Редакция от 1 апр 2020

## Эпидемиология коронавирусной инфекции COVID-19, маршрутизация пациентов и дезинфекция в очагах инфекции

|  |  |
| --- | --- |
| Марина Ходакова | Марина Ходакова, заведующая эпидемиологическим отделом ГАУЗ РТ «БСМП», город Набережные Челны |

## Эпидемиологическая характеристика коронавирусной инфекции

Источник инфекции – больной человек, в частности, в инкубационном периоде. Природный резервуар не установлен.

Подозрительный на COVID-19 случай – наличие клинических проявленийострой респираторной инфекции, бронхита, пневмонии, ОРДС, сепсиса в сочетании со следующими данными эпидемиологического анамнеза:

* возвращение из зарубежной поездки за 14 дней до появления симптомов;
* наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, находящимися под наблюдением по инфекции, вызванной новым коронавирусомSARS-CoV-2, которые в последующем заболели;
* наличие тесных контактов за последние 14 дней с лицами, у которых лабораторно подтвержден диагноз COVID-19.

Установлена роль COVID-19 как инфекции, связанной с оказанием медицинской помощи.

Инкубационный период: от 2 до 14 суток (средний – 5,2 дня). Для COVID-19 характерно наличие клинических симптомов острой респираторной вирусной инфекции:

* повышение температуры тела (>90%);
* кашель (сухой или с небольшим количеством мокроты) в 80 % случаев;
* одышка (55%);
* миалгии и утомляемость (44%);
* ощущение заложенности в грудной клетке (>20%).

Наиболее тяжелая одышка развивается к 6–8 дню от момента заражения. Также установлено, что среди первых симптомов могут быть миалгия (11%), спутанность сознания (9%), головные боли (8%), кровохарканье (5%), диарея (3%), тошнота, рвота, сердцебиение.

Данные симптомы в дебюте инфекции могут наблюдаться без повышения температуры тела.

Клинические варианты и проявления 2019-nCoV инфекции:

1. Острая респираторная вирусная инфекция легкого течения.
2. Пневмония без дыхательной недостаточности.
3. Пневмония с ОДН.4.ОРДС.
5. Сепсис.
6. Септический (инфекционно-токсический) шок.
Гипоксемия (снижение SpO2 менее 88%) развивается более чем у 30% пациентов.

Пути передачи:

* воздушно-капельный (чихание, кашель, разговор);
* воздушно-пылевой;
* контактный.

Факторы передачи:

* воздух;
* пищевые продукты и предметы обихода, контаминированные коронавирусом.

## Принципы госпитализации пациента с подозрением на новую коронавирусную инфекцию

1. Пациента с подозрением на коронавирусную инфекцию госпитализируют в медицинские организации, имеющие в своем составе мельцеровские боксы, либо в медицинские организации, перепрофилируемые под специализированные учреждения той административной территории, где выявили больного.

Региональные органы власти в сфере здравоохранения определяют список МО, готовых принять пациентов с коронавирусной инфекцией. Это инфекционные больницы и отделения, а также специально созданные для пациентов с COVID-19 или перепрофилированные стационары. Госпитализация пациентов с COVID-19 в терапевтические, пульмонологические отделения и отделения анестезиологии и реанимации иных МО исключена.

Если у пациента инкубационный период или легкая форма заболевания и при этом острая патология или обострение основного заболевания, возможность его госпитализации в непрофильный стационар обсуждается индивидуально. Нужно заранее отработать готовность реагировать на указанные случаи.

### Ситуация

что делать, если в непрофильнм стационаре у пациента выявили коронавирус

В случае подтверждения диагноза COVID-19 в стационаре необходимо выявить всех, кто имел контакт с пациентом. Проверяют:

* находившихся в учреждении в момент выявления;
* переведенных или направленных (на консультацию, стационарное лечение) в другие медицинские организации, и выписанных;
* медицинских и иных работников (гардероб, регистратура, диагностические, смотровые кабинеты);
* посетителей медицинской организации, а также посетителей, покинувших медицинскую организацию к моменту выявления пациента;
* людей по месту жительства пациента, работы, учебы.

За лицами, контактными с пациентом, устанавливают медицинское наблюдение.

2. Требования к работе в госпиталях, изоляторах и обсерваторах в очагах заболеваний, вызванных микроорганизмами I–II групп патогенности, указаны в СП 1.3.3118-13 «Безопасность работы с микроорганизмами I–II групп патогенности (опасности)».

3. Медпомощь больным с инфекционным заболеванием в процессе подготовки и проведения медицинской эвакуации оказывается в соответствии с порядками оказания медпомощи (приказы Минздрава от 31.01.2012 № 69н и от 05.05.2012 № 521н), клиническими рекомендациями и стандартами медпомощи.

