

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

*Утративший силу*

Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 283. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 5 мая 2015 года № 10933. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 апреля 2018 года № 175 (вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования)

**Сноска. Утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 18.04.2018 № 175 (вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования).**

В соответствии с пунктом 6 статьи 144 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

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

2. Комитету по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан обеспечить в установленном законодательством порядке:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа его направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и в информационно-правовой системе "Эділет";

3) размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства национальной экономики Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра национальной экономики Республики Казахстан.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня его первого официального опубликования.

Министр

Е. Досаев

"СОГЛАСОВАН"

Министр сельского хозяйства  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ А. Мамытбеков

01 апреля 2015 г.

"СОГЛАСОВАН"

Министр образования и науки  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ А. Саринжипов

02 апреля 2015 г.

"СОГЛАСОВАН"

Министр здравоохранения  
и социального развития  
Республики Казахстан

\_\_\_\_\_ Т. Дуйсенова

03 апреля 2015 г.

Утверждены  
приказом Министра  
национальной экономики  
Республики Казахстан  
от 31 марта 2015 года № 283

## **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 пунктом 6 статьи 144 Кодекса Республики Казахстан "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 соблюдением настоящих Санитарных правил осуществляет ведомство государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и его территориальные подразделения.

3. В настоящих Санитарных правилах использованы следующие понятия:

1) 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;

2) малярия – группа инфекционных болезней, вызываемых простейшими кровепаразитами рода *Plasmodium*, передающихся в естественных условиях через укусы малярийных комаров;

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

4) 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;

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

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

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

8) дезинсекционные мероприятия – мероприятия (профилактические и истребительные) по уничтожению членистоногих;

9) деларвация – уничтожение в окружающей среде членистоногих в личиночной фазе развития с использованием различных методов борьбы (химические, биологические);

10) дифиллоботриозы – группа гельминтозов зооантропонозной природы, протекающих с диспептическими расстройствами и возможным развитием железодефицитной анемии. Возбудители – ленточные гельминты;

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

- 12) инвазия – поражение человека возбудителем паразитарного заболевания;
- 13) инсектициды – средства (препараты) химической природы, используемые для уничтожения кровососущих насекомых и клещей;
- 14) контактно-бытовые гельминтозы – паразитарные заболевания, передающиеся контактно-бытовым путем (энтеробиоз, гименолепидоз);
- 15) копроовоскопическое исследование – комплекс лабораторных исследований фекалий, проводимых для выявления яиц гельминтов;
- 16) лямблиоз – антропонозная паразитарная инвазия, чаще протекающая как бессимптомное паразитоносительство, в тяжелых случаях развиваются дисфункции кишечника. Возбудитель из класса жгутиконосцев;
- 17) описторхоз – зооантропонозный биогельминтоз с преимущественным поражением гепатобиллиарной системы и поджелудочной железы. Возбудители – плоские гельминты-трематоды;
- 18) паразиты – организмы, живущие постоянно или временно за счет других организмов и использующие их как место обитания и источник питания;
- 19) паразитарные заболевания – группа заболеваний человека, вызываемых паразитами, гельминтами и членистоногими;
- 20) паразитологическое исследование – исследование по выявлению и определению возбудителей паразитарных заболеваний в биологическом материале (фекалии, кровь, моча и другое) и объектах внешней среды;
- 21) педикулез или вшивость - специфическое паразитирование на человеке вшей, питающихся его кровью;
- 22) репелленты – вещества, обладающие отпугивающим действием на насекомых и клещей;
- 23) ретроспективный эпидемиологический анализ – анализ уровня, структуры и динамики инфекционной заболеваемости за длительный предшествующий промежуток времени с целью обоснования перспективного планирования противоэпидемических мероприятий;
- 24) 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;
- 25) санитарно-паразитологическое исследование – выявление и определение возбудителей паразитарных заболеваний в объектах внешней среды;
- 26) скабиозорий – стационар/кабинеты, где проводится обследование и лечение больных чесоткой;
- 27) переносчики – кровососущие насекомые и клещи, способные переносить возбудителей различных паразитарных (инфекционных) заболеваний;

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

29) тениаринхоз – биогельминтоз, проявляющийся токсико-аллергическими реакциями и диспептическими расстройствами. Возбудитель – ленточный гельминт или бычий цепень;

30) 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;

31) 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;

32) токсоплазмоз – паразитарная инвазия, протекающая в латентной или хронической форме. Возбудитель из класса споровиков;

33) трихинеллез – зоонозный биогельминтоз, протекающий с лихорадкой, болями в мышцах, диспептическими явлениями и осложнениями;

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

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

36) гнус – объединенное название группы кровососущих летающих насекомых (комары, мошки, мокрецы, москиты и слепни), причиняющих вред здоровью человека;

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

38) 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.

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

4. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляет надзор за проведением мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний в Республике Казахстан.

