости и обусловившего его пути (фактора) передачи инфекции проводится эпидемиологическое обследование возникших очагов и всесторонний эпидемиологический анализ заболеваемости. При проведении анализа необходимо постоянно вести и использовать альтернативные карты санитарно-эпидемиологического надзора за брюшным тифом и паратифами, позволяющие оперативно выявлять действующие пути и факторы передачи инфекции.

Углубленный эпидемиологический анализ проводится в случае ухудшения эпидемиологической ситуации и состоит из нескольких этапов:

а) оценивается изменение уровней заболеваемости на территории надзора в целом, а также на макро- и микроучастках с контрастными уровнями заболеваемости;

б) анализируется изменение уровней заболеваемости среди различных возрастных групп и социально-профессиональных контингентов населения;

в) учитываются результаты клинико-лабораторного обследования контактных и работников отдельных профессий, производств и организаций, вовлеченных в эпидемический процесс.

Анализируется семейная (домашняя) очаговость, множественные квартирные очаги с несколькими случаями заболеваний (групповая квартирная очаговость), заболеваемость в организованных и других коллективах. Эпидемиологическое обследование именно этих очагов позволяет достаточно быстро выработать предварительную версию



(гипотезу) о действующем пути и факторе (факторах) передачи возбудителей инфекции. В очагах необходимо проводить опрос не только заболевших, но и здоровых лиц.

112. Для выявления конкретного фактора передачи возбудителей инфекции необходимо проводить сопоставление интенсивности изменения заболеваемости на контрастных территориях и среди различных групп населения с данными по организации водоснабжения населения и распределению пищевой продукции, отраженных на альтернативных картах санитарно-эпидемиологического надзора. Эти карты позволяют оперативно выявлять территории, группы и контингенты населения, подверженные и не подверженные воздействию конкретного фактора (факторов) передачи, детерминирующего распространение инфекции.

113. Конкретный фактор передачи, как правило, легко выявляется на территориях с высокой заболеваемостью (в частности, во время острых и хронических водных эпидемий и эпидемических вспышек) и не обнаруживается на территориях с низкой (обычной) заболеваемостью (метод выявления единственного санитарно-эпидемиологического различия между этими территориями). Кроме того, как правило, обнаруживается совпадение территорий высокой заболеваемости с территориями реализации инфицированной воды или пищевого продукта, послужившего фактором передачи инфекции (метод выявления единственного санитарно-эпидемиологического сходства между пострадавшими территориями).

Для подтверждения заключения о действующих факторах передачи необходимо проводить оценку степени санитарно-гигиенической и эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов на конкретных территориях. Для этой цели необходимо иметь перечень эпидемически значимых объектов с характеристикой наиболее уязвимых мест технологического процесса в плане возможной контаминации воды и пищевых продуктов возбудителями тифопаратифозных заболеваний в процессе их приготовления, хранения, транспортировки и реализации. Заключение должно подтверждаться результатами санитарно-бактериологических исследований.

Объемы лабораторных исследований увеличиваются в предэпидемический (предсезонный) период и в период эпидемического, в том числе, сезонного распространения тифопаратифозных заболеваний с целью своевременной детекции эпидемиологически активных факторов передачи и подавления их активности.

114. При проведении санитарно-эпидемиологического надзора за брюшным тифом и паратифами необходимо учитывать характер основных клинических проявлений этих заболеваний, позволяющих в процессе эпидемиологического расследования в ряде случаев сделать вполне обоснованное предварительное заключение о действующем пути передачи инфекции. Как правило, пищевые вспышки характеризуются более тяжелой клиникой по сравнению с водными, что связано с интенсивным накоплением возбудителей в пищевых продуктах, благоприятных для размножения возбудителей. При этом наблюдается также относительно непродолжительный инкубационный период болезни.

115. В процессе оперативного эпидемиологического анализа формулируется гипотеза о причинах ухудшения эпидемиологической ситуации, которая испытывается с помощью упомянутых выше методов единственного санитарно-эпидемиологического различия и единственного сходства (отдельно или в комбинации). Эти методы позволяют в совокупности с данными о состоянии санитарно-эпидемиологического фона, результатами лабораторных исследований установить конкретный действующий фактор (факторы) передачи, приведший к росту заболеваемости. Принятая эпидемиологическая гипотеза должна в достаточной степени объяснять, почему в отличие от других территорий

именно в данные сроки и на данных территориях произошел рост заболеваемости, и почему именно те или иные организации и отдельные возрастные группы и контингенты населения были охвачены повышенной заболеваемостью.

116. В случае недостаточной информации для такого объяснения, или отсутствуют материалы, позволяющие четко сформулировать гипотезу, проводится дополнительный сбор необходимых данных в процессе дальнейшего оперативного анализа заболеваемости и расследования причины эпидемического распространения болезни. Обязательно проводится полноценный опрос больных и контактных (здоровых) в эпидемических очагах и целенаправленные санитарно-бактериологические исследования.

117. Управление (принятие управленческих решений для подавления детерминант эпидемического процесса при брюшном тифе и паратифах) включает планирование мероприятий, их материальное обеспечение в процессе реализации и контроль исполнения.

118. В комплексе профилактических мероприятий при брюшном тифе и паратифах основная роль принадлежит санитарно-гигиеническим мероприятиям, проводимым с целью повышения степени санитарно-гигиенической и эпидемиологической надежности эпидемически значимых объектов. Органы государственной санитарно-эпидемиологической службы Приднестровской Молдавской Республики, совместно с заинтересованными ведомствами на каждой территории разрабатывают конкретные мероприятия по усилению профилактики брюшного тифа и паратифов.

Контроль за полнотой и своевременностью выполнения мероприятий обеспечивается органами государственной санитарно-эпидемиологической службы Приднестровской Молдавской Республики.

119. Эффективность проведения санитарно-эпидемиологического надзора за брюшным тифом и паратифами оценивается ежегодно. Основными критериями эффективности надзора, наряду со снижением заболеваемости этими инфекциями, являются усиление его профилактической направленности, комплексности (участие всех профильных органов Госсанэпидслужбы) и оперативности во взаимодействии с государственными органами исполнительной власти и местного самоуправления Приднестровской Молдавской Республики.