4. При наличии жизнеугрожающих синдромокомплексов проводятся реанимационные мероприятия и интенсивная терапия по утвержденным схемам.

5. Пациенты с инфекционным заболеванием перевозятся без транспортировочного изолирующего бокса (ТИБ) или в нем.

## Принципы разделения потоков

Риск заражения оценивают на основании анализа потоков пациентов, посетителей, лабораторных образцов и персонала.

Необходимо обеспечить максимальное разобщение потоков для выделения зон низкого риска, где использование СИЗ не требуется, и высокого риска, где оно необходимо. Зоны высокого риска должны быть обозначены специальными предупреждающими знаками, запрещающими доступ туда посторонних лиц без средств защиты.

Выделять зоны отдыха персонала и помещения для офисной работы следует в максимально изолированных помещениях, куда исключен переток инфицированного воздуха из зон высокого риска. Использование СИЗ в этих помещениях не требуется.

На основе оценки риска выделите более узкие группы персонала, который работает в условиях наиболее высокого риска, где требуется применение СИЗ. Прочий персонал при этом для работы в условиях низкого или среднего уровня риска может эффективно использовать организационные меры по его снижению и меры контроля среды обитания (проветривание, ультрафиолетовые излучатели).

**Сортировка пациентов многопрофильной больницы**

![https://vip.1glv.ru/system/content/image/96/1/-19308981/](data:None;base64...)

## Как проводить дезинфекцию после транспортировки пациента с COVID-19

**Дезсредства для проведения дезинфекции при COVID-19**

1. Хлорактивные – натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 0,06%; хлорамин Б в концентрации активного хлора в рабочем растворе не менее 3,0%).
2. Кислородактивные  – перекись водорода в концентрации не менее 3,0%; катионные поверхностно-активные вещества (КПАВ).
3. Четвертичные аммониевые соединения в концентрации в рабочем растворе не менее 0,5% и третичные амины в концентрации в рабочем растворе не менее 0,05%.
4. Полимерные производные гуанидина в концентрации в рабочем растворе не менее 0,2%.
5. Спирты – в качестве кожных антисептиков и дезинфицирующих средств для обработки небольших по площади поверхностей.
6. Изопропиловый спирт в концентрации не менее 70% по массе, этиловый спирт в концентрации не менее 75% по массе.

**Профилактическая дезинфекция**

Дезинфекция в профилактических целях начинается немедленно при возникновении угрозы заболевания, чтобы предупредить проникновение и распространение возбудителя заболевания в коллективы людей на объектах, в учреждениях, на территориях, где это заболевание отсутствует, но имеется угроза его заноса извне.

Включает меры личной гигиены, частое мытье рук с мылом или протирку их кожными антисептиками, регулярное проветривание помещений, проведение влажной уборки.

Для дезинфекции применяют наименее токсичные средства. Мероприятия прекращаются через 5 дней после ликвидации угрозы заноса возбудителя.

**Очаговая дезинфекция текущая**

Текущую дезинфекцию в очаге проводят в течение всего времени болезни. Для текущей дезинфекции следует применять дезинфицирующие средства, разрешенные к использованию в присутствии людей (на основе катионных поверхностно-активных веществ) способом протирания. Столовую посуду, белье больного, предметы ухода обрабатывают способом погружения в растворы дезинфицирующих средств.

Гигиеническую обработку рук с применением спиртсодержащих кожных антисептиков следует проводить после каждого контакта с кожными покровами больного (потенциально больного), его слизистыми оболочками, выделениями, повязками и другими предметами ухода, после контакта с оборудованием, мебелью и другими объектами, находящимися в непосредственной близости от больного.

Воздух в присутствии людей рекомендуется обрабатывать с использованием технологий и оборудования, разрешенных к применению в установленном порядке, на основе использования ультрафиолетового излучения (рециркуляторов), различных видов фильтров (в частности электрофильтров) в соответствии с действующими методическими документами.

**Заключительная очаговая дезинфекция**

Заключительную дезинфекцию в инфекционном очаге проводят после выбытия больного из очага. Для обработки используют наиболее надежные дезинфицирующие средства на основе хлорактивных и кислородактивных соединений.

При обработке поверхностей в помещениях применяют способ орошения. Воздух в отсутствие людей рекомендуется обрабатывать с использованием открытых ультрафиолетовых облучателей, аэрозолей дезинфицирующих средств.

© Материал из Справочной системы «Главный врач»
https://vip.1glv.ru
Дата копирования: 10.04.2020