



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ**

Коммунаров ул., д. 276, г. Краснодар, 350000  
Тел. (861) 992-52-91, факс (861) 992-53-01  
E-mail: mz@krasnodar.ru, www.minzdravkk.ru  
ОКПО 00099375, ОГРН 1032307165967,  
ИНН 2309053058, КПП 231001001

25.12.2017 № 48-14599/17-04-14

Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Краснодарского края, органов управления здравоохранения и медицинских организаций, находящихся в ведении муниципальных образований Краснодарского края

На № от

**О направлении  
информационного письма**

С целью улучшения качества оказания медицинской помощи детям с гриппом, ОРВИ и внебольничными пневмониями в эпидемический сезон 2017-2018 годов министерство здравоохранения Краснодарского края направляет информационное письмо «Об усилении мероприятий по оказанию медицинской помощи и профилактике гриппа, ОРИ и внебольничных пневмоний у детей в Краснодарском крае» для использования в работе.

Руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Краснодарского края, органов управления здравоохранения и медицинских организаций муниципальных образований Краснодарского края необходимо ознакомить всех заинтересованных лиц с письмом под роспись.

Приложение на 12 л. в 1 экз.

Заместитель министра

В.А. Игнатенко

Е.Н. Гольберг  
М.Е. Сербикова  
992-54-43



48-14599/17-04-14-25.12.17

Приложение к письму  
министерства здравоохранения  
Краснодарского края  
от 25.12.2017 № 48-14539  
17-04-14

Об усилении мероприятий по оказанию медицинской помощи и профилактике гриппа, ОРИ и внебольничных пневмоний у детей в Краснодарском крае

Грипп, острые респираторные инфекции (ОРИ) и внебольничные пневмонии являются самой частой патологией детей в период эпидемического подъема гриппа и ОРИ. В педиатрии удельный вес ОРИ среди всех инфекционных заболеваний составляет 90%. В этиологической структуре ОРИ доминируют респираторные вирусные инфекции и грипп (90-95%).

Медицинская помощь детям с гриппом, ОРИ и внебольничными пневмониями оказывается в соответствии со следующими нормативными документами:

А) регламентирующие общие вопросы оказания медицинской помощи детям при инфекционных заболеваниях:

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 мая 2012 года № 521н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями»;

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 мая 2017 года № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»;

3. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3117-13 «Профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций».

4. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 4 февраля 2016 года № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера».

Б) регламентирующие вопросы оказания медицинской помощи детям при гриппе:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 года № 757н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при гриппе легкой степени тяжести»;

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1095н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при гриппе средней степени тяжести»;

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1098н «Об утверждении стандарта

специализированной медицинской помощи детям при гриппе тяжелой степени тяжести»;

4. Клинические рекомендации (протокол лечения) оказания медицинской помощи детям больным гриппом (Санкт-Петербург, 2013 год);

5. Методические рекомендации по диагностике и лечению гриппа (Москва, 2016 год).

В) регламентирующие вопросы оказания медицинской помощи детям при ОРИ:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 декабря 2012 года № 1654н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи детям при остром назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести»;

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 года № 798н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях средней степени тяжести»;

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 года № 1450н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи детям при острых респираторных заболеваниях тяжелой степени тяжести»;

4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 24 декабря 2012 года № 1505н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при остром тонзиллите»;

5. Федеральные клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям с острой респираторной вирусной инфекцией (острый назофарингит) (под ред. А.А. Баранова, Москва, 2015).

Г) вопросы оказания медицинской помощи детям при пневмонии:

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 года № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии»;

2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 1658н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии средней степени тяжести»;

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 ноября 2012 года № 741н «Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при пневмонии тяжелой степени тяжести с осложнениями»;

4. Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации (под ред. А.Г. Чучалина, Москва, 2015год;

5. Федеральные рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии у детей (под ред. А.А. Баранова, Москва, 2015;

6. Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3116-13 «Профилактика внебольничных пневмоний».

