

Протокол
Педагогического совета № 7
от « 24 » 08 2018г

№ 25 от « 24 » 08. 2018г

Положение о режиме работы во время карантина АНОО ДО ЦРР «Кроха»

1. Общие положения

1.1. Настоящее Положение разработано для Автономной Некоммерческой Образовательная Организация Дошкольного образования Центр развития ребенка «Кроха» (далее - ДОУ) в соответствии с Законом РФ «Об образовании в Российской Федерации», Уставом ДОУ и регламентирует режим работы ДОУ во время карантина.

1.2. Карантин (итал. quarantena, от quarantagioni- сорок дней) - система мероприятий, проводимых для предупреждения распространения инфекционных заболеваний из эпидемического очага и ликвидации самого очага.

1.3. Эпидемический процесс заболеваний характеризуется сезонными изменениями, вспышками и возникающими эпидемиями различной интенсивности, которые поражают около 20% детей. Если в детском саду возникает инфекционное заболевание (грипп), то на группу, которую посещал заболевший ребенок, накладывается карантин.

1.4. Положение о режиме работы во время карантина принимается на заседании трудового коллектива и утверждается приказом заведующего ДОУ.

2. Сроки карантина

Сегодня сроки карантина устанавливаются на основании данных о наибольшей продолжительности инкубационного периода заболевания.

2.1. При появлении

- трех-пяти случаев ОРЗ, связанных между собой, накладывается карантин на 7 дней в группе (персонал карантинных групп должен работать в марлевых повязках);
- ветрянки накладывается карантин на 21 день в группе (учащается режим проветривания);
- КИНЭ, ОКИ накладывается карантин на 7 дней в группе;
- дифтерии накладывается карантин на 7 дней в группе;
- скарлатины накладывается карантин на 7 дней в группе;
- эпидпаротита накладывается карантин на 7 дней в группе;
- менингококковой инфекции накладывается карантин на 10 дней в группе;
- случая коклюша накладывается карантин на 14 дней в группе;
- случая кори накладывается карантин на 21 день в группе;
- вирусного гепатита накладывается карантин на 35 дней в группе;
- полиомиелита накладывается карантин на 20 дней в группе.

3. Права и ответственность

- 3.1. Ответственность за соблюдение карантина в ДООУ возлагается на заведующего ДООУ.
- 3.2. Ограничивается или запрещается проведение всех массовых детских мероприятий в закрытых помещениях.
- 3.3. Производится ежедневный осмотр детей, выявленных больных детей изолируют до госпитализации.
- 3.4. Усиливается санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим (мытьё посуды, игрушек, кипячение предметов индивидуального пользования, влажная уборка два раза в день, кварцевание помещений).
- 3.5. Используются методы, повышающие неспецифическую резистентность организма человека (физ. воспитание, закаливающие процедуры), повышающие активность иммунной системы.
- 3.6. В ДООУ используются бактерицидные лампы в групповых комнатах, спальнях, раздевалках.
- 3.7. Уборка проводится с использованием дезинфицирующих средств

4. Документация, разрабатываемая в период карантина

- 4.1. В день регистрации заболевания заведующий ДООУ издает приказ «О неотложных мерах по недопущению распространения инфекционного заболевания (гриппа) в дошкольном учреждении»
- 4.2. Одновременно с изданием приказа медсестра ДООУ разрабатывает:
 - график влажной уборки
 - график проветривания помещения
 - график кварцевания
 - журнал инструктажа при карантине;
 - план противоэпидемических мероприятий в период подъема заболеваемости гриппом, ОРВИ
 - памятку по предупреждению инфекционного заболевания
 - лист медицинского наблюдения за контактными детьми;
 - журнал осмотра контактных детей;
 - журнал проведения профилактических мероприятий;
 - журнал передачи контактных детей.
- 4.3. Все документы утверждает заведующий ДООУ. Кроме того, медицинская сестра ДООУ обязана в период карантина вести следующую документацию:
 - журнал регистрации бактерицидной установки;
 - журнал учета инфекционных заболеваний.
- 4.4. Памятку по предупреждению инфекционного заболевания (гриппа) медсестра ДООУ размещает на информационном стенде. Согласно данному документу воспитатели проводят с родителями воспитанников консультации, собрания и беседы.
- 4.5. После издания приказа заведующий ДООУ организует внеплановый административный совет, в котором участвуют: заместители заведующего по АХЧ, медсестра, а также воспитатели и младшие воспитатели всех групп.

4.6. На заседании совета по здоровью заведующий доводит приказ до сведения сотрудников, а медсестра ДОУ проводит инструктаж о соблюдении профилактических мероприятий и сообщает:

1. Сроки наложения карантина;
2. Графики проведения дезинфекционного режима в группе, проветривания и кварцевания в группе, где установлен карантин;
3. Особенности питьевого режима;
4. Сроки проведения заключительной дезинфекции;
5. Особенности отстранения детей, не бывших в контакте с больными воспитанниками.

4.7. После проведения инструктажа все присутствующие работники расписываются в журнале инструктажа при карантине. Согласно приказу контроль исполнения противоэпидемических мероприятий осуществляют заместитель заведующего по АХЧ и медсестра ДОУ. Особое внимание заместитель заведующего по АХЧ и медсестра должны уделять проведению ежедневных обходов с целью контроля соблюдения дезинфекционного режима. Результаты контроля сообщаются на административных советах.

**План противоэпидемических мероприятий в период подъема
заболеваемости гриппом ОРВИ в ДОУ на 20 / уч. г.**

1. Организация профилактических мероприятий: строгое соблюдение санитарного состояния помещений;
 - ежедневное проведение влажной уборки помещений с применением моющих средств;
 - своевременное проведение генеральных уборок;
 - обязательное проветривание всех помещений для создания благоприятных условий среды пребывания;
 - выведение детей на прогулку не реже 2 раз в день;
 - недопущение сокращения времени пребывания детей на открытом воздухе; обеспечение высокой активности детей во время прогулок.
2. Проведение закаливающих процедур в ДОУ: влажное обтирание лица, шеи рук; контрастное обливание стоп; воздушное закаливание.
3. Проведение физкультурно-оздоровительных мероприятий: утренняя гимнастика; использование подвижных игр и физических упражнений на прогулке.
4. Проведение дыхательной гимнастики.
5. Использование в пищу чеснока, лука.
6. Организация медицинских профилактических процедур: обработка носа оксолиновой мазью (0,25%) перед сном; прием поливитаминов в течение 1 месяца; прием элеутерококка (1-2 капли/год жизни за 30 мин до еды) в течение 3 недель.
7. Санитарно-просветительская работа по профилактике гриппа: проведение бесед с персоналом; проведение бесед с родителями воспитанников; выпуск санитарных бюллетеней.
8. Проведение лекций по профилактике гриппа (вакцинация).

Памятка

по предупреждению инфекционного заболевания (гриппа)

1. Избегайте близкого контакта с людьми, имеющими симптомы гриппа: жар (высокую температуру), кашель, боль в горле, насморк, ломоту в теле, головную боль, озноб и чувство усталости.
2. Постоянно мойте руки под проточной теплой водой с мылом. Используйте специальные гели или влажные гигиенические салфетки на спиртовой основе.
3. Воздержитесь от посещения массовых мероприятий в закрытых помещениях.
4. Во время чихания и кашля прикрывайте нос и рот одноразовым платком.
5. Если не поздно, сделайте прививку (с учетом появления защиты через 2 недели).
6. Если у вас поднялась температура, а также появились заложенность носа, насморк, кашель, боль в горле, водянистая диарея (понос), мокрота с прожилками крови:
 - оставайтесь дома и не посещайте места скопления людей;
 - в дневное время вызовите на дом врача из своей районной поликлиники, в вечернее или в ночное время - скорую помощь по телефону 03;
 - сообщите семье и друзьям о вашей болезни;
 - соблюдайте постельный режим и пейте не менее 3 л жидкости в день; носите марлевую или одноразовую маску, меняя ее на новую каждые 2 ч.
7. С целью профилактики:
 - больше гуляйте на свежем воздухе;
 - избегайте массовых мероприятий;
 - правильно питайтесь, употребляйте достаточное количество витаминов, особенно витамин С (фрукты, овощи, сок); употребляйте в пищу чеснок и лук;
 - перед выходом из дома смазывайте полость носа оксолиновой мазью;
 - для профилактики гриппа принимайте "Арбидол" или "Анаферон".

Этиология, клиника и течение острых респираторных вирусных инфекций

Наиболее распространенными возбудителями острых респираторных заболеваний в детских организованных коллективах являются вирусы гриппа, аденовирусы и вирус парагриппа III типа.

Немаловажную, а порой и значительную роль в этиологии ОРЗ играют коронавирусы, микоплазменная инфекция и др.