5. Специалисты территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в ходе надзора по предупреждению паразитарных заболеваний проводят:

- 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**

6. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводит комплекс мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний, который включает:

- 1) контроль выявления и учета больных и паразитоновосителей;
- 2) санитарно-эпидемиологический мониторинг за возбудителями паразитарных заболеваний;
- 3) предупреждение завоза паразитарных заболеваний на территорию Республики Казахстан;
- 4) гигиеническое обучение населения.

7. Выявление больных и паразитоновосителей, с регистрацией и учетом их по месту выявления, проводят медицинские работники медицинских организаций, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, при:

1) обращении лиц в медицинские организации, оказании медицинской помощи на дому, проведении медицинского наблюдения за контактными в очагах;

2) профилактических плановых, предварительных, периодических медицинских осмотрах;

3) обследовании лиц в клиничко-диагностических лабораториях любой формы собственности.

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

9. Отстранение от работы выявленных больных с паразитарными заболеваниями из декретированной группы населения проводится на период лечения и до первого отрицательного результата, 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.

10. Лабораторная диагностика паразитарных заболеваний проводится клиничко-диагностическими лабораториями государственных и негосударственных медицинских организаций, государственными организациями санитарно-эпидемиологической службы.

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

12. 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.

13. Для подтверждения диагноза редких гельминтозов и кишечных протозойных болезней медицинская организация направляет исследуемый материал и результаты исследования в государственную организацию санитарно-эпидемиологической службы.

14. Медицинские организации по результатам выявления больных и паразитоносителей направляют сведения в территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

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

16. В целях лабораторного контроля за состоянием внешней среды и выявления факторов и путей передачи паразитарных болезней специалистами

территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводится отбор проб внешней среды (почвы, песка, овощей и фруктов, зелени, воды, смывов, пыли и другие) на санитарно-паразитологические исследования согласно требованиям к отбору проб с кратностью паразитологических исследований во внешней среде в соответствии с приложением 1 к настоящим Санитарным правилам.

17. Обследование населения по эпидемиологическим показаниям (в очагах) на гельминтозы проводят специалисты государственных организации санитарно-эпидемиологической службы.

18. После проведенного эпидемиологического обследования очага заполняется "Карта контроля текущей дезинфекции в очаге инфекционного заболевания" по форме 215/у, утвержденной приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 мая 2015 года № 415 (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11626).

**Сноска. Пункт 18 в редакции приказа Министра национальной экономики РК от 29.08.2016 № 389 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).**

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

20. 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 начальных классов организаций образования – ежегодно после летних каникул, при формировании классов;

4) декретированные группы населения при диспансеризации и медицинских осмотрах;

5) дети и подростки, оформляющиеся в дошкольные и другие организации образования, приюты, дома ребенка, детские дома, школы-интернаты, на санаторно-курортное лечение, в оздоровительные лагеря, в детские отделения больниц;

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.

21. 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, персонал организаций образования – один раз в год при прохождении обязательных медицинских осмотров;

3) дети, выезжающие в оздоровительные организации;

4) учащиеся организаций образования – ежеквартально после каникул;

5) лица из числа декретированной группы населения при диспансеризации или профилактических осмотрах;

6) стационарные больные;

7) лица, посещающие спортивные группы по водным видам спорта, восточных единоборств и других видов борьбы – при поступлении в спортивные секции и в дальнейшем один раз в год.

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

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

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

1) лица, прибывшие из стран эндемичных по малярии (согласно приложению 2 к настоящим правилам) 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, ее компонентов и препаратов;

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

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

24. Мероприятия по предупреждению малярии проводят территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, которые включают:

1) контроль раннего выявления больных, диагностики 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.

25. 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.

26. 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.

27. Учету и регистрации подлежат лабораторно подтвержденные случаи малярии. Лечение больных малярией проводится в условиях стационара,

исследование препаратов крови больного проводят в первый и четвертый день лечения и перед выпиской.

28. Препараты крови от лиц с подозрением на малярию исследуют в клиничко-диагностической лаборатории медицинской организации с подтверждением результата исследования в государственной организации санитарно-эпидемиологической службы.

29. Все положительные и 10 процентов (далее – %) от общего числа просмотренных препаратов направляют для контрольного исследования в государственную организацию санитарно-эпидемиологической службы, который далее направляет их в Республиканское государственное казенное предприятие " Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга" Комитета по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан.

30. Результаты эпидемиологического расследования случаев и очагов малярии направляются в ведомство государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

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

32. 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 и энтомологическим 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.

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

34. Сбор и анализ данных о местных или завозных случаях малярии осуществляют медицинские организации и территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

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

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

37. Лица, перенесшие малярию и паразитоносители, независимо от срока давности заболевания отстраняются от донорства.

38. Государственные организации санитарно-эпидемиологической службы осуществляют:

1) изучение фауны комаров, экологии и фенологии каждого вида, мониторинг мест выплода 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.

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

40. 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

41. 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).

42. Работники медицинских пунктов вокзалов, портов, аэропортов при обращении к ним лиц, подозрительных на заболеваемость малярией, из числа пассажиров, поездных бригад, экипажей портов, аэропортов организуют их госпитализацию.

