

Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование
Российской Федерации

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЕВ «ВОЗВРАЩАЮЩИХСЯ» ИНФЕКЦИЙ, ОБЩИХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

Методические рекомендации
МР 3.1. *0418*-26

Москва 2026

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при выявлении случаев «возвращающихся» инфекций, общих для человека и животных. МР 3.1. 0418 -26

Разработаны Федеральной службой по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека (Ежлова Е.Б., Очкасова Ю.В., Иришкова И.Е., Шулелина А.А., Трескин А.А.); ФКУЗ Ставропольский противочумный институт Роспотребнадзора (Куличенко А.Н., Пономаренко Д.Г., Манин Е.А., Рязанова А.Г., Махова В.В., Василенко Н.Ф., Ефременко Д.В.); ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора (Чеканова Т.А., Макенов М.Т., Акимкин В.Г.); ФКУН Российский противочумный институт «Микроб» Роспотребнадзора (Карнаухов И.Г., Иванова А.В., Дмитриева Л.Н., Касьян Ж.А., Матросов А.Н., Портенко С.А., Сеничкина А.М., Щербакова С.А., Кутырев В.В.); ФБУН ГНЦ ВБ «Вектор» Роспотребнадзора (Агафонов А.П., Сергеев А.А., Марченко В.Ю., Еникеева А.И., Сергеев А.А., Кабанов А.С., Тупота Н.Л., Терновой В.А.); ФКУЗ «Волгоградский научно-исследовательский противочумный институт» Роспотребнадзора (Смелянский В.П., Жуков К.В., Зарубин Н.А., Пугина Е.О., Липницкий А.В., Половец Н.В., Муругова А.А., Захарова И.Б., Чирсков П.Р., Жукова Ю.А., Замарина А.Ю., Бартенева М.В., Топорков А.В.); ФБУН «Омский НИИ природно-очаговых инфекций» Роспотребнадзора (Шпынов С.Н., Полещук Е.М., Рудаков Н.В., Пенъевская Н.А., Юдина Д.Н., Савкина Е.С., Штрек С.В.); Институтом дезинфектологии ФБУН «ФНЦГ им.Ф.Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора (Демина Ю.В., Комаров В.Ю., Морозов А.А.); ФКУЗ «Причерноморская противочумная станция» Роспотребнадзора (Носов Д.О.); Управлением Роспотребнадзора по Ставропольскому краю (Ковальчук И.В.); Управлением Роспотребнадзора по Хабаровскому краю (Каравянская Т.Н.)

2. Утверждены руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации Поповой А.Ю. «10» апреля 2026 г.

3. Введены впервые.

УТВЕРЖДАЮ
Руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере защиты прав
потребителей и благополучия человека,
Главный государственный санитарный
врач Российской Федерации



А.Ю. Попова

«10» апреля 2026 г.

3.1. ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЕВ «ВОЗВРАЩАЮЩИХСЯ» ИНФЕКЦИЙ, ОБЩИХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

Методические рекомендации
МР 3.1. 0417-26

I. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

1.1. Настоящие методические рекомендации (далее – МР) описывают рекомендуемый подход к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при выявлении случаев «возвращающихся» инфекций, общих для человека и животных (далее – ИБОЧЖ) (зоонозный грипп, вызванный высокопатогенными штаммами, листериоз, особо опасные микозы, микроспория, сап, мелиоидоз, орнитоз, пастереллез, ящур фелиноз, эризипелоид).

1.2. Настоящие МР предназначены для специалистов, осуществляющих и обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), противочумных учреждений, а также могут быть использованы специалистами органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья, Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору и ее подведомственных организаций, специалистами субъектов Российской Федерации, уполномоченных в области ветеринарии, и медицинских организаций.

II. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

2.1. ИБОЧЖ – известные зоонозные (сапронозные) инфекции, которые после периода относительно низкой активности снова проявляются вспышечной заболеваемостью и (или) распространяются на новые территории.

2.2. Эпидемиологически значимыми для территории Российской Федерации в настоящее время являются ИБОЧЖ, вызываемые микроорганизмами II группы (зоонозный грипп, вызванный высокопатогенными штаммами, орнитоз, особо опасные микозы, сеп, мелиоидоз, ящур) и III группы патогенности (листериоз, пастереллез, фелиноз, эризипелоид).

2.3. Возрастающая актуальность ИБОЧЖ связана с усиленным антропогенным воздействием на окружающую среду; экологическими и климатическими изменениями; развитием традиционного сельского хозяйства; возможным завозом инфицированных (больных) животных, продуктов животноводства и кормов на территорию Российской Федерации; увеличением контактов с дикими животными, из-за их активной миграции в синантропную среду, а также с изменениями возбудителей под действием различных факторов, в том числе не исключающих технологическую природу.

III. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ПРОВЕДЕНИЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО РАССЛЕДОВАНИЯ В ОЧАГАХ ИБОЧЖ

3.1. В зависимости от предполагаемой или установленной нозологической формы ИБОЧЖ (установленного или предполагаемого класса опасности возбудителя), текущей ситуации, рисков возникновения и распространения инфекции эпидемиологическое расследование очагов ИБОЧЖ проводится специалистами органов, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) и подведомственных им учреждений, в том числе с привлечением центров индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности, профильных научных учреждений и Референс-центров¹ подведомственных Роспотребнадзору, а также специалистов территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный ветеринарный контроль (надзор) и подведомственных им организаций и специалистов органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченных в области ветеринарии.

3.2. Эпидемиологическое обследование очага ИБОЧЖ проводится в соответствии с алгоритмом санитарно-эпидемиологического расследования очагов инфекционных и паразитарных заболеваний², при этом необходимо учитывать

¹ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116 «О совершенствовании системы мониторинга, лабораторной диагностики инфекционных и паразитарных болезней и индикации ПБА в Российской Федерации», с изменениями, внесенными приказом Роспотребнадзора от 15.04.2024 № 285 (далее – приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116).

² СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», утвержденные постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 (зарегистрировано Минюстом России 15.02.2021, регистрационный № 62500), с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11.02.2022 № 5 (зарегистрировано Минюстом России 01.03.2022, регистрационный № 67587); от 25.05.2022 № 16 (зарегистрировано Минюстом России 21.06.2022, регистрационный № 68934); от 25.06.2025 № 12 (зарегистрировано Минюстом России 25.07.2025, регистрационный № 83058) (далее – СанПиН 3.3686-21).

основные и наиболее вероятные пути передачи, особенности предполагаемой или установленной инфекции.

3.3. При получении внеочередного донесения (экстренного извещения) на случай заболевания (подозрения) у человека, информации из территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный ветеринарный контроль (надзор) о заболевании (подозрении) на заболевание у животного (в том числе птицы), территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), или его территориальный отдел принимает решение о начале эпидемиологического расследования³.

3.5. О случае инфекционного/паразитарного заболевания (подозрении) территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), немедленно информирует Федеральную службу в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека и не позднее 12 часов направляет внеочередное донесение. Затем в ежедневном режиме в виде внеочередных донесений направляется информация о ходе эпидемиологического расследования и проведенных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях⁴.

Также территориальному органу, осуществляющему федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) рекомендуется информировать о случае инфекционного (паразитарного) заболевания (подозрении) территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный ветеринарный контроль (надзор).

3.6. Обследование очага ИБОЧЖ инфекции проводится специалистами органов и учреждений, осуществляющих и обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), с привлечением, при необходимости, специалистов центров индикации возбудителей инфекционных болезней I-II групп патогенности, профильных научных учреждений и референс-центров⁵, территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный ветеринарный контроль (надзор) и подведомственных им организаций.

3.7. Санитарно-эпидемиологическое расследование (далее – эпидемиологическое расследование) проводится на основании распоряжения (приказа) главного государственного санитарного врача (заместителя) по субъекту

³ Глава II постановления Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека» (далее – постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 322).

⁴ Пункт 4 приложения 1 постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера» (зарегистрировано Минюстом России 24.03.2016, регистрационный № 41525), с изменениями, внесенными постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 20.04.2016 № 48 (зарегистрировано Минюстом России 11.05.2016, регистрационный № 42072) (далее – постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11).

⁵ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116 «О совершенствовании системы мониторинга, лабораторной диагностики инфекционных и паразитарных болезней и индикации ПБА в Российской Федерации», с изменениями, внесенными приказом Роспотребнадзора от 15.04.2024 № 285 (далее – приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116).

Российской Федерации (по административной территории), копия которого направляется или вручается юридическому лицу и индивидуальному предпринимателю, причастным к возникновению ситуации, при необходимости, с выездом на объекты и территории⁶.

3.8. Эпидемиологическое расследование очага включает:

- 1) определение случая заболевания, оценку достоверности наличия очага;
- 2) сбор эпидемиологического анамнеза у заболевшего (подозрительного);
- 3) опрос лиц контактных с заболевшим и (или) лиц, находившихся в одних условиях с заболевшим;
- 4) при подозрении на возможную реализацию пищевого пути передачи – осмотр помещений, холодильников, складов, в том числе в организациях общественного питания и на предприятиях по производству продуктов питания, анализ условий производства, хранения и транспортирования пищевых продуктов, воды и готовых блюд;
- 5) запрос информации у хозяйствующего субъекта, ветеринарной службы о порядке уоя животных, условий хранения и транспортировки сырья и продуктов животноводства из пораженного хозяйствующего субъекта;
- 6) оценку санитарно-гигиенического состояния объекта, благоустройства территории, водоснабжения, наличия дезинфицирующих и моющих средств, обустройства бытовых помещений для работников, оборудования скотомогильников, биотермических ям или трупосжигательных печей, наличия уборочного инвентаря, в том числе для уборки абортированных и мертворожденных плодов, последов;
- 7) оценку наличия средств индивидуальной защиты (далее – СИЗ) персонала (одежда, обувь, рукавицы, резиновые или клеенчатые фартуки, перчатки, защитные маски, очки и других), их количество, пригодность для использования, порядок хранения, смены, обеспечение централизованной стирки, наличие аптек, умывальников, мыла, дезинфицирующих средств для обработки рук, обуви и других;
- 8) обследование территории, зданий, сооружений, помещений с целью определения технического и гигиенического состояния⁷;
- 9) зоолого-энтмологическое обследование очага, прилегающей территории, зданий, сооружений, помещений на заселенность (мест концентрации) грызунами, членистоногими, их численности, определения видовой структуры мелких млекопитающих/насекомых, их генеративного состояния и возраста⁸;

⁶ Статья 42 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» (далее – Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ).

⁷ Пункт 88 СанПиН 3.3686-21.

⁸ МР 3.1.0322-23 «Сбор, учет и подготовка к лабораторному исследованию кровососущих членистоногих в природных очагах инфекционных болезней», утвержденные руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 13.04.2023; МР 3.1.0211-20 «Отлов, учет и прогноз численности мелких млекопитающих и птиц в природных очагах инфекционных болезней», утвержденные руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 03.09.2020.

10) отбор смывов/проб из объектов окружающей среды (в том числе, пищевые продукты, вода, подстилка нор, подстилка у сельскохозяйственных животных, пробы кормов, смывов со стен в помещениях, где содержатся животные, поилок, доильных аппаратов, оборудования по производству молочной и мясной продукции);

11) отбор материала от птиц/животных;

12) оценку данных ретроспективного и оперативного анализа, в том числе: данные Россельхознадзора о заболеваемости птицы/животных болезнями, общими для человека и животных; результаты лабораторных исследований Россельхознадзора, вакцинации сельскохозяйственных птицы/животных (территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора получают по запросу из территориальных органов и учреждений Россельхознадзора, по диким животным – из территориальных органов Росприроднадзора);

сведения об иммунопрофилактике по эпидемическим показаниям среди населения и декретированных групп;

сведения о вакцинации птицы/животных (по данным органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченных в области ветеринарии, и территориальных органов Россельхознадзора или Росприроднадзора);

результаты зоолого-энтомологического мониторинга, в том числе по видовому составу, численности, миграции и инфицированности мелких млекопитающих, насекомых, клещей возбудителями за многолетний период, предшествующий формированию очага и настоящий период (текущая ситуация);

картографирование территорий заболеваемости населения и животных, данных зоолого-энтомологического мониторинга;

сведения о проведенных дератизационных, акарицидных и инсектицидных обработках на территориях и объектах с оценкой полноты охвата, контроля эффективности.

13) проведение лабораторных исследований (серологическими, микробиологическими, молекулярно-биологическими и иными методами) на базах подведомственных организаций Роспотребнадзора⁹:

биоматериала от заболевшего (трупа);

биоматериал от лиц, находившихся в контакте с заболевшим или в одних условиях с ним;

профессиональных контингентов и (или) населения, подвергшихся риску заражения;

биоматериала от птицы/животных (трупов) (при направлении материала из органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченных в области ветеринарии, и территориальных органов Россельхознадзора);

отловленных грызунов, насекомых, клещей;

проб из объектов окружающей среды;

дезинфицирующих, родентицидных, инсектицидных средств.

⁹ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116.

3.9. Установление эпидемиологического диагноза проводится с учетом результатов эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага и (или) прилегающей территории.

Эпидемиологический диагноз включает:

определение типа очага – острый/хронический, с единичным или множественными случаями заболеваний;

определение возбудителя (на предварительном этапе вывод о вероятном возбудителе может быть сделан на основании первичного клинического диагноза и данных эпидемиологического анамнеза, в том числе, сезонность, факт укуса/присасывания (или раздавливания руками) членистоногого, контакта с дикими и бродячими животными, больными животными, посещение или проживание на эндемичных территориях);

определение источника, резервуара инфекции;

определение факторов, способствующих формированию очага;

определение границ эпидемического очага (например, в каком учреждении, на какой территории) и угрожаемой территории;

определение причины заболевания;

выработку рабочей гипотезы об этиологии заболевания, источнике, механизмах, путях и факторах передачи возбудителя инфекции;

формулирование предварительного эпидемиологического диагноза;

разработку, организацию, контроль (оценку) проведения комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

постановку окончательного эпидемиологического диагноза с учетом результатов лабораторных исследований;

прогнозирование ситуации в эпидемическом очаге.

3.10. В случае, если по результатам эпидемиологического расследования выявляются нарушения обязательных требований санитарного законодательства, связанные с деятельностью конкретного юридического лица и индивидуального предпринимателя, создавших условия для распространения инфекций, должны применяться исчерпывающие меры, направленные на устранения причин и условий возникновения и распространения инфекционного заболевания, включая разрешение вопросов о необходимости принятия в установленном Кодексом Российской Федерации об административных правонарушениях меры временного запрета деятельности¹⁰. На срок до рассмотрения дела судом, объект опечатывается и материалы направляются в суд для приостановления деятельности.

3.11. При выявлении нарушений санитарного законодательства в ходе санитарно-эпидемиологического расследования юридическим лицам и индивидуальными предпринимателями выдаются предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий¹¹.

3.12. В порядке межведомственного взаимодействия информация об эпидемиологической ситуации в очаге направляется в орган, осуществляющий

¹⁰ Статья 27.16, часть 3.2 статьи 28.1, часть 4 статьи 28.8, статья 3.12 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ.

¹¹ Пункт 2 статьи 50 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

федеральный государственный ветеринарный контроль (надзор), орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации в сфере охраны здоровья, в сфере образования, в области жилищно-коммунального хозяйства, орган исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченный в области ветеринарии, органы местного самоуправления¹².

Также могут быть внесены предложения в федеральные органы исполнительной власти, исполнительные органы субъектов Российской Федерации, органы местного самоуправления о реализации мер по улучшению санитарно-эпидемиологической обстановки и выполнению требований санитарного законодательства¹³.

3.15. По результатам обследования очага на объекте заполняют Карту эпизоотолого-эпидемиологического обследования очага зоонозного заболевания и Акт эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи Акт направляется в Роспотребнадзор (не позднее 10 дней)¹⁴. В случае получения сведений о профессиональном характере заболеваний, также составляется акт о случае профессионального заболевания¹⁵.

IV. ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ) МЕРОПРИЯТИЙ ПРИ «ВОЗВРАЩАЮЩИХСЯ» ИНФЕКЦИЯХ, ОБЩИХ ДЛЯ ЧЕЛОВЕКА И ЖИВОТНЫХ

4.1. Особенности проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при ИБОЧЖ определяются необходимостью воздействия на все звенья эпидемического процесса (источник инфекции, механизм передачи, восприимчивый организм) эпидемического процесса с учетом специфики эпизоотического процесса источников инфекции, возможного механизма передачи путем прямых или опосредованных контактов, в том числе через продукцию животноводства.

4.2. Ключевой принцип при организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при ИБОЧЖ – комплексность санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, организуемых органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) и ветеринарных мероприятий,

¹² Статья 52 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

¹³ Подпункт 8 пункта 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

¹⁴ Пункты 4.2, 4.4 постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.10.2010 № 133 «Об оптимизации противоэпидемической работы и утверждении формы акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи» (зарегистрирован Минюстом России 25.11.2010, регистрационный № 19040) (далее – постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.10.2010 № 133).

¹⁵ Приложение к правилам расследования профессиональных заболеваний работников, утвержденное постановлением Правительства РФ от 05.07.2022 № 1206 «О порядке расследования и учета случаев профессиональных заболеваний работников».

проводимых органами, осуществляющими федеральный государственный ветеринарный надзор, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченными в области ветеринарии, во взаимодействии¹⁶.

При регистрации случаев заболевания (подозрения) ИБОЧЖ органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор):

во взаимодействии с учреждениями, обеспечивающими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), незамедлительно проводится эпидемиологическое расследование с установлением границ очага, определения круга контактных лиц, с проведением мероприятий по установлению источников инфекции, путей и факторов передачи, лабораторных исследований;

информируются территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный ветеринарный надзор, органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные в области ветеринарии, другие заинтересованные ведомства и службы;

вносятся предложения в органы исполнительной или муниципальной власти (в зависимости от характера очага и эпидемиологических рисков) о проведении внеочередного заседания межведомственной санитарно-противоэпидемической комиссии;

оперативно разрабатываются межведомственные планы санитарно-противоэпидемических (профилактических), ветеринарных мероприятий по локализации и ликвидации очага, которые утверждаются на уровне органов исполнительной власти субъекта Российской Федерации¹⁷ или органов муниципальной власти;

организуется работа межведомственного оперативного штаба в ежедневном режиме с целью информационного обмена, координирования санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;

при необходимости вводятся ограничительные мероприятия (карантин)¹⁸, направленные на локализацию и ликвидацию эпизоотического и эпидемического очагов.

4.3. Учреждениями, обеспечивающими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), ветеринарными службами рекомендуется обеспечивать готовность лабораторной базы к проведению исследований, прорабатывать порядок доставки инфицированного материала с учетом мощности лабораторий.

4.4. Органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья рекомендуется обеспечивать готовность медицинских организаций к выявлению больных ИБОЧЖ, в том числе: повышение настороженности и подготовка медицинского персонала в отношении этих инфекций; готовность госпитальной базы; обеспеченность лекарственными препаратами, дезинфекционными средствами, СИЗ.

¹⁶ Статья 1 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

¹⁷ Пункты 5-10 СанПиН 3.3686-21.

¹⁸ Пункт 588 СанПиН 3.3686-21.

4.5. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия планируются и проводятся с учетом:

специфики инфекции (резервуар/источник, путь и факторы передачи, устойчивость возбудителя в окружающей среде);

эпидемиологической и эпизоотической ситуации (спорадическая или вспышечная заболеваемость, эпидемия, эпизоотия);

природных и социально-экономических условий территории.

4.6. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при ИБОЧЖ включают: организационные, ветеринарно-санитарные, медико-санитарные¹⁹.

4.6.1. Организационные мероприятия.

Координация действий между санитарно-эпидемиологической, ветеринарной, медицинской и другими заинтересованными службами, ведомствами и органами исполнительной власти осуществляется через санитарно-противоэпидемические комиссии в субъекте Российской Федерации.

В соответствии с эпидемиологическим диагнозом (предварительным на этапе расследования и окончательным) проводится комплекс санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с целью локализации и ликвидации очага.

4.6.2. Специалисты ветеринарных служб проводят ветеринарно-санитарные мероприятия в соответствии с ветеринарными правилами, включая:

на выездах из ферм устанавливаются посты, дезинфекционные барьеры;

уничтожение продуктов животноводства, кожевенных и меховых производств и других, которые явились вероятными факторами передачи возбудителя ИБОЧЖ (например, методом сжигания);

проводятся дезинфекционные, дератизационные, дезинсекционные (истребление блох, клещей, комаров) обработки в очаге.

4.6.3. Специалисты медицинских организаций проводят медико-санитарные мероприятия, включая:

диагностика ИБОЧЖ у людей осуществляется на основе клинической картины, эпидемиологического анамнеза, лабораторных и инструментальных исследований.

оказание медицинской помощи больным ИБОЧЖ осуществляется с соблюдением требований эпидемиологической безопасности в зависимости от опасности больного для окружающих.

лечение каждого заболевания проводится по принятой для конкретной инфекционной болезни схеме, при необходимости больные госпитализируются в инфекционные стационары.

объем и характер медико-санитарных мероприятий в очаге инфекции определяются в соответствии с выявленной нозологической формой.

4.7. Направляются предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с учетом особенностей объектов и ситуации²⁰:

¹⁹ Статья 1 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

²⁰ Статьи 50, 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

в адрес медицинских организаций – об организации медицинского освидетельствования (осмотра), лабораторного обследования и медицинского наблюдения за лицами, подвергшимися риску заражения на срок инкубационного периода, вакцинации по эпидемическим показаниям (при необходимости), проведении неспецифической экстренной профилактики (при необходимости);

в адрес организаций, где зарегистрированы инфекционные заболевания – перечень конкретных мероприятий со сроками исполнения, необходимых для локализации и ликвидации очага, в том числе о проведении дезинфекционных мероприятий, дезинсекции, дератизации, камерной обработки постельных принадлежностей, проведение заключительной дезинфекции силами специализированной организации, по расчистке и благоустройству территорий риска.

Целесообразно осуществлять ежедневный контроль ранее выданных предписаний до ликвидации очага.