В период эпидемий, связанных с появлением новых антигенных вариантов вируса гриппа, число заболевших гриппом может достигать максимального уровня. Однако среди заболевших в этот период постоянно выявляются больные смешанной вирусной и вирусно-микоплазменной инфекцией. В межэпидемический период до 1/3 всех клинически выраженных форм заболеваний обуславливаются вирусами гриппа А и В. Аденовирусная инфекция чаще всего вызывается аденовирусами II и VII типов. Заболевания отмечаются во все сезоны года с появлением отдельных внутригрупповых вспышек в весенне-осенние периоды. Заболевания, обусловленные парагриппом I, II, III и IV - В типов, отмечаются в виде спорадических случаев и периодических (чаще в весенние месяцы) групповых вспышек. Наиболее частой причиной возникновения клинически выраженных форм является вирус парагриппа III типа.

Коронавирусная инфекция выявляется во все сезоны года. Наряду со спорадическими заболеваниями эти вирусы могут обусловить и локальные вспышки, особенно в зимне-весенний период. Микоплазменная инфекция обычно постоянно циркулирует в коллективе; процент детей, имеющих антитела к ней, повышается от 10 (при поступлении) до 40 - 45 (через 2 года). Респираторно- синцитиальная вирусная инфекция чаще поражает детей первого года жизни. В коллективах, где грудные дети отсутствуют, этот возбудитель обуславливает лишь около 5% заболеваемости. Следует подчеркнуть, что тесный контакт детей в коллективах, наряду с широкой циркуляцией возбудителей и высокой восприимчивостью к ним детей, нередко приводит к возникновению вспышек острых респираторных заболеваний, как правило, смешанной этиологии.

Клиника и течение

Грипп обычно начинается остро, иногда через несколько часов, чаще через 1- 2 дня после заражения. Грипп А характеризуется выраженными явлениями интоксикации, температурной реакцией при легких признаках катара дыхательных путей. Тяжелые формы протекают с поражениями нервной системы (судорожный, менинго-энцефалитический синдромы) и частым развитием пневмонии с первых дней заболевания. Для гриппа В, наряду с явлениями общей интоксикации, характерно развитие фарингита, ларинго-трахеита с более частым поражением нижних отделов дыхательного тракта. Аденовирусная инфекция протекает в виде острого катара верхних дыхательных путей, фаринго-конъюнктивальной лихорадки, реже присоединяется поражение бронхов и пневмония. Наряду с острыми формами аденовирусной инфекций, у части детей наблюдаются подострые и затяжные формы в виде назофарингитов и тонзиллитов, сопровождающиеся постоянным выделением вируса, что представляет собой большую опасность с эпидемиологической точки зрения.

Парагрипп протекает с умеренно выраженной интоксикацией, непродолжительной температурной реакцией, умеренными катаральными явлениями (ларинго-трахеобронхиты). Осложнения в виде пневмонии наблюдаются редко. Коронаровирусная инфекция протекает обычно при нормальной температуре или при умеренном ее повышении, сопровождается недомоганием, обильными серозными выделениями из носа, охриплостью голоса, болью в горле, покашливанием, явлениями шейного лимфаденита. Микоплазменная инфекция протекает с кашлем, умеренными явлениями катара, лихорадкой и интоксикацией; иногда наблюдается головная боль, рвота, пятнисто-папулезная сыпь. У части детей возникает атипичная пневмония, нередко выявляющаяся только при рентгенологическом обследовании. Инфицирование микоплазмами не всегда сопровождается клинически выраженными формами болезни; они обычно развиваются при присоединении вирусных инфекций. Респираторно-синтициальная вирусная инфекция у детей первых месяцев жизни нередко вызывает обструктивный бронхит и бронхиолит, у более старших детей - протекает в виде острого катара верхних дыхательных путей.

Эпидемиология респираторных вирусных инфекций

Заболеваемость респираторными вирусными инфекциями в детских дошкольных учреждениях может наблюдаться в течение всего года с подъемами в осенние и зимне-весенние периоды. Уровень заболеваемости определяется рядом факторов общеэпидемического порядка (эпидемиологической ситуацией), санитарно-гигиеническими условиями детских учреждений, распространенностью носительства вирусов и микоплазм в коллективе.

Заражение детей острыми респираторными вирусными инфекциями происходит в детских учреждениях, в семье ребенка, в общественных местах, особенно в период эпидемических вспышек. Немаловажное значение имеет также заражение на транспорте, что подтверждается более высокой заболеваемостью в детских учреждениях, где большинство детей вынуждено пользоваться городским транспортом, по сравнению с учреждениями, обслуживающими детей своего микрорайона.

Распространение острых респираторных вирусных инфекций в значительной степени связано с нарушением санитарно-гигиенических и противоэпидемических норм и правил в детском учреждении. Заболеваемость в группах, размещенных в помещениях недостаточной площади, состоящих из одной комнаты, являющейся одновременно игровой и спальней, в 1,5-2,5 раза выше, чем в группах, соответствующих гигиеническим нормам. Перегрузка групп, скученность, нарушения режима - прежде всего воздушного и температурного - также ведет к повышению заболеваемости. Важную роль в распространении респираторно-вирусных инфекций в детских коллективах играет наличие вирусоносителей у детей с субклиническими формами заболеваний.

Наряду с вирусоносителями в детском коллективе могут находиться и больные с острыми респираторными заболеваниями, которые часто протекают в такой легкой и клинически почти не выраженной форме, что дети продолжают посещать учреждение. Как правило, в этих случаях заболевание протекает благоприятно, без бронхо-легочных поражений.

Такое течение болезни объясняется развитием иммунитета и повышением резистентности у детей, регулярно посещающих детские коллективы, к широкому кругу респираторных вирусов, что подтверждается наличием у них высокого уровня антител к вирусам. Таким образом, пребывание детей с указанными формами заболеваний не представляет серьезной эпидемиологической опасности для данной группы, где постоянно имеются вирусоносители. Однако больные с выраженными проявлениями инфекций должны изолироваться незамедлительно, поскольку именно они наиболее опасны, как источники заболеваний.

С учетом вышеизложенного длительность изоляции заболевших детей должна устанавливаться исходя главным образом из динамики клинических проявлений. Группы с постоянным составом детей (с меньшей текучестью) имеют, как правило, более низкую заболеваемость, чем группы, состав которых часто обновляется.

Заболеваемость респираторно-вирусной инфекцией зависит от срока пребывания ребенка в коллективе. Наиболее часто дети заболевают в первые 3 месяца.

Неспецифическая профилактика ОРВИ в ДОУ

Учитывая, что наиболее высокая заболеваемость отмечается у вновь поступивших детей в детские учреждения, огромную роль в профилактике респираторных заболеваний играет правильная и своевременная подготовка детей к поступлению в дошкольные учреждения в условиях детской поликлиники. Перед устройством ребенка в коллектив необходимо проводить инструктаж матерей в отношении режима детского учреждения, характера питания, проведения закаливающих процедур, гимнастики, гигиенических требований к одежде и обуви.

Это позволяет обеспечить более легкую адаптацию ребенка к условиям коллектива. Особое внимание должно быть уделено детям так называемых "групп риска", которые особенно подвержены заболеваниям (дети, родившиеся от больных матерей и с неблагоприятным течением беременности и родов, с неблагоприятным течением постнатального периода, часто болеющие, с аномалиями конституции, аллергическими реакциями и др.).

Дети из "групп риска" могут быть направлены в дошкольное учреждение только после соответствующего оздоровления. Детям с хроническими очагами воспаления необходимо провести энергичную санацию носоглотки, придаточных пазух носа, миндалин, полости рта. В отношении детей с аллергическими заболеваниями необходимо добиться возможно более полной ликвидации клинических проявлений со стороны кожи, слизистых оболочек. Желательна консультация аллерголога и получение конкретных рекомендаций по дальнейшему режиму и лечению. В случае острого заболевания ребенок может быть принят в детское дошкольное учреждение не ранее, чем через две недели после выздоровления.

В детских учреждениях необходима особая настороженность в плане своевременного выявления остро заболевших детей, которые подлежат немедленному удалению из группы под наблюдение медицинской сестры.

Нельзя забывать также, что источником инфицирования детей в детском учреждении могут быть воспитатели и другой персонал, больные острой респираторной инфекцией. Доступ таких лиц в группы и другие места возможного контакта с детьми должен быть закрыт.

Особого внимания требует вопрос о сроках допуска переболевших детей в детское учреждение. Сроки допуска детей в коллектив после перенесенного острого респираторного заболевания должны определяться главным образом индивидуальными особенностями реконвалесцента и характером перенесенной инфекции. Большинство детей могут быть допущены в детское учреждение после исчезновения у них симптомов острого катара (насморка, конъюнктивита, фарингита) вне зависимости от срока, прошедшего от начала заболевания. Такой подход оправдан тем, что наиболее заразный период совпадает с периодом разгара катаральных явлений. Чаще всего при острых респираторных вирусных инфекциях катаральные явления держатся 5-6 дней, так что допуск в учреждение детей при отсутствии осложнений возможен на 7 день от начала заболевания.

У некоторых детей после респираторной вирусной инфекции может длительно держаться субфебрилитет, умеренные катаральные явления. При отсутствии данных, указывающих на активность процесса, они могут быть допущены в дошкольные учреждения по заключению педиатра поликлиники.

Дети с перенесенной внутричерепной родовой травмой, дающие фебрильные судороги, и другие, у которых вирусные инфекции сопровождаются неврологической симптоматикой, возвращаются в коллектив после консультации с невропатологом.

Наибольшая длительность течения заболевания отмечается у детей с очагами хронического воспаления (назо-фарингитами, тонзиллитами). Эти дети требуют энергичной терапии и могут допускаться в группу после стихания симптомов обострения очаговой инфекции.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ДОУ В ПЕРИОД ЭПИДЕМИИ ГРИППА

Система противоэпидемических мероприятий при гриппе должна быть направлена на прерывание отдельных звеньев эпидемического процесса:

1. воздействие на источник инфекции (изоляция больного);
2. прерывание путей передачи (текущая дезинфекция, проветривание помещений, ношение масок и т.д.);
4. защита контактных лиц (экстренная профилактика в очагах).

Независимо от задач и режима работы учреждения в период эпидемии требуется усиление противоэпидемических мероприятий, включающих:

1. Обеззараживание возбудителей, в том числе гриппа, на предметах и в воздухе, окружающих больного, с помощью влажной уборки помещений, палат, кабинетов, коридоров, мест общего пользования и др. с применением хлор содержащих средств (0,5%-ных растворов хлорамина или хлорной извести), проветривания помещений по 8-10 минут несколько раз в день, ультрафиолетового облучения помещений.
2. Постоянное ношение персоналом на работе защитных масок из 3-4-слойной марли со сменой их через каждые 3-4 часа.
3. Экстренная профилактика гриппа у персонала, имеющего контакт с больным, или в течение всей эпидемии (рекомендуется применение витаминов группы А, В, С, Е, ремантадина по 50 мкг в сутки в течение первых 5 дней после контакта с больным).

При объявлении эпидемии гриппа в учреждении издается организационно - распорядительный документ о правилах работы учреждения в условиях эпидемической вспышки.

Работа детских дошкольных учреждений

При объявлении эпидемии гриппа:

1. Проводится осмотр детей с обязательной термометрией, осмотром слизистых глаз и носоглотки (в детских садах осмотр проводит воспитатель группы) - ежедневно каждое утро;
2. Не допускаются больные дети, выявленные при осмотре, в коллектив, а также изолируются дети, выявленные в течение дня, до прихода родителей или до госпитализации (в коллективах закрытого типа);

3. Прекращается допуск родителей к детям в учреждениях интернатного типа и ограничивается или запрещается проведение всех массовых детских мероприятий (утренников, киносеансов, спортивных соревнований и др.);

4. При возникновении в группе 8 или более случаев ОРВИ или гриппа, связанных между собой или с общим источником, на группу накладывается карантин на 14 дней после регистрации последнего случая заболевания, посылается извещение в центр госсанэпиднадзора по месту расположения учреждения;

5. Запрещается перевод детей из одной группы в другую и прием вновь поступающих детей;

6. При появлении признаков острого респираторного заболевания или гриппа у обслуживающего персонала обеспечивается отстранение от работы по непосредственному обслуживанию детей;

7. Санитарно - гигиенические мероприятия:

- персонал должен работать в 3-4-слойных масках, которые меняются каждые 3-4 часа работы;
- строгое соблюдение режима дезинфекции посуды, текущей дезинфекции игрушек;
- ежедневное проветривание помещений в отсутствие детей 3-кратно по 8-10 минут;
- кипячение предметов индивидуального пользования больного (носовые платки, полотенца и др.);
- обеззараживание воздушной среды помещений ультрафиолетовыми лучами с помощью бактерицидных ламп с отражательными щитками.
- проведение влажной уборки помещений 2 раза в день с применением растворов хлорсодержащих препаратов (0,5%-ный раствор хлорной извести или хлорамина);
- удлинение пребывания детей на свежем воздухе до 4 часов в зависимости от температуры воздуха.