43. При обнаружении комаров на воздушном и железнодорожном транспорте, в судах заграничного плавания, прибывших из эндемичной по малярии территории, проводится дезинсекция транспорта.

44. 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 территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения информируют о сроках прибытия и местах проживания указанных групп лиц.

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

45. 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.

46. Медицинские мероприятия включают:

1) выявление инвазированных лиц, в том числе среди декретированных групп населения 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) представление внеочередной информации на каждый случай заболевания трихинеллезом в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

6) нахождение в течение шести месяцев на диспансерном учете лиц, переболевших тяжелой формой трихинеллеза в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. В период диспансерного учета через

две недели, два и шесть месяцев после завершения лечения проведение исследования состава крови, со снятием электрокардиограммы. При наличии остаточных клинических проявлений болезни и изменений электрокардиограммы – продление диспансеризации до 12 месяцев, при нормализации показателей снятие пациента с диспансерного учета;

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

8) лабораторное исследование населения на территориях, где обнаружен цистицеркоз (финноз) у животных, кратность и объем которых определяет территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

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

48. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляют надзор за санитарным состоянием населенных пунктов, работой предприятий общественного питания, за мероприятиями по уничтожению грызунов и бродячих животных.

49. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения совместно с территориальным подразделением ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии обеспечивают обмен информацией о случаях паразитарных заболеваний, общих для человека и животных, проводят совместное расследование случаев и обследование очагов паразитарных болезней:

1) обеспечивают лабораторное исследование на трихинеллез туш, полутуш, четвертин свиней (кроме поросят до 3-х недельного возраста), кабанов, барсуков, медведей, нутрий, всеядных и плотоядных животных, а также копченостей, импортной свинины в блоках, в том числе свиного шпика;

2) проводят визуальный осмотр головы и туш крупного рогатого скота, свиней на наличие цистицерков (финн), при их обнаружении обеспечивают лабораторное исследование.

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

50. Комплекс мер борьбы с гельминтозами, передающимися через рыбу (описторхоз, дифиллоботриоз) включает:

1) эпидемиолого-эпизоотологическую оценку рыбохозяйственных водоемов на основе изучения паразитологического состояния водоемов (благополучен/неблагополучен) с исследованием 1 раз в год всех видов рыб наиболее подверженных заражению личинками описторхиса (язь, елец, линь, красноперка, плотва, лещ, голавль, синец, белоглазка, подуст, чехонь, жерех, пескарь, уклейка, густера, голянь, верховка, щиповка) 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.

51. 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) диспансеризацию переболевших описторхозом 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.

52. Для выявления инвазированных описторхозом лиц применяют методы клинического, эпидемиологического, лабораторного обследования (основной метод обследования – копроовоскопический).

53. В эндемичных по описторхозу территориях республики проводится мониторинг рыбохозяйственных (рыбопромысловых) водоемов с отражением данных 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.

54. 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 территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и территориальных подразделений ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии.

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

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

- 1) предупреждение заражения человека;
- 2) обмен взаимной информацией медицинских и территориальных подразделений ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии;
- 3) регулярное лабораторное обследование групп риска;
- 4) проведение ветеринарно-санитарной экспертизы мяса и мясных продуктов на мясокомбинатах, рынках, убойных пунктах;
- 5) утилизацию внутренностей сельскохозяйственных животных (при убое), пораженных эхинококком и альвеококком в личиночной стадии;
- 6) проведение дезинвазии стоков животноводческих хозяйств, сточных вод и почвы, а также их осадков высокоэффективными овицидными препаратами;
- 7) термическую утилизацию пораженного ливера сельскохозяйственных животных в мобильных установках;
- 8) паспортизацию собак, с проведением по плану не менее 4-х раз в год дегельминтизации собак, в том числе сторожевых, служебных и частного подворья, уничтожение бродячих собак;



9) активизацию просветительской работы среди населения по вопросам профилактики эхинококкоза и альвеококкоза.

56. Плановое обследование на эхинококкоз проводят лицам из групп риска 1 раз в год, к которым относятся:

1) работники животноводческих ферм, мясоперерабатывающих предприятий, убойных пунктов, объектов утилизации и захоронения животных и члены их семей;

2) чабаны, охотники, егери и члены их семей;

3) работники мастерских по переработке пушно-мехового сырья и члены их семей;

4) ветеринарные работники и члены их семей;

5) владельцы собак и члены их семей;

6) работники звероферм, заповедников и зоопарков и члены их семей;

7) лица, ранее оперированные или состоящие на диспансерном учете по поводу эхинококкозов и члены их семей;

8) амбулаторные и стационарные больные по клиническим и эпидемиологическим показаниям и члены их семей.

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

58. Сероиммунологическое обследование групп риска на эхинококкоз проводится клинико-диагностическими лабораториями медицинских организаций, а контактные лица обследуются государственными организациями санитарно-эпидемиологической службы.

59. Учету и регистрации подлежат случаи эхинококкоза и альвеококкоза, подтвержденные после оперативного вмