



**Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний"**

*Утративший силу*

Постановление Правительства Республики Казахстан от 17 января 2012 года № 89. Утратило силу постановлением Правительства Республики Казахстан от 8 сентября 2015 года № 754

**Сноска. Утратило силу постановлением Правительства РК от 08.09.2015 № 754 (вводится в действие со дня его первого официального опубликования).**

ПРЕСС-РЕЛИЗ

**Примечание РЦПИ!**

**В соответствии с Законом РК от 29.09.2014 г. № 239-V ЗРК по вопросам разграничения полномочий между уровнями государственного управления см. приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 283**

В соответствии с подпунктом 2) статьи 6 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемые Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний».

2. Настоящее постановление вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня первого официального опубликования.

*Премьер - Министр*

*Республики Казахстан*

*К. Масимов*

**Утверждены**

**постановлением**

**Правительства**

**Республики**

**Казахстан**

**от 17 января 2012 года № 89**

**Санитарные правила**

**«Санитарно-эпидемиологические требования к организации и**

# **проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний»**

## **1. Общие положения**

1. Настоящие Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний» (далее – Санитарные правила) разработаны в соответствии с Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» и определяют организацию и проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения паразитарных заболеваний.

2. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за выполнением настоящих Санитарных правил осуществляют органы государственной санитарно-эпидемиологической службы Республики Казахстан в пределах своей компетенции.

3. Санитарная охрана границы и территории Республики Казахстан по предупреждению завоза паразитарных заболеваний осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2293 «Об утверждении Правил осуществления санитарно-карантинного контроля над завозом и распространением инфекционных и паразитарных заболеваний на Государственной границе Республики Казахстан и обеспечения санитарной охраны границы и территории Республики Казахстан».

4. В настоящих Санитарных правилах использованы следующие понятия:

1) местный случай малярии – случай, местный для данной территории или страны;

2) завозной случай малярии – случай, когда заражение/заболевание произошло вне зоны, в которой он был обнаружен, и когда его происхождение связано с пребыванием в известной малярийной зоне;

3) гельминтозы – заболевания, вызываемые паразитированием гельминтов в организме животного и человека;

4) дегельминтизация – система профилактических мероприятий по уничтожению яиц или личинок гельминтов у больного человека (животного) и во внешней среде;

5) дезинсекционные мероприятия – мероприятия (профилактические и

истребительные) по уничтожению членистоногих;

6) иммуноферментный анализ – сероиммунологический метод, позволяющий с высокой эффективностью выявлять в сыворотках крови больного специфические антигены или антитела к ним;

7) инсектициды – средства (препараты) химической природы, используемые для уничтожения кровососущих насекомых и клещей;

8) контактные гельминтозы – паразитарные заболевания, передающиеся контактно-бытовым путем (энтеробиоз, гименолепидоз);

9) копроовоскопическое исследование – комплекс лабораторных исследований фекалий, проводимых для выявления яиц гельминтов;

10) паразиты – организмы, живущие постоянно или временно за счет других организмов и использующие их как место обитания и источник питания;

11) паразитарные заболевания – заболевания человека, возникновение и распространение которых обусловлено воздействием на него биологических факторов среды обитания и возможностью передачи болезни от заболевшего человека, животного к здоровому человеку;

12) паразитологическое исследование – исследование по выявлению и определению возбудителей паразитарных заболеваний в биологическом материале (фекалии, кровь, моча и другое) и объектах внешней среды;

13) репелленты – вещества, обладающие отпугивающим действием на насекомых и клещей;

14) санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия – меры, направленные на устранение или уменьшение вредного воздействия на человека факторов среды обитания, предотвращение возникновения и распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, массовых отравлений и их ликвидацию;

15) санитарно-паразитологическое исследование – выявление и определение возбудителей паразитарных заболеваний в объектах внешней среды;

16) сероиммунологическое исследование – методы изучения определенных антител или антигенов в сыворотке крови больных, основанных на реакциях иммунитета;

17) переносчики – кровососущие насекомые и клещи, способные переносить возбудителей различных паразитарных (инфекционных) заболеваний;

18) мониторинг переносчиков – система регулярных энтомологических наблюдений за численностью, фенологией, местами выплода кровососущих насекомых и клещей, изучение их видового состава;

19) химиопрофилактика – защита от болезни или ее предотвращение при помощи химиотерапевтических средств;

20) гнус – объединенное название группы кровососущих летающих

насекомых (комары, мошки, мокрецы, москиты и слепни), причиняющих вред  
з д о р о в ь ю ч е л о в е к а ;

21) эндемичная территория – страна, местность, где регистрируется  
паразитарная заболеваемость;

22) ретроспективный эпидемиологический анализ – анализ уровня, структуры  
и динамики инфекционной заболеваемости за длительный предшествующий  
промежуток времени с целью обоснования перспективного планирования  
противоэпидемических мероприятий;

23) скабиозорий – стационар, кабинеты где проводится обследование и  
лечение больных чесоткой;

24) деларвация – мероприятия по уничтожению личинок кровососущих  
насекомых в водоемах с использованием различных методов борьбы (   
химические, биологические);

25) организации образования – организации образования дошкольного,  
начального, основного среднего, общего среднего, технического и  
профессионального, послесреднего образования;

26) дегельминтизация – комплекс лечебно-профилактических  
мероприятий, направленных на уничтожение всех стадий гельминтов в  
о р г а н и з м е б о л ь н о г о ;

27) инвазия – поражение возбудителем паразитарного заболевания.

## **2. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за проведением мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний**

5. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за проведением  
мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний в Республике  
Казахстан осуществляют государственные органы  
санитарно-эпидемиологической службы (далее – органы госсанэпидслужбы).

6. Специалисты органов госсанэпидслужбы в ходе государственного  
санитарно-эпидемиологического надзора по предупреждению паразитарных  
з а б о л е в а н и й п р о в о д я т :

1) оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ  
паразитарной заболеваемости населения;

2) районирование территории по степени эпидемического неблагополучия,  
определение типа очагов паразитарных заболеваний;

3) выявление контингентов риска, подверженных опасности заражения  
возбудителями паразитарных заболеваний;

4) выявление факторов и путей передачи паразитарных заболеваний;

- 5) определение комплекса профилактических мероприятий, планирование сроков их реализации, оценку эффективности;
- 6) прогноз эпидемической ситуации по паразитарной заболеваемости;
- 7) мониторинг численности переносчиков паразитарных заболеваний, изучение их видового состава и фенологии, борьбу с кровососущими насекомыми и клещами;
- 8) гигиеническое обучение населения.

### **3. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению паразитарных болезней**

7. Органы госсанэпидслужбы проводят комплекс мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний, который включает:

- 1) выявление и учет больных;
- 2) санитарно-эпидемиологический мониторинг за возбудителями паразитарных заболеваний в объектах государственного санитарно-эпидемиологического надзора;
- 3) предупреждение завоза паразитарных заболеваний на территорию Республики Казахстан;
- 4) гигиеническое обучение населения.

8. Выявление больных и паразитоносителей:

- 1) осуществляется при обращении населения в медицинские организации, оказании медицинской помощи на дому, проведении медицинского наблюдения за контактными в очаге; проведении подворных (поквартирных) обходов; проведении профилактических плановых, предварительных, периодических медицинских осмотров; при обследовании в клинико-диагностических лабораториях любой формы собственности;
- 2) проводят медицинские работники медицинских организаций независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности;
- 3) каждый случай паразитарного заболевания (носительства) подлежит регистрации и учету по месту их выявления в медицинских организациях образования, оздоровительных и других организациях, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

9. Плановые профилактические обследования на контагиозные гельминтозы и кишечные протозойные заболевания проводят в соответствии с Правилами проведения обязательных медицинских осмотров, утверждаемыми Правительством Республики Казахстан.

10. Забор материала для исследования на паразитарные заболевания проводят медицинские работники.

11. Отстранение от работы выявленных паразитарных больных из декретированного контингента проводится на период лечения, при контагиозных гельминтозах, чесотке, дерматомикозах – на период лечения и лабораторных обследований после лечения, или инвазированные работники переводятся на работу, где они не могут представлять эпидемиологической опасности.

12. Лабораторная диагностика паразитарных заболеваний проводится клинико-диагностическими лабораториями медицинских организаций и организациями санитарно-эпидемиологической службы (далее – организации санэпидслужбы).

13. Клиническая диагностика проводится на основании анамнеза заболевания, эпидемиологического анамнеза, жалоб, симптомов, данных осмотра с учетом возможности стертых, атипичных форм заболевания.

14. При сборе эпидемиологического анамнеза устанавливается наличие контакта с больным или носителем (с указанием места и времени), употребления сырой воды, подозрительных продуктов питания, контакта с больным животным или сырьем животного происхождения.

15. Для подтверждения диагноза редких гельминтозов и кишечных протозойных болезней медицинская организация направляет исследуемый материал и результаты исследования в организацию санэпидслужбы.

16. Медицинские организации по результатам выявления больных и паразитоносителей направляют сведения в органы госсанэпидслужбы.

17. В очаге паразитарного заболевания проводится эпидемиологическое расследование с применением лабораторных методов исследований для выявления источника, факторов и путей передачи инвазии.

18. Обследование населения по эпидемиологическим показаниям (в очагах) на гельминтозы проводят специалисты организаций санэпидслужбы.

19. После проведенного эпидемиологического обследования очага заполняется Карта эпидемиологического обследования очага паразитарного заболевания.

20. Все выявленные больные и носители возбудителей паразитарных заболеваний подлежат лечению и диспансерному наблюдению в медицинских организациях.

21. Лабораторному обследованию на гельминтозы и кишечные протозоозы подлежат:

1) дети, посещающие организации дошкольного образования – при поступлении и переводе в другую группу, в дальнейшем один раз в год;

2) персонал организаций образования;

3) учащиеся 1-4 классов организаций образования – ежегодно после летних каникул, при формировании классов;

4) декретированные группы населения при диспансеризации и медицинских осмотрах ;

5) дети и подростки, перед поступлением в организации образования, дома ребенка, детские дома, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные лагеря ;

6) стационарные больные детских больниц при поступлении на лечение;

7) амбулаторные и стационарные больные взрослых поликлиник и больниц – при наличии клинических показаний;

8) лица, ухаживающие за детьми, находящимися на стационарном лечении;

9) больные с острыми кишечными инфекциями неустановленной этиологии – на патогенные кишечные простейшие;

10) лица, контактировавшие с больным (паразитоносителем);

11) лица, посещающие спортивные группы по водным видам спорта – при поступлении в спортивные секции и в дальнейшем один раз в год.

22. Осмотру на заразно-кожные болезни (чесотка, дерматомикозы) подлежат:

1) дети, проживающие в детских домах, домах ребенка, учащиеся школ-интернатов – еженедельно;

2) дети, вновь поступающие в организации образования и возвращающиеся в них после длительного (более недели) отсутствия по различным причинам;

3) дети, выезжающие в оздоровительные организации;

4) учащиеся организаций образования – ежеквартально;

5) лица из числа декретированного контингента при диспансеризации или профилактических осмотрах ;

6) стационарные больные ;

7) лица, посещающие спортивные группы по водным видам спорта - при поступлении в спортивные секции и в дальнейшем один раз в год.

23. Результаты осмотра пациентов на заразно-кожные болезни, поступающих на амбулаторное и стационарное лечение, регистрируют в амбулаторных картах пациента. В случае длительного стационарного лечения осмотр пациентов проводится медицинским персоналом не реже одного раза в 10 дней.

24. Больные паразитарными заболеваниями из декретированной группы населения отстраняются от работы на период прохождения лечения и отрицательных результатов контрольного обследования после лечения, или переводятся на другую работу.

#### **4. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению малярии**

25. Малярия – группа инфекционных болезней, вызываемых простейшими кровепаразитами рода Plasmodium, передающихся в естественных условиях через укусы малярийных комаров.

26. Обследованию на малярию по клинико-эпидемиологическим показаниям подлежат:

1) лица, прибывшие из эндемичных по малярии территорий или посетившие эндемичные территории в течение последних трех лет при постановке на учет и по клиническим показаниям при появлении любых из следующих симптомов: повышение температуры, озноб, недомогание, головная боль, увеличение печени, селезенки, желтушность склер и кожных покровов, герпес, анемия;

2) больные, лихорадящие в течение трех дней в эпидемический сезон по малярии и в течение пяти дней в остальное время года;

3) больные с продолжающимися периодическими подъемами температуры тела, не смотря на проводимое лечение в соответствии с установленным диагнозом;

4) реципиенты при повышении температуры тела в последние три месяца после переливания крови;

5) лица, проживающие в очаге малярии, при любом повышении температуры тела;

6) лица, переболевшие малярией, при любом заболевании, сопровождающемся повышением температуры;

7) доноры перед сдачей крови.

27. Мероприятия по предупреждению малярии проводят органы госсанэпидслужбы, которые включают:

1) раннее выявление, диагностику случаев малярии;

2) эпидемиологическое расследование каждого случая малярии;

3) эпидемиологическое обследование и классификацию очагов малярии;

4) маляриогенное деление территории и населенных пунктов в зависимости от маляриогенного потенциала;

5) энтомологические наблюдения за переносчиками и местами выплода, изучение видового состава;

6) меры борьбы с переносчиками;

7) предупредительный и текущий надзор за строительством и эксплуатацией гидротехнических сооружений, рисовых полей и других водоемов с целью предупреждения заболачивания водоемов и выплода кровососущих насекомых, в том числе малярийных комаров;

8) гигиеническое обучение населения.

28. Маляриогенное деление населенных пунктов (территорий) - осуществляется на основе ежегодного сбора, обобщения и анализа различных



факторов (видовой состав и численность переносчика, температурный режим, миграция населения, состояние медицинской сети, другое), которые используются для определения степени маляриогенности населенных пунктов (территории) и дальнейшего планирования профилактических мероприятий.

29. Выявление больных малярией и паразитоносителей проводят медицинские работники по клинико-эпидемиологическим показаниям путем опроса и исследования крови при:

- 1) обращении лиц в медицинские организации;
- 2) медицинских осмотрах;
- 3) обследовании доноров.

30. Учету и регистрации подлежат лабораторно подтвержденные случаи малярии. Лечение больных малярией проводится в условиях стационара, исследование препаратов крови больного проводят в первый, четвертый дни лечения и перед выпиской.

31. Препараты крови от лиц с подозрением на малярию исследуют в клинико-диагностической лаборатории медицинской организации с подтверждением результата исследования в территориальной организации санэпидслужбы.

32. Все положительные и 10 процентов (далее - %) от общего числа просмотренных препаратов направляют для контрольного исследования в территориальную организацию санэпидслужбы, а те, в свою очередь - в вышестоящую организацию санэпидслужбы.

33. Результаты эпидемиологического расследования случаев и очагов малярии направляются в вышестоящий орган госсанэпидслужбы.

34. Профилактические мероприятия в активном очаге малярии осуществляют в течение трех лет с момента выявления заболевания.

35. При выявлении больного малярией или паразитоносителя в сезон эффективной заражаемости комаров проводится:

- 1) дезинсекционная обработка помещений (домовладение больного и не менее трех соседних домов) по эпидемиологическим показаниям;
- 2) энтомологическое обследование всех водоемов в населенном пункте и не менее трех километров (далее – км) зоны вокруг него и мест временного пребывания больного;
- 3) массовый отлов и определение видового состава малярийных комаров на территориях, прилежащих к анофелогенным водоемам;
- 4) деларвация анофелогенных водоемов, расположенных в населенном пункте и в зоне трех – пяти км вокруг него.

36. В медицинских организациях (стационарах) на всех окнах устанавливают сетки для защиты персонала и пациентов от укусов кровососущих насекомых.

37. Сбор и анализ данных о местных или завозных случаях малярии осуществляют медицинские организации и органы госсанэпидслужбы.

38. Руководители местных органов государственного управления здравоохранением обеспечивают наличие неснижаемого запаса противомаларийных препаратов.

39. Диспансерное наблюдение за переболевшими малярией устанавливается в течение трех лет с момента их выздоровления с ежегодным исследованием крови

40. Не допускаются к донорству лица, перенесшие малярию и паразитоносители, независимо от срока давности заболевания.

41. Энтомолог органа и организации госсанэпидслужбы осуществляет:

1) изучение фауны комаров, экологии и фенологии каждого вида, мониторинг мест вылода и численности переносчиков, расчеты сроков начала и окончания сезона эффективной заражаемости комаров и сезона передачи малярии;

2) экстенсивное обследование населенных пунктов (массовые отловы) для установления уровня численности комаров в текущем году;

3) паспортизацию водоемов в населенном пункте и не менее трех километров зоны вокруг него;

4) организацию противомаларийных обработок по эпидемиологическим и энтомологическим показаниям, контроль эффективности мероприятий;

5) маляриогенное деление населенных пунктов и территорий по степени опасности возобновления местной передачи малярии.

42. Для защиты населения от укусов комаров используются средства механической защиты (пологи, сетки) и репелленты.

43. Лица, выезжающие в эндемичные территории, предупреждаются туристическими фирмами, ведомствами и организациями об опасности заражения малярией, особенно ее хлорохинустойчивой тропической формой, и проходят курс химиопрофилактики против тропической малярии в случае выезда

44. Руководители организаций, направляющих в эндемичные по малярии территории экипажи судов, самолетов и железнодорожного транспорта, обеспечивают:

1) обучение персонала мерам личной профилактики (включая химиопрофилактику);

2) информацией (памятками) об эпидемиологической ситуации в странах (портах), куда выполняются рейсы;

3) противомаларийными препаратами и средствами защиты от укусов комаров (пологи, репелленты, аэрозольные баллоны).

45. Работники медицинских пунктов вокзалов, портов, аэропортов при

обращении к ним лиц, подозрительных на заболеваемость малярией, из числа пассажиров или поездных бригад, организуют их госпитализацию.

46. При обнаружении комаров на воздушном и железнодорожном транспорте, в судах заграничного плавания, прибывших из эндемичной по малярии территории, проводится дезинсекция транспорта в порядке, установленном законодательством Республики Казахстан.

47. Организации, независимо от ведомственной принадлежности, в том числе иностранные, имеющие сведения о военнослужащих, демобилизованных, беженцах, вынужденных переселенцах, мигрантах, прибывших из неблагополучных по малярии территорий, по запросу органа госсанэпидслужбы информируют о сроках прибытия и местах проживания указанных групп лиц.

## **5. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению трихинеллеза, тениаринхоза и тениоза**

48. Тениаринхоз – биогельминтоз, проявляющийся токсико-аллергическими реакциями и диспептическими расстройствами. Возбудитель – ленточный гельминт или бычий цепень.

49. Тениоз – биогельминтоз, проявляющийся диспептическими нарушениями и функциональными расстройствами центральной нервной системы, с возможными тяжелыми органическими поражениями головного мозга, глаз и других органов. Возбудитель – свиной цепень.

50. Трихинеллез – зоонозный биогельминтоз, протекающий с лихорадкой, болями в мышцах, диспептическими явлениями и осложнениями.

Мероприятия по предупреждению гельминтозов, передающихся через мясо (трихинеллез, тениаринхоз, тениоз), включают:

- 1) коммунальное благоустройство животноводческих хозяйств и поселков, строительство и ремонт туалетов, строительство очистных сооружений, истребление грызунов и бродячих животных;
- 2) защиту окружающей среды от загрязнения яйцами гельминтов;
- 3) соблюдение правил личной гигиены работниками животноводческих хозяйств, обеспечение их специальной одеждой.

51. Медицинские мероприятия включают:

- 1) выявление инвазированных лиц, в том числе среди декретированных контингентов и групп риска, с использованием эпидемиологических, клинических и лабораторных методов, а также амбулаторных и стационарных больных - при наличии клинических и эпидемиологических показаний;
- 2) серологическое обследование лиц, употреблявших зараженное трихинеллами мясо (через две недели после употребления);

3) ежегодное обследование животноводов и членов их семей, работников боен, мясокомбинатов, поваров;

4) персональный учет, лечение и диспансерное наблюдение инвазированных лиц (больные трихинеллезом подлежат лечению в условиях стационара);

5) на каждый случай заболевания трихинеллезом в органы госсанэпидслужбы представляется внеочередная информация;

6) лица, переболевшие тяжелой формой трихинеллеза находятся в течение шести месяцев на диспансерном учете в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. В период диспансерного учета через две недели, два и шесть месяцев после завершения лечения проводится исследование состава крови, со снятием электрокардиограммы. При наличии остаточных клинических проявлений болезни и изменений электрокардиограммы диспансеризацию продолжают в течение 12 месяцев, при нормализации показателей пациент снимается с диспансерного учета;

7) больные тениидозами после лечения находятся в течение четырех месяцев на диспансерном учете в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. В период диспансерного учета через две и четыре месяца больных тениидозами подвергают контрольным лабораторным обследованиям и при наличии двух отрицательных анализов (в конце четвертого месяца наблюдения) пациент снимается с диспансерного учета;

8) обследование населения методами опроса и лабораторного исследования на территориях, где обнаружен цистицеркоз (финноз) у животных, кратность и объем которых определяет орган госсанэпидслужбы.

52. К группам риска заболевания трихинеллезом, тениаринхозом и тениозом относятся животноводы и члены их семей, работники мясокомбинатов, свиноводческих ферм, боен, охотники и другие.

53. Органы госсанэпидслужбы осуществляют надзор за санитарным состоянием населенных пунктов, животноводческих хозяйств разного типа, работой предприятий общественного питания, за мероприятиями по уничтожению грызунов и бродячих животных.

54. Органы госсанэпидслужбы совместно с государственными органами ветеринарной службы (далее – госветслужба) обеспечивают взаимную информацию о случаях паразитарных заболеваний, общих для человека и животных, проводят совместное расследование случаев и обследование очагов паразитарных болезней.

## **6. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению описторхоза, дифиллоботриоза**

55. Диффилоботриозы – группа гельминтозов зооантропонозной природы, протекающих с диспептическими расстройствами и возможным развитием железодефицитной анемии. Возбудители – ленточные гельминты.

56. Описторхозы – зооантропонозные биогельминтозы с преимущественным поражением гепатобиллиарной системы и поджелудочной железы. Возбудители – плоские гельминты-трематоды.

57. Комплекс мер борьбы с гельминтозами, передающимися через рыбу, включает:

- 1) паспортизацию и эпидемиолого-эпизоотологическую оценку рыбохозяйственных водоемов на основе оценки их состояния и определения рисков инфицирования населения;
- 2) проведение лабораторных исследований сточных вод очистных сооружений хозяйственно-фекальной канализации с целью контроля эффективности их очистки от яиц гельминтов;
- 3) недопущение использования гумуса хозяйственно-фекальных очистных сооружений для удобрения полей и огородов, где выращиваются овощи (зелень);
- 4) проведение санитарно-паразитологических исследований объектов внешней среды (почва, вода, ил);
- 5) медицинские мероприятия;
- 6) гигиеническое обучение населения.

58. Медицинские мероприятия при описторхозе включают:

- 1) обследование лиц из групп риска, к которым относятся:
  - жители населенных пунктов, расположенных по берегам и вблизи рек, озер, водохранилищ, пойменных водоемов эндемичных территорий;
  - работники водного транспорта, рыбоперерабатывающих предприятий, рыбаки и члены их семей;
- 2) обследование групп риска проводится при пораженности населения эндемичных населенных пунктов 5 % и более;
- 3) обследование первично обратившихся больных с признаками поражения органов гепатобилиарной системы, желудочно-кишечного тракта, с явлениями аллергии;
- 4) специфическое лечение больных описторхозом в условиях стационара. После завершения лечения больной переводится на диспансерное наблюдение;
- 5) диспансеризация переболевших описторхозом проводится в течение четырех - пяти месяцев после проведения специфического лечения, после чего проводится двухкратное исследование фекалий с двухнедельным перерывом, при получении отрицательных результатов лабораторных исследований пациенты снимаются с диспансерного учета.

59. Для выявления инвазированных описторхозом лиц применяют методы

клинического, эпидемиологического, лабораторного обследования (основной метод обследования – копроовоскопический).

60. В эндемичных по описторхозу территориях республики проводится мониторинг рыбохозяйственных (рыбопромысловых) водоемов с составлением ветеринарно-санитарных паспортов (далее – паспорт) водоемов. В паспорте отражаются данные мониторинга за три года, видового состава и динамики численности промежуточных и дополнительных хозяев биогельминтов, динамики результатов исследований рыбы на паразитарную чистоту, поступления в водоем хозяйственно-фекальных сточных вод и результаты их исследований на наличие яиц и личинок гельминтов.

61. Лабораторные исследования рыбной продукции на соответствие требованиям безопасности для здоровья человека и животных по показателям паразитарной чистоты проводятся организациями санэпидслужбы по эпидемиологическим показаниям.

62. Место, порядок и условия обеззараживания (утилизации) рыбной продукции, содержащей живых гельминтов, опасных для здоровья человека и животных, определяет товаропроизводитель (поставщик) по согласованию и под контролем органа госсанэпидслужбы и органа госветслужбы.

## **7. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению эхинококкоза**

63. Эхинококкозы – зоонозные гельминтозы, проявляющиеся у человека в двух клинических формах – гидатидозный (однокамерный) эхинококкоз и альвеолярный (многокамерный) эхинококкоз. Протекают по типу объемных процессов в печени, легких, головном мозге, сердце и костях. Возбудители – ленточные гельминты или альвеококк.

64. Мероприятия по предупреждению эхинококкоза, в том числе альвеококкоза, включают:

- 1) предупреждение заражения человека;
- 2) обмен взаимной информацией медицинских и ветеринарных организаций;
- 3) регулярное лабораторное обследование групп риска.

65. Плановое обследование на эхинококкоз проводят лицам из групп риска, к которым относятся:

- 1) работники животноводческих ферм, мясоперерабатывающих предприятий, убойных пунктов, объектов утилизации и захоронения животных;
- 2) чабаны, охотники, егеря;
- 3) работники мастерских по переработке пушно-мехового сырья;
- 4) члены семей лиц указанных профессий;

- 5) ветеринарные работники;
- 6) владельцы собак;
- 7) работники звероферм, заповедников и зоопарков;
- 8) лица, ранее оперированные или состоящие на диспансерном учете по поводу эхинококкозов;
- 9) амбулаторные и стационарные больные по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

66. Диагностика эхинококкоза проводится с использованием комплексных методов исследований: сероиммунологических и рентгено-инструментальных (ультразвуковое исследование брюшной полости, флюорография легких и другие)

67. Сероиммунологическое обследование групп риска на эхинококкоз проводится организациями санэпидслужбы.

Забор материала (сыворотка крови) для сероиммунологических исследований осуществляют медицинские организации.

68. Учету и регистрации подлежат случаи эхинококкоза, подтвержденные после оперативного вмешательства и гистологического исследования патологического материала.

69. Сроки и кратность диспансерного наблюдения:

1) лица с положительным результатом сероиммунологических реакций, лица с нарастанием титра антител, а также пациенты, оперированные по поводу эхинококкоза любой локализации наблюдаются в течение пяти лет с момента заболевания (в первые три года - комплексное обследование два раза в год, по истечении трех лет - один раз в год);

2) при отсутствии в течение пяти лет с момента диспансерного наблюдения клинико-лабораторных и инструментальных показателей рецидива и стабильно отрицательных серологических реакций, больные и лица с отрицательным результатом сероиммунологических реакций снимаются с диспансерного учета;

3) диспансерное наблюдение за оперированными больными по поводу эхинококкозов и лицами с положительными титрами антител проводит хирург медицинской организации по месту жительства.

70. Послеоперационный материал (после эхинококкэктомии) обеззараживается в растворах дезинфицирующих средств и утилизируется в коробках безопасной утилизации класса «Б» в соответствии с требованиями Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения».

71. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за эхинококкозами включает:

- 1) разработку комплексного плана мероприятий совместно с органами

госветслужбы, организациями здравоохранения с учетом эпидемической и эпизоотической ситуации на конкретной территории;

2) ежегодное обновление перечня очагов эхинококкозов и медико-биологическое районирование обслуживаемой территории по типам о ч а г о в ;

3) определение населенных пунктов, где необходимо проведение обследования населения с учетом заболеваемости людей и регистрации эхинококкоза среди сельскохозяйственных животных и собак;

4) санитарно-эпидемиологический мониторинг объектов внешней среды и территорий с неудовлетворительным санитарным состоянием, домовладений, в которых проживают контингенты риска и больные эхинококкозом путем исследования почвы, песка, овощей, ягод, зелени, смывов и др.;

5) сероиммунологическое обследование контактных лиц в очагах, санитарно-паразитологическое исследование объектов внешней среды.

## **8. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению токсокароза**

72. Токсокароз – зооантропонозный тканевой (личиночный) геогельминтоз из класса нематодозов с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, характеризуется поражением печени, легких, глаз; проявляется рецидивирующей лихорадкой и аллергическими реакциями.

73. Мероприятия по предупреждению токсокароза включают:

1) обследование населения по эпидемиологическим показаниям с целью раннего выявления инвазированных, учет и дегельминтизацию, диспансерное н а б л ю д е н и е ;

2) обследование первично обратившихся больных, больных с признаками поражения органов гепатобилиарной системы, желудочно-кишечного тракта, с явлениями аллергии, лимфаденопатии, рецидивирующей лихорадки и другими;

3) анализ критериев эффективности лечения, которые включают: улучшение общего состояния, постепенное уменьшение проявлений токсокароза, снижение уровня эозинофилии и титров специфических антител. При рецидивах клинической симптоматики, стойкой эозинофилии и положительных иммунологических реакциях проводят повторные курсы лечения;

4) диспансерное наблюдение за переболевшими в течение шести месяцев с проведением трехкратного сероиммунологического исследования каждые два м е с я ц а ;

5) соблюдение правил личной гигиены (мытье рук после контакта с животными, почвой, тщательное мытье зелени, овощей и других пищевых



продуктов, которые могут содержать частички почвы);

б) защита игровых детских площадок, парков, скверов от посещений животных и содержание их в хорошем гигиеническом состоянии;

7) использование естественных факторов санации почвы (открытые солнечные лучи);

8) периодическая дератизация;

9) санитарно-паразитологическое исследование проб почвы, песка, смывов с объектов окружающей среды.

74. К группе риска в отношении заражения токсокарозом относятся:

1) дети трех – пяти лет, интенсивно контактирующие с почвой;

2) ветеринары и работники питомников для собак, водители автотранспорта, рабочие фермерских хозяйств и садоводы, продавцы овощных магазинов;

3) умственно отсталые и психически больные с привычкой геофагии и низким уровнем гигиенических навыков, а также психически нормальные люди с привычкой геофагии;

4) владельцы приусадебных участков, огородов, лица, занимающиеся охотой и использующие для этих целей собак, причем риск заражения возрастает при наличии двух и более собак.

## **9. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению контагиозных гельминтозов**

75. К контагиозным гельминтозам относятся энтеробиоз (возбудитель – острица) и гименолепидоз (возбудитель – карликовый цепень).

76. Мероприятия по предупреждению контагиозных гельминтозов:

1) выявление больных;

2) лечение выявленных инвазированных и их дегельминтизация;

3) санитарно-эпидемиологический мониторинг в организациях образования, организациях общественного питания, плавательных бассейнах и других организациях;

4) гигиеническое обучение медицинского и обслуживающего персонала детских организованных коллективов;

5) гигиеническое обучение населения.

77. В случае выявления в организациях образования при однократном обследовании 15 % и более инвазированных острицами лиц, профилактическому лечению подвергаются все дети и персонал.

78. Выявленные больные, инвазированные контагиозными гельминтозами в стационарах переводятся в отдельную палату или в карантинное отделение на период лечения до первого отрицательного результата контрольного

о б с л е д о в а н и я .

79. Выявленные больные контагиозными гельминтозами в организациях образования отстраняются от посещения коллектива на период лечения и до первого отрицательного результата лабораторного обследования.

80. Выявленные больные контагиозными гельминтозами среди работников общественного питания, временно на период лечения и лабораторных обследований отстраняются от работы или переводятся на другую работу, не связанную с продуктами питания до первого отрицательного результата лабораторного обследования.

81. В организациях образования проводится комплекс профилактических мероприятий, который включает:

1) обеспечение детей индивидуальными (разовыми) полотенцами, постельным бельем, жидким мылом и другими предметами личной гигиены. Зубные щетки и посуда для полоскания рта (индивидуальные) хранятся в о т к р ы т ы х я ч е й к а х ;

2) использование игрушек, изготовленных из материалов, разрешенных к применению, поддающихся мытью;

3) мытье пластмассовых и резиновых игрушек горячей водой с мылом не реже одного раза в день;

4) стирка кукольной одежды и проглажка утюгом;

5) ежедневное очищение мягких игрушек от пыли и проветривание на открытом воздухе или облучение бактерицидными лампами с расстояния не менее 25 сантиметров в течение 30 минут;

6) маркирование постельных принадлежностей и уборочного инвентаря;

7) пользование индивидуальными горшками проводится под наблюдением обслуживающего персонала. Горшки после использования промываются горячей водой (температура не ниже 60°C) с дезинфицирующим раствором;

8) ежедневно мытье унитазов, ванн, ручек дверей, пола, кранов и панелей горячей водой с применением моющих средств;

9) песок в песочницах в теплое время года меняется один раз в месяц и закрывается щитами;

10) сквозное проветривание, ежедневная влажная уборка и мытье спортивного инвентаря в спортивных залах;

11) недопущение больных детей в общественный бассейн в период лечения.

82. Мероприятия при выявлении больных детей контагиозными гельминтозами в организациях образования включают:

1) ежедневную смену постельного и нательного белья;

2) в течение трех дней, начиная с первого дня лечения очистку одеял,

матрацев, подушек пылесосом или вытряхивание вне помещений;

3) замену или обработку песка в песочницах дезинфекционными средствами;

4) ежедневную двукратную влажную уборку помещений с применением моющих и дезинфицирующих средств;

5) обеззараживание ультрафиолетовым бактерицидным излучением объектов и воздуха помещений;

6) очистку мягкой мебели, ковров, дорожек, мягких игрушек пылесосом и обеззараживание ультрафиолетовым бактерицидным излучением (после чего ковры и игрушки убирают до завершения заключительной дезинфекции);

7) мойку твердых и резиновых игрушек с применением моющих и дезинфицирующих средств.

83. Дезинфекционные мероприятия (текущая дезинфекция) проводятся медицинскими работниками, в домашних очагах – членами семьи во время лечения и в период после лечения.

84. Эпидемиологическое обследование очага включает:

1) в организациях образования, на объектах общественного питания и приравненных к ним, эпидемиологическое расследование проводится при выявлении каждого случая гименолепидоза и энтеробиоза; после планового лабораторного обследования, если выявляются случаи энтеробиоза, с последующим контролем данных предложений и эффективности проведенных противоэпидемических мероприятий;

2) в домашних очагах при заболевании детей посещающих организации образования гименолепидозом; при регистрации трех и более случаев энтеробиоза; при заболевании гименолепидозом и энтеробиозом работников общественного питания.

85. Требования по проведению диспансерного наблюдения:

1) диспансерное наблюдение за переболевшими лицами гименолепидозом проводится в течение шести месяцев после окончания лечения, лабораторное исследование фекалий проводится первые два месяца наблюдения – каждые две недели, далее ежемесячно. Если в образцах не обнаруживаются яйца карликового цепня, лица считаются излеченными от гименолепидоза;

2) не излеченные от гименолепидоза больные повторно подвергаются дегельминтизации с продлением диспансерного наблюдения до года;

3) диспансерное наблюдение за переболевшими лицами энтеробиозом проводится в течение 10-14 дней с обязательным взятием двух анализов с интервалом три дня;

4) не излеченные от энтеробиоза больные повторно подвергаются лечению через две недели после окончания первого курса лечения с продлением диспансерного наблюдения до 1 месяца.

86. В целях лабораторного контроля за состоянием внешней среды и выявления факторов и путей передачи гельминтов проводятся санитарно-паразитологические исследования почвы, песка, овощей и фруктов, зелени, воды, смывов, пыли. В каждой обследуемой организации образования производят забор не менее 10 – 15 смывов в одной группе (классе).

87. Специалисты органа госсанэпидслужбы, медицинских организаций и организаций образования проводят обучение детей мерам личной профилактики и ежеквартально проводят оценку гигиенического воспитания детей.

## **10. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению аскаридоза (трихоцефалеза)**

88. Аскаридоз – кишечный геогельминтоз, в ранней фазе которого характерно развитие легочных эозинофильных инфильтратов и других аллергических реакций, а в поздней – диспептических явлений с возможными тяжелыми осложнениями. Возбудитель – круглый гельминт-нематода.

89. Трихоцефалез – антропонозный геогельминтоз, протекающий с диспептическим синдромом. Возбудитель – круглый гельминт-нематода, паразитирующий в толстой кишке, реже в нижнем отделе тонкой кишки человека.

90. Мероприятия по предупреждению аскаридоза (трихоцефалеза):

1) выявление источников инвазии путем проведения копроовоскопических обследований населения в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям ;

2) оздоровление очагов инвазии;

3) санитарно-эпидемиологический мониторинг в очагах;

4) оценка эффективности оздоровительных мероприятий.

91. К группе риска относятся дети дошкольного и младшего школьного возраста, сельскохозяйственные рабочие, работники теплиц и оранжерей, дачники .

92. Органы госсанэпидслужбы совместно с организациями санэпидслужбы на соответствующей территории проводит контроль эффективности выявления больных в лабораториях медицинских организаций, который включает выборочное обследование среди детей школьного возраста (семь – четырнадцать лет); детей, посещающих организации образования (три – семь лет), а также лиц с желудочно-кишечными заболеваниями; стационарных и амбулаторно-поликлинических больных по медицинским показаниям.

93. Контроль полноты охвата, сроков и эффективности обследования лиц декретированного контингента на гельминтозы проводят органы

госсанэпидслужбы не реже одного раза в год.

94. Мероприятия в очаге организуются и проводятся в зависимости от его классификации: истинный (имеются условия для циркуляции возбудителя во внешней среде) и ложный очаг (отсутствуют условия).

95. Контрольное копроовоскопическое обследование членов семьи инвазированного лица (больного) проводится по эпидемическим показаниям.

96. При эпидемиологическом обследовании очага учитывают:

- 1) санитарное состояние двора;
- 2) наличие и состояние туалета;
- 3) наличие домашних животных;
- 4) соблюдение лицами, контактировавшими с больным в очаге, правил личной гигиены;
- 5) использование не обезвреженных фекалий на огороде в качестве удобрения;
- 6) перечень выращиваемых огородных культур.

97. При отсутствии вновь выявленных больных и возбудителей в окружающей среде органом госсанэпидслужбы совместно со специалистом медицинской организации проводится снятие очага с учета наблюдения.

98. Паразитолог (эпидемиолог) проводит не реже одного раза в шесть месяцев проверку полноты охвата контингентов группы риска в соответствии со списками лиц, подлежащих плановому и по клиническим показаниям паразитологическому обследованию.

99. Контроль эффективности дегельминтизации проводят после лечения путем двукратного исследования фекалий с интервалом в десять – пятнадцать дней.

## **11. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению лямблиоза и токсоплазмоза**

100. Лямблиоз – антропонозная паразитарная инфекция, чаще протекающая как бессимптомное паразитоносительство, в тяжелых случаях развиваются дисфункции кишечника. Возбудитель – простейшее класса жгутиконосцев.

Токсоплазмоз – паразитарная инфекция, протекающая в латентной или хронической форме. Возбудитель – внутриклеточный паразит.

101. Мероприятия по предупреждению лямблиоза (криптоспоридиоза) в к л ю ч а ю т :

- 1) обеспечение населения доброкачественной питьевой водой;
- 2) соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в организациях образования;

3) обследование больных на лямблиоз при наличии клинико-эпидемиологических показаний (вспышки острых кишечных заболеваний);

4) лабораторное исследование фекалий (дуоденальное содержимое) при лямблиозе проводят ежемесячно в течение трех месяцев в период диспансерного наблюдения ;

5 ) лечение .

102. Эпидемиологическое обследование очага лямблиоза проводится при регистрации вспышек (три и более случаев) в детских организованных коллективах. В очаге проводят обследование контактных паразитологические исследования .

103. Мероприятия по предупреждению токсоплазмоза включают:

- 1) раннее обследование групп риска;
- 2) наблюдение за положительно реагирующими лицами.

104. Медицинские организации проводят учет и регистрацию лиц с серопозитивными результатами исследований крови на токсоплазмоз, информируют органы госсанэпидслужбы – ежеквартально (список выявленных серопозитивных лиц с указанием паспортных данных).

105. Лабораторному обследованию на токсоплазмоз подлежат:

- 1) беременные женщины при взятии на учет и в динамике - ежемесячно, при невозможности – каждый триместр на протяжении беременности;
- 2) женщины с отягощенным акушерским диагнозом (первичное и вторичное бесплодие, невынашивание беременности);
- 3) больные токсоплазмозом, получающие специфическое лечение - для контроля эффективности лечения;
- 4) пациенты с клиническими проявлениями, характерными для токсоплазмоза : лимфоаденопатия (лимфоденит) неясной этиологии, длительная субфебрильная температура (более одного месяца) неясной этиологии; воспалительные заболевания глаз неясной этиологии; воспалительные заболевания центральной нервной системы неясной этиологии; гепатоспленомегалия и выраженная общая интоксикация , лихорадка ;
- 5) пациенты с выявленными кальцификатами различной величины;
- 6) ВИЧ-инфицированные лица ;
- 7) дети, рожденные от матерей с отягощенным анамнезом по токсоплазмозу;
- 8) дети с врожденными пороками развития (хореоретинит, микрофтальмия, менингоэнцефалит с последующим развитием кальцификатов в головном мозге, эпилептиформные припадки, гидроцефалия, олигофрения, гипертонус мышц конечностей ) ;
- 9) группы населения, деятельность которых связана с кошками, собаками и другими животными ;

10) плацентарная кровь при самопроизвольных абортах и при родах у женщин с манифестной инфекцией во время беременности.

106. В случае отрицательных лабораторных исследований при последнем обследовании беременных из группы риска (женщины с бесплодием, не вынашиванием беременности, владельцы кошек и другие контингенты) дальнейшее обследование на токсоплазмоз и диспансерное наблюдение не проводятся.

107. Диспансерному наблюдению подлежат:

- 1) беременные женщины из групп риска в течение беременности;
- 2) дети до десяти лет, родившиеся от матерей с точно установленным первичным инфицированием во время беременности, которые наблюдаются совместно педиатром, невропатологом, кардиологом, офтальмологом с осмотром и серологическим обследованием два раза в год;
- 3) дети с документированной острой стадией приобретенного токсоплазмоза с дальнейшим наблюдением у офтальмолога, невропатолога в течение одного года с осмотром и сероиммунологическим обследованием один раз в три месяца.

108. Больные с манифестной формой хронической стадии токсоплазмоза наблюдаются до формирования стойкой ремиссии.

109. Лица с латентной формой хронической стадии токсоплазмоза диспансерному наблюдению не подлежат.

110. Эпидемиологическое расследование в очаге токсоплазмоза не проводится.

## **12. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению заболеваний, передаваемых иксодовыми клещами (клещевой весенне-летний энцефалит, клещевой иксодовый боррелиоз)**

111. Медицинские организации проводят своевременную регистрацию и учет случаев заболеваний, а также всех лиц, пострадавших от укусов клещей, диагностику, госпитализацию, лечение больных и диспансеризацию переболевших лиц.

112. Диспансерное наблюдение за переболевшими клещевым весенне-летним энцефалитом лицами (далее – клещевой энцефалит) проводится врачом-невропатологом в течение двух лет и более в зависимости от состояния здоровья пациента.

113. Плановую иммунизацию против клещевого энцефалита осуществляют медицинские организации.

114. Плановой профилактической иммунизации подлежат лица, деятельность

которых связана с пребыванием в природном очаге клещевого энцефалита.

115. Руководители организаций ежегодно представляют в орган госсанэпидслужбы список лиц, подлежащих плановой профилактической и м м у н и з а ц и и .

116. Лицам, обратившимся за медицинской помощью, в течение трех дней после укуса клеща проводится серопротекция иммуноглобулином.

117. В случае, когда проводится серологическое исследование снятого с тела человека клеща на зараженность вирусом клещевого энцефалита, и результат его отрицательный, то иммуноглобулин не вводится.

118. Диспансерное наблюдение за лицами, пострадавшими от укуса клеща, проводится в медицинской организации по месту жительства в течение двадцати одного дня с регулярной термометрией.

119. Органы госсанэпидслужбы организуют и проводят эпидемиологическое расследование случая клещевого энцефалита (клещевого боррелиоза) и энтомологическое обследование территории предполагаемого места заражения.

120. Руководители органов госсанэпидслужбы и местных органов государственного управления здравоохранением на эндемичной территории о с у щ е с т в л я ю т :

1) разработку совместно с заинтересованными ведомствами, организациями перспективных комплексных планов мероприятий по профилактике клещевого энцефалита с утверждением в органах местной исполнительной власти;

2) диагностическое обследование больных на клещевой энцефалит (клещевой б о р р е л и о з ) ;

3) потребность на диагностикумы для сероиммунологических исследований на клещевой энцефалит, противоклещевую вакцину, донорский иммуноглобулин для лечения больных и серопротекции укушенных клещами;

4) своевременное выявление и регистрацию случаев профессиональных заболеваний клещевым энцефалитом.

121. Органы госсанэпидслужбы на эндемичной по клещевому энцефалиту территории о с у щ е с т в л я ю т :

1) эпидемиологическую оценку территории для установления участков и контингентов повышенного риска заражения;

2) анализ многолетних данных (за последние пять – десять лет) о местах з а р а ж е н и я ;

3) ежегодный эпидемиологический опрос населения эндемичных территорий для установления участков повышенного риска заражения клещевым э н ц е ф а л и т о м ;

4) сбор, изучение распространения, видового состава, фенологии и численности и к с о д о в ы х клещей;



5) организацию и методическое руководство мероприятиями по борьбе с клещами - переносчиками.

122. Специалисты, работающие на территории природного очага клещевых инфекций, обеспечиваются защитной специальной одеждой, репеллентами и другими средствами индивидуальной защиты.

123. Организации отдыха для детей и взрослых и другие объекты в зоне природного очага размещаются на эпидемиологически благополучных территориях или участках, освобожденных от клещей.

124. В санаторно-курортных организациях, базах, зонах и местах отдыха и оздоровительных организациях для детей проводятся следующие мероприятия:

1) расчистка и благоустройство территории, а также вокруг в радиусе не менее ста метров, перед началом заезда отдыхающих;

2) санитарная рубка леса, обрезание деревьев, удаление сухостоя и валежника, скашивание травы, разреживание и обрезка кустарника, уничтожение свалок бытового, строительного и растительного мусора, расчистка и расширение лесных дорожек к жилым и подсобным помещениям, к водным источникам, местам отдыха, спортивным площадкам;

3) поддержание благоустроенного состояния объекта в течение всего сезона;

4) противоклещевая обработка и расчистка походных дорожек от сухостоя и валежника по обе стороны на расстоянии не менее пятидесяти метров при наличии туристических маршрутов;

5) не допущение на территорию объекта домашних животных;

6) дератизационные мероприятия.

125. Противоклещевая обработка проводится:

1) в местах размещения оздоровительных организаций для детей и взрослых;

2) в местах постоянного пребывания лиц, профессия и работа которых связана с пребыванием в природном очаге;

3) на территориях баз отдыха и туризма, садово-огороднических кооперативов;

4) на участках лесных массивов, где происходят заражения клещевым энцефалитом (клещевым боррелиозом);

5) в наиболее часто посещаемых населением местностях с хозяйственно-бытовыми и другими целями.

### **13. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению лейшманиоза**

126. Медицинские мероприятия при лейшманиозе включают:

1) выявление больных при обращении их за медицинской помощью, при

эпидемиологических показателях – путем подворных обходов, посещения  
п о л е в ы х с т а н о в ;

2) проведение подворных обходов на основе посемейных списков при  
осложнении эпидемической ситуации не менее двух раз в неделю с июля по  
октябрь и ежемесячно в ноябре и декабре;

3) лечение больных лейшманиозами в стационарных условиях;

4) подтверждение лабораторными методами клинического диагноза  
л е й ш м а н и о з а ;

5) проведение диспансерного наблюдения за переболевшими кожной формой  
лейшманиоза в течение одного года, висцеральной – двух лет. Кратность  
медицинских осмотров и назначение лабораторных исследований переболевшим  
лейшманиозами принимается врачом в зависимости от состояния переболевшего.

127. Органы госсанэпидслужбы на эндемичной территории осуществляют  
совместно с заинтересованными службами (ветеринарная, коммунальная) и  
местными исполнительными органами следующие мероприятия:

1) своевременную организацию и проведение  
санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при  
регистрации случаев заражения населения лейшманиозом;

2) эпидемиологическое расследование в очаге;

3) оценку и прогноз эпизоотической и эпидемиологической ситуации по  
лейшманиозу в процессе освоения пустынных земель;

4) организацию профилактических мероприятий среди групп риска,  
связанных в своей деятельности с пребыванием на территории эпидемически  
активного очага лейшманиоза (геологи, археологи, строители, сезонные и  
вахтовые рабочие, чабаны и члены их семей);

5) изучение видового состава mosquitos, наблюдение за сезонным ходом их  
численности в природе и населенных пунктах, фенологией доминирующих видов  
, наличием антропофильных видов, особенностями их биологии;

6) организацию и проведение противомоскитных обработок в местах их  
в ы п л о д а и п о м е щ е н и я х ;

7) картирование территорий, где расположены колонии больших песчанок;

8) оценку эффективности проводимых противолейшманиозных мероприятий  
(механическое разрушение колоний больших песчанок, обработка помещений и  
т.д.).

#### **14. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению чесотки**

128. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при чесотке включают:

1) недопущение и отстранение от работы лиц из числа декретированных групп населения больных чесоткой, а также не прошедших предварительные и периодические медицинские осмотры;

2) проведение эпидемиологического расследования каждого случая и очага в организованных коллективах и по месту жительства.

129. При выявлении больного чесоткой в семье, в организованном коллективе, члены семьи больного подвергаются тщательному осмотру и однодневному профилактическому лечению.

При выявлении случая чесотки в организованном коллективе осмотр контактных проводится в течение сорока пяти дней (первые десять дней ежедневно, далее – один раз каждые десять дней).

130. Медицинское наблюдение за очагом проводят медицинские работники под контролем специалистов кожно-венерологического диспансера (кабинета).

131. В домашних условиях для больного выделяют отдельную постель и предметы индивидуального пользования (белье, полотенце, игрушки), которые держат отдельно от тех, которыми пользуются другие члены семьи.

132. Диагноз чесотки выставляется на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных лабораторными исследованиями на наличие чесоточного клеща.

133. Стационарным больным лечение проводят в стационаре при его изоляции в отдельную палату, бокс.

134. Организациями, оказывающими услуги дезинфекции на соответствующей территории, проводится контроль качества текущей (визуальный, химический) и заключительной дезинфекции (камерный метод дезинфекции) в организованных и бытовых очагах с повторными случаями заболевания чесоткой.

135. Текущую дезинфекцию проводят в скабиозориях, стационарах, изоляторах школ-интернатов, домов ребенка, детских домов, а также в домашних очагах, где больные чесоткой лечатся на дому.

136. При текущей дезинфекции обеззараживают нательное и постельное белье кипячением в 1–2 % растворе соды или любого стирального порошка в течение десяти минут с момента закипания. При невозможности кипячения белье обрабатывают одним из инсектицидов, зарегистрированных в Республике Казахстан, с обычной последующей стиркой. Верхнюю одежду больного проглаживают утюгом через увлажненную ткань.

137. Влажную уборку помещения проводят ежедневно, а в детских коллективах два-три раза в день горячим 1–2 % мыльно-содовым раствором.

Уборочный материал после использования кипятят или помещают в дезинфекционный раствор.

138. Заключительную дезинфекцию в очагах проводят после госпитализации больного или окончания амбулаторного лечения (в сельской местности в течение суток, в городе – через шесть часов). В домашних условиях текущую и заключительную дезинфекцию выполняют лица, ухаживающие за больным или сам больной; в медицинских организациях, организациях образования – медицинский персонал.

139. Заключительная дезинфекция включает:

- 1) санитарную обработку лиц, контактировавших с больным в очаге;
- 2) дезинсекцию одежды, постельных принадлежностей, предметов обстановки и помещения.

140. Все мероприятия заключительной дезинфекции выполняются одновременно, контактные проходят санитарную обработку в санитарном пропускнике, вещи обрабатывают в дезинфекционной камере.

141. Постельные принадлежности больного, одежда, мягкие игрушки и другие вещи, которые соприкасались с вещами больного, упаковывают в специальные мешки, пропитанные одним из разрешенных к применению инсектицидов, и направляют для обеззараживания в дезинфекционную камеру.

142. Обувь протирают тампонами, смоченными в дезинфицирующем средстве. Обработка мебели, предметов обстановки проводится путем протирания 1-2 % мыльно-содовым раствором. Мягкую мебель и другие вещи обрабатывают инсектицидами.

## **15. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению дерматомикозов**

143. Кожно-венерологические диспансеры (кабинет, отделение), центры дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем, осуществляют следующие мероприятия:

1) учет, регистрацию, диагностику, лечение и диспансерное наблюдение больных дерматомикозами;

2) выявление источника заражения дерматомикозами, медицинский осмотр и наблюдение за контактными лицами в очаге (в течение месяца с кратностью один раз в неделю);

3) своевременную госпитализацию больных дерматомикозами, имеющих поражения волосистой части головы или множественные очаги на коже, из детских коллективов, общежитий, социально-неблагополучных семей; при отсутствии в семье лиц для ухода за больным ребенком; при невыполнении

указаний дерматолога или эпидемиолога о необходимом дезинфекционном режиме ;

4) диспансерное наблюдение за больными дерматомикозами в течение одного месяца после лечения с двумя контрольными лабораторными исследованиями с интервалом десять – пятнадцать дней;

5) лабораторную диагностику грибкового патологического материала;

6) организуют текущую и заключительную дезинфекцию в очагах дерматомикозов ;

7) участие в проведении медицинских осмотров детей в организациях образования на наличие грибковых заболеваний;

8) гигиеническое обучение больных дерматомикозами и лиц декретированной группы населения .

144. Органы госсанэпидслужбы проводят:

1) эпидемиологическое расследование в очагах дерматомикозов совместно со специалистами медицинской организации, в том числе при регистрации случаев заболевания в организованных коллективах;

2) контроль своевременности подачи экстренных извещений медицинскими организациями на больных дерматомикозами, госпитализации больного, выявления контактных лиц, проведения и полноты охвата медицинскими осмотрами установленных контингентов;

3) контроль качества дезинфекции в очаге;

4) информирование органа госветслужбы о всех случаях заражения людей от животных для принятия ими необходимых мер по санации очагов дерматомикозов у животных .

145. Больные дети, получающие лечение на дому, не допускаются в бани, бассейны и парикмахерские до полного выздоровления.

146. Посещение организаций образования допускается после проведенного курса лечения и получения отрицательных результатов лабораторного исследования .

147. Дети, являющиеся контактными в очаге грибковых заболеваний, не принимаются без соответствующего обследования в организованные коллективы или не подлежат переводу из группы в группу.

148. В каждом случае заболевания дерматомикозами проводится текущая и заключительная дезинфекция .

149. Дезинфекционные мероприятия при дерматомикозах, проводимые в медицинской организации :

1) после осмотра каждого больного в смотровом кабинете (приемной) все предметы, в том числе и предметы с которыми соприкасался больной, подвергаются влажной дезинфекции по режимам, соответствующим обработке

при грибковых заболеваниях;

2) одежда и другие личные вещи больного при поступлении его в стационар подвергаются камерной дезинфекции, после чего эти вещи хранятся до выписки больного в чехлах на вешалках или стеллажах;

3) использованное белье больного (постельное, нательное, полотенца, чулки, носки), а также халаты и полотенца персонала, собираются в специальную емкость (бак, целлофановый/клеенчатый мешок) в отдельном изолированном помещении для грязного белья, и сдаются в больничную прачечную для обеззараживания и стирки. При этой работе персонал надевает второй халат, резиновые перчатки, марлевую повязку или респиратор, которые после каждого использования подвергаются дезинфекции. Порядок обеззараживания и стирки мешков для транспортировки белья такой же, как и белья;

4) мочалки для мытья больных в приемном отделении после каждого использования обеззараживаются кипячением или дезинфицирующим раствором и содержатся в маркированной таре для чистых мочалок; ванны после купания каждого больного обеззараживаются растворами дезинфицирующих средств;

5) больным детям допускается пользование только легко моющимися и поддающимися обеззараживанию игрушками (пластмассовые, резиновые);

6) использованный перевязочный материал (бинты, вата, марлевые тампоны, салфетки), а также грибковый патологический материал (обломки волос, ногтей, чешуйки кожи), без предварительного обеззараживания помещается в контейнеры для сбора и безопасной утилизации и отправляется на утилизацию;

7) предметные стекла с патологическим материалом после использования обеззараживаются кипячением в течение пятнадцати минут в 1 % мыльно-содовом растворе или погружением в дезинфицирующий раствор;

8) столики инструментальные и рабочие в конце смены протираются ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе;

9) помещения и мебель (в том числе кушетки, полки медицинских шкафов и другое) после каждой смены подвергаются влажной уборке теплой водой с мылом, содой и другими моющими средствами;

10) в рентгеновских (ультразвуковой диагностики) кабинетах подголовные подушки покрываются чехлами, подлежащими обеззараживанию раствором дезинфицирующих средств;

11) уборочный инвентарь обеззараживается кипячением или дезинфицирующим раствором;

12) постельные принадлежности (подушки, матрацы, одеяла и другие) обеззараживаются в дезинфекционных камерах после выписки каждого больного ;

13) не допускается выдача родственникам больных вещей больного, не

прошедших обеззараживание;

14) одноразовый медицинский и лабораторный инструментарий без предварительного обеззараживания помещается в контейнеры безопасной утилизации и отправляется на специальные установки по уничтожению.

150. Методы обеззараживания в очагах:

1) помещение и предметы обихода протираются или орошаются дезинфицирующим средством;

2) предметы ухода за больными погружаются в дезинфицирующий раствор или тщательно протираются дезинфицирующим раствором, после окончания дезинфекции тщательно промываются водой;

3) белье (постельное, нательное), полотенца, косынки, халаты, носки, колготки, перевязочный материал погружаются в дезинфицирующие растворы, по окончании дезинфекции белье стирается и прополаскивается;

4) постельные принадлежности, верхняя одежда, меховые головные уборы, ковры, книги, мягкие игрушки подвергаются камерной дезинфекции;

5) обувь, кожаные перчатки подвергаются камерной дезинфекции. При текущей дезинфекции внутренние поверхности обрабатываются дезинфекционным средством, прошедшим государственную регистрацию и действие которого направлено на уничтожение данного вида возбудителя, до полного увлажнения внутренней поверхности, и помещаются в полиэтиленовый пакет на двое суток, после чего вынимаются и проветриваются в течение десяти часов до исчезновения запаха препарата.

## **16. Требования к организации и проведению мероприятий по предупреждению тропических паразитарных болезней**

151. Медицинские организации обеспечивают обучение граждан мерам индивидуальной защиты и квалифицированную консультативную помощь перед их выездом в эндемичные страны в целях предупреждения их заражения и завоза тропических паразитарных болезней.

152. Диспансерное наблюдение за лицами, прибывшими из эндемичных территорий, проводится в течение двух лет с момента прибытия с отметкой «выезжал в тропические страны» в амбулаторных картах медицинского наблюдения.

153. При любом недомогании (лихорадка, диарея и другие) у лиц производится срочный забор крови и другого биологического материала для исследования на малярию и другие тропические паразитарные болезни (лейшманиоз, трипаносомоз, амебиаз, паразитарные и вирусные шистосомозы, фляриатозы, другие).

154. Органы госсанэпидслужбы проводят:

1) ежегодные тренинги по профилактике малярии и других тропических паразитарных болезней для менеджеров туристических фирм с последующей их аттестацией и выдачей справок сроком на 1 год о прохождении обучения;

2) своевременное информирование туристических фирм и других организаций, связанных в своей деятельности с эндемичными странами, о территориях, неблагополучных по малярии и другим тропическим паразитарным болезням, о необходимости их профилактики и личной ответственности за свою б е з о п а с н о с т ь ;

3) инструктаж на санитарно-карантинных пунктах: членов экипажей самолетов, бригад поездов, пассажиров, выезжающих в эндемичные страны, об эпидемиологической ситуации и мерах личной профилактики тропических паразитарных болезней, обеспечивает их соответствующими памятками.

## **17. Требования к организации и проведению мероприятий по борьбе с кровососущими насекомыми и клещами**

155. Для защиты населения от опасных для человека кровососущих насекомых (гнус) и клещей проводятся профилактические истребительные мероприятия , в к л ю ч а ю щ и е :

1) истребление кровососущих насекомых и клещей с применением инсектицидов ;

2) индивидуальную защиту населения репеллентами и другими средствами от г н у с а .

156. Органы госсанэпидслужбы разрабатывают комплексные программы мероприятий по защите населения от опасных для человека кровососущих насекомых и клещей .

157. Энтомолог органа госсанэпидслужбы проводит:

1) определение площадей, подлежащих обработке инсектицидами против г н у с а ;

2) выявление мест выплода кровососущих насекомых в зоне проведения истребительных работ, изучение сезонного хода численности кровососущих насекомых и их видового состава ;

3) осуществление организационно-методического руководства истребительными обработками, обоснование сроков, кратности и эффективности проводимых работ .

158. На открытых территориях против экзотических видов компонентов гнуса проводится противочлениковая обработка всех прибрежных водоемов, мест массового выплода, как на территории защищаемого объекта (населенный пункт,



место работы большого коллектива людей), так и вокруг него (защитной зоне). Ширина защитной зоны имеет радиус от одного до шести километров и более.

159. Мероприятия по снижению численности гнуса, в том числе мух и комаров подвальных помещений, включают технические, санитарно-противоэпидемические (профилактические) и истребительные мероприятия, направленные на поддержание чистоты в строениях, подвалах, на прилежащих территориях, в целях предотвращения заселения помещений насекомыми и ликвидации мест их обитания.

160. Энтомологические показания (наличие личинок или комаров в подвалах, подъездах, на лестничных площадках) являются основными к проведению дезинсекционных мероприятий на объекте.

161. После проведения дезинсекции проводится оценка ее эффективности. Показателем эффективности дезинсекции служат количество освобожденных от насекомых объектов и их общая физическая площадь, выраженная в процентах ко всей физической договорной площади.

162. Оценку эффективности мероприятий против личиночной стадии комаров, выплывающих в подвальных помещениях, проводят через трое-пять суток после обработки, по численности окрыленных комаров - через пять-семь дней. Удовлетворительным показателем эффективности дезинсекционных мероприятий является отсутствие живых личинок в пробах воды и наличие, в среднем, не более одной особи окрыленных комаров на один квадратный метр поверхности стен помещения. При неудовлетворительном показателе эффективности организация, оказавшая услуги дезинсекции, проводит повторную обработку за свой счет.