В зависимости от выраженности клинических симптомов заболевания различают легкие, среднетяжелые и тяжелые формы тяжести течения гриппа и ОРИ, а также среднетяжелую и тяжелую формы внебольничных пневмоний. В соответствии с действующей классификацией легкой степени тяжести внебольничных пневмоний нет.

### Формы тяжести гриппа, ОРИ у детей

| Форма тяжести | Клинические симптомы   | Течение                        | Осложнения   |
|---------------|--|--------------------------------|--|
| Легкая        | <ul style="list-style-type: none"> <li>– симптомы интоксикации: слабые или отсутствуют,</li> <li>– повышение температуры тела до 38,5 °C,</li> <li>– катаральные симптомы (ринит, фарингит)</li> </ul>   | острое                         | нет  |
| Среднетяжелая | <ul style="list-style-type: none"> <li>– интоксикация умеренная,</li> <li>– повышение температуры тела выше 38,5°C до 39,5°C,</li> <li>– катаральные проявления, возможно с симптомами стенозирующего ларинготрахеита компенсированного, бронхита.</li> </ul>  | острое или затяжное            | пневмония, отит, синусит, неврит, пиелонефрит  |
| Тяжелая       | <ul style="list-style-type: none"> <li>– повышение температуры тела выше 39,5°C ,</li> <li>– синдром токсикоза,</li> <li>– изменение психического состояния, чрезвычайная возбудимость,</li> <li>– энцефалическая реакция,</li> <li>– сердечно-сосудистая недостаточность,</li> <li>– дыхательная недостаточность,</li> <li>– ДВС-синдром,</li> <li>– стеноз гортани 2-3 степени,</li> <li>– пневмония,</li> <li>– шок,</li> <li>– отек мозга,</li> <li>– отек легких,</li> <li>– респираторный дистресс-синдром.</li> </ul> | острое или затяжное, негладкое | пневмония, плеврит, бронхиолит, ДН, менингит, энцефалит синдром Рея, синдром Уотерхауз-Фридриксена и др. |

Ключевые критерии для оценки тяжести внебольничной пневмонии у детей (Внебольничная пневмония у детей. Клинические рекомендации под ред. А.Г. Чучалина, Москва, 2015год )

| Симптомы                        | Дети до 1 года  |         | Дети старше 1 года |         |
|---------------------------------|-----------------|---------|--------------------|---------|
|                                 | Средней тяжести | Тяжелая | Средней тяжести    | Тяжелая |
| Лихорадка, С                    | < 38,5          | ≥ 38,5  | < 38,5             | ≥ 38,5  |
| Частота дыхания в мин.          | ≤ 70            | >70     | ≤ 50               | >50     |
| SaO2 (при вдохании атмосферного | ≥ 94            | ≤ 93    | ≥94                | ≤ 93    |

|   |                           |  |                  |   |
|---|---------------------------|--|------------------|---|
| воздуха), %                                   |                           |  |                  |   |
| Втяжение<br>уступчивых мест<br>грудной клетки | Легкое                    | Умеренное<br>или<br>выраженное   |                  |   |
| Диспноэ                                       |                           | Раздувание<br>крыльев носа,<br>периодическое<br>апноэ,<br>кряхтящее<br>дыхание | Легкая<br>одышка | Выраженное<br>затруднение,<br>раздувание<br>крыльев носа,<br>кряхтящее<br>дыхание |
| Другие симптомы                               | Питание<br>не<br>нарушено | Цианоз, отказ<br>от еды  |                  | Цианоз,<br>признаки<br>обезвоживания  |

Группы детей высокого риска по тяжелому, неблагоприятному течению гриппа, развитию осложнений:

1. Дети, не привитые от гриппа.
2. Дети младше 5 лет (из них, наиболее высокий риск возникновения серьезных осложнений у детей младше 2 лет, особенно первых 6 месяцев жизни).
3. Дети с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой, дыхательной систем (включая бронхиальную астму).
4. Дети с хроническими заболеваниями эндокринной системы (включая сахарный диабет), нарушениями функции почек, гемоглобинопатиями, с серповидно-клеточной анемией.
5. Дети, получающие терапию с применением аспирина.
6. Повышенному риску подвержены дети с любой болезнью, нарушающей респираторную функцию, включая неврологические заболевания, такие как нарушение умственного развития или порок развития, церебральный паралич, повреждения спинного мозга или другие нервно-мышечные расстройства; с дефицитом питания; с дефицитом жидкости, вследствие продолжительной рвоты или диареи; с имеющимся нарушением обмена веществ.
7. Дети с иммунодефицитами, в т.ч. ВИЧ-инфицированные, и лица, получающие иммуносупрессивную терапию. Среди ВИЧ-инфицированных детей - дети, не принимавшие антиретровирусные препараты.

Диагностика гриппа, ОРИ и внебольничной пневмонии.

Диагностика осуществляется на основе сбора анамнеза, клинического осмотра, проведения лабораторных и специальных методов обследования и направлена на определение нозологии и клинической формы, тяжести состояния, выявление осложнений и показаний к лечению.

Лабораторно диагноз подтверждается одним или более тестами:  
 – ПЦР в реальном времени;  
 - иммуноферментный анализ;

- вирусной культурой;
- увеличением в 4 раза титров вирус-нейтрализующих антител, специфичных к вирусу гриппа,
- бактериологический посев мокроты.

Достоверный диагноз устанавливается при серотипировании вируса или бактериологическом выделении микробы из мокроты.

Критерии качества медицинской помощи:

- общий анализ крови (при купе – не позднее 3 ч с момента поступления в стационар),
  - общий анализ мочи,
  - в течение 1 ч с момента поступления в стационар ребенок должен быть осмотрен врачом-педиатром или врачом-инфекционистом,
  - в течение 30 минут – врачом анестезиологом-реаниматологом при наличии признаков дыхательной недостаточности 2 степени и/или недостаточности кровообращения 2 степени и/или нарушении сознания,
  - не позднее 30 минут с момента поступления в стационар проводится пульсоксиметрия (при купе, обструктивном бронхите, бронхиолите – не позднее 10 минут). В амбулаторных условиях – у всех детей 1 года жизни, с отягощенным преморбидным фоном,
  - рентгенография органов грудной клетки проводится не позднее 24 часов с момента поступления в стационар,
  - ПЦР-диагностика на грипп и ОРВИ,
  - при пневмонии - бактериологический посев мокроты на флору, ПЦР на грипп, ИФА крови на хламидии, микоплазму, туберкулез, легионеллу. При повторных случаях пневмонии в течение года обследование на ВИЧ,
  - противовирусная терапия,
  - по показаниям – антибактериальная терапия.

Маршрутизация пациентов и принципы  
рациональной фармакотерапии у детей

Лечение детей, больных гриппом, ОРИ и внебольничными пневмониями проводится в амбулаторных условиях или в условиях стационара.

Критериями обязательной госпитализации:

1. Возраст до 1 года.
2. Среднетяжелые формы заболевания с осложненным течением, с обострением сопутствующих заболеваний у новорожденных и детей первых лет жизни.
3. Тяжелые формы заболевания.
4. Наличие тяжелых фоновых заболеваний – врожденный порок сердца, хронические заболевания легких, сопровождающиеся инфекцией (бронхолегочная дисплазия, муковисцидоз, бронхоэктатическая болезнь и др.), иммунодефицит, сахарный диабет, ожирение.
5. Проведение иммуносупрессивной терапии.
6. Отсутствие условий для лечения на дому или гарантий выполнения

рекомендаций – социально неблагополучная семья, плохие социально-бытовые условия (общежитие, дом ребенка, пункт временного размещения и др.).

7. При пневмонии – отсутствие ответа на стартовую антибактериальную терапию в течение 48 ч (сохранение высокой лихорадки, нарастание дыхательной недостаточности, появление возбуждения или угнетения сознания).

Показания для госпитализации детей с внебольничной пневмонией в ОРИТ:

1. Тяжелая дыхательная недостаточность, требующая вспомогательной или искусственной вентиляции легких.

2. Пневмония с бактериемией (сепсис).

Ключевыми клиническими признаками указанных состояний являются:

-  $\text{SaO}_2 < 92\%$  на фоне оксигенотерапии с содержанием кислорода более 60%;

- признаки шока;

- прогрессирующее нарастание частоты дыхания и пульса;

- рецидивирующее апноэ или редкое прерывистое дыхание.

#### Маршрутизации пациентов с диагнозом грипп, ОРВИ и внебольничная пневмония, в том числе с осложненными формами

|    |  |  |
|----|--|--|
| 1. | ОРВИ и грипп легкой степени тяжести у детей в возрасте до 1 года                 | - госпитализация в инфекционное отделение по месту жительства;<br>- при отказе от госпитализации активный ежедневный патронаж на дому врачом - педиатром участковым  |
| 2. | ОРВИ и грипп легкой степени тяжести у детей в возрасте старше 1 года             | - лечение в амбулаторных условиях по месту жительства с ежедневным мониторингом состояния больного   |
| 3. | ОРВИ и грипп средней степени тяжести без осложнений у детей в возрасте до 1 года | - госпитализация в инфекционное отделение по месту жительства;<br>- осмотр заведующего отделением;<br>- при необходимости: консилиум специалистов: заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по детству и родовспоможению (районный/городской педиатр), заведующий отделением, лечащий врач, профильный специалист |
| 4. | ОРВИ и грипп средней степени тяжести без осложнений у детей старше 1 года        | - лечение в амбулаторных условиях по месту жительства с ежедневным мониторингом состояния больного;<br>- при наличии факторов риска или развитии осложнений госпитализация в инфекционное отделение по месту жительства;<br>- осмотр заведующего отделением  |
| 5. | ОРВИ и грипп средней степени тяжести с   | - госпитализация в инфекционное отделение по месту жительства;   |

|    |   |  |
|----|---|--|
|    | осложнениями, а также тяжелой степени тяжести                       | - своевременный перевод в АРО;<br>- осмотр заведующего отделением, консилиум специалистов: заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по детству и родовспоможению (районный/городской педиатр), заведующий отделением, лечащий врач, узкий специалист;<br>- телеконсультация с краевыми специалистами;<br>- консультация специалистов санавиации; при необходимости перегоспитализация в краевые медицинские организации: ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница», ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница»   |
| 6. | Внебольничная пневмония, в том числе с дыхательной недостаточностью | - госпитализация в инфекционное отделение по месту жительства;<br>- своевременный перевод в АРО;<br>- осмотр заведующего отделением, консилиум специалистов: заместитель главного врача по медицинской части, заместитель главного врача по детству и родовспоможению (районный/городской педиатр), заведующий отделением, лечащий врач, узкий специалист;<br>- телеконсультация с краевыми специалистами;<br>- консультация специалистов санавиации; при необходимости перегоспитализация в краевые медицинские организации: ГБУЗ «Специализированная клиническая детская инфекционная больница», ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» |

Для определения маршрута пациента и диагностики тяжести течения заболевания используется пульсоксиметрия, которая направлена на установление концентрации кислорода в гемоглобине и частоты пульса. Норма сатурации одинакова для взрослого и ребенка и составляет 95-98%. Снижение этого показателя говорит о развивающейся гипоксии, повышение обычно наблюдается при проведении оксигенотерапии. Пульсоксиметрию необходимо проводить в спокойном состоянии ребенка.

При показателе сатурации  $\geq 96\%$  и соответствующей клинике заболевание можно отнести к легкой степени тяжести и проводить амбулаторное лечение. При снижении показателя сатурации до 94% и соответствующей клинике заболевание относится к средней степени тяжести, при котором необходимо госпитализировать ребенка в инфекционный стационар/отделение.

Заболевания, протекающие с сатурацией  $\leq 93\%$ , относятся к тяжелым формам. При сатурации менее 92% необходима консультация врача анестезиолога-реаниматолога для решения вопроса о переводе в отделение реанимации и интенсивной терапии, а также необходимо выполнение ингаляционного введения кислорода до достижения сатурации 95% и более.

При отказе законных представителей ребенка от госпитализации оформляется письменный отказ от стационарного лечения. О каждом случае отказа от госпитализации сотрудники стационара сообщают в детскую поликлинику по месту жительства. При отказе от госпитализации ребенка в

тяжелом состоянии информируется заместитель главного врача по детству и родовспоможению (районный/городской педиатр), комиссия по делам несовершеннолетних.

Дети в возрасте до 1 года амбулаторно наблюдаются ежедневно, а старше 1 года – через день. При ухудшении в состоянии проводится госпитализация ребенка в стационар.

В стационаре дети госпитализируются по направлению врача-педиатра участкового, врача общей практики (семейного врача), врача-инфекциониста, медицинских работников, выявивших инфекционное заболевание.

Дети с гриппом, ОРИ, включая назофарингиты, бронхиты, внебольничными пневмониями госпитализируются на инфекционные койки.

Показания для назначения антибактериальной терапии при ОРИ:

- осложнения бактериальной этиологии,
- респираторные заболевания невирусного генеза (микоплазмоз, хламидиоз),
- лихорадка больше 3 дней,
- дети в возрасте до 1 года с неблагоприятным преморбидным фоном (выраженная гипотрофия, рахит, порок развития и др.),
- рецидивирующий отит в анамнезе,
- наличие бронхообструктивного синдрома с признаками дыхательной недостаточности,
- дети с иммунодефицитными состояниями.

Препараты выбора – амоксициллин/claveulanat, макролиды, цефалоспорины.

Противовирусная терапия абсолютно оправдана при гриппе в первые 24-48 часов от начала болезни. Длительность курса – 5 дней:

- озельтамивир (тамифлю) при гриппе А и В: внутрь у детей старше 1 года 2-4 мг/кг/сут.,
- занамивир (реленца) при гриппе А и В: в аэрозоле, начиная с 5 лет – по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день.

При ОРВИ могут использоваться анаферон детский (с 1 месяца), эргоферон (с 6 месяцев), арбидол (с 2 лет).

Антибактериальная терапия при пневмонии:

1. Пневмония неосложненная (нетяжелая).

**А. Дети в возрасте до 6 месяцев с афебрильной температурой (C. trachomatis):**

- джозамицин 20 мг/кг 2 раза в день 7 дней или
- азитромицин 5 мг/кг 1 раз в день 5 дней;

**Б. Дети < 5 лет с фебрильной пневмонией:**

- внутрь амоксициллин 25 мг/кг 2 раза в день 5 дней,
- в группе риска (получали антибиотик раньше, посещает ДДУ - возможная роль резистентных *H. influenzae* и *S. pneumoniae*): внутрь амоксициллин/claveulanat 40-50 мг/кг 2 раза в день 5 дней или цефуроксим аксетил 20-40 мг/кг 2 раза в день 5 дней.

Введение детям раннего возраста в/м в качестве первой дозы цефтриаксона (50 мг/кг), особенно у детей с рвотой, сокращает частоту госпитализации. При отсутствии эффекта – добавить или заменить на макролид.

**В. Дети старше 5 лет:**

- амоксициллин 25 мг/кг 2 раза в день. При отсутствии эффекта – добавить или заменить на макролид.

При симптомах, сопоставимых с атипичной пневмонией:

- внутрь макролид (например, джозамицин 40 мг/кг/сут 7 дней или азитромицин 10 мг/кг в 1-й день, далее 5 мг/кг).

2. Тяжелая пневмония (в/в введение с переходом по достижении эффекта на оральный амоксициллин или амоксициллин/claveуланат до общей длительности 5-7 дней):

**А. Дети до 5 лет (опасность гемофилоса типа b):**

- в/в или внутрь амоксициллин/claveуланат 25 мг/кг 2 раза в день или
- в/в (в/м > 2,5 лет) цефотаксим 50 мг/кг 3 раза в день (или в/в, в/м цефтриаксон 80 мг/кг 1 раз в день) или
- в/в, в/м цефазолин (50 мг/кг/сут 3 раза в день) + аминогликозид (например, гентамицин 6 мг/кг/сут).

**Б. Дети старше 5 лет:**

- в/в, в/м ампициллин 50 мг/кг 2-3 раза в день или
- в/в цефазолин 50 мг/кг 2-3 раза в день.

При *отсутствии* эффекта: добавить азитромицин 10 мг/кг/сут (или др.макролид), при подозрении на метициллин-резистентный стафилококк - в/в ванкомицин 40 мг/кг/сут, при подозрении на легионеллез - в/в азитромицин 0,5 г/сут (>12 лет) или в/в эритромицин 30-50 мг/кг/сут.

**3. Пневмония осложненная:**

- в/в введение амоксициллина/claveуланата 40-50 мг/кг 2 раза в день, или цефотаксима 50 мг/кг 3 раза в день (или в/в, в/м цефтриаксон 80 мг/кг 1 раз в день) +/- день + гентамицин 7,5 мг/кг (или амикацина 15 мг/кг) 1 раз в день, или.
- цефазолина 50 мг/кг 3 раза в день + гентамицин 7,5 мг/кг (или амикацина 15 мг/кг) 1 раз в день, или у детей, получавших ранее антибиотики - в/в меропенем 20 мг/кг 2 раза в день или, при подозрении на стафилококк – в/в ванкомицин 20 мг/кг 2 раза в день.

Критерии выздоровления.

1. Стойкая нормализация температуры в течение 3 дней и более.
2. Отсутствие интоксикации.
3. Отсутствие воспалительного процесса в верхних и нижних дыхательных путях.
4. Нормализация показателей крови.
5. Купирование осложнений.

## Общие подходы к профилактике

Больного изолируют в домашних условиях или в изоляторе (в закрытых детских коллективах с дальнейшим направлением в стационар), а в условиях стационара - в отдельном боксе или с детьми, имеющими аналогичную нозологию, на длительность периода разгара болезни до полного клинического выздоровления (в среднем на 1 неделю).

В детских дошкольных учреждениях, школах должны быть организованы фильтры для своевременной изоляции больных с температурой, катаральными явлениями.

Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не проводятся.

Лабораторное обследование в целях идентификации возбудителя гриппа и ОРВИ проводится в обязательном порядке при:

- госпитализации больного по поводу острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей (тяжелые и необычные формы заболевания);

- заболевании лиц с высоким риском неблагоприятного исхода гриппа и ОРВИ (в том числе детей до 1 года, беременных, лиц с хроническими заболеваниями сердца, легких, метаболическим синдромом и других);

- регистрация очагов ОРВИ с множественными случаями заболеваний в организованных коллективах детей и взрослых с числом пострадавших 5 и более человек в один инкубационный период, заболевания лиц из организаций с круглосуточным пребыванием.

Каждый случай заболевания гриппом и ОРВИ подлежит регистрации и учету по месту его выявления в медицинской организации в установленном порядке. Полноту, достоверность и своевременность регистрации и учета заболеваний гриппом и ОРВИ обеспечивают руководители медицинских организаций.

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

При возникновении в дошкольных образовательных организациях, медицинских, оздоровительных организациях и организациях социального обеспечения 5 и более случаев с симптомами острой респираторной инфекции (гриппа или ОРВИ), связанных между собой инкубационным периодом (в течение 7 дней), медицинский персонал указанных организаций информирует об этом территориальный орган федерального органа исполнительной власти, уполномоченного на осуществление федерального государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

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

Изоляцию больного гриппом и ОРВИ проводят до исчезновения клинических симптомов, но не менее 7 дней с момента появления симптомов респираторной инфекции.

Выписка переболевших осуществляется по клиническому выздоровлению.

В очагах гриппа и ОРВИ в дошкольных образовательных организациях медицинский персонал ежедневно в течение 7 дней после изоляции последнего больного гриппом и ОРВИ проводит осмотры детей, общавшихся с больным гриппом и ОРВИ, с обязательной термометрией 2 раза в день и осмотром зева. Результаты обследования регистрируются в установленном порядке. С целью предупреждения распространения заболевания гриппом, в коллектив не принимают новых детей и не переводят в другие коллективы.

Для персонала групп с установленным медицинским наблюдением обязательно соблюдение масочного режима со сменой масок каждые 3-4 часа работы. Персонал с признаками заболевания гриппа и ОРВИ не допускается к работе с детьми. В детский коллектив персонал допускается только после клинического выздоровления, но не ранее 7 дней с момента появления симптомов заболевания.

Медицинская организация, выявившая больного внебольничной пневмонией (в том числе при изменении диагноза), обязана направить экстренное извещение в установленном порядке в территориальные органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в случае необходимости (при подозрении на инфекцию, вызванную возбудителями, относящими к I - II группам патогенности или новыми (ранее неизвестными) возбудителями) принять меры по его изоляции.

Эпидемиологическое расследование проводится в случае:

- выявления эпидемических очагов внебольничной пневмонии с групповой заболеваемостью в организованных коллективах детей и взрослых от 5 случаев в течение от 1 до 3 недель;
- регистрации тяжелых форм внебольничных пневмоний среди населения (более 10 случаев внебольничных пневмоний с тяжелым течением в течение от 1 до 3 недель);
- росте заболеваемости внебольничными пневмониями среди населения муниципальных образований (отдельных населенных пунктов) более чем на 50% по сравнению со среднемноголетними данными в течение от 1 до 3 недель;
- регистрации 2 и более случаев внебольничных пневмоний в неспециализированных отделениях стационаров медицинских организаций, учреждениях социального обеспечения, интернатах, детских организациях отдыха и оздоровления в течение от 1 до 3 недель.

Специфическая профилактика гриппа включает вакцинопрофилактику и экстренную химиопрофилактику. Вакцинация против гриппа проводится

ежегодно в осенний период и является лучшим методом профилактики. Экстренная химиопрофилактика проводится этиотропными препаратами и иммуномодуляторами при контакте с больным гриппом и ОРВИ (в соответствии с инструкцией к препаратам).

В связи с вышеуказанным и в целях недопущения осложнения эпидемиологической ситуации по гриппу, ОРВИ и внебольничным пневмониям среди детского населения Краснодарского края руководителям медицинских организаций, подведомственных министерству здравоохранения Краснодарского края, органов управления здравоохранения и медицинских организаций муниципальных образований Краснодарского края необходимо обеспечить:

1. Строгое соблюдение маршрутизации пациентов с гриппом, ОРВИ и внебольничными пневмониями и оперативное оказание медицинской помощи от момента первичного обращения за медицинской помощью до оказания специализированной медицинской помощи.

2. Соблюдение санитарно-эпидемиологического режима в подведомственных организациях.

3. Своевременную госпитализацию в профильные отделения с учетом оценки степени тяжести, прививочного анамнеза, принадлежности к группе риска, наличию сопутствующих заболеваний.

4. Организацию проведения лабораторной диагностики гриппа, ОРВИ, внебольничных пневмоний в соответствии с нормативной документацией.

5. Подачу экстренных извещений в территориальные отделы ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае» по установленной форме в течение 2 часов с момента установления диагноза (по телефону), а затем в течение 12 часов (письменно) по форме экстренного извещения о каждом случае заболевания (летального исхода) лабораторно подтвержденного, гриппа, внебольничной пневмонии с указанием кода МКБ-10 и степени тяжести.

6. Своевременное информирование министерства здравоохранения Краснодарского края, территориальных отделов ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Краснодарском крае», ГБУЗ «Региональный центр медицины катастроф» министерства здравоохранения Краснодарского края о групповой заболеваемости гриппом, ОРИ, внебольничными пневмониями в организованных коллективах.

7. Своевременное назначение противовирусной и антибактериальной терапии с учетом нозологической формы и степени тяжести заболевания.

8. Проведение активной санитарно-просветительной работы среди населения края о мерах индивидуальной и общественной профилактики гриппа, ОРВИ и внебольничных пневмоний с широким привлечением средств массовой информации.

Начальник управления организации  
медицинской помощи женщинам и детям

Е.Н. Гольберг