4.8. При угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний, представляющих опасность для окружающих, главным государственным санитарным врачом (заместителем) по субъекту Российской Федерации (по административной территории) может быть вынесено постановление о введении ограничительных мероприятий на объекте в день начала проведения расследования²¹.

4.9. При угрозе возникновения и распространения инфекционных заболеваний на административной территории, главным государственным санитарным врачом (заместителем) по субъекту Российской Федерации (по административной территории) органам исполнительной власти, органам местного самоуправления вносятся предложения об обеспечении санитарно-эпидемиологического благополучия населения; о введении ограничительных мероприятий; о разработке и реализации региональных программ обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения; об информировании населения о возникновении или об угрозе возникновения инфекционных заболеваний, о состоянии среды обитания и проводимых санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятиях²².

4.10. В случае выявления продукции, не соответствующей установленным требованиям, принимается решение об ее утилизации или уничтожении в установленном законодательством Российской Федерации порядке²³.

Информация о выявленном несоответствии продукции санитарно-эпидемиологическим требованиям направляется в органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор)

²¹ Часть 6 пункта 1 статьи 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ; пункты 587-588 СанПиН 3.3686-21.

²² Статья 51 Федерального закона от 30.03.1999 № 52-ФЗ.

²³ Статьи 24 – 25 Федерального закона от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов»; постановление Правительства Российской Федерации от 07.10.2020 № 1612 «Об утверждении Положения о порядке изъятия из обращения, проведения экспертизы, временного хранения, утилизации или уничтожения некачественных и (или) опасных пищевых продуктов, материалов и изделий, контактирующих с пищевыми продуктами».

в субъектах Российской Федерации по адресу места осуществления деятельности ее поставщика и изготовителя, или импортера²⁴.

4.11. Организуется и контролируется проведение иммунопрофилактики/антибиотикопрофилактики по эпидемическим показаниям (при наличии показаний).

4.12. Вводится контроль за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима на объектах/территориях, вовлеченных в эпидемический процесс.

4.13. Организуется и контролируется эффективность проведения текущей и заключительной дезинфекции, дератизации, дезинсекции на молоко- и мясоперерабатывающих предприятиях, домашних очагах, территориях в очаге и прилегающих территориях.

4.14. Организуется и контролируется соблюдение противоэпидемического режима и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в медицинских организациях, принимающих больных из эпидемического очага (с целью недопущения выноса инфекции и формирования очагов внутрибольничного заражения).

V. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ЗООНОЗНОГО ГРИППА, ВЫЗВАННОГО ВЫСОКОПАТОГЕННЫМИ ШТАММАМИ

Эпидемиологические особенности зоонозного гриппа, вызванного высокопатогенными штаммами

5.1. Зоонозный грипп – заболевание, вызываемое вирусами гриппа животных, которые передаются от животных людям. Люди могут быть инфицированы вирусами, обычно циркулирующими среди птицы и животных, например, подтипами вируса птичьего гриппа А(Н5N1) и А(Н9N2). Инфицирование людей зоонозным вирусом гриппа происходит в результате непосредственного контакта человека с инфицированными птицами и животными или зараженной средой.

Вирусы гриппа под действием ультрафиолетового света погибают в течение 5 минут. Повышение температуры снижает жизнеспособность вируса: при температуре плюс 56 °С погибает в течение 30 минут; при температуре плюс 70 °С – через 5 секунд, при температуре плюс 100 °С – мгновенно.

Основную роль в циркуляции вируса высокопатогенного гриппа птиц (далее – ВПГП) в природе играют дикие водоплавающие птицы. В связи с этим территории, расположенные на путях миграции дикой перелетной, особенно водоплавающей птицы, относятся к территориям риска.

Инфицирование человека гриппом птиц происходит при длительном тесном контакте с инфицированными животными (птицами и (или) млекопитающими) и контаминированными объектами окружающей среды.

²⁴ Статья 39 Федерального закона от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании»; письмо Роспотребнадзора от 27.01.2025 № 02/1290-2025-27.

Особенности проведения эпидемиологического расследования в очаге зоонозного гриппа, вызванного ВПГП

5.2. При получении экстренного извещения о подозрении на грипп, вызванный ВПГП, специалистами территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) незамедлительно проводится эпидемиологическое расследование с определением границ очага, установлением причинно-следственной связи.

В случае выявления в очаге гриппа птиц людей с признаками инфекционного заболевания их изоляция и госпитализация проводится по эпидемическим показаниям²⁵.

Дальнейшие мероприятия осуществляются в соответствии с алгоритмом действий по гриппу птиц²⁶.

При получении информации о подозрении на инфицирование ВПГП у человека (положительный результат лабораторного исследования молекулярно-биологическим методом в лаборатории) территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организует эпидемиологическое расследование с установлением места его возможного инфицирования с сельскохозяйственной, дикой птицей, млекопитающими.

Эпидемиологическое расследование направлено на выявление источника возбудителя инфекции (птица домашняя/синантропная/дикая, сельскохозяйственные/домашние животные, мелкие млекопитающие, больные люди или бессимптомные носители), путей и факторов передачи, выявление лиц, находившихся в одинаковых с больным условиях по риску заражения.

В местах содержания/разведения сельскохозяйственной птицы, животных организуется:

сбор подробных сведений о регистрации первых случаев гибели птицы/животных с сопоставлением данных о «технологическом» падеже, поступлении комбикормов, вакцинации птицы (в случае проведения), способах переработки отходов предприятия, возможностях контакта с дикой птицей, утилизацией павшей птицы/животных;

запрос и анализ результатов лабораторных исследований на ВПГП, проводимых в ветеринарных лабораториях;

изучение информации о случаях заболевания сотрудников предприятия, в том числе с клинической картиной острых респираторных инфекций, внебольничных пневмоний, в том числе в период эпизоотии;

анализ условий труда людей на предприятии, где зарегистрирован очаг гриппа птиц, включая оценку факторов риска заражения, обеспеченность СИЗ (в том числе, спецодеждой, респираторами, защитными очками), дезинфекционный режим, охват прививками против сезонного гриппа, а также соблюдение требований инфекционной безопасности при выполнении работ в целом;

²⁵ Пункт 37 СанПиН 3.3686-21.

²⁶ Письмо Роспотребнадзора от 28.02.2006 № 0100/2136-06-32 «Об алгоритме действий по гриппу птиц».

установление объемов и движения продукции (яйцо, тушки, полуфабрикаты), перечень торговых точек для реализации с возможным решением об ограничении реализации продукции хозяйствующего субъекта (птицефабрики (хозяйства));

оценка организации вывоза и обеззараживания отходов производства.

Осуществляется внеплановый отбор проб биологического материала от заболевшего, контактных лиц, а также инфицированных или потенциально инфицированных животных (птиц и (или) млекопитающих), объектов окружающей среды с целью выявления возбудителя инфекции.

Материал исследуется на базе учреждения, обеспечивающего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), с последующим направлением в Референс-центр по мониторингу за зоонозным гриппом, вызванным высокопатогенными штаммами²⁷:

проб биологического материала от птицы/животных, положительного на ВПГП;

проб биологического материала от контактных лиц (мазки, сыворотки крови);

проб из объектов окружающей среды.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге зоонозного гриппа, вызванного ВПГП

5.3. Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организует и контролирует проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования людей ВПГП и формирования эпидемических очагов инфекции согласно положениям главы IV.

Для проведения мероприятий заинтересованным органам муниципальной власти, хозяйствующим субъектам выдаются предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, с указанием конкретного перечня мероприятий и сроков их исполнения. Мероприятия должны быть направлены на источник инфекции, пути и факторы передачи возбудителя, контактных лиц. Устанавливается контроль исполнения предписаний.

Проводится оценка готовности инфекционного стационара к приему больных и лиц, с признаками, не исключающими зоонозный грипп, вызванный ВПГП.

Осуществляется выявление и учет контактных лиц, подвергшихся риску заражения, к которым относятся:

лица, контактировавшие с заболевшим человеком/птицей/животными;

сотрудники, осуществляющие уход за птицей или животными;

ветеринарные специалисты;

лица, привлекаемые к мероприятиям по ликвидации очага (включая дезинфекцию, уничтожение, транспортировку);

водители транспортных средств, задействованных в работе в очаге;

²⁷ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116.

технический и иной персонал, контактировавший с источником инфекции или отходами производства.

Организуется ведение списков контактных лиц с указанием их должности, характера деятельности и даты последнего контакта с источником инфекции, в динамике вносятся результаты медицинского наблюдения. Устанавливается контроль за полнотой медицинского наблюдения, своевременности лабораторного обследования контактных лиц.

Ежедневное медицинское наблюдение за контактными лицами в очаге устанавливается на весь период работы в очаге и в течение 2 недель после завершения работы в очаге.

Проводится контроль за выполнением на территории хозяйствующего субъекта (предприятия и в хозяйствах всех форм собственности) мероприятий по защите работников на период ликвидации очага, включая:

обеспечение в достаточном количестве задействованного персонала рабочей, защитной одеждой и обувью, СИЗ (в том числе органов дыхания) с учетом ее смены;

организация обеззараживания и стирки спецодежды;

организация и соблюдение режима санитарного пропускника для персонала (помывка со сменой одежды и обуви при входе на территорию и выходе с территории хозяйствующего субъекта);

В случае выявления контакта у заболевшего с дикой птицей (животными) проводятся мероприятия с учетом выявленных эпидемиологических рисков.

Вводятся ограничительные мероприятия в эпизоотическом очаге зоонозного гриппа, в неблагополучном пункте и на угрожаемой территории проводятся в соответствии с ветеринарными правилами²⁸.

В эпизоотическом очаге зоонозного гриппа осуществляется:

убой изъятых птиц/животных бескровным методом;

обработка кормов, с которыми не могли иметь контакт больные птицы/животные, способами, обеспечивающими их обеззараживание с последующим уничтожением;

дезинфекции в эпизоотическом очаге подлежат птичники, иные объекты с которыми контактировали больные птицы, пункты убоя и имеющееся в них оборудование, транспортные средства, инвентарь;

обеззараживание помещений и других мест, где содержались (находились) птицы, проводится в три этапа: первый – сразу после уничтожения птиц; второй – после механической очистки и мойки помещений, кормушек, поилок; третий – перед отменой карантина;

дезинфекционная обработка транспортных средств при выезде с территории эпизоотического очага;

²⁸ Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов высокопатогенного гриппа птиц, утвержденные приказом Минсельхоза России от 24.03.2021 № 158 (зарегистрирован Минюстом России 29.04.2021, регистрационный № 63309), с изменениями, внесенными приказом Минсельхоза России от 05.05.2025 № 312 (зарегистрирован Минюстом России 10.06.2025, регистрационный № 82588).

недопущение контакта больных и подозреваемых в заболевании ВПГП с птицами, содержащимися в других птичниках хозяйствующего субъекта, а также с дикими, в том числе синантропными птицами;

изъятие птиц и продуктов птицеводства.

Для дезинфекции применяются щелочные (при температуре не менее плюс 80 °С) с содержанием действующего вещества не менее 3 %), альдегидсодержащие (с содержанием действующего вещества не менее 3 %), хлорсодержащие (с содержанием действующего вещества не менее 5 %) или другие дезинфицирующие растворы, обладающие вирулицидной активностью в отношении возбудителя согласно инструкциям по применению.

Подстилка, на которой содержалась птица, сжигается. Помет птиц складывается на территории хозяйствующего субъекта для биотермического обеззараживания. Пометная жижа в жижеборнике смешивается с хлоросодержащими препаратами с содержанием не менее 25 % активного хлора из расчета 1 кг извести на каждые 20 л пометной жижи.

Корма, с которыми могли иметь контакт больные птицы, сжигаются. Обеззараживание кормов, с которыми не могли иметь контакт больные птицы, осуществляется путем термической обработки с достижением температуры в толще продукта плюс 70 °С в течение не менее 5 минут.

Мероприятия осуществляются в соответствии с компетенцией заинтересованных Федеральных органов исполнительной власти и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченных в области ветеринарии.

Профилактические мероприятия в очаге зоонозного гриппа, вызванного ВПГП

5.4. Экстренная профилактика контактным может проводиться по эпидемическим показаниям с применением противовирусных химиопрепаратов – ингибиторов нейраминидазной активности вируса гриппа, интерферонов и быстродействующих индукторов эндогенного интерферона, обладающих немедленным эффектом.

С целью снижения рисков инфицирования людей рекомендуется проведение плановой вакцинопрофилактики среди групп риска с применением зарегистрированных (при наличии) на территории Российской Федерации вакцин против ВПГП.

В период подъема сезонной заболеваемости гриппом и острых респираторных вирусных инфекций лица, по роду деятельности контактирующие с инфицированными или потенциально инфицированными животными, должны быть вакцинированы²⁹ вакциной против циркулирующих вариантов вируса сезонного гриппа в целях предупреждения одновременного заражения вирусом сезонного гриппа и вирусом гриппа птиц и реассортации их генов.

²⁹ Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 08.07.2025 № 14 «О мероприятиях по профилактике гриппа, острых респираторных вирусных инфекций и новой коронавирусной инфекции (COVID-19) в эпидемическом сезоне 2025 – 2026 годов» (зарегистрированы Минюстом России 25.07.2025, регистрационный номер №83060).

Информационно-разъяснительная работа

5.5. Информационно-разъяснительная работа с населением проводится с участием всех заинтересованных ведомств, служб и осуществляется по следующим направлениям:

информирование об исключении контакта с подозрительной в заболевании или павшей птицей;

обучение правилам безопасности при контакте с птицей и животными (ухаживать за поголовьем в выделенной для этого рабочей одежде);

о необходимости приобретения для питания мяса птицы, сельхозживотных и яиц в местах санкционированной торговли;

о необходимости употребления в пищу мяса птицы и яиц после достаточной термической обработки;

по возможности исключить контакт с водоплавающими и синантропными птицами.

VI. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ЛИСТЕРИОЗА

Эпидемиологические особенности листериоза

6.1. Листериоз – сапрозоонозная природно-антропоургическая бактериальная инфекция с многообразными механизмами передачи возбудителя инфекции: фекально-оральным, контактно-бытовым, аспирационным, трансплацентарным. Естественная восприимчивость здоровых людей к листериозу невысокая. Инкубационный период от 3 до 70 дней, обычно 18-20 дней, у новорожденных 3-5 дней.

Листерии достаточно устойчивы в окружающей среде, сохраняют жизнеспособность в почве до 11 месяцев, в воде и силосе – более года. В естественных условиях листерии способны размножаться (концентрироваться) во влажной почве и водоемах с высоким содержанием органических веществ. Бактерии длительно выживают в среде с высокой концентрацией поваренной соли (до 20 %), устойчивы к кислотности и могут размножаться в вакуумных упаковках. Способны активно расти и размножаться при температуре плюс 1-4 °С (в условиях бытового холодильника) – основная причина пищевых вспышек, связанных с продуктами длительного хранения.

К высоким температурам (термическая обработка) *Listeria spp.* относительно устойчива. Погибает при температуре плюс 70 °С в течение 20-30 минут, при температуре плюс 100 °С (кипячение) – до 5 минут.

Основным резервуаром возбудителя в природе являются многие виды синантропных и диких мелких млекопитающих.

Источником инфекции для человека являются сельскохозяйственные животные – больные и бессимптомные носители, мелкие млекопитающие, птица.

Переносчиками инфекции листериоза могут быть кровососущие членистоногие (иксодовые и гамазовые клещи), а также различные виды блох и вшей.

Больной листериозом человек или бессимптомный носитель также представляет эпидемиологическую опасность.

Заражение человека происходит в результате употребления в пищу инфицированных продуктов животного происхождения (молочные продукты, мясные продукты, птицеводческая продукция), овощей и фруктов, морепродуктов; вдыхания пыли, контаминированной возбудителем; контакта с больными или носителями возбудителя листериоза животными; внутриутробной передачи возбудителя через плаценту; контакта новорожденных детей с инфицированными предметами ухода и медицинским инструментарием в родильных домах; описаны случаи передачи *L. monocytogenes* от человека человеку половым путем. Листериоз может проявляться септическими состояниями и прерыванием беременности без объективных причин.

Мероприятия при выявлении больного листериозом

6.2. Больные с подозрением на листериоз госпитализируются в инфекционный стационар по клиническим или эпидемиологическим показаниям (лица, проживающие в закрытых организованных коллективах для детей и взрослых).

Отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) и трупов проводят сотрудники медицинских организаций.

Пробы с соблюдением требований биологической безопасности доставляются в лаборатории, имеющие разрешительную документацию на деятельность с микроорганизмами III-IV групп патогенности³⁰. Лабораторная диагностика листериоза у людей осуществляется с использованием диагностических препаратов, разрешенных к применению на территории Российской Федерации³¹.

Материалом для исследований на листериоз является:

от больных (подозрительных на заболевание) людей – слизь из носа и ротоглотки, отделяемое глаз, кровь, ликвор, меконий, околоплодная жидкость, плацента, отделяемое урогенитального тракта и другие биологические материалы с учетом клинических проявлений;

трупный материал – кровь, экссудаты, кусочки органов (печень, легкие, селезенка, лимфатические узлы и другие).

После выписки из стационара больные листериозом подлежат диспансерному наблюдению врача-инфекциониста 2 раза в год в течение 2 лет.

³⁰ Глава IV СанПиН 3.3686-21.

³¹ Часть 4 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (далее – Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ); постановление Правительства Российской Федерации от 30.11.2024 № 1684 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий» (далее – постановление Правительства Российской Федерации от 30.11.2024 № 1684 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий»).

Дополнительно необходимо изучать ситуации на территории субъекта Российской Федерации, связанные с септическими состояниями и прерыванием беременностей без объективных причин.

Особенности эпидемиологического расследования в очаге листериоза

6.3. При получении экстренного извещения о подозрении на листериоз специалистами территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), с привлечением специалистов учреждений, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), проводится эпидемиологическое расследование с определением границ очага, с установлением причинно-следственной связи. Часто очаги листериоза формируются при употреблении инфицированных продуктов, в том числе промышленного или ремесленного производства (например, сыр, мясные изделия, хлебобулочная продукция), или готовых блюд, реализованных через предприятия общественного питания, поэтому в рамках эпидемиологического расследования обследуются производства и торговые точки с отбором проб продукции, смывов с оборудования и инвентаря, отловом и исследованием грызунов, проводятся дезинфекционные и дератизационные мероприятия.

Эпидемиологическое расследование направлено на выявление источника возбудителя инфекции (домашние/сельскохозяйственные животные, сельскохозяйственная птица, домашние животные, мелкие млекопитающие, больные люди или бессимптомные носители), путей и факторов передачи, выявление лиц, находившихся в одинаковых с больным условиях по риску заражения, и на выявленные источники и условия формирования очага.

При сборе эпидемиологического анамнеза у больных (подозрительных) или их родственников уточняются сведения эпидемического анамнеза: дата заболевания, характер клинических проявлений, условия проживания больного (квартира, частный дом; город, село), профессиональная деятельность больного, наличие контакта с больными людьми, домашними непродуктивными, сельскохозяйственными животными (дата, длительность, степень контакта), наличие грызунов или их следов в местах проживания/пребывания больного, характер питьевого водоснабжения (централизованное/ нецентрализованное), характер питания (домашнее приготовление, питание в общественных местах, условия хранения пищевых продуктов в быту, употребление молочных и мясных и продуктов), пребывание в природных условиях, в том числе сельхозработы, занятие охотой, рыбной ловлей, работа на садовом участке, купание в открытых водоемах в течение инкубационного периода заболевания (дата, название водоема, место нахождения), выезд за пределы места жительства (например, в какие регионы, страны, места посещения, условия проживания).

В ходе эпидемиологического расследования проводится осмотр места проживания, работы, временного пребывания больного, мест водопользования, производства и торговые точки, с которыми связаны подозрительные продукты на которых могло произойти инфицирование с оценкой соблюдения требований санитарно-эпидемиологического законодательства.

Специалистами территориального органа, осуществляющего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организуется выявление лиц, находившихся в равных с заболевшим условиях заражения (45 дней).

Специалистами учреждений, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) проводится эпизоотическое обследование в границах эпидемического очага и на прилегающей территории.

Организуется отбор и лабораторные исследования на маркеры возбудителя листериоза проб пищевых продуктов, объектов окружающей среды (вода, почва, трава, фураж, подстилка), смывов с поверхностей оборудования и инвентаря, отлов и исследование грызунов. Работы по отбору, транспортированию, подготовке проб материала объектов окружающей среды, сбору, хранению и утилизации отходов осуществляются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями³², а также методическими документами³³.

Отбор проб от каждого подозрительного на листериоз восприимчивого животного или от трупа, если с момента гибели животного прошло не более 12 часов, проводится в соответствии с ветеринарными правилами³⁴.

Учреждение, обеспечивающее федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организует доставку положительных на

³² Главы III, IV, XXXVIII СанПиН 3.3686-21; глава X СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», утвержденных постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 3 (зарегистрировано Минюстом России 29.01.2021, регистрационный № 62297), с изменениями, внесенными постановлениями Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 26.06.2021 № 16 (зарегистрировано Минюстом России 07.07.2021, регистрационный № 64146); от 14.12.2021 № 37 (зарегистрировано Минюстом России 30.12.2021, регистрационный № 66692); от 14.02.2022 № 6 (зарегистрировано Минюстом России 17.02.2022, регистрационный № 67331); от 15.11.2024 № 11 (зарегистрировано Минюстом России 27.12.2024, регистрационный № 80808); от 17.06.2025 № 10 (зарегистрировано Минюстом России 24.07.2025, регистрационный № 83049); от 25.06.2025 № 13 (зарегистрировано Минюстом России 25.07.2025, регистрационный № 83059); от 12.02.2026 № 2 (зарегистрировано Минюстом России 27.02.2026, регистрационный № 85505).

³³ Глава X МР 2.1.0246-21 «Методические рекомендации по обеспечению санитарно-эпидемиологических требований к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий», утвержденных руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 17.05.2021; Р 3.5.1.4025-24 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях», утвержденное руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 31.05.2024.

³⁴ Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, лечебных, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов листериоза, утвержденные приказом Минсельхоза России от 23.09.2021 № 651 (зарегистрирован Минюстом России 29.10.2021, регистрационный № 65635).

листериоз проб, культур в Референс-центр по мониторингу за возбудителем листериоза для подтверждения и дальнейшего изучения³⁵.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге листериоза

6.4. Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организует и проводит санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге листериоза в соответствии с главой IV.

Для проведения мероприятий заинтересованным органам муниципальной власти, хозяйствующим субъектам выдаются предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с указанием необходимых мероприятий и сроков их исполнения. Мероприятия должны быть направлены на источник инфекции, пути и факторы передачи возбудителя, контактных лиц. Устанавливается контроль исполнения мероприятий.

Проводится оценка готовности инфекционного стационара к приему больных и лиц, с признаками листериоза.

Организуется и держится на контроле комплекс мероприятий с целью локализации и ликвидации очага листериоза, включающий:

проведение активного выявления больных путем изучения медицинской документации, лабораторного обследования лиц со сходной симптоматикой, подворовых обходов, а также путем анализа септических состояний и прерываний беременностей без объективных причин;

установление контактных лиц, находившихся с больным в одинаковых условиях;

организацию медицинского осмотра и наблюдения за контактными лицами, находящимися в одинаковых условиях с заболевшим в пределах инкубационного периода;

введение запрета на использование продуктов животноводства, с которыми связано формирование очага, вероятных факторов передачи инфекции;

введение ограничительных мероприятий на территории предприятия, где сформировался очаг листериоза (вплоть до приостановления деятельности или запрещения определенных работ);

организация дезинфекционных, дезинсекционных и дератизационных мероприятий в очаге с контролем эффективности проведенных работ, оценки заселенности грызунами;

организация мероприятий по благоустройству, санитарной очистки территории и соблюдения противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, вовлеченных в эпидемический процесс;

Дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в очагах листериоза проводят организации, имеющие лицензию на

³⁵ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116.

соответствующий вид деятельности³⁶ (приложение 1 к настоящим МР).

При регистрации случая листериоза в медицинской организации (стационаре) проводится:

перевод больных (подозрительных) в инфекционное отделение (в том числе новорожденных);

выявление лиц, подвергшихся риску заражения, и установление за ними медицинского наблюдения;

в помещениях, где находились больные пациенты, проводится заключительная дезинфекция с проведением дезинфекционной камерной обработки постельных принадлежностей.

При выделении *L. monocytogenes* из продуктов питания Управлением Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации принимаются меры по приостановке реализации данного продукта, проводится внеплановая проверка по соблюдению санитарно-эпидемиологических требований на производстве с отбором проб продукции³⁷.

Продукты убоя, полученные от больных животных (за исключением голов, внутренних органов, кишечного сырья), подвергаются термической обработке путем проваривания с достижением в толще продукта температуры не ниже плюс 56 °С в течение не менее 30 минут, при температуре плюс 70 °С – 15 минут, при температуре плюс 100 °С – не менее 1 минуты. Головы, внутренние органы и кишечное сырье больных животных подлежат уничтожению. Кровь животных подлежит проварке, шкуры дезинфицируются. Тушки птиц, кроликов, нутрий используются после обеззараживания проваркой.

Полученное от больных листериозом животных кожевенно-меховое сырье подлежит дезинфекции с одновременной консервацией в насыщенном 25 % растворе поваренной соли с добавлением 0,3 % кремнефтористого натрия и 0,05 % медного купороса или 0,5 % раздробленных алюмокалиевых квасцов в течение 20 часов при температуре раствора плюс 18-20 °С и жидкостном коэффициенте 1:4 с последующей выдержкой в штабеле в течение 24 часов.

Навоз сельскохозяйственных животных, инфицированный листериями, обеззараживается биотермическим методом. Навозная жижа заливается раствором хлорной извести с содержанием активного хлора 25 мг/л из расчета 0,5 л раствора на 1 м³ при выдерживании в течение 12-18 часов. Для дезинфекции почвы, сточных вод применяется сухая хлорная известь.

На скотобойных и убойно-санитарных пунктах обеззараживание помещений также осуществляется поэтапно:

сначала проводится механическая очистка от жира, слизи, крови, фекалий. При уборке применяются горячие растворы 2 % кальцинированной или 0,2 % каустической соды (едкий натр), затем орошаются поверхности осветленным раствором хлорной извести с 1,5 % активного хлора или хлорамина из расчета 0,5 л/м². После часовой экспозиции поверхности обмываются горячей водой для

³⁶ Постановление Правительства Российской Федерации от 20.03.2024 № 337 «Об утверждении положения о лицензировании деятельности по оказанию услуг по дезинфекции, дезинсекции и дератизации в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

³⁷ Пункт 2130 СанПиН 3.3686-21.

удаления остатков дезинфекционных средств;

проводится обработка помещений и технологического оборудования бактерицидными пенами с экспозицией не менее 2 часов;

контролируется эффективность дезинфекции с отбором проб и их лабораторным исследованием на присутствие листерий.

Холодильные камеры для кратковременного хранения мяса, внутренних органов дезинфицируются не реже 1 раза в месяц одновременно с размораживанием. Если в камере хранилось мясо или органы больных листериозом животных, обеззараживание их осуществляется после каждого содержимого независимо от времени предыдущей дезинфекции.

Дератизационные мероприятия проводятся с целью локализации и ликвидации очага листериоза.

Профилактические мероприятия в очаге листериоза

6.5. Специфическая профилактика (вакцинация) листериоза у людей не разработана.

Меры по профилактике загрязнения листериями пищевых продуктов при их производстве предусматривают организацию профилактических мероприятий на производстве пищевого сырья и готовой продукции³⁸.

Мероприятия, направленные на предупреждение контаминации на пищевых объектах, включают все виды контроля³⁹.

Юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями, гражданами, в чьей собственности (распоряжении, аренде) находится конкретный объект или территория, обеспечивается своевременное проведение дератизационных, дезинсекционных и дезинфекционных мероприятий на объектах.

На объектах, имеющих особое эпидемиологическое значение систематическое проведение дератизационных и дезинсекционных мероприятий⁴⁰.

³⁸ Технический регламент Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011), утвержденный решением Комиссии Таможенного союза от 09.12.2011 № 880, с изменениями, внесенными решениями Коллегии Евразийской экономической комиссии от 11.06.2013 № 129, от 10.06.2014 № 91, от 24.12.2019 № 236, решениями Совета Евразийской экономической комиссии от 08.08.2019 № 115, от 14.07.2021 № 61, от 25.11.2022 № 173, от 23.06.2023 № 70, от 22.04.2024 № 35; пункт 2119 СанПиН 3.3686-21.

³⁹ Решение Комиссии Таможенного Союза от 17.08.2010 № 341 «О вопросах применения санитарных мер в Таможенном союзе», с изменением, внесенным решением Коллегии Евразийской экономической комиссии от 30.06.2017 № 80; МУК 4.2.3262-15 «Обнаружение патогенных микроорганизмов в пищевых продуктах и объектах окружающей среды методом фермент-связанного флуоресцентного анализа с применением автоматического анализатора», утвержденные руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 21.05.2015.

⁴⁰ Пункты 98-99 СанПиН 3.3686-21.

Информационно-разъяснительная работа в очаге листериоза

6.6. Информационно-разъяснительная работа среди населения включает представление населению подробной информации о листериозе, мерах неспецифической профилактики, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших животных, необходимостью их изоляции и проведения санитарных, специальных ветеринарных, дезинфекционных и других мероприятий с использованием, в том числе, средств массовой информации, листовок, плакатов бюллетеней, проведением индивидуальных бесед.

VII. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ МЕЛИОИДОЗА И САПА

Эпидемиологические особенности мелиоидоза и сапа

7.1. Мелиоидоз и сап – инфекции с высокой летальностью, включенные в перечень инфекционных болезней, требующих проведения мероприятий по санитарной охране территории Российской Федерации.

Мелиоидоз – трудно диагностируемое заболевание, поскольку не имеет выраженных патогномичных симптомов.

Мелиоидоз относится к сапронозам, сап – к зоонозам. Для обоих заболеваний характерен первичный или вторичный сепсис и множественные абсцессы внутренних органов.

Возбудители мелиоидоза и сапа – *Burkholderia pseudomallei* (далее – *B. pseudomallei*) и *Burkholderia mallei* (далее – *B. mallei*) относятся ко II группе патогенных для человека микроорганизмов.

Возбудитель сапа относительно устойчив в окружающей среде: в подсохших выделениях больных микроб сохраняет жизнеспособность до трех месяцев. В воде и различных гниющих субстратах – до месяца. В замороженных материалах – устойчив. Быстро гибнет при нагревании: при температуре плюс 55 °С – в течение 10 минут, при кипячении – 3-5 минут. Высушивание ведет к гибели микроба через 1-2 недели. Губительно действуют на него ультрафиолетовые лучи. Может сохранять длительное время свою патогенность во влажной почве – до 30 дней, в гниющих органических материалах – до 24 дней, в воде – месяц и более.

При мелиоидозе источниками инфекции, прежде всего, являются почва и вода. Известны случаи заражения людей от больных животных. В перечень восприимчивых к *B. pseudomallei* животных входят более чем 50 видов тепло- и холоднокровных животных

Основными путями передачи мелиоидоза являются контактный, аэрогенный и алиментарный. Инфицирование людей связано с проникновением возбудителя через поврежденные кожные покровы. Во время природных катаклизмов, сопровождаемых сильными ветрами, преобладающим путем заражения становится аэрогенный. Значительную роль играет алиментарный путь заражения,

в том числе с грудным молоком. Описаны случаи половой, а также нозокомиальной передачи мелиоидоза.

Основным резервуаром и источником для человека при сапе являются животные с острыми формами болезни. Восприимчивость людей к сапу относительно высокая. Заражение человека чаще происходит контактным путем через поврежденные кожные покровы и слизистые оболочки, реже алиментарным или воздушным путями. Не исключена передача инфекции от человека к человеку при тесном контакте.

Особенности эпидемиологического расследования в очагах мелиоидоза и сапа

7.2. При проведении эпидемиологического расследования случаев сапа и мелиоидоза устанавливаются ключевые параметры, необходимые для определения вероятного времени заноса и места формирования очага.

Определяется дата начала клинических симптомов у человека или животных, включая первые признаки недомогания, повышение температуры, появление кожных или респираторных поражений, абсцессов, язв, а также любые другие изменения, характерные для сапа или мелиоидоза. Также должна быть установлена возможная дата инфицирования с учетом инкубационного периода:

для сапа – от нескольких суток до 2-3 недель до начала клинических проявлений;

для мелиоидоза – от 1-21 дня, с возможностью длительной латентной инфекции до нескольких месяцев или лет.

При определении периода риска учитывается характер контактов, профессиональная деятельность, потенциальное воздействие на человека или животных зараженной почвы, воды, биологических жидкостей или инфицированных животных.

Определяются территории вероятного заражения. К ним могут относиться: производственные объекты, хозяйственные участки, конюшни, фермерские хозяйства, склады, места содержания или транспортировки животных, жилые сектора, природные водоемы, ирригационные системы, поездки в эндемичные по мелиоидозу регионы. При сапе также учитываются объекты, связанные с перемещением и содержанием лошадей и других восприимчивых животных.

Полученные данные должны быть подтверждены путем опроса, анализа перемещений, изучения документов (ветеринарных сопроводительных документов, журналов перемещения животных, путевых листов, санитарных журналов).

Определение источника инфекции является обязательным этапом эпидемиологического расследования. Для сапа источником инфекции выступают больные или подозрительные на заболевание животные, преимущественно лошади, мулы и ослы. В отдельных ситуациях источником могут быть переболевшие животные, сохраняющие способность длительного выделения возбудителя.

Дополнительно подлежат оценке условия содержания, перемещения и кормления животных, а также устанавливаются возможные контакты с другими хозяйствующими субъектами, транспортными средствами, инвентарем и

персоналом.

В отношении мелиоидоза источником инфекции являются природные субстраты, контаминированные *B. pseudomallei*, включая почву, воду, ил, растительные материалы и любые поверхности, длительно контактировавшие с влажной средой. При сборе эпиданамнеза у больного необходимо установить характер и продолжительность контакта с потенциально зараженными объектами, включая пребывание в природных условиях, на сельскохозяйственных и строительных участках, участие в земляных работах, использование оросительных систем, купание в природных водоемах, а также применение загрязненного природными субстратами оборудования и инвентаря.

При сборе эпидемиологического анамнеза учитываются данные о поездках заболевшего (подозрительного) в эндемичные регионы (страны).

Устанавливается круг лиц, которые могли иметь прямой или опосредованный контакт с источником инфекции, зараженными животными, природными субстратами, а также с пациентом, у которого выявлена или предполагается сап. В первую очередь уточняются контакты первого порядка: близкие и бытовые контакты пациента, включая членов семьи, лиц, совместно проживающих или находившихся в одном помещении продолжительное время, а также граждан, имевших неформальные контакты, связанные с совместным пребыванием в замкнутых пространствах или совместным использованием предметов быта.

Особое внимание уделяется лицам, профессиональная деятельность которых связана с повышенным риском заражения. Для сапа в эту категорию входят сотрудники ветеринарных учреждений, работники скотобоев, конных хозяйств, конюхи, животноводы, а также специалисты, участвующие в уходе, лечении или транспортировке восприимчивых животных.

Для мелиоидоза круг риска включает лиц, прибывших из эндемичных регионов, где мелиоидоз широко распространен. К группе высокого риска по сапу и мелиоидозу относится медицинский персонал медицинских организаций, в которой был выявлен больной с подозрением на сап или мелиоидоз, работники клинических лабораторий и патологоанатомических отделений.

Определение круга контактных лиц проводится максимально полно и тщательно. Не допускается исключение лиц с малосимптомным течением заболевания или слабовыраженными проявлениями интоксикации, поскольку как сап, так и мелиоидоз могут протекать атипично, без выраженной клинической картины.

Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организывает сбор списков контактных лиц, контролирует их полноту.

Проводится забор материала из объектов окружающей среды, биоматериала от заболевших (подозрительных) животных, пробы для исследования направляются в Референс-центр по мониторингу за возбудителем сапа и мелиоидоза для проведения лабораторных исследований⁴¹.

⁴¹ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116.

Мероприятия при выявлении больных (подозрительных) мелиоидозом и сапом

7.3. Основанием для подозрения на сап или мелиоидоз является:

- 1) комплекс клинико-эпидемиологических данных;
- 2) выделение в процессе обследования больного бактериальной культуры, идентифицированной как *Burkholderia* комплекса (группы) «*pseudomallei*» или *B. thailandensis*;
- 3) положительные результаты исследования методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР) на обнаружение ДНК *B. pseudomallei* или *B. mallei*.

Основанием для подозрения на сап у людей также является наличие контактов с больными животными.

При выявлении случая (подозрения) сапа или мелиоидоза человек подлежит обязательной госпитализации в бокс инфекционного стационара.

Руководитель медицинской организации вводит в действие оперативный план первичных противоэпидемических мероприятий, разработанный в соответствии с методическими документами⁴².

При работе с больными, биологическим материалом от больных медицинские работники должны пользоваться СИЗ (противочумный костюм I типа).

Лечебные мероприятия при подозрении на сап и мелиоидоз начинаются немедленно, без ожидания лабораторного подтверждения.

Специалисты медицинских организаций проводят отбор клинического материала для лабораторного исследования. Клинический материал – мазки из зева, кровь, мокрота, гной, моча, биоптаты, секционный материал (пораженные участки кожи с захватом абсцессов, печень, селезенка, легкие, соскобы костной и прилежащих тканей при остеомиелите – должен отбираться, храниться и доставляться с соблюдением строгих требований биобезопасности. Отобранный материал маркируется и направляется в лабораторию особо опасных инфекций учреждения, обеспечивающего федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), для последующей отправки в Референс-центр по мониторингу за возбудителем сапа и мелиоидоза для проведения лабораторных исследований⁴³.

От контактных лиц отбирают мазки из зева и пробы мочи на 14 и 21 сутки после контакта с больным.

В случае выявления легочной формы сапа организация медицинской помощи осуществляется в соответствии с комплексными и оперативными планами, утвержденными в субъекте Российской Федерации. Больные подлежат немедленной госпитализации в инфекционный стационар или инфекционный

⁴² МУ 3.4.2552-09 «Организация и проведение первичных противоэпидемических мероприятий в случаях выявления больного (трупа), подозрительного на заболевания инфекционными болезнями, вызывающими чрезвычайные ситуации в области санитарно-эпидемиологического благополучия населения», утвержденные руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 17.09.2009 (далее – МУ 3.4.2552-09).

⁴³ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116.

госпиталь, оборудованный боксированными палатами.

Для контактных лиц разворачиваются изоляторы, для лиц с симптомами, не исключаящими сап – провизорные госпитали, где проводится медицинское наблюдение, начальная диагностика и при необходимости – экстренная профилактика с применением антибиотиков.

Лица, выезжающие с территории очага, помещаются в обсерватор на срок, определяемый продолжительностью инкубационного периода заболевания, с ежедневным контролем температуры, оценкой симптомов и медицинским наблюдением. Все меры, включая изоляцию больного, размещение контактных в госпиталях, изоляторах, обсервацию и проведение диагностических и профилактических мероприятий, целесообразно координировать с территориальным органом, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), и органами исполнительной власти субъекта Российской Федерации, чтобы предотвратить дальнейшее распространение инфекции и обеспечить безопасность населения.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очагах мелиоидоза и сапа

7.4. Мероприятия, осуществляемые в эпидемическом очаге.

Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор):

во взаимодействии с Референс-центром по мониторингу за возбудителем сапа и мелиоидоза организует и осуществляет контроль проведения противоэпидемических мероприятий в очаге сапа и мелиоидоза в соответствии с главой IV;

проводит оценку готовности инфекционного стационара к приему больных и лиц, с признаками, не исключаящими заболевание, а также провизорного госпиталя, изолятора, обсерватора;

совместно с медицинскими работниками проводит ретроспективный анализ медицинской документации по выявлению больных с признаками, не исключаящими подозрения на сап;

организует проведение дезинфекционных мероприятий (дезинфекции и дератизации) в очаге.

Для проведения мероприятий заинтересованным органам муниципальной власти, хозяйствующим субъектам выдаются предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, с указанием конкретного перечня мероприятий, предусмотренных нормативными, методическими документами, и сроков их исполнения. Мероприятия должны быть направлены на источник инфекции, пути и факторы передачи возбудителя, контактных лиц. Устанавливается контроль исполнения мероприятий.

За контактными лицами устанавливается обязательное ежедневное медицинское наблюдение сроком на 21 день с трехкратным лабораторным обследованием (1, 14, 21 день) с отбором проб мочи и мазков из носоглотки. Пробы отбираются медицинскими работниками, доставляются в лабораторию особо

опасных инфекций учреждений, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), с последующим направлением материала в Референс-центр по мониторингу за возбудителем сапа и мелиоидоза.

Медицинское наблюдение предусматривает ежедневный контроль температуры, оценку состояния здоровья, опрос на наличие симптомов интоксикации или локальных проявлений инфекции. Результаты медицинского наблюдения фиксируются в листах наблюдения. При выявлении в ходе медицинского наблюдения у контактного лица признаков инфекционного заболевания такие лица помещаются в провизорный госпиталь, проводится немедленное лабораторное обследование.

Контактные лица должны быть подробно ознакомлены с возможными симптомами заболевания, порядком и алгоритмом обращения за медицинской помощью при появлении признаков инфекции.

Персонал, обслуживающий изолированных животных, должен быть проинструктирован о технике безопасности при сапе и мелиоидозе и обеспечен СИЗ.

7.5. Мероприятия, осуществляемые в эпизоотическом очаге.

Владельцы восприимчивых животных при возникновении подозрения на сап или мелиоидоз обязаны в течение 24 часов сообщить об этом уполномоченному должностному лицу ветеринарной службы и обеспечивают доступ к животным и трупам, а также предоставляют сведения о численности поголовья, включая количество павших животных за последние 30 дней. Не допускается самостоятельное лечение животных или сокрытие информации о подозрении на заболевание⁴⁴.

Специалисты ветеринарной службы при подозрении на сап или мелиоидоз у животных незамедлительно информируют территориальный орган Роспотребнадзора, проводят клинический осмотр всех восприимчивых животных, определяют вероятные источники инфекции, факторы передачи и предполагаемое время заноса возбудителя⁴⁵.

Специалистами территориальных органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организуется отбор проб из объектов окружающей среды, биоматериала от животных с последующей доставкой в Референс-центр⁴⁶.

В эпизоотических очагах мелиоидоза и сапа основные мероприятия должны быть направлены на источник инфекции, являются приоритетными для предупреждения распространения сапа и мелиоидоза и должны проводиться

⁴⁴ Пункт 7 Ветеринарных правил осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов сапа, утвержденных приказом Минсельхоза России от 04.03.2025 № 118 (зарегистрирован Минюстом России 11.04.2025, регистрационный № 81814) (далее – Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов сапа).

⁴⁵ Пункт 23 Ветеринарных правил осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов сапа

⁴⁶ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116.

строгом соответствии с законодательством Российской Федерации.

Органом исполнительной власти субъекта Российской Федерации, уполномоченным в области ветеринарии, устанавливаются границы эпизоотического очага и возможные пути распространения инфекции, включая ранее реализованных животных и продукцию.

На территории, прилегающей к сапному эпизоотическому очагу, на въездах в эпизоотический очаг выставляются круглосуточные контрольно-пропускные посты, оборудованные дезинфекционными барьерами, установками (с пароформалиновым режимом) для камерной обработки, с круглосуточным дежурством.

Для животных основным источником инфекции являются больные животные, поэтому необходимо обеспечить их обязательную изоляцию от здорового поголовья.

Персонал, обслуживающий изолированных животных, должен быть проинструктирован о технике безопасности при сапе и мелиоидозе и обеспечен СИЗ.

Контактное поголовье подвергается маллеинизации с документированием результатов.

Животные, у которых заболевание подтверждено, подлежат забою с последующей утилизацией согласно установленным нормам. До снятия карантина запрещается любой вывоз, ввоз и перемещение животных, а также лечение животных с подтвержденным диагнозом, так как это может способствовать распространению инфекции.

Для мелиоидоза источником инфекции являются природные субстраты, поэтому мероприятия направлены на ограничение контакта населения с зараженной средой (в случае ее наличия) – ограничение доступа людей к загрязненным территориям и запрет проведения земляных и строительных работ. Дополнительно проводятся санитарная обработка и осушение зараженных участков с целью снижения концентрации возбудителя в окружающей среде.

До получения результатов лабораторных исследований на сап в срок не более 15 рабочих дней со дня отбора проб биологического и (или) патологического материала от восприимчивых животных и (или) трупов восприимчивых животных, владельцы обязаны прекратить ввоз и вывоз животных, их убой и вывоз продукции (в том числе мяса), любые перемещения и перегруппировки животных, вывоз молока и молочных продуктов, а также кормов, контактировавших с подозреваемыми животными.

Владельцы обеспечивают дезинфекцию транспортных средств, одежды и обуви персонала.

Проводится дезинфекционная обработка любых транспортных средств при их выезде с территории эпизоотического очага. Для дезинфекции применяются 1,5 % формальдегид или 3 % фоспар, или 3 % парасод, или 1,5 % параформ, приготовленный на 0,5 % растворе едкого натра, или 5 % хлорамин, или другие дезинфицирующие растворы с высокой бактерицидной активностью в отношении возбудителя (согласно инструкции по применению).

Дезинфекции подлежат территории хозяйствующих субъектов, помещения по содержанию восприимчивых животных, транспортные средства, используемые

для перевозки восприимчивых животных, и другие объекты, с которыми контактировали больные восприимчивые животные.

Для выхода персонала с территории эпизоотического очага должен быть оборудован санпропускник с возможностью помывки и смены одежды. Дезинфекционная обработка рабочей и защитной одежды и обуви проводится парами формальдегида в пароформалиновой камере в течение 1 часа при температуре плюс 57-60 °С, расходе формалина 75 см³/м³ водного раствора формалина с содержанием 1,5 % формальдегида.

Корма, с которыми имели контакт больные восприимчивые животные, дезинфицируются растворами, обладающими бактерицидной активностью в отношении возбудителя согласно инструкциям по их применению или уничтожаются.

Дезинфекция помещений и других мест, где содержались больные восприимчивые животные, проводится специалистами ветслужбы в три этапа: первый – сразу после изоляции больных восприимчивых животных, второй – после проведения механической очистки, третий – перед отменой карантина.

Организуются и проводятся дератизационные мероприятия.

Профилактические мероприятия в очагах мелиоидоза и сапа

7.6. Назначение и проведение экстренной профилактики осуществляется в отношении лиц, имевших контакт с вероятным источником инфекции, в целях предотвращения развития заболевания и ограничения его дальнейшего распространения. Поскольку специфической вакцины против сапа и мелиоидоза не существует, профилактические мероприятия основываются преимущественно на химиопрофилактике и строгом медицинском наблюдении.

Экстренная химиопрофилактика назначается по эпидемическим показаниям с учетом характера контакта, эпидемиологической ситуации и состояния здоровья контактного лица.

В качестве препаратов первой линии для экстренной постэкспозиционной профилактики используются антибактериальные средства, обладающие активностью в отношении *B. mallei* и *B. pseudomallei*, такие как доксициклин, ко-амоксиклав, ко-тримоксазол. Длительность курса и схема применения определяются индивидуально, исходя из уровня риска инфицирования и возможных противопоказаний по решению специалистов медицинских организаций.

Информационно-разъяснительная работа в очагах мелиоидоза и сапа

7.7. Разъяснительная работа с населением проводится с участием заинтересованных служб и ведомств с использованием доступных средств информирования, в очагах инфекции с проведением подворовых обходов, и направлена на разъяснение мер профилактики с учетом источников инфекции, действующих путей и факторов передачи.

Особое внимание уделяется проведению инструктажей для работников сельского хозяйства, ветеринаров, строительных и земляных рабочих, туристов, а

также сотрудников лабораторий, работающих с биологическим материалом и природными субстратами. Целью этих мероприятий является формирование осознанного соблюдения правил биобезопасности и снижение риска инфицирования среди профессионально и эпидемиологически-уязвимых групп населения.

VIII. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ МИКРОСПОРИИ

Эпидемиологические особенности микроспории

8.1. Микроспория – это заболевание из группы поверхностных микозов, поражающее кожу и ее придатки. Микроспорией болеют преимущественно дети до 14 лет (90 % случаев микроспории). Обладает высокой контагиозностью, в детских коллективах может протекать в виде эпидемических вспышек.

Наиболее благоприятная температура для роста грибов составляет плюс 25-30 °С. Солнечный свет задерживает рост дерматофитов. После 10-минутного воздействия формалина (2 %), двууглекислой соды (10 %), карболовой кислоты (2,5 %), при воздействии в течение нескольких секунд раствором хлорной извести (0,5 %) наблюдается гибель грибов.

Источники инфекции – больные животные (кошки, собаки) или люди.

Основной путь передачи – контактный. Преимущественный тип передачи – непосредственный физический контакт кожи или волос восприимчивого лица с пораженными тканями источника инфекции. Высокая устойчивость артроспор (конидий) во внешней среде позволяет сохранять возбудителям вирулентность в чешуйках кожи, волосах до 7-10 лет, что обуславливает контактно-бытовой путь передачи. Для геофильного вида, стригущего лишая (*Microsporum gypseum*) необходим прямой контакт кожи (часто стоп, кистей, голеней) с контаминированной почвой.

Больные микроспорией выявляются при клиническом осмотре врачами – дерматовенерологами с последующим подтверждением диагноза инструментальными (лабораторными) методами. Больные предъявляют жалобы на возникновение эритематозных очагов на коже или волосистой части головы, сопровождающихся зудом и исчезновением в очаге волосяного покрова. В анамнезе больные указывают на недавний контакт с животными (кошки, собаки) или с больными людьми.

Изоляции подлежат больные, проживающие в закрытых организованных коллективах для детей и взрослых. Больные не допускаются в организованный коллектив до подтверждения факта излечения.

Особенности эпидемиологического обследования очага микроспории

8.2. Эпидемиологическое обследование очага направлено на установление источника инфекции (опрос о контактах с животными, в т.ч. больными, больными людьми, почвой) и определение круга контактных лиц. Специалистами

Управлений Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации организуется эпидемиологическое обследование в очаге микроспории при регистрации групповой заболеваемости (от 2 случаев) в организованных коллективах для детей и взрослых в пределах одного инкубационного периода. ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации проводит регистрацию случаев микроспории, мониторинг заболеваемости и информирование о регистрации групповой заболеваемости Управления Роспотребнадзора в субъекте Российской Федерации.

В ходе эпидемиологического обследования осуществляется сбор эпидемиологического анамнеза с уточнением вероятного источника инфекции. В случае установления факта контакта с животными информация направляется в ветеринарную службу для проведения ветеринарного осмотра и установления факта поражения животного возбудителем.

Определяется круг контактных лиц с больным человеком и вероятным источником инфекции (животным).

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге микроспории

8.3. Мероприятия, осуществляемые в эпидемическом очаге.

Для организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очагах с групповой заболеваемостью Управления Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации выдают предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий заинтересованным хозяйствующим субъектам с контролем исполнения.

Лица, контактировавшие с больными (семья, члены организованных коллективов) подлежат клиническому осмотру в течение 21 дня. В первые 3 дня после выявления больного контактные в организованных коллективах осматриваются ежедневно, дальнейшее медицинское наблюдение с обязательным осмотром кожных покровов и волосистой части головы с использованием люминесцентной лампы проводится 1-2 раза в неделю в течение 21 дня с отметкой в документации (ведется лист наблюдения).

При выявлении источника инфекции – больного животного (кошек, собак) специалисты ветеринарной службы направляют его в ветеринарную лечебницу для обследования и лечения с последующим представлением справки по месту лечения и наблюдения за лицом, больным микроспорией. В случае подозрения на бродячее животное информация передается в соответствующие службы по отлову животных.

В очаге в течение всего периода времени лечения пациента и после его окончания проводят дезинфекционные мероприятия, а именно: текущую и заключительную дезинфекцию в соответствии с методическим документами⁴⁷.

Текущая дезинфекция проводится в присутствии больного в течение всего

⁴⁷ МУ 3.5.2644-10 «Организация и проведение дезинфекционных мероприятий при дерматомикозах», утвержденные руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 02.06.2010.

времени его пребывания в очаге и организуется медицинской организацией, выявившим больного. Обеззараживание белья проводят методом кипячения в воде или 2 % раствором каустической соды в течение 15 минут с момента закипания или способом замачивания в растворе дезинфицирующего средства. Запрещается сдавать белье больного в стирку в общественную прачечную.

Для дезинфекции используют фунгицидные средства, разрешенные для применения способом орошения. Рекомендуются таблетированные формы препаратов на основе дихлоризоциануровой и трихлоризоциануровой кислоты, хлорпроизводные гидантоина, композиционные средства, содержащие катионные поверхностно-активные вещества или четвертичные аммониевые соединения.

Заключительная дезинфекция проводится в эпидемическом очаге однократно после выздоровления пациента, а также на тех объектах, где находился пациент до установления диагноза. В день проведения заключительной дезинфекции назначают мытье больного и всех контактных лиц со сменой нательного и постельного белья.

При заключительной дезинфекции обязательной обработке подвергают помещение, где находился больной, места общего пользования, объекты в окружении больного и вещи, бывшие в применении у больного. Объем заключительной дезинфекции, а также перечень вещей, подлежащих камерной дезинфекции, зависит от места локализации патологического процесса. Так, при поражении гладкой кожи в области шеи обязательному обеззараживанию подлежат шарф, косынка, нательное белье, верхняя одежда, а при поражении гладкой кожи голени или стопы – чулки, носки, колготки, обувь. Постельные принадлежности (например, одеяла, подушки, матрацы), чехлы с мебели, одежду больного (например, шапки, обувь, перчатки, пальто, шубы), книги, мягкие игрушки вне зависимости от места локализации очага заболевания подвергают камерной дезинфекции по паровому, паровоздушному или пароформалиновому методу в зависимости от характера объектов и выдерживания объектами условий обработки выбранным методом.

При возникновении очага в организованном коллективе объем необходимых дезинфекционных мероприятий определяет территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), с выдачей предписаний о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий руководителю организации.

Мероприятия по предотвращению заражения микозами включают первичную индивидуальную профилактику, а именно: соблюдение правил личной гигиены, устранение гипергидроза (алюминия хлоргидрат 15 % + децилен гликоль 1 %), сухость кожи (tetranyl U 1,5 % + мочевины 10 %), использование ортопедической обуви при деформации стоп, лечение фоновых заболеваний, в том числе сахарного диабета, использование наружных противогрибковых препаратов при посещении бассейна, общественных душевых, спортзалов.

Вторичная индивидуальная профилактика направлена на предупреждение рецидивов заболевания, что обеспечивается адекватным клинико-лабораторным контролем излеченности. Вторичная профилактика также включает противоэпидемические дезинфекционные мероприятия.

8.4. Мероприятия, осуществляемые в эпизоотическом очаге.

В эпизоотических очагах микроспории специалистами ветеринарной службы целесообразно организовать комплекс мероприятий, направленных на выявление и санацию источника возбудителя, разрыв механизма его передачи восприимчивым животным.

Профилактические мероприятия в очаге микроспории

8.5. Профилактические мероприятия включают вакцинацию домашних животных от микроспории (вакцина «Вакдерм-Ф», «Поливак ТМ»), выявление скрытого миконительства среди домашних животных, вакцинацию поголовья крупного и мелкого рогатого скота (вакцина «ЛТД-130») в личном подворье.

Информационно-разъяснительная работа в очаге микроспории

8.6. В перечень мероприятий входят: повышение санитарной грамотности населения, в том числе через средства массовой информации, информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет».

К декретированным контингентам относятся: детские коллективы в дошкольных образовательных учреждениях, общеобразовательных школах, других закрытых учреждениях, а также в спортивных организациях.

IX. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ОРНИТОЗА

Эпидемиологические особенности орнитоза

9.1. Орнитоз (пситтакоз) – зоонозная природно-антропургическая инфекционная болезнь с аспирационным механизмом передачи, характеризующаяся лихорадкой, общей интоксикацией, поражением легких, центральной нервной системы, увеличением печени и селезенки. Инкубационный период болезни у человека составляет от 5 до 14 дней. Заболевание характеризуется легким течением с проявлением следующих симптомов: лихорадка, озноб, головные и мышечные боли, сухой кашель.

Возбудитель орнитоза – *Chlamydophila psittaci* (далее – *C. Psittaci*) достаточно устойчива во внешней среде, чувствительна к ультрафиолетовому излучению. Бактерия может сохраняться: в помете птиц – до трех месяцев, на скорлупе – до трех дней, при комнатной температуре в тени – до трех недель, при солнечном освещении – до шести дней, в воде – до трех недель. При нагревании до температуры плюс 70 °С гибнет в течение 10 минут, при более высокой температуре – практически мгновенно. При низких температурах выживает в течение нескольких месяцев, в замороженном состоянии (около минус 70°С) – несколько лет.

Основными резервуарами возбудителя орнитоза в природе являются дикие, домашние, сельскохозяйственные птицы, у которых он проявляется острыми,

хроническими или латентными формами заболевания. Источники инфекции для человека являются больные птицы, преимущественно домашние или декоративные. Больной человек опасен для окружающих.

Ведущим механизмом передачи инфекции является аспирационный. Наиболее часто реализуется воздушно-пылевой путь передачи при вдыхании контаминированной пыли. Заражение может произойти контактным путем через поврежденные кожные покровы и слизистые (ранение, поклевывание), а также алиментарным путем (попадание возбудителя в организм с загрязненными продуктами питания).

Противоэпидемические мероприятия при выявлении больного орнитозом

9.2. Противоэпидемические мероприятия проводят при установлении предварительного диагноза, который ставят на основании характерной клинической картины заболевания и эпидемиологического анамнеза.

Больной (подозрительный на заболевание) подлежит госпитализации по клиническим и эпидемиологическим показаниям (проживание в закрытых организованных коллективах). Больной госпитализируется в бокс инфекционного стационара.

Мероприятия включают:

оказание больному необходимой медицинской помощи;

забор материала для лабораторного исследования⁴⁸. Диагноз орнитоза у человека считают установленным при лабораторном подтверждении любым методом.

Определение границ очага, установление круга, контактировавших с больным, источниками инфекции (птицы) или объектами, контаминированными возбудителем болезни;

медицинское наблюдение (в течение 30 дней) за лицами, контактировавшими с больным.

Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителем орнитозом, включая забор, транспортировку и подготовку материала для исследований проводятся в соответствии с санитарно-эпидемическими требованиями, регламентирующими деятельность с возбудителями I-II групп патогенности⁴⁹. Отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) и трупов проводят сотрудники медицинской организации.

Серологические исследования, молекулярно-биологические исследования без накопления возбудителя могут быть проведены в бактериологических лабораториях, имеющих разрешительную документацию на работу с возбудителями III-IV групп патогенности⁵⁰.

Для ранней и ретроспективной диагностики орнитоза применяется внутрикожная проба. При орнитозе аллергическая проба бывает положительной почти у всех больных и может сохраняться в течение 2-3 лет после

⁴⁸ Пункты 1376-1386 СанПиН 3.3686-21.

⁴⁹ Глава IV СанПиН 3.3686-21.

⁵⁰ Пункты 134-135 СанПиН 3.3686-21.

выздоровления.

Лабораторные работы проводятся диагностическими препаратами (тест-системы, диагностикумы и другие), разрешенными к применению на территории Российской Федерации в установленном порядке⁵¹.

Материалом для исследований на орнитоз является:

от больных или подозрительных на заболевание людей – кровь, мокрота, промывные воды бронхов, экссудаты и другие;

трупный материал – кровь, экссудаты, кусочки органов (например, легкие, сердце).

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации организует доставку проб материала, положительного на наличие возбудителя орнитоза в Референс-центр по мониторингу за возбудителем орнитоза для подтверждения и дальнейшего изучения.

Особенности эпидемиологического обследования очага орнитоза

9.3. При получении из ветеринарной службы информации о заболевании птицы орнитозом на территории хозяйствующего субъекта (птицеводческих хозяйствах (отделениях, фермах), в местах реализации дикой, домашней и декоративной птицы, экстренного извещения о подозрении на орнитоз специалистами Управления Роспотребнадзора по субъекту Российской Федерации проводится эпидемиологическое расследование с определением границ очага, с установлением причинно-следственной связи.

Эпидемиологическое расследование направлено на выявление:

источника возбудителя инфекции (птицы), путей и факторов передачи;

лиц, находившихся в одинаковых с больным условиях по риску заражения.

При сборе эпидемиологического анамнеза у больных (подозрительных) или их родственников уточняются необходимые сведения с учетом возможных источников инфекции орнитоза, путей и факторов передачи. Устанавливается профессиональная принадлежность заболевшего, возможные места контакта с потенциальными источниками инфекции (домашней, сельскохозяйственной, дикой, декоративной птицей). При установлении факта контакта с птицепоголовьем информируется ветеринарная служба, проводится осмотр места (объекта) контакта с вероятным источником.

Специалистам ветеринарной службы целесообразно провести клинический осмотр птиц, проводится отбор проб для исследования на орнитоз.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге орнитоза⁵²

9.4. Мероприятия, осуществляемые в эпидемическом очаге.

Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный

⁵¹ Часть 4 статьи 38 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ; постановление Правительства Российской Федерации от 30.11.2024 № 1684.

⁵² Пункты 1395-1406 СанПиН 3.3686-21.

санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организует и контролирует проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в очаге орнитоза согласно положений главы IV.

Для проведения мероприятий заинтересованным органам муниципальной власти, хозяйствующим субъектам выдаются предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий; с указанием конкретного перечня мероприятий и сроков их исполнения. Мероприятия должны быть направлены на источник инфекции, пути и факторы передачи возбудителя, контактных лиц.

Осуществляется оценка готовности инфекционного стационара к приему больных и лиц, с признаками орнитоза.

Лица, подвергшиеся контакту с больными птицами, подлежат медицинскому наблюдению в течение 30 дней с проведением химиопрофилактики инфекции согласно утвержденных схем.

9.5. Мероприятия, осуществляемые в эпизоотическом очаге орнитоза (пситтакоза) на территории хозяйствующего субъекта (хозяйства (отделения, ферме):

при установлении заболевания птиц орнитозом хозяйство (отделение, ферму) объявляется неблагополучным по этому заболеванию, вводятся ограничения;

при выявлении случаев заболеваний в местах реализации птицы (торговые точки, зоомагазины) очагом может являться территория пребывания больной и инфицированной птицы;

не допускается вывод (продажа) и ввод (ввоз) в хозяйствующий субъект (хозяйство) новых птиц, а также перегруппировка их внутри хозяйствующего субъекта (хозяйства);

не допускается сбор и закладка яиц на инкубацию из птичников, в которых зарегистрировано заболевание;

больная и подозрительная на заболевание птица выбраковывается из общего стада и убивается бескровным методом;

декоративная птица может быть изолирована и по решению владельца птицы и ветеринарного специалиста подвергнута лечению;

для ухода за птицей назначают постоянный обслуживающий персонал, посещение этими лицами других производственных помещений не допускается;

за лицами, ухаживающими за птицей устанавливается постоянное медицинское наблюдение;

все работники, занятые выращиванием, уходом, кормлением и разделкой (обработкой) птицы должны быть обеспечены спецодеждой, дезинфицирующими растворами и кожными антисептиками для гигиенической обработки рук, мылом, умывальниками и душевыми установками;

после работы спецодежду (халаты, фартуки, нарукавники) замачивают в растворе дезинфицирующего средства, разрешенного для этой цели в соответствии с инструкцией по применению, или кипятят;

проводится тщательная механическая очистка и дезинфекция в присутствии птицы в соответствии с действующей инструкцией по проведению аэрозольной дезинфекции птицеводческих помещений в присутствии птицы;

яйца, полученные из птичников, где было установлено заболевание, подвергают обработке озоном или парами формальдегида по общепринятой методике, с последующей реализацией в торговую сеть;

насекомые (мухи, а также клопы, блохи, клещи, вши, паразитирующие на птицах) являются неспецифическими переносчиками возбудителя орнитоза (*C. psittaci*), перенося его механическим путем (на лапках и покровах).

Истребительные мероприятия против эктопаразитов проводят ветеринарные организации, дезинсекцию – организации дезинфекционного профиля, имеющие соответствующую лицензию и имеющие право на осуществление дезинфекционной деятельности, используя зарегистрированные средства дезинсекции для борьбы с членистоногими в соответствии с инструкциями по их применению. Для этих целей используют различные методы (механический, химический) и средства борьбы, рекомендованные для этих целей (инсектициды, регуляторы развития, биологические инсектициды), с помощью которых либо полностью уничтожают членистоногих, либо снижают их численность до безопасного уровня для человека.

Организуется дезинфекционные мероприятия в местах пребывания инфицированной птицы, не исключаями контакт с человеком (домашних очагах, на предприятиях, в магазинах).

Проведение текущей и заключительной дезинфекции проводится силами организаций дезинфекционного профиля, имеющих лицензию на данный вид деятельности. Для обеззараживания объектов при орнитозе применяют физические (кипячение, водяной насыщенный пар в дезинфекционных камерах) и химические дезинфицирующие средства, имеющие разрешительные документы для применения на территории Российской Федерации⁵³.

Экскременты больной птицы в местах ее приема и временного содержания обеззараживаются дезинфицирующими средствами, затем сжигаются. Вывоз их для удобрения и других целей не допускается.

Ограничения с хозяйствующего субъекта снимаются через 30 дней после последнего случая выявления больной (подозрительной) птицы и проведения заключительных ветеринарно-санитарных мероприятий.

9.6. Мероприятия, осуществляемые в эпизоотическом очаге орнитоза (пситтакоза) в случае выявления больной декоративной птицы (зоомагазин, в местах разведения, домашних очагах):

не допускается вывод (продажа) и ввод (ввоз) в новых птиц, а также перегруппировка их внутри хозяйства;

⁵³ Раздел II Единого перечня продукции (товаров), подлежащей государственному санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) на таможенной границе и таможенной территории Евразийского экономического союза, утвержденного решением Комиссии Таможенного союза от 28.05.2010 № 299, с изменениями, внесенными решениями Комиссии Таможенного союза от 17.08.2010 № 341, от 20.09.2010 № 383, от 14.10.2010 № 432, от 18.11.2010 № 456, от 02.03.2011 № 566, от 18.10.2011 № 828, от 09.12.2011 № 859, решениями Совета Евразийской экономической комиссии от 15.06.2012 № 36, от 24.08.2012 № 73, от 17.12.2012 № 115, от 18.09.2014 № 78, от 02.12.2015 № 82, от 14.06.2018 № 64, от 22.02.2019 № 8, от 09.09.2019 № 97, от 04.09.2020 № 65, от 29.10.2021 № 109, от 18.02.2022 № 15, от 17.03.2022 № 28, от 25.01.2023 № 6, от 14.05.2024 № 51, от 22.01.2025 № 11.

не допускается сбор и закладка яиц на инкубацию от больной (подозрительной) птицы;

больная и подозрительная на заболевание птица выбраковывается и убивается бескровным методом;

за лицами, ухаживающими за птицей устанавливается постоянное медицинское наблюдение;

лица, ухаживающие за птицей, обеспечиваются спецодеждой, дезинфицирующими растворами и кожными антисептиками для гигиенической обработки рук, мылом, умывальниками и душевыми установками;

после работы спецодежду (халаты, фартуки, нарукавники) замачивают в растворе дезинфицирующего средства, разрешенного для этой цели в соответствии с инструкцией по применению, или кипятят;

проводится тщательная механическая очистка и дезинфекция в присутствии птицы в соответствии с действующей инструкцией по проведению аэрозольной дезинфекции птицеводческих помещений в присутствии птицы;

экскременты больной птицы в местах ее приема и временного содержания обеззараживаются дезинфицирующими средствами, затем уничтожаются.

насекомые (мухи, а также клопы, блохи, клещи, вши, паразитирующие на птицах) являются неспецифическими переносчиками возбудителя орнитоза (*C. psittaci*), перенося его механическим путем (на лапках и покровках).

Истребительные мероприятия против эктопаразитов проводят ветеринарные организации, дезинсекцию – организации дезинфекционного профиля, имеющие соответствующую лицензию и имеющие право на осуществление дезинфекционной деятельности, используя зарегистрированные средства дезинсекции для борьбы с членистоногими в соответствии с инструкциями по их применению. Для этих целей используют различные методы (механический, химический) и средства борьбы, рекомендованные для этих целей (инсектициды, регуляторы развития, биологические инсектициды), с помощью которых либо полностью уничтожают членистоногих, либо снижают их численность до безопасного уровня для человека.

Проведение текущей дезинфекции проводится собственниками под контролем специалистов организаций, дезинфекционного профиля, имеющих лицензию на дезинфекционную деятельность.

Заключительная дезинфекция проводится силами организаций дезинфекционного профиля, имеющих лицензию на данный вид деятельности. Для обеззараживания объектов при орнитозе применяют физические (кипячение, водяной насыщенный пар в дезинфекционных камерах) и химические дезинфицирующие средства, имеющие разрешительные документы для применения на территории Российской Федерации.

Информационно-разъяснительная работа в очаге орнитоза

9.7. Ввиду отсутствия вакцинации от орнитоза гигиеническое воспитание населения является ключевым звеном неспецифической профилактики, которое включает в себя предоставление информации об основных симптомах заболевания, путях и механизмах передачи, источниках заражения, мерах

неспецифической профилактики (недопущение приобретения декоративных, певчих и других комнатных птиц без соответствующих документов ветеринарной службы, удостоверяющих состояние их здоровья, необходимость немедленного обращения в ветеринарную клинику при подозрении на заболевание орнитозом птиц, содержащихся в домашних условиях, недопущение контакта с больными или подозрительными на заболевания орнитозом птицами, как в дикой природе, так и в городской популяции и других) с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом.

Мероприятия по организации и проведению информационно-разъяснительной работы среди населения проводят органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), с привлечением, при необходимости, органов, осуществляющих федеральный государственный ветеринарный надзор, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченных в области ветеринарии и подведомственных им организаций, а также органов и учреждений здравоохранения, центров медицинской профилактики.

Х. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЕВ ОСОБО ОПАСНЫХ МИКОЗОВ

Эпидемиологические особенности особо опасных микозов

10.1. Особо опасные микозы (далее – ООМ) (кокцидиоидомикоз, гистоплазмоз, бластомикоз, паракокцидиоидомикоз) сосредоточены в определенных регионах мира. Границы эндемических зон постоянно расширяются. Имеются риски завозных случаев ООМ после посещения гражданами эндемичных территорий в странах Азии, Африки и Америки. Клинические проявления заболеваний могут варьировать от бессимптомных до тяжелых легочных или диссеминированных форм, в зависимости от иммунного статуса человека и инфицирующей дозы. Инкубационный период, как правило, составляет от 1 до 3 недель. Возможна латентная (скрытая) форма микоза, манифестация которой может произойти спустя длительный период времени (месяцы, годы) при наличии факторов риска, связанных с иммуносупрессией и рядом хронических заболеваний.

Артроспоры высокоустойчивы к высушиванию. Чувствительны к амфотерицину В, кетоконазолу, миконазолу, флуконазолу, интраконазолу. Чувствительны к действию обычно применяемых антисептиков и дезинфектантов, особенно к солям тяжелых металлов.

Многие виды диких и домашних теплокровных животных восприимчивы к микозам (например, грызуны, летучие мыши, птицы, еноты, ежи, лошади, кошки, собаки, дельфины). Описаны единичные случаи заражения человека в результате укуса больным животным.

Общим для всех особо опасных микозов является то, что они принадлежат к категории «респираторных». Аэрогенный (воздушно-пылевой путь) механизм

передачи заболевания является основным. Вдыхание спор (конидий) с пылью происходит во время проведения земляных работ, строительства, сельскохозяйственной деятельности или археологических раскопок на эндемичных территориях.

Противоэпидемические мероприятия при выявлении больных ООМ

10.2. При выявлении больного с подозрением на особо опасный микоз (заболевание, вызываемое микроскопическими грибами родов *Coccidioides*, *Histoplasma*, *Blastomyces*, *Paracoccidioides*) проводится комплекс мероприятий, направленных на диагностику, лечение, профилактику и дезинфекцию.

Примечание: основа для лабораторной диагностики особо опасных микозов – данные эпидемиологического анамнеза пациента о его пребывании в эндемичных регионах. Учитывают место и страну пребывания с учетом последующего инкубационного периода микоза.

Для экспресс- и ускоренной диагностики используют микроскопию нативных и окрашенных образцов, метод флуоресцирующих антител, реакцию непрямой гемагглютинации и ПЦР.

Основу лечения составляет этиотропная противогрибковая терапия по индивидуальной схеме. Препараты подбирают с учетом вида и чувствительности конкретного возбудителя.

Дезинфекция:

текущая – проводится в очагах заболевания на дому, в детских учреждениях, в микологических комплексах, лечебно-профилактических учреждениях. До госпитализации, выздоровления или отмены диагноза дезинфекцию проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо. Для дезинфекции используют безопасные методы и средства обеззараживания: физический метод (кипячение, чистка щетками и пылесосом, многократное проглаживание горячим утюгом) и моюще-чистяще-дезинфицирующие фунгицидные средства, разрешенные для применения населением в быту.

заключительная – проводится в очагах после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома. В некоторых случаях заключительную дезинфекцию проводят дважды: после изоляции – в помещениях, где находился больной, и после выздоровления – в изоляторе.

Особенности эпидемиологического обследования очагов ООМ

10.3. Для определения места и времени возникновения заболевания и при подозрении на ООМ проводится сбор эпидемиологического анамнеза с учетом длительной инкубации возбудителя, учитывающий:

все поездки (даже однодневные), включая транзитные зоны аэропортов;

характер посещаемых мест: сельская местность, пещеры, строительные или археологические раскопки, птичники, заброшенные здания (скопления помета летучих мышей, птиц);

место работы (например, сельское хозяйство, строительство, археология).

Для выявления источника инфекции при отсутствии данных о выезде в

эндемичные районы предполагается завоз возбудителя с партиями органических материалов (почва, растения, удобрения, опилки). Только после исключения возможного контакта с импортируемыми товарами следует рассматривать объекты окружающей среды как источник заражения.

Для отбора и исследования проб формируется рабочая группа (эпидемиолог, специалист (бактериолог/миколог) лаборатории, при необходимости – зоолог). Отбор проб производится в соответствии с методическими документами⁵⁴.

На основе материалов эпидемиологического расследования формируется предположение о типе источника (почва, органический субстрат, вода, воздух) и предварительные границы зоны обследования (например, участок леса, стройплощадка, пещера, чердак здания).

Определение круга лиц, подвергшихся риску заражения, является обязательным и неотложным компонентом мероприятий по локализации и ликвидации очага ООМ.

При установлении факта наличия хотя бы одного подтвержденного случая ООМ, эпидемиологически связанного с определенным местом, событием или источником, проводятся следующие мероприятия:

опрос для выяснения всех возможных контактов с источником окружающей среды за предполагаемый период, в котором произошло инфицирование.

сбор данных обо всех лицах, совместно выполнявших работы в предполагаемом месте инфицирования (стройка, сельхозработы, археологические раскопки, спелеология), членов семьи, соседей, друзей, которые совместно с пациентом посещали потенциально опасное место (пешеходный маршрут, поход, пикник, посещение одних и тех же помещений);

уточняется наличие иммунного статуса пациента (наличие ВИЧ-инфекций, применение иммуносупрессивной терапии), а также не является ли пациент реципиентом донорского органа, ткани или клеток.

При обнаружении ООМ у лиц, которые были донорами, необходимо экстренно оповестить соответствующую МО для проверки других реципиентов того же донора.

Отбор проб материала от больных, лиц из групп риска инфицирования, а также вскрытие трупа проводят в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями⁵⁵, а также методическими документами⁵⁶. У лиц из групп риска без клинических проявлений отбор материала на исследование проводится 1 раз в неделю в течение инкубационного периода, при появлении симптомов ОРВИ проводится внеочередное взятие и исследование материала.

Отбор проб материала от больных, вскрытие трупа и лабораторные исследования клинического и биоматериала материала проводят в соответствии с

⁵⁴ Глава IV МУК 4.2.3854-23 «Лабораторная диагностика особо опасных микозов», утвержденных руководителем Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Главным государственным санитарным врачом Российской Федерации 31.05.2023 (далее – МУК 4.2.3854-23).

⁵⁵ Пункты 453, 460, приложение 3 СанПиН 3.3686-21.

⁵⁶ Глава IV МУК 4.2.3854-23.

санитарно-эпидемиологическими требованиями⁵⁷, а также методическими документами⁵⁸.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очагах ООМ

10.4. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия должны быть направлены на уничтожение возбудителя (источника/резервуара) и факторов передачи инфекции в окружающей среде путем обеззараживания с использованием высокоэффективных фунгицидных средств.

Текущая дезинфекция проводится в очагах заболевания на дому, в детских учреждениях, в микологических комплексах, лечебно-профилактических учреждениях. До госпитализации, выздоровления или отмены диагноза дезинфекцию проводит либо сам больной, либо ухаживающее за ним лицо. Для дезинфекции используют безопасные методы и средства обеззараживания: физический метод (кипячение, чистка щетками и пылесосом, многократное проглаживание горячим утюгом) и моюще-чистяще-дезинфицирующие фунгицидные средства, разрешенные для применения населением в быту.

Заключительная дезинфекция проводится в очагах после выбытия больного из очага для госпитализации или после выздоровления больного, лечившегося дома. В некоторых случаях заключительную дезинфекцию проводят дважды: после изоляции – в помещениях, где находился больной, и после выздоровления – в изоляторе.

Информационно-разъяснительная работа в очагах ООМ

10.5. Информационно-разъяснительную работу среди населения (контингентов риска) проводят территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), органы и учреждения здравоохранения, центры медицинской профилактики.

Среди контингентов риска (например, туристы, фермеры, строители, шахтеры, археологи, зоологи, экологи, ландшафтные дизайнеры, лесорубы) на потенциально опасных объектах осуществляется проведение инструктажа по профилактике ООМ. Обращают внимание туристов и работников, выезжающих в эндемичные зоны, о рисках, путях заражения (вдыхание пыли) и мерах предосторожности (ношение респираторов, увлажнение почвы при работах).

Проводится информирование муниципальных органов власти, откуда прибыл пациент, и территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), месте его постоянного проживания для организации наблюдения и возможного обследования очага (если есть подозрение на локальное заражение).

⁵⁷ Пункты 453, 460, приложение 3 СанПиН 3.3686-21.

⁵⁸ Глава IV МУК 4.2.3854-23.

XI. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ФЕЛИНОЗА

Эпидемиологические особенности фелиноза

11.1. Фелиноз (болезнь кошачьих царапин, доброкачественный лимфоретикулез, гранулема Молляре) – острое зоонозное инфекционное заболевание, возникающее после укусов и царапин кошек, реже собак, грызунов и других животных, инфицированных *Bartonella henselae* (далее – *B. henselae*).

Бактерии *B. henselae* устойчивы во внешней среде, не выдерживают нагревания, но хорошо сохраняют жизнеспособность при низких температурах и в различных биологических субстратах при высушивании: до 24 часов в моче и 7 дней в крови кошки, до недели в коровьем молоке. Бактерии сохраняют жизнеспособность до 7 дней в физиологическом растворе, что указывает на их потенциальную устойчивость в окружающей среде, например, в прибрежных солоноватых водах.

Источник инфекции – больные животные (кошки, реже собаки, грызуны). Передача инфекции человеку происходит от инфицированной кошки (редко собаки) контактным при оцарапывании или ослюнении поврежденной кожи.

Мероприятия при выявлении больного фелинозом

11.2. Диагностика фелиноза у человека основана на анализе сопоставления данных клинической картины, эпидемиологического анамнеза и лабораторного подтверждения инфекции. Для подтверждения диагноза у пациентов с клиническими симптомами (лихорадка, увеличение лимфоузлов, наличие первичного аффекта на коже). Для исследования отбираются пробы клинического материала:

цельная кровь с использованием антикоагулянтов (например, ЭДТА) для проведения исследований методом ПЦР;

сыворотка крови для исследования серологическими методами (иммуноферментный анализ (далее – ИФА), реакция непрямой иммунофлюоресценции (РНИФ));

материал из очага поражения (аспират или биоптат лимфатического узла) по возможности, так как содержимое лимфоузла является наиболее информативным материалом для ПЦР и культурального исследования;

мазки-отпечатки или соскобы из первичного кожного поражения (папулы/пустулы, биоптат первичного аффекта) в месте царапины (укуса) для проведения молекулярно-биологического исследования;

другие жидкости (как правило, при атипичных формах), например, спинномозговая жидкость, синовиальная жидкость.

Организуется доставка проб материала, положительного на наличие возбудителя фелиноза направляется в Референс-центр по мониторингу за возбудителем фелиноза для подтверждения и дальнейшего изучения.

Больного фелинозом госпитализируют в инфекционный стационар только

по клиническим показаниям.

Диспансерное наблюдение за больным устанавливается врачом-инфекционистом до полного исчезновения клинических симптомов (обычно до 1-3 месяцев) и (или) регрессии признаков осложнения.

Особенности эпидемиологического обследования очага фелиноза

11.3. При получении экстренного извещения на случай заболевания (подозрения) фелинозом учреждение, обеспечивающее федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), проводит эпидемиологическое обследование очага. Обследование начинается со сбора эпидемиологического анамнеза (опрос больного, родственников, уточнение сведений из медицинской документации):

сроки появления симптомов (время заражения определяют ориентировочно, исходя из инкубационного периода фелиноза, точка отсчета – дата появления первичной папулы на месте царапины/укуса);

дата обращения за медицинской помощью, в какую медицинскую организацию, первичный диагноз, клиническую форму (например, кожная, септическая), состояние пациента;

наличие домашних животных (кошки, собаки, грызуны) в квартире, доме, по месту работы;

вид, возраст, состояние здоровья животного (наличие блох и других эктопаразитов);

наличие и характер контакта с животными (укус/царапина, дата предполагаемого инфицирования);

местонахождения животного (если животное принадлежит не пострадавшему, установить владельца и адрес);

контакты с другими животными (гостевые, на даче, у знакомых, на улице);

наличие профессиональных и бытовых рисков: персонал по обслуживанию и кормлению животных в приюте, ветеринарный врач.

Информация о случае заболевания фелинозом у человека направляется в ветеринарную службу.

В ходе эпидемиологического расследования определяется круг лиц, подвергшихся риску заражения фелинозом, с учетом прямого или косвенного контакта с инфицированным животным (например, кошкой) в течение последних 3-20 дней. В круг лиц, подлежащих медицинскому наблюдению или обследованию, включаются:

лица с прямым контактом (наивысший риск): пострадавшие от травм (получившие укусы, царапины, особенно от котенка до года);

лица с поврежденной кожей (с открытыми ранами, ссадинами) или лица, слизистые оболочки которых были ослюнены животным;

люди, контактирующие с кошками, у которых выявлены блохи.

Группы повышенной уязвимости, которым следует уделить особое внимание (у кого инфекция может протекать в тяжелой или атипичной форме):

дети и подростки;

пациенты с ослабленным иммунитетом (пациенты с ВИЧ/СПИД,

принимающие иммуносупрессивную терапию и др.);

профессиональные группы риска (сотрудники ветеринарных клиник, приютов для животных, зоомагазинов; лица, занимающиеся отловом или лечением бездомных животных).

Потенциальный риск может быть у лиц, которые не имели прямого контакта с животным, но повергались укусам кошачьих блох или иных кровососущих насекомых (в том числе клещей), потенциально переносящих инфекцию.

Для подтверждения диагноза у пациентов с клиническими симптомами (лихорадка, увеличение лимфоузлов, наличие первичного аффекта на коже) и по эпидемиологическим показаниям выявленным лицам, имевшим возможность заразиться в очаге, необходимо организовать проведение их клинико-лабораторного обследования на фелиноз. Исследование целесообразно только у лиц, имеющих клинические признаки инфекции.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге фелиноза

11.4. Мероприятия, осуществляемые в эпидемическом очаге.

Территориальным органом, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), на основании результатов эпидемиологического расследования ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации, выдается предписание медицинской организации для проведения медицинского осмотра и установления медицинского наблюдения и обследования контактных (с клиническими проявлениями).

Медицинское наблюдение за лицами, которые находились в контакте с животным (были поцарапаны, укушены), устанавливается сроком на 21 день и включает проведение первичного медицинского осмотра кожных покровов на наличие папул, пальпация регионарных лимфоузлов. Для подтверждения диагноза у пациентов с клиническими симптомами (лихорадка, увеличение лимфоузлов, наличие первичного аффекта на коже) и по эпидемиологическим показаниям выявленным лицам, имевшим возможность заразиться в очаге, необходимо организовать проведение их клинико-лабораторного обследования на фелиноз. Исследование целесообразно только у лиц, имеющих клинические признаки инфекции.

Дезинфекционные мероприятия в очаге проводятся силами населения или хозяйствующего субъекта в зависимости от его нахождения:

текущая дезинфекция – включает влажную уборку помещения с использованием дезинфицирующих средств, разрешенных для применения в быту, эффективных против бактериальных инфекций;

дезинсекция: уничтожение блох в жилых домах (с особым вниманием к тщательной обработке плинтусов, щелей в полу, мягкой мебели, ковров) для предотвращения циркуляции возбудителя среди животных.

11.5. Мероприятия, осуществляемые в эпизоотическом очаге.

В эпизоотическом очаге фелиноза организуются мероприятия в отношении источника (животного) в случае, если очагом инфекции является место

жительства (например, квартира, жилой дом, приют для животных) или известно место нахождения инфицированного животного:

изоляция (изолированное содержание) подозрительных на заболевание животных и ветеринарный осмотр для выявления признаков носительства *B. henselae*;

санация животного – при обнаружении блох, других эктопаразитов проводится инсектицидная и противоклещевая обработка животного и мест их обитания (например, ковриков, подстилок);

ограничение контактов – на период санации/лечения рекомендуется исключить контакт кошки с детьми и лицами с ослабленным иммунитетом.

Профилактические мероприятия в очаге фелиноза

11.6. Экстренная профилактика фелиноза направлена на предотвращение инфицирования *B. henselae* после повреждения кожи.

Первичная обработка (немедленно): необходимо тщательно промыть место царапины или укуса проточной водой с мылом в течение нескольких минут; антисептическая обработка раны 2 % раствором перекиси водорода, затем спиртом (70 %), допустимо использование современных антисептиков (мирамистин, хлоргексидин). Категорически нельзя активно тереть рану и использовать агрессивные химические вещества.

В течение 3-14 дней следует следить за местом травмы и состоянием регионарных к месту повреждения лимфатических узлов. При повышении температуры, увеличении лимфоузла, гноении раны, появлении сыпи необходимо срочное обращение к врачу.

Решение о лечении и назначении антибиотиков принимает врач.

Показания к назначению антибиотиков: по назначению врача лицам с клиническими признаками заболевания, для назначения профилактического курса антибиотиков лицам из групп риска (пациенты с иммунодефицитом, например, ВИЧ-инфицированные, онкологические больные, после трансплантации); при глубоких укусах кошек.

Информационно-разъяснительная работа в очаге фелиноза

11.7. Санитарно-просветительская работа: инструктаж членов семьи, сотрудников коллектива о путях заражений; разъяснение необходимости регулярной обработки домашних животных от эктопаразитов и обрезки когтей; рекомендации – соблюдение правил личной гигиены при контакте с животным.

ХII. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ЭРИЗИПЕЛОИДА

Эпидемиологические особенности эризипилоида

12.1. Эризипелоид (болезнь Розенбаха, свиная краснуха, мышьяная септицемия; сепсис, вызванный рожистым воспалением) – острое зоонозное

природно-антропургическое инфекционное заболевание, возникающее у человека после контакта с инфицированными бактерией *Erysipelothrix rhusiopathiae* (далее – *E. rhusiopathiae*) животными или их продуктами, преимущественно через поврежденную кожу.

Бактерия устойчива во внешней среде, особенно в почве, навозе и мясных продуктах, где может сохраняться месяцами. При варке куска мяса толщиной в 10 см погибает через 2,5 часа. Соление и копчение мяса не инактивирует возбудителя. В трупах животных может сохраняться в течение 3-4 месяцев. Возбудитель погибает под воздействием 1 % раствора хлорной извести.

Природный (основной) резервуар инфекции – домашние и дикие животные, в особенности свиньи, а также крупный рогатый скот, рыба, птица, грызуны.

Источник инфекции для человека: больные животные, носители возбудителя (наиболее часто – свиньи, у которых инфекция протекает в острой форме), а также объекты внешней среды (почва, вода, корма, субпродукты), контаминированные *E. rhusiopathiae*.

Передача человеку происходит контактно-раневым путем при попадании возбудителя на поврежденную кожу (порезы, ссадины, уколы) в процессе обработки или разделки туш, рыбы, приготовления пищи или ухода за животными. Факторы передачи инфекции – шкура, мясо больного животного, контаминированные возбудителем подстилка, сено, вода, почва.

Мероприятия при выявлении больного эризипелоидом

12.2. Госпитализация в стационар проводится только по клиническим показаниям, как правило, при развитии тяжелых, генерализованных форм заболевания (эризипелоидный сепсис, эндокардит) или при неэффективности амбулаторного лечения. Локализованная кожная форма обычно лечится амбулаторно.

К группам повышенного риска тяжелого течения инфекции относят: лица с ослабленным иммунитетом (риск генерализованных форм); профессиональные группы, регулярно контактирующие (риск неоднократного повторного заражения) со свиньями, рыбой, птицей (мясники, ветеринары, работники рыбоперерабатывающих предприятий).

Отбор проб от больного с кожной формой проводится для лабораторного подтверждения диагноза, при этом отбираются: биоптат или аспират из очага поражения (края воспалительного валика), кровь.

Диспансерное наблюдение устанавливается до полного клинического выздоровления, что при своевременном лечении обычно занимает от нескольких дней до 3-4 недель. В случае генерализованных форм требуется более длительное наблюдение специалистом (инфекционистом, кардиологом).

Особенности эпидемиологического обследования очага эризипелоида

12.3. При получении экстренного извещения о случае эризипелоида территориальным органом, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), при необходимости, совместно

с ветеринарной службой проводится эпидемиологическое расследование с целью выявления источника заражения (инфицированное животное, продукт или контаминированный объект) и условий, способствовавших передаче возбудителя человеку. Выявление источника инфекции основывается на поиске животного-носителя или контаминированного материала (мясо, рыба, кости). Фактор передачи инфекции в 70-80 % случаев – свинина. Время заражения определяют ориентировочно, исходя из инкубационного периода эризипелоида (1-7 дней) от даты получения травмы или контакта с инфицированным материалом. Очаг инфекции устанавливается по месту наиболее вероятного контакта с источником инфекции (скотобойня, рыбоперерабатывающий завод, ферма, кухня, ветеринарная клиника, животноводческое хозяйство).

При сборе эпидемиологического анамнеза у больного уточняется его профессиональная деятельность, хобби (рыболовство, охота), характере контакта с животными (особенно свиньями и рыбой) или их продуктами, а также о наличии недавних повреждений кожи (порезы, проколы, ссадины) на месте развития поражения, место и время получения травмы.

Определяется круг лиц, которые могли контактировать с одним источником заражения или инфицированным материалом в течение инкубационного периода:

лица, совместно работавшие с больным, (например, работники одного цеха, обрабатывавшие зараженную тушу);

лица с поврежденной кожей.

К группам повышенного риска тяжелого течения инфекции относят:

лица с ослабленным иммунитетом (риск генерализованных форм);

профессиональные группы, регулярно контактирующие (риск неоднократного повторного заражения) со свиньями, рыбой, птицей (мясники, ветеринары, работники рыбоперерабатывающих предприятий).

В случае установления возможной связи заражения с профессиональной деятельностью территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), при необходимости, во взаимодействии со специалистами ветеринарной службы проводит обследование животноводческих хозяйств, предприятий по убою и переработке продукции и сырья животноводства с оценкой санитарно-гигиенического состояния объекта, благоустройства территории, водоснабжения, наличие дезинфицирующих и моющих средств, обустройство бытовых помещений для работников, оборудование скотомогильников, биотермических ям или трупосжигательных печей, наличие уборочного инвентаря, в том числе для уборки абортированных и мертворожденных плодов, последов, наличия СИЗ, их количество, пригодность для использования, порядок хранения, смены, обеспечение централизованной стирки, наличие аптечек, умывальников, мыла, дезинфицирующих средств для обработки рук, обуви и других. Ветеринарными специалистами проводится клинический осмотр животных, у подозрительных на заболевание проводится отбор проб и лабораторные исследования.

В «бытовых» очагах: поиск источника затруднен. Источником может стать, например, инфицированное сырое или термически недостаточно обработанное мясо/рыба, грязная посуда, инструменты, инвентарь.

Для выявления возбудителя в объектах внешней среды используют:

бактериологический метод (выделение культуры *E. rhusiopathiae*);
ПЦР-исследования (выявление ДНК возбудителя в мясном сырье, смывах с оборудования, посуды).

Пробы материала, положительного на эризипелоид направляется в Референс-центр по мониторингу за возбудителем эризипелоида для подтверждения и дальнейшего изучения.

Устанавливаются лица подвергшихся риску заражения:

активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;

медицинское наблюдение за лицами, находящимися в одинаковых с больным условиях по риску заражения (7 календарных дней) с ежедневным осмотром кожных покровов и двукратным измерением температуры тела;

Не проводится отбор проб у лиц, контактировавших с больным, но не имеющих клинических признаков (но такие лица находятся под медицинским наблюдением).

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге эризипелоида

12.4. Мероприятия, осуществляемые в эпидемическом очаге.

Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), на основании проведенного эпидемиологического расследования выдает предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий хозяйствующим субъектам. Организуется медицинское наблюдение за контактным сроком на 7 календарных дней с ежедневным осмотром кожных покровов и двукратным измерением температуры тела, активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов.

Организуется мероприятия на объектах, которые попали в границы очага о необходимости соблюдения требований биологической безопасности при выполнении работ с больными животными или сырьем, проведения инструктажей с работниками, обеспечение их защитной одеждой.

Организуется дезинфекция рабочих поверхностей, не исключаяющих нахождение возбудителя, в том числе используемых больным. Применяются дезинфекционные средства, эффективны в отношении не спорообразующих бактерий, в том числе разрешенные для применения в быту.

12.5. Мероприятия, осуществляемые в эпизоотическом очаге.

Под контролем специалистов территориальных органов, осуществляющих федеральный государственный ветеринарный и санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) в эпизоотических очагах эризипелоида владельцами животных, руководителями животноводческих хозяйств, предприятий по переработке продукции животноводства вне зависимости от форм собственности организуется:

изоляция (изолированное содержание) больных, подозрительных на заболевание животных (в первую очередь свиней);

инструктаж с работниками, занятыми уходом за поголовьем животных, о соблюдении требований биологической безопасности, необходимости

использования СИЗ для предупреждения заражения эризипелоидом. Инструктаж персонала о симптомах эризипелоида и необходимости немедленного обращения к врачу при появлении первых признаков (покраснение, жжение, боль на месте травмы);

обеспечение всех работников, в том числе лиц, временно привлекаемых к работам, связанным с риском заражения эризипелоидом, в достаточном количестве средствами личной гигиены и СИЗ;

принятие мер по обеспечению работников стационарных животноводческих хозяйств надлежащими условиями для соблюдения личной гигиены, бытовыми помещениями для приема пищи и отдыха, отдельными шкафчиками для хранения личной, рабочей и защитной одежды;

обеспечение рабочих мест достаточным набором уборочного инвентаря, дезинфицирующими средствами, эффективными в отношении возбудителя эризипелоида.

уничтожение возбудителя в сырье: тщательная термическая обработка мясных и рыбных продуктов перед употреблением; запрет на использование контаминированного сырья, которое не может быть дезинфицировано или термически обработано;

санация объектов: очистка и дезинфекция помещений для содержания животных, оборудования для разделки, транспорта.

Профилактические мероприятия в очаге эризипелоида

12.6. Экстренная профилактика эризипелоида направлена на предотвращение инфицирования после получения травмы (пореза, укола) при работе с животными или зараженным материалом.

Первичная обработка (немедленно):

необходимо тщательно промыть рану проточной водой с мылом;

обработать раны антисептическими средствами (спиртовой раствор йода, 70 % этиловый спирт, хлоргексидин).

Любые формы лечения, в том числе профилактического, назначаются врачом.

ХIII. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ПАСТРЕЛЛЕЗА

Эпидемиологические особенности пастереллеза

13.1. Пастереллез – острая зоонозная бактериальная инфекция с преимущественно контактным механизмом передачи возбудителя. Инфекция характеризуется локальным (в месте внедрения возбудителя) поражением кожи и прилежащих тканей, лимфаденитом, поражением суставов. У лиц с ослабленным иммунитетом инфекция может проявляться в виде тяжелой генерализованной формы пастереллеза и сепсиса.

Пастереллы слабо устойчивы в окружающей среде: под прямым солнечным

светом пастереллы сохраняют жизнеспособность до 2 часов, в верхнем слое почвы – до 8 суток, в навозе и гниющих трупах, останках – до 3 месяцев. При температуре плюс 50 °С бактерии погибают через 30 минут, плюс 58 °С – 20 минут, плюс 70 °С – 10 минут, плюс 90 °С – 5 минут, при кипячении – моментально.

Резервуар и источники инфекции: многие виды млекопитающих и птиц, у которых пастереллез протекает в виде клинически выраженного заболевания или носительства.

Эпидемическое значение имеют домашние (кошки, собаки), сельскохозяйственные (свиньи, крупный и мелкий рогатый скот, лошади, кролики, птицы), синантропные (крысы, мыши) и дикие животные (кабаны, олени, сайгаки, хищные кошачьи, голуби) Особенно важна роль домашних кошек и собак в качестве источников инфекции (*Pasteurella multocida*) для человека.

Механизмы передачи возбудителя:

преимущественно контактный, путь передачи – через укусы животных, наносимые ими царапины, микротравмы на коже, в которые возбудитель проникает со слюной; возможно не прямое инфицирование язв и ран кожи через предметы и одежду, облизанные животными;

значительно реже инфицирование человека может происходить при вдыхании контаминированной пастереллами пыли, частиц подстилки и употреблении инфицированных продуктов.

Мероприятия при выявлении больного пастереллезом

13.2. При наличии медицинских показаний больные, а также лица с подозрением на заболевание пастереллезом госпитализируются в инфекционные стационары (отделения).

Врач анализирует эпидемиологический анамнез (установление факта контакта с животными), жалобы и симптомы заболевания.

Диагностика пастереллеза:

бактериологический метод – посев крови, спинномозговой жидкости, мочи, суставной жидкости на специальные питательные среды. Если на этих средах вырастают характерные колонии бактерий, это подтверждает диагноз;

серологическая диагностика – определение антител в крови;

клинический и биохимический анализы крови;

УЗИ мягких тканей, УЗИ суставов, рентгенография органов грудной клетки и другие виды инструментальной визуализации, которые назначают с учетом формы пастереллеза.

Основной метод лечения – антибиотикотерапия. Используются группы пенициллинов и тетрациклинов. Дозы, путь введения и длительность приема определяются видом и тяжестью болезни.

Все работы с материалом, подозрительным на заражение возбудителями пастереллеза, включая забор, упаковку, транспортировку и подготовку материала для исследований, проводятся в соответствии с санитарно-эпидемиологическими

требованиями⁵⁹.

Диагностические исследования могут быть проведены в лабораториях, имеющих санитарно-эпидемиологическое заключение о возможности проведения работ с патогенными биологическими агентами (ПБА) III группы⁶⁰.

ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии» в субъекте Российской Федерации организует отправку пробы материала, положительного на наличие возбудителя пастереллеза в Референс-центр по мониторингу за возбудителем пастереллеза для подтверждения и дальнейшего изучения.

Особенности эпидемиологического обследования очага пастереллеза

13.3. Перед обследованием очага пастереллеза необходимо провести сбор предварительных данных. Необходимо уточнить у специалиста медицинской организации (лечащего врача):

дату заболевания, постановки диагноза;

клиническую форму (например, кожная, легочная, септическая), состояние пациента;

данных анамнеза: наличие и характер контакта с животными (укус/царапина, дата предполагаемого инфицирования, вид животного и владелец, место/адрес его нахождения);

наличие эпидемиологической связи заболевания с профессиональной деятельностью.

При сборе анамнеза (например, опрос пациента, родственников) необходимо уточнить:

сроки появления симптомов;

наличие домашних животных в квартире, доме (кошки, собаки, грызуны, птицы);

состояние здоровья животных (например, были ли признаки болезни: насморк, чихание, конъюнктивит, абсцессы);

дата и обстоятельства укуса/царапины/ослюнения (какое животное, при каких условиях, какая часть тела пострадала);

местонахождения животного (если животное принадлежит не пострадавшему, установить адрес и владельца);

контакты с другими животными (гостевые, на даче, у знакомых, на улице, сельскохозяйственные животные, дикие);

наличие профессиональных и бытовых рисков: персонал по обслуживанию и кормлению животных (ветеринар, зоотехник, работник приюта, фермер), хобби (охота, животноводство).

Для выявления источников инфекции, путей и факторов передачи возбудителя проводится обследование хозяйствующих субъектов (домохозяйств, индивидуальных животноводческих хозяйств, птицефабрик, животноводческих хозяйств сельхозпредприятий, звероводческих хозяйств, предприятий по убою, переработке сырья и продуктов животноводства), в которых предположительно

⁵⁹ Глава IV СанПиН 3.3686-21.

⁶⁰ Пункт 135 СанПиН 3.3686-21.

произошло заражение людей пастереллезом.

В ходе обследования с учетом предполагаемых путей передачи возбудителя инфекции необходимо:

оценить санитарно-гигиеническое состояние объекта, благоустройство территории, водоснабжение, наличие дезинфицирующих и моющих средств, обустройство бытовых помещений для работников, наличие уборочного инвентаря;

установить наличие СИЗ у персонала (например, одежда, обувь, рукавицы, резиновые или клеенчатые фартуки, перчатки, защитные маски, очки), их количество, пригодность для использования, порядок хранения, смены, обеспечение централизованной стирки, наличие аптечек, умывальников, мыла, дезинфицирующих средств для обработки рук, обуви и других;

в целях выявления алиментарного пути заражения проверить соблюдение режима пастеризации молока, условия хранения и обработки молочной посуды, фильтрующего материала, установить порядок реализации яиц, мяса (мясных полуфабрикатов) молока и молочных продуктов, режима приготовления сыров и других молочных продуктов;

выявить порядок первичной обработки шкур, шерсти, пуха, а также условия и порядок транспортировки сырья и продуктов животноводства из хозяйствующего субъекта.

Обо всех случаях пастереллеза у людей информируется ветеринарная служба для проведения эпизоотологического обследования очага и выявления источников инфекции.

При подозрении на внутрилабораторное заражение возбудителем пастереллеза (в лабораториях, работающих с живыми культурами *Pasteurella* spp.) провести обследование по выполнению санитарно-противоэпидемического режима работы лаборатории.

В границах очага устанавливается круг контактных лиц с предполагаемым источником инфекции, подвергшихся риску заражения.

В случае инфицирования алиментарным путем через контаминированные продукты, исследуются продукты, выявляется и обследуется круг лиц, употреблявших эти продукты.

Для установления источников инфекции, путей и факторов передачи проводится отбор проб для лабораторных исследований на пастереллез с участием специалистов ветеринарной службы, сотрудников учреждений, обеспечивающих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор).

Учреждения, обеспечивающие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организует доставку материала для проведения исследований в Референс-центр по мониторингу за возбудителем пастереллеза.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге пастереллеза

13.4. Мероприятия, осуществляемые в эпидемическом очаге.

Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный

санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), организует и проводит санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия в очаге. Для проведения мероприятий заинтересованным органам муниципальной власти, хозяйствующим субъектам выдаются предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, с указанием конкретного перечня мероприятий, и сроков их исполнения. Мероприятия должны быть направлены на источник инфекции, пути и факторы передачи возбудителя, контактных лиц. Устанавливается контроль исполнения мероприятий.

Осуществляется оценка готовности инфекционного стационара к приему больных и лиц, с признаками пастереллеза. Организуется медицинское наблюдение за контактными на 5 календарных дней с момента прекращения контакта с источником (употребления инфицированной продукции) с ежедневным осмотром кожных покровов и двукратным измерением температуры тела. В случае выявления лиц с клиническими проявлениями необходимо провести клинико-лабораторное обследование на пастереллез. Для исследования отбираются пробы клинического материала, например, отделяемое кожных язв, экссудат, кровь, спинномозговая жидкость, мокрота, моча. Если источником заражения явились кошки или собаки индивидуальных владельцев, то обследованию подлежат все члены семьи и другие лица, контактировавшие с животными, а также подозреваемые в заболевании домашние животные.

Организуют дезинфекционные мероприятия (включая дератизацию) в местах, не исключающих риски распространения инфекции и инфицирования человека.

13.5. Мероприятия, осуществляемые в эпизоотическом очаге.

В эпизоотических очагах пастереллеза владельцы животных, руководители хозяйствующих субъектов (животноводческих хозяйств, предприятий вне зависимости от форм собственности) при установлении ограничительных мероприятий (карантина) по пастереллезу в соответствии с ветеринарными правилами⁶¹ обязаны:

провести изоляцию (изолированное содержание) больных, подозрительных на заболевание животных, птиц;

в соответствии с рекомендациями ветеринарных специалистов провести лечение больных пастереллезом животных препаратами для ветеринарного использования в соответствии с инструкциями по их применению;

убой всех больных и подозреваемых в заболевании пастереллезом птиц бескровным методом;

полученные от больного поголовья молоко и молочные продукты, яйца, сырье животноводства подвергаться обеззараживанию или уничтожению;

обеспечить выполнение требований по подготовке к вывозу за пределы неблагополучного хозяйства сырья (в том числе молоко, мясо, яйца) и согласование с органами, осуществляющими федеральный государственный

⁶¹ Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, лечебных, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов пастереллеза разных видов, утвержденные приказом Минсельхоза России от 31.10.2022 № 770 (зарегистрирован Минюстом России 28.11.2022, регистрационный № 71165).

санитарно-эпидемиологический контроль (надзор) и, при необходимости, с территориальными органами, осуществляющими федеральный государственный ветеринарный контроль (надзор), порядок его использования и переработки;

оборудовать дезинфекционные коврики на входе (выходе) в помещения, в которых содержатся больные и (или) подозреваемые в заболевании пастереллезом животные, птицы;

не допускать посещение территории посторонними лицами, кроме персонала, выполняющего производственные (технологические) операции, в том числе по обслуживанию животных, специалистов ветслужбы и привлеченного персонала для ликвидации эпизоотического очага, лиц, проживающих и (или) временно пребывающих на территории, признанной эпизоотическим очагом;

приказом по хозяйству закрепить работников, занятых уходом за поголовьем сельскохозяйственных животных и птиц; не допускать к работе лиц, не достигших 18-летнего возраста, беременных и кормящих женщин, рабочих, больных острыми и хроническими (в стадии обострения) заболеваниями различной этиологии, а также работников, не прошедших инструктаж по соблюдению требований биологической безопасности;

провести инструктаж с работниками, занятыми уходом за поголовьем животных и птиц, о соблюдении требований биологической безопасности, необходимости использования СИЗ для предупреждения заражения пастереллезом;

обеспечить всех работников, в том числе лиц, временно привлекаемых к работам, связанным с риском заражения пастереллезом, в достаточном количестве средствами личной гигиены и СИЗ (например, халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеенчатые фартуки, специальная обувь), своевременную их замену и централизованную стирку;

принять меры по обеспечению работников стационарных животноводческих, птицеводческих хозяйств надлежащими условиями для соблюдения личной гигиены (в том числе, туалетные комнаты, душевые, мыло, индивидуальные полотенца), бытовыми помещениями для приема пищи и отдыха, отдельными шкафчиками для хранения личной, рабочей и защитной одежды;

обеспечить рабочие места достаточным набором уборочного инвентаря, дезинфицирующими средствами, эффективными в отношении возбудителей пастереллеза.

утилизировать (уничтожать) отходы убоя в соответствии с ветеринарными правилами⁶².

Территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), при получении информации о выявлении эпизоотического очага пастереллеза организует выполнение мероприятий по предупреждению заражения инфекцией всех лиц, находящихся в контакте с больным поголовьем, полученным сырьем, с выдачей соответствующих предписаний о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических

⁶² Ветеринарные правила сбора, хранения, перемещения, утилизации и уничтожения биологических отходов, утвержденные приказом Минсельхоза России от 11.11.2024 № 677 (зарегистрирован Минюстом России 29.11.2024, регистрационный № 80396).

(профилактических) мероприятий хозяйствующим субъектам, устанавливает контроль за их исполнением. Устанавливается медицинское наблюдение за контактными с больным поголовьем (сырьем) лицами (5 дней от даты последнего контакта) и сотрудниками, занятыми в проведении противоэпизоотических мероприятий – в течение всего периода проведения мероприятий до ликвидации очага и 5 дней после ликвидации.

Информационно-разъяснительная работа в очаге пастереллеза

13.6. Гигиеническое воспитание населения включает в себя предоставление информации об основных симптомах заболевания, путях и механизмах передачи, источниках заражения, мерах неспецифической профилактики с использованием, например, средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом.

Персоналу в хозяйствующих субъектах (животноводческих хозяйствах и на предприятиях) дают пояснения:

- о соблюдении правил личной гигиены, использование антисептиков при контакте с животными;

- об использовании средств защиты (перчатки, маски) при уходе за животными, при ветеринарных и зоотехнических работах;

- о контроле за условиями содержания животных (сельскохозяйственных, в зоопарках, питомниках).

Индивидуальным владельцам домашних животных разъясняют:

- риски от укусов, царапин и тесного контакта с питомцем;

- необходимость мытья рук после общения, контакта с животными;

- важность обращения к ветеринарному специалисту при выявлении признаков болезни у питомца;

- обучение населения, особенно детей, правилам поведения с незнакомыми, бродячими и дикими животными.

XIV. САНИТАРНО-ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ) МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ СЛУЧАЯ ЯЩУРА

Эпидемиологические особенности ящура

14.1. Ящур – опасная остро протекающая высококонтагиозная вирусная болезнь многих видов животных (например, крупный рогатый скот, овцы, козы, свиньи, всего более 70 видов парнокопытных животных).

Возбудителем ящура является РНК-содержащий вирус из семейства пикорнавирусов, его размеры составляют от 27 до 30 нм. Характеризуется высокой степенью контагиозности и дерматотропностью (свойством поражать кожные покровы).

В сырье и продуктах, полученных от больных животных, вирус остается жизнеспособным от нескольких суток до месяца и более. В окружающей среде: на шерсти животных он сохраняется до четырех недель, на одежде – до 3,5 недель.

Низкие температуры и высушивание не уничтожают вирус. Так, при относительной влажности 30-40 % и температуре плюс 18 °С высушенный вирус сохраняет инфицирующую способность в течение двух лет. На поверхности предметов, загрязненных выделениями больных ящуром животных, вирус сохраняется 150 дней, а в сточных водах до 100 дней. Гибель вируса происходит в течение 15 минут при нагревании до температуры плюс 60 °С, а при плюс 80-100 °С разрушается моментально.

Заболевание ящуром, вызванное вирусом одного типа, не создает иммунитета против остальных типов.

Источником инфекции являются больные и переболевшие животные, а также находящиеся в инкубационном периоде, не имеющие клинических признаков и выделяющие вирус в окружающую среду восприимчивые животные.

Вирус ящура от человека к человеку не передается. Дети более восприимчивы к ящуре, чем взрослые.

Развитие инфекционного заболевания возможно при низкой инфицирующей дозе.

Заражение человека может произойти, главным образом, при употреблении сырого молока, молочных продуктов, мяса, реже – при непосредственном контакте с больными животными и при контакте с инфицированными предметами (подстилка, кормушка). Возможны случаи воздушно-капельного заражения.

Инкубационный период ящура может длиться от 2 до 12 дней (чаще 3-7 дней). После этого появляются первые симптомы болезни – озноб, головная боль, недомогание, ломота в мышцах и пояснице. Резко ухудшается аппетит. Температура тела повышается до плюс 38-40 °С и держится в течение 5-6 дней. Спустя 1-2 дня после начала болезни появляется чувство жжения во рту, боль при жевании, слюнотечение, отек и болезненность слизистых оболочек губ, десен, щек, гортани. Вместе с этим развивается конъюнктивит (воспаление слизистой оболочки глаза), возникают рези при мочеиспускании. На слизистых оболочках рта образуются пузырьки с прозрачным, затем мутновато-желтым содержимым. Через пару дней они лопаются, оставляя после себя ярко-красные болезненные изъязвления – афты, которые могут сливаться в более крупные очаги. Как правило, после вскрытия пузырьков температура тела снижается, но самочувствие человека при этом становится хуже. Ему становится трудно глотать и говорить, губы и язык покрываются корками, мучит обильное слюноотделение. Регионарные (ближайшие) лимфатические узлы увеличиваются и болят. Пузырьки, а затем афты (изъязвления) могут распространиться на слизистую оболочку носа и глаз, влагалище, уретру, а также на кожу – особенно у основания ногтей и между пальцев рук и ног.

Период активных высыпаний на слизистых оболочках и коже продолжается около недели. Затем афты заживают, не оставляя после себя рубцов. Температура тела приходит в норму. Наступает выздоровление.

В некоторых случаях болезнь протекает стерто и сопровождается стоматитом – воспалением слизистой оболочки полости рта, умеренной головной болью, пузырьками в межпальцевых складках, которые вскрываются и заживают за пару дней.

Если ящур переходит в хроническую форму, то на коже человека образуются

бугорки, кожа над которыми шелушится.

Выявление случаев заболевания людей ящуром и регистрация зоонозного очага с вовлечением людей квалифицируется как чрезвычайная ситуация эпидемиологического характера. Диагноз «ящур» устанавливается на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных. Подтвержденным случаем заболевания ящуром у человека считается:

любой подозрительный случай заболевания ящуром, после лабораторного подтверждения диагноза (ПЦР, ИФА);

случай с типичной клинической картиной при присутствии в анамнезе контакта с копытными животными (например, крупный рогатый скот (КРС), свиньи). Отбор проб (кровь, слюна, соскоб с эрозивных участков, фекалии больных) от больных, лиц из групп риска инфицирования проводится в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями⁶³, в которых указаны требования к отбору проб клинического материала, их упаковке, транспортировке и исследованию.

Лица с подозрением на заболевание ящуром подлежат немедленной госпитализации в бокс инфекционного стационара.

Специфическое лечение больных ящуром не разработано, симптоматическая терапия проводится в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи.

Медицинский персонал, обслуживающий больного, должен работать в защитной одежде (халаты, очки, маски и перчатки) при проведении таких процедур, как, например, уход за больным, уборка палаты. Медицинские отходы и инструменты после использования подвергаются дезинфекции.

Особенности эпидемиологического расследования в очаге ящура

14.2. Эпидемиологическое расследование проводится в соответствии с главой III.

При получении экстренного извещения/внеочередного донесения на случай подозрения на заболевание ящуром территориальный орган, осуществляющий федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), проводит эпидемиологическое расследование по установлению причинно-следственных связей.

При сборе эпидемиологического анамнеза у больного уточняются сведения о его возможном контакте с источником инфекции (животные) или продуктами животного происхождения в пределах инкубационного периода.

Вероятность заражения вирусом ящура возникает после контакта с больными животными (трусами), различают следующие категории животных:

животные с лабораторно и клинически подтвержденным диагнозом «ящур»;
неизвестные животные (за которыми не может быть установлено наблюдение);

внешне здоровые животные с известным владельцем, но находившиеся в контакте с больными животными.

⁶³ СанПиН 3.3686-21.

При выявлении ящура среди поголовья сельскохозяйственных животных хозяйствующих субъектов (животноводческих хозяйств) организуются следующие мероприятия:

устанавливаются все получатели животных, продовольственного (пищевого) сырья и пищевой продукции из неблагополучного хозяйствующего субъекта (хозяйства), и логистические маршруты доставки сырья и пищевой продукции из неблагополучного хозяйствующего субъекта (хозяйства) (с указанием всех остановочных пунктов);

при поставках сырья или животных в другие субъекты Российской Федерации, направляется информация в соответствующие территориальные органы, осуществляющие федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), о поставках такой продукции для организации и проведения аналогичных мероприятий;

организуются и проводятся эпидемиологические расследования (обследования) в отношении предприятий, осуществляющих производство пищевой продукции из сырья, полученного из неблагополучных хозяйствующих субъектов (хозяйств);

устанавливается объем и партии поступившего молока сырого (удой в хозяйстве) или мяса в конкретный период (с учетом инкубационного периода);

устанавливаются объем и партии выработанной продукции из полученного сырья с указанием наименований, №№ партий, даты выработки, срока годности, GTIN по всем видам продукции в конкретный временной период;

устанавливается находящийся на складе объем выработанной продукции из полученного сырья с указанием наименований, партий, даты выработки, срока годности, GTIN по всем видам продукции в конкретный временной период;

устанавливается объем отгруженной продукции из полученного сырья с указанием наименований, партий, даты выработки, срока годности, GTIN по всем видам продукции в конкретный временной период (в реализацию, в т.ч. в другие регионы; в учреждения социальной направленности, в т.ч. для организации детского питания);

запрашивается термограмма (с учетом инкубационного периода инфекции) у предприятия-изготовителя с последующим анализом;

проводится анализ соблюдения технологических этапов производства, обращая особое внимание на режим пастеризации молока сырого и готовой продукции, соблюдения сроков поверки измерительных приборов (датчиков), а также достаточность технологического оборудования, позволяющего обеспечить соблюдение Технического регламента⁶⁴;

при производстве детского питания из сырья неблагополучного хозяйствующего субъекта (хозяйства) уточняется наличие отдельных цехов или линий;

отбираются смывы/пробы с объектов окружающей среды (в том числе, пробы молока, сырья, мясной продукции, смывы с объектов окружающей среды –

⁶⁴ Технический регламент Таможенного союза «О безопасности молока и молочной продукции» (ТР ТС 033/2013), утвержденный решением Совета Евразийской экономической комиссии от 09.10.2013 № 67.

оборудования, поверхностей в помещениях, спец- и личной одежды персонала);
предприятию-изготовителю выдается предписание о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий с указанием необходимости незамедлительного отзыва из обращения продукции, выпущенной в конкретный временной период с использованием сырья, полученного из неблагополучного хозяйствующего субъекта (хозяйства);
при выявлении нарушений режимов пастеризации (ультрапастеризации, стерилизации) принимаются меры по изъятию продукции из обращения;
проводится оценка мероприятий по дезинфекции производственных помещений, технологического оборудования (включая молоководы) и инвентаря, используемых в процессе производства пищевой продукции (периодичность, способы обработки, используемые препараты), при необходимости дератизация;
обеспечивается контроль проведения заключительной дезинфекции на предприятиях-изготовителях с привлечением специалистов учреждений, осуществляющих федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Определяется круг контактных лиц, с больным поголовьем и продуктами их жизнедеятельности (уточняется, в том числе, степень контакта, использование спецодежды, СИЗ), употреблявших сырое молоко, кисломолочные продукты. Организуется медицинский осмотр с последующим ежедневным наблюдением за контактными лицами, находившимися в одних условиях с заболевшим, контактными членами семьи (собственники больных животных, сотрудники предприятий, ветеринарные специалисты) в течение 21 календарного дня с момента последнего контакта с источником инфекции или инфицированным сырьем с осмотром кожных покровов и слизистых, термометрией.

В очаге осуществляется отбор проб от лиц с признаками инфекционного заболевания (кровь, моча, мазки из носо- ротоглотки) животных (мазки из носа, соскобы с афт, кровь, сырье: мясо, молоко) внешней среды (например, подстилка, корм, вода из поилок, смывы со стен загонов) с последующей отправкой в ФБУН «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора⁶⁵ с соблюдением мер биологической безопасности⁶⁶. Дополнительно от лиц с признаками инфекционного заболевания осуществляется отбор периферической крови в динамике (2-й, 4-ый, 6-й, 8-й, 10-й, 12-й день от начала заболевания) с последующей отправкой в ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» с соблюдением мер биологической безопасности⁶⁷.

От членов семей, заболевших с признаками инфекционного заболевания, осуществляется однократный отбор периферической крови для последующего направления в ФБУН «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии им. Пастера» с соблюдением мер биологической безопасности⁶⁸.

⁶⁵ Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116.

⁶⁶ Глава IV СанПиН 3.3686-21.

⁶⁷ Глава IV СанПиН 3.3686-21.

⁶⁸ Глава IV СанПиН 3.3686-21.

При получении положительных результатов на ящур методом ПЦР от лиц с признаками инфекционного заболевания проводится отбор биоматериала (кровь, моча, мазки из носо- ротоглотки) от членов их семей с последующей отправкой в ФБУН «Государственный научный центр вирусологии и биотехнологии «Вектор» Роспотребнадзора с соблюдением мер биологической безопасности⁶⁹. Изоляция и госпитализация инфицированных лиц проводится по эпидемическим и клиническим показаниям с установлением режима текущей и заключительной дезинфекции по месту пребывания больного.

14.3. Противоэпизоотические мероприятия осуществляют органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченные в области ветеринарии в соответствии с ветеринарными правилами⁷⁰.

Одновременно организовывается взаимодействие с территориальными органами Россельхознадзора и органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации, уполномоченными в области ветеринарии, уточняется количество животных, подлежащих уничтожению.

Территориальными органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), проводится согласования мест захоронения и уничтожения животных. Для согласования запрашивается информация о месте и способе уничтожения и захоронения больных животных, информация об аннулировании ветеринарных сопроводительных документов.

При согласовании мест для захоронения и уничтожения животных необходимо провести оценку рисков для населения с учетом:

уровня залегания грунтовых вод на участке под размещение ямы для сжигания трупов животных; залегание водоносного горизонта на испрашиваемом участке;

возможности затопления и подтопления участка паводковыми водами;

расстояния от ямы до ближайшего поверхностного водного объекта;

расстояния от ямы до ближайших водозаборных сооружений (тип, глубина скважины, защищенность водоносного горизонта, наличие установленной зоны санитарной охраны (далее – ЗСО);

нахождения испрашиваемого участка в ЗСО источников водоснабжения;

расстояния от ямы до ближайших водозаборных сооружений ближайших населенных пунктов, их тип (поверхностные/ подземные, мощность водозаборных сооружений в сутки, наличие системы водоподготовки с процессом обеззараживания, наличие установленных ЗСО);

расстояния от ямы до ближайших населенных пунктов и направление по стороне света;

преобладающего направления ветра в период февраль-март;

размера ям, их исполнение (например, водонепроницаемость, применение

⁶⁹ Глава IV СанПиН 3.3686-21.

⁷⁰ Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов ящура, утвержденные приказом Минсельхоза России от 24.03.2021 № 157 (зарегистрирован Минюстом России 29.04.2021, регистрационный № 63308).

дезинфекционных средств).

Для проведения мероприятий заинтересованным органам муниципальной власти, хозяйствующим субъектам выдаются предписания о проведении дополнительных санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, с указанием конкретного перечня мероприятий и сроком их исполнения. Мероприятия должны быть направлены на источник инфекции, пути и факторы передачи возбудителя, контактных лиц.

Проводится оценка готовности инфекционного стационара к приему больных и лиц, с признаками, не исключающими заболевание ящуром.

Организуется проведение текущей (до госпитализации больного) и заключительной дезинфекции (после госпитализации) в домашних очагах (приложение 2 к настоящим МР).

Профилактические мероприятия в очаге ящура

14.4. Специфической профилактики ящура нет.

Неспецифическая профилактика включает комплекс ветеринарно-санитарных, хозяйственных и медико-санитарных мероприятий, направленных на недопущение развития заболевания среди животных.

Медико-санитарные мероприятия по профилактике ящура включают: использование спецодежды и СИЗ, соблюдение правил гигиены.

Информационно-разъяснительная работа в очаге ящура

14.5. Информационную работу с населением по вопросам профилактики ящура целесообразно проводить органам, осуществляющим федеральный государственный санитарно-эпидемиологический контроль (надзор), органам исполнительной власти в сфере охраны здоровья, ветеринарии, центры медицинской профилактики о необходимости:

незамедлительного обращения за медицинской помощью после контакта с погибшим или подозрительным на ящур животным;

недопущении приобретения сельскохозяйственных животных без соответствующих документов, оформленных специалистами ветеринарной службы;

иммунизации подлежащих сельскохозяйственных животных против ящура.

Организация дератизационных мероприятий в очаге листериоза

1. Мероприятия по борьбе с грызунами проводятся на основании результатов зоологического и эпизоотологического мониторинга с учетом климатогеографических и ландшафтных условий территории.

В рамках санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по листериозу в многоквартирных жилых домах, общежитиях, центрах временного размещения и других объектов проводятся внеплановые дератизационные мероприятия с последующим контролем эффективности.

В частных домовладениях дератизационные мероприятия проводятся собственниками самостоятельно и (или) с привлечением организаций, осуществляющих дезинфекционную деятельность и оказывающих услуги по дератизации.

Для проведения дератизационных обработок используются разрешенные к применению на территории Российской Федерации родентицидные средства.

2. Для проведения дератизации применяются родентицидные средства кумулятивного действия, на основе антикоагулянтов второго поколения (действующие вещества (далее – ДВ), например, бромадиолон, бродифакум, дифенакум, флокумафен в концентрации 0,005 %) в разных препаративных формах. Исключительно на открытых территориях при наличии эпидемиологических и санитарно-гигиенических показаний с целью быстрого снижения численности грызунов возможно применение свежеприготовленных приманок с родентицидом острого действия (например, фосфид цинка). При своевременной профилактике на отдельных объектах или локальных территориях применяются механические орудия лова.

На открытых территориях рекомендуемый расход приманки на основе антикоагулянтов второго поколения – 3 кг/га (порции 10-20 г (1-2 брикета) через каждые 10-15 м), острого действия – 2 кг/га (порции по ~5 г через каждые 5-10 м). Количество точек раскладки приманки – 20-40 на 1 га. На объектах населенного пункта на 100 м² 3-5 точек раскладки по 50-100 г родентицидной приманки. Количество вносимой приманки зависит от поедаемости ее грызунами, поэтому необходимо проводить оценку поедаемости используемых приманок, и наиболее предпочтительная применяется для обработок.

Для длительной сохранности родентицидной приманки ее помещают в специальные закрывающиеся пронумерованные контейнеры или емкости (контрольно-истребительные контейнеры), обеспечивающие безопасность людей и домашних животных. В хозяйственных помещениях и надворных постройках

возможна раскладка приманки в трещины, норы грызунов, под куски шифера, досок, железа. Приманки могут помещаться в естественные и (или) искусственные укрытия (норы, ниши, под корни деревьев, валежник, контейнеры). Места раскладки родентицидных средств контролируются в течение всего периода проведения дератизационных обработок. При полном поедании приманки в точке внесения добавляется новая порция родентицидного средства.

3. На объектах и прилегающих к ним территориях при проведении санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по листериозу проводят оценку эффективности дератизационных мероприятий. Контроль эффективности истребительных мероприятий осуществляют на основании учета численности грызунов до начала и после окончания дератизации. Показанием к проведению повторного тура дератизации на объектах и (или) территориях является наличие грызунов выше допустимого уровня.

Рекомендации по организации и проведению дезинфекционных мероприятий в домашних очагах ящура

1. Для дезинфекции используют: гипохлориты кальция (нейтральный гипохлорит кальция (далее – НГК), двутретиосновную соль гипохлорита кальция (ДТСГК), натриевую соль дихлоризоциануровой кислоты, гидроксиды натрия и калия, перекись водорода, формалин.

Текущая дезинфекция жилых помещений

2. После инструктажа мероприятия по текущей дезинфекции проводятся собственниками домовладения.

Однократно в очаге проводится орошение и обработка всех предметов, указанных ниже, по установленным режимам. В последующем проводится протирание всех поверхностей мягким уборочным инвентарем, смоченным раствором дезинфицирующего средства.

Дезинфекционная обработка всех объектов проводится ежедневно.

На входе/выходе в жилое помещение размещают дезинфицирующий коврик (емкость с дезинфекционным раствором, тканевую салфетку, смоченную дезинфицирующим раствором). Дезинфекционные коврики периодически обильно пропитывают дезинфицирующим раствором.

Объекты обеззараживания:

поверхности помещений (пол, стены, потолок, двери);

посуда;

белье, постельные принадлежности;

игрушки;

одежда;

выгребные ямы;

септики.

Способы обеззараживания:

поверхности помещений (пол, стены, мебель) – орошение/протирание;

посуда, белье, игрушки – замачивание в растворе дезинфицирующего средства;

дезинфекция белья и посуды может быть проведена способом кипячения;

одежда – камерная дезинфекция в рамках заключительной дезинфекции (по эпидемическим показаниям).

Для обработки помещений применяют: 3 % (по ДВ) раствор гипохлорита кальция; 4 % (по ДВ) раствор перекиси водорода, 5 % – (по ДВ) раствор натриевой соли дихлоризоциануровой кислоты; 2 % (по препарату) раствор йодеза. Норма расхода составляет 0,3-0,5 л/м². Экспозиция – 60 минут.

Растворы готовят в пластиковых, эмалированных или стеклянных емкостях.

Одновременное применение хлорсодержащих и перекисных препаратов не допускается.

2.1. Пример («Кальция гипохлорит» марки Б (далее – ГК). Для обеззараживания объектов в помещении применяют 3 % по «активному» хлору (далее – АХ) раствор дезинфицирующего средства. При использовании ГК, содержащего 60 % (АХ), используют навеску массой 510 г, которую растворяют и тщательно перемешивают в 10 л воды.

Расход рабочего раствора:

при орошении – 300-500 мл/м²;

при замачивании посуды – 2 л на 1 комплект.

Для обработки дома площадью 100 м² необходимо приготовить 30-50 л рабочего раствора, т.е. 1500 г (1,5 кг) порошка ГК растворить в 30-50 л воды соответственно.

Время экспозиции (выдержки) – 60 минут. По истечении указанного времени поверхности объектов необходимо промыть чистой водой.

2.2. Пример («Перекись водорода, 30 %»). Для обеззараживания объектов в помещении применяют 4 % по активному действующему веществу раствор дезинфицирующего средства. При использовании ПВ, содержащей 30 %, используют навеску массой 1350 мл, которую растворяют и тщательно перемешивают в 10 л воды.

Расход рабочего раствора:

при орошении – 300-500 мл/м²;

при замачивании посуды – 2 л на комплект.

Для обработки дома площадью 100 м² необходимо приготовить 30-50 л рабочего раствора, т.е. 4-6,7 л ПВ растворить в 30-50 л воды соответственно.

Время экспозиции (выдержки) – 60 минут. По истечении указанного времени поверхности объектов необходимо промыть чистой водой.

2.3. В холодное время года для дезинфекции неотопливаемых помещений применяют растворы хлорной извести, гипохлорита кальция или препарата ДП-2 с содержанием активного хлора 3 %. Указанные растворы готовят непосредственно перед использованием на теплом (плюс 40-50 °С) 15 % (при температуре до минус 10 °С) или 20 % (при температуре до минус 20 °С) растворе поваренной соли. Растворы наносят в два-три приема с интервалом 0,5 ч по 0,3-0,4 л/кв. м на каждое орошение, Экспозиция – 6 часов последнего нанесения раствора. Для дезинфекции неотопливаемых помещений в зимнее время применяют также 2 % горячий раствор натра едкого с добавлением 15 % поваренной соли. Раствор наносят двукратно с интервалом 1 час. Экспозиция после второго орошения – 5 часов.

Все работы проводятся в СИЗ органов дыхания и глаз (респиратор, очки, перчатки). Раствор едкого натра нужной концентрации может содержаться в готовой форме в средствах для быта (типа Крот и других, применяемых для очистки труб).

2.4. Дезинфекционная обработка смартфонов.

Дезинфекцию смартфона проводят ежедневно с использованием специальных салфеток для очистки электроники на спиртовой основе, с концентрацией изопропилового спирта не менее 70 %.

После завершения обработки необходимо оставить телефон и чехол на 5-10 минут при комнатной температуре, чтобы вся влага полностью испарилась.

Аналогичным образом обрабатывают чехол.

2.5. Дезинфекция надворных уборных, выгребных ям и мусорных ящиков.

Для дезинфекции выгребных ям (туалетов) могут использоваться любые хлорсодержащие средства, как в растворе, так и в сухом виде.

Обработка проводится с использованием сухого дезинфицирующего препарата ГК.

Объекты обеззараживания:

надворные уборные;

выгребные ямы;

септики.

Надворные уборные и выгребные ямы обрабатывают путем засыпания нечистот порошком ГК.

Норма расхода – 2 кг на туалет или яму, время воздействия – 1 час или заливают 5 % раствором ГК при норме расхода 500 мл на 1 м². Периодичность обработки – не реже 1 раза в неделю.

Для дезинфекции септиков применяют хлорсодержащие препараты, в количестве, необходимом для получения дозы не менее 50-100 мг/л. После экспозиции в течение 4-6 часов содержимое откачивают и вывозят на очистные сооружения.

Заключительная дезинфекция

3. Заключительную дезинфекцию проводят после изоляции больных из очага инфекционного заболевания силами специализированных организаций дезинфекционного профиля.

Обработке подлежат все поверхности и предметы в помещениях, столовая посуда, белье, игрушки, одежда, санузел, в том числе надворная уборная, септик.

Для обработки применяют режимы, используемые для текущей дезинфекции.

3.1. Дезинфекцию одежды камерным способом осуществляют по эпидемическим показаниям с учетом рисков и длительного выживания возбудителя на верхней одежде.

Дезинфекцию проводят в паровоздушных и пароформалиновых камерах по следующим режимам:

Паровоздушный: при температуре плюс 80-90 °С в течение 30 минут.

Пароформалиновый: при температуре плюс 57-59 °С в течение 45 минут.

Обработка надворных уборных, помойных ям и мусорных ящиков

4. Для дезинфекции выгребных ям (туалетов) могут использоваться любые хлорсодержащие средства, как в растворе, так и в сухом виде.

Все работы проводятся в СИЗ органов дыхания и глаз (респиратор, очки, перчатки). Обработки проводятся в отсутствии детей.

Обработка проводится путем заливки любыми хлорсодержащими дезинфекционными препаратами (например, хлорная известь, хлорамин, НГК, гипохлорит кальция марок А, Б и С, Део-хлор).

Обработка проводится 10 % раствором хлорной извести, 5 % раствором ГК или другого препарата. Норма расхода – 500 мл/м², время воздействия – 1 час.

4.1. Пример: для приготовления 5 % рабочего раствора гипохлорита кальция необходимо взять 500 г порошка ГК и развести в 10 л воды.

Залить содержимое выгребной ямы (туалета) из расчета 2 л на 1 м² нечистот. То есть, если площадь выгребной ямы составляет 5 м², то на одну выгребную яму требуется 10 л рабочего раствора при растворении в нем 500 г ГК. Время воздействия – 1 час. Срок хранения раствора – 3 суток.

При применении сухих порошкообразных хлорсодержащих препаратов засыпать нечистоты выгреба примерно 1-2 кг хлорной извести (НГК, ГК).

Дератизационные мероприятия в очаге

5. Учитывая высокие риски в домашнем очаге организуется проведение дератизационных мероприятий. Экстренные мероприятия проводятся по типу очаговой дератизации до полного освобождения объекта от грызунов, на открытых территориях – до снижения уровня численности мелких млекопитающих.

Истребительные мероприятия проводятся с помощью физических (клеевые ловушки, в частности – в теплых помещениях) и химических методов.

Для дератизации в домашних очагах применяют готовые родентицидные приманки на основе антикоагулянтов II поколения (бромадиолон, бродифакум, дифенакум, флокумафен и дифетиалон) в виде зерновых, гранулированных, мягких и твердых брикетов и других препаративных форм, разрешенных для применения в быту.

Родентицидные средства необходимо применять только в местах, недоступных для детей и домашних животных, отдельно от пищевых продуктов и фуража.

Для борьбы с мышами в постройках человека средство раскладывается в 3-5 точках по 10-20 г (1-2 брикета), а с крысами – по 30-70 г (3-7 брикетов). При высокой численности для повышения эффективности дератизационных мероприятий приманки раскладывают чаще (1-5 м), размещая их на всей площади объекта или помещения, при этом количество вносимой приманки в точки раскладки может увеличиваться в пределах ~100 г.

Приманки раскладывают вокруг строений через 10-15 м по кругу или периметру.

Приманку раскладывают по обрабатываемому участку под укрытия: пни, кучи хвороста, валежника, норы грызунов. При этом, можно использовать специальные контейнеры для дератизационных средств, с небольшим входным отверстием, исключающим проникновение более крупных животных, чтобы исключить разнос приманки и ее поедание другими животными. Работу с приманкой необходимо проводить в маске и резиновых (моющихся) перчатках (или одеть на руку полиэтиленовый пакет). Следует избегать попадания средства в рот и глаза. Во время работы запрещается курить, пить, принимать пищу. После окончания работы необходимо вымыть руки водой с мылом (моющим средством). Важно строго соблюдать инструкцию по применению средства.

Внутри жилых помещений для отлова грызунов возможно применение клеевых ловушек (готовые пластинки с клеем или клей, упакованный в тубы). Для отлова крыс подложка (картон, бумага, пластик) должна быть более устойчивой, размером 30х20 см, с шириной клеевой полосы 4-6 см с расстоянием между ними – 5-7 см (использовать не менее 25 г клея). Возможно нанесение клея на полиэтиленовую пленку. Крыса, попадая на такую подложку, «завертывается» в пленку с клеем и надежно фиксируется. Расход средства – 2 подложки на площадь 10 м². Для мышей и полевок – 10 г на подложку размером 15х15 см или 25 г – на подложку 30х20 см, с шириной клеевой полосы 2-8 см и расстоянием между ними 3-5 см. Расход средства – 2 подложки на площадь 10 м². Подложку с нанесенным клеем, размещают в предварительно выявленных местах обитания или в местах, где обнаружены следы жизнедеятельности грызунов (погрызы, экскременты). Расстояние между точками раскладки подложек с клеем 3-10 м в зависимости от численности грызунов, возможных мест их локализации и захламленности помещений. В центр подложки необходимо положить кусочек пищи для приманки (хлеб, каша и другие любые продукты).

Мертвых грызунов нельзя собирать «голыми» руками – только в перчатках или надев на руку пакет или обернув руку подручными материалами.

Нельзя скармливать погибших грызунов плотоядным животным (собакам, кошкам).

Тушки мелких млекопитающих необходимо сложить в специальную емкость и передать на уничтожение.

НОРМАТИВНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ДОКУМЕНТЫ

1. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
2. Федеральный закон от 30.12.2020 № 492-ФЗ «О биологической безопасности в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
4. Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ «О качестве и безопасности пищевых продуктов».
5. Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях от 30.12.2001 № 195-ФЗ.
6. Федеральный закон от 27.12.2002 № 184-ФЗ «О техническом регулировании».
7. Закон Российской Федерации от 14.05.1993 № 4979-1 «О ветеринарии».
8. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2004 № 322 «Об утверждении Положения о Федеральной службе по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».
9. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.06.2021 № 1097 «О федеральном государственном ветеринарном контроле (надзоре)».
10. Постановление Правительства Российской Федерации от 30.11.2024 № 1684 «Об утверждении Правил государственной регистрации медицинских изделий».
11. Постановление Правительства Российской Федерации от 20.03.2024 № 337 «Об утверждении положения о лицензировании деятельности по оказанию услуг по дезинфекции, дезинсекции и дератизации в целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».
12. Постановление Правительства Российской Федерации от 07.10.2020 № 1612 «Об утверждении Положения о порядке изъятия из обращения, проведения экспертизы, временного хранения, утилизации или уничтожения некачественных и (или) опасных пищевых продуктов, материалов и изделий, контактирующих с пищевыми продуктами».
13. Единый перечень продукции (товаров), подлежащей государственному санитарно-эпидемиологическому надзору (контролю) на таможенной границе и таможенной территории Евразийского экономического союза.
14. Технический регламент Таможенного союза «О безопасности пищевой продукции» (ТР ТС 021/2011).
15. Технический регламент Таможенного союза «О безопасности молока и молочной продукции» (ТР ТС 033/2013).
16. Решение Комиссии Таможенного Союза от 17.08.2010 № 341 «О вопросах применения санитарных мер в Таможенном союзе».
17. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».
18. СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам,

питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

19. Приказ Роспотребнадзора от 30.09.2013 № 714 «Об организации мониторинга за циркуляцией вирусов гриппа птиц».

20. Приказ Роспотребнадзора от 01.12.2017 № 1116 «О совершенствовании системы мониторинга, лабораторной диагностики инфекционных и паразитарных болезней и индикации ПБА в Российской Федерации».

21. Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов высокопатогенного гриппа птиц.

22. Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, лечебных, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов листериоза.

23. Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, лечебных, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов пастерелллёза разных видов.

24. Ветеринарные правила сбора, хранения, перемещения, утилизации и уничтожения биологических отходов.

25. Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов сапа.

26. Ветеринарные правила осуществления профилактических, диагностических, ограничительных и иных мероприятий, установления и отмены карантина и иных ограничений, направленных на предотвращение распространения и ликвидацию очагов ящура.

27. Приказ Роспотребнадзора от 30.09.2022 № 524 «О вводе в постоянную эксплуатацию Единой информационно-аналитической системы Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека».

28. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.10.2010 № 133 «Об оптимизации противоэпидемической работы и утверждении формы акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи».

29. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О представлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера».

30. МУК 4.2.3963-23 «Бактериологические методы исследования воды».

31. МУК 4.2.3854-23 «Лабораторная диагностика особо опасных микозов».

32. МУК 4.2.3262-15 «Обнаружение патогенных микроорганизмов в пищевых продуктах и объектах окружающей среды методом фермент-связанного флуоресцентного анализа с применением автоматического анализатора».

33. МУ 3.4.3008-12 «Порядок эпидемиологической и лабораторной диагностики особо опасных, «новых» и «возвращающихся» инфекционных болезней».

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

35. МУ 3.5.2644-10 «Организация и проведение дезинфекционных мероприятий при дерматомикозах».

36. МР 4.2.0220-20 «Методы санитарно-бактериологического исследования микробной обсемененности».

37. Р 3.5.1.4025-24 «Использование ультрафиолетового бактерицидного излучения для обеззараживания воздуха в помещениях».

38. МР 3.5.0353-24 «Методические рекомендации по организации санитарной обработки помещений, оборудования и инвентаря на предприятиях пищевой промышленности».

39. МР 2.1.0246-21 «Методические рекомендации по обеспечению санитарно-эпидемиологических требований к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий».

40. МР 3.1.0236-21 «Организация противоэпидемической работы в очагах высокопатогенного гриппа птиц».

41. МР 3.1.0140-18 «Неспецифическая профилактика гриппа и других острых респираторных инфекций».

42. МР 3.1.0129-18 «Порядок организации и проведения индикации патогенных биологических агентов, в том числе неустановленного систематического положения».

43. ГОСТ 31942-2012 «Вода. Отбор проб для микробиологического анализа».

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЕ ССЫЛКИ

1. Антонов В.А., Илюхин В.И., Храпова Н.П., Прохвятилова Е.В., Викторов Д.В., Сенина Т.В., Будченко А.А., Ткаченко Г.А., Алексеева В.В., Захарова И.Б., Савченко С.С., Зинченко О.В., Сорокина Ю.И., Алексеев В.В. Современные подходы к диагностике сапа и мелиоидоза. Идентификация и типирование *V. mallei* и *V. pseudomallei*. Проблемы особо опасных инфекций. 2012;(2(112)):46-50.
2. Антонова С.Б., Уфимцева М.А. Заболеваемость микроспорией: эпидемиологические аспекты, современные особенности течения // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. - 2016. –Т. 95. – № 2. – С. 142-146.
3. Бухарева В.Ю., Беляев В.С. Резистентность возбудителей дерматомикозов к антимикотикам // Молодежь. Наука. Медицина. –2022. – №1. – С.201-204.
4. Захарова И.Б., Топорков А.В., Викторов Д.В. Мелиоидоз в аспектах эпидемиологии, клиники и лабораторной диагностики // Инфекция и иммунитет. – 2021. – Т. 11. – № 3. – С. 409-422.
5. Захарова И.Б., Топорков А.В., Викторов Д.В. Мелиоидоз и сап: современное состояние проблемы и Актуальные вопросы эпидемиологического надзора // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2018. № 6.
6. Захарова И.Б., Чирсков П.Р., Тетерятникова Н.Н., Топорков А.В. Филогенетические связи штамма *V. mallei*, вызвавшего в 2023 г. вспышку сапа лошадей в Забайкальском крае. Проблемы особо опасных инфекций. 2025;(2):95-101.
7. Здродовский П.Ф., Голиневич Е.М. Учение о риккетсиях и риккетсиозах. 3-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1972.496 с.
8. Инфекционные болезни: национальное руководство/под ред. Н.Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 1104 с. (Серия «Национальные руководства»).
9. Исаева Т. И. Клинико-эпидемиологические и медико-социальные аспекты микроспории в различных климатогеографических условиях: диссертация кандидата медицинских наук: 14.00.11; - Москва, 2009- 132 с.
10. Каменщикова Т.М., Малов В.А., Сарксян Д.С., Малинин О.В., Кирьянов Н.А., Бородин Ж.И., Малинина Г.А., Глухова Н.В., Малеев В.В. Пастереллез человека – малоизученная проблема в медицине. Инфекционные болезни. 2025; 23(1): 112–118.
11. Лабораторная диагностика опасных инфекционных болезней: Практическое руководство/Под ред. Г.Г. Онищенко, В.В. Кутырева. М., 2013. С. 191-215.
12. Липницкий А. В., Половец Н. В., Муругова А. А., Топорков А. В. Анализ и прогноз распространения в мире особо опасных микозов / Проблемы особо опасных инфекций // 2023. – № 4. – С. 16-23.
13. Липницкий А. В., Половец Н. В., Суркова Р.С., Шергина О.А., Викторов Д.В., Топорков А.В. Актуальные проблемы особо опасных микозов / Иммунопатология, аллергология, инфектология// 2021. – № 1. – С. 57-63.
14. Липницкий А.В., Муругова А.А., Половец Н.В., Найденова Е.В., Camara A., Diallo M.S., Mobousse Misse J.-C., Voumbaly S., Traore M.S., Корсакова И.И.

Эндемические микозы на африканском континенте / Проблемы особо опасных инфекций // 2025 – № 3.- с. 68-74.

15. Медведева Т. В., Леина Л. М., Чилина Г. А., Петунова Я. Г., Пчелин И. М. Микроспория: современное представление о проблеме (описание клинических случаев и обзор литературы) // Проблемы медицинской микологии. 2020. №2.

16. Мелиодоз и Сап [коллективная монография / Топорков А.В., Викторов Д.В., Липницкий А.В. и др.]; под ред. д.м.н. А.В. Топоркова, Федер. служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, Федер. казен. учреждение здравоохран. "Волгоградский науч.-исслед. противочумный ин-т". — Волгоград: Волга-Пресс, 2016. — 399 с. ил., цв. ил.; 25.

17. Микология сегодня. Том 4. /Под ред. А.В. Куракина, А.Ю. Сергеева.- М.: Национальная академия микологии. 2022.- 204 с.

18. Особо опасные микозы / под ред. В.В. Малеева.- Волгоград: ВолгаПаблицер, 2013. - 193 с. - тираж 240 экз. ISBN 978-5-9902570-7-8.

19. Половец Н.В., Липницкий А.В., Муругова А.А. О проблеме клинической лабораторной диагностики эндемических микозов в Российской Федерации (обзор литературы) / Клиническая лабораторная диагностика // 2025. – Т. 70. -№8. – с. 566-573.

20. Половец Н.В., Муругова А.А., Липницкий А.В. Факторы вирулентности возбудителей особо опасных микозов (обзор) // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2024. – № 3. – С. 29-38.

21. Попова А.Ю., Топорков А.В., Липницкий А.В., Половец Н.В., Викторов Д.В. Распространение в мире особо опасных микозов. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2016. № 3. С. 120-126.

22. Специфическая индикация патогенных биологических агентов: Практическое руководство/Под ред. Г.Г. Онищенко. М.: ЗАО "МП Гигиена". 2006. 288 с.

23. Топорков А. В., Викторов Д. В., Лебедева И. А., Жукова С. И. Перспективы профилактики сапа и мелиоидоза (обзор) // Инфекционные болезни: Новости. Мнения. Обучение. 2017. №3 (20).

24. Транквилевский Д.В., Царенко В.А., Жуков В.И. Современное состояние эпизоотологического мониторинга за природными очагами инфекций в Российской Федерации//Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2016. № 2. С. 19-24.

25. Фрейлихман О.А., Токаревич Н.К., Кондрашова В.Д. Лабораторные методы диагностики Ку-лихорадки и генотипирование *Coxiella burnetii*.//Инфекционные болезни. 2017. N 2. С. 49-60.

26. Чистенко Г.Н., Дронина А.М., Бандацкая М.И. Листерииоз: этиология, эпидемиология, профилактика // Мир медицины. – 2015. – № 3. – С. 2–5. Тюкавкина С.Ю., Котиева И.М., Додохова М.А., Гречина Д.А., Бабиев С.А., Харсеева Г.Г. Патогенез и клинические формы листериоза человека. Южно-Российский журнал терапевтической практики. 2024;5(1):99-111.

27. Alteras I, Feuerman EJ, David M, Segal R. The increasing role of *Microsporum canis* in the variety of dermatophytic manifestations reported from Israel. *Mycopathologia*. 1986;95(2):105.

28. Barros N., Wheat L.J. Histoplasmosis in Solid Organ Transplantation. *J Fungi (Basel)*. 2024;10(2):124.
29. Decreasing prevalence of *Microsporium canis* infection in Korea: through analysis of 944 cases (1993- 2009) and review of our previous data (1975-1992) / W.J. Lee [et al.] // *Mycopathologia*. - 2012. - № 4. - P. 235-239
30. Eldin C, Angelakis E., Renvoise A., Raoult D. *Coxiella burnetii* DNA, but not viable bacteria, in dairy products in France//*Am J Trop Med Hyg*. 2013. Vol. 88. P. 765-769.
31. Freshwater A. Why your housecat's trite little bite could cause you quite a fright: a study of domestic felines on the occurrence and antibiotic susceptibility of *Pasteurella multocida*. *Zoonoses Public Health*. 2008 Oct;55(8-10):507-13.
32. Gaidici A, Saubolle MA. Transmission of coccidioidomycosis to a human via a cat bite. *J Clin Microbiol*. 2009;47(2):505-6.
33. Lee D.H., Abidi M.Z., Fisher C. et al. Coccidioidomycosis Transmission Through Solid Organ Transplantation (2013-2022): A Report of the Organ Procurement and Transplantation Network ad hoc Disease Transmission Advisory Committee. *Transpl Infect Dis*. 2025;27(1):e14406.
34. Lu B, Feng X, Ye T, Shan K, Wang S, Shi Y, et al. Bloodstream infection, peritonitis, and pneumonia caused by *Pasteurella multocida* in a patient with liver cirrhosis despite no animal contact: case report and literature review. *Front Cell Infect Microbiol*. 2023 Sep 26;13:1267941.
35. Shpynov S.N., Tarasevich I.V., Skiba A.A., Pozdnichenko N.N., Gumenuk A.S. Comparison of genomes of *Coxiella burnetii* strains using formal order analysis//*New Microbes New Infect*. 2018. Vol.23. P. 86-92.
36. Thompson G.R. 3rd, Le T., Chindamporn A. et al. Global guideline for the diagnosis and management of the endemic mycoses: an initiative of the European Confederation of Medical Mycology in cooperation with the International Society for Human and Animal Mycology // *Lancet Infect Dis*. - 2021. - Vol.21. - No.12. - P.364-374. doi: 10.1016/S1473-3099(21)00191-2.
37. Tokarevich N.K., Freilykhman O.A., Titova N.M., Zheltakova I.R., Ribakova N.A., Vorobeychikov E.V. Anthropogenic effects on changing Q fever epidemiology in Russia.//*Annals of the New York Academy of Sciences*. 2006. Vol. 1078. P. 120-123.
38. Tokarevich N.K., Panferova Y.A., Freylikhman O.A., Blinova O.V., Medvedev S.G., Mironov S.V., Grigoryeva L.A., Tretyakov K.A., Dimova T., Zaharieva M.M., Nikolov B., Zehtindjiev P., Najdenski H. *Coxiella bu*.
39. Vincent G.A., Graves S.R., Robson J.M., Nguyen C., Hussain-Yusuf H., Islam A., Fenwick S.G., Stenos J. Isolation of *Coxiella burnetii* from serum of patients with acute Q fever//*J Microbiol Methods*. 2015. Vol. 119. P. 74-78.
40. Wilson BA, Ho M. *Pasteurella multocida*: from zoonosis to cellular microbiology. *Clin Microbiol Rev*. 2013 Jul;26(3):631-55.
41. Zarlisht F, Khan M. A Case of Recurrent *Pasteurella Bacteremia* in an Immunocompetent Patient with No Animal Bite. *Am J Case Rep*. 2018 Jan 25;19:95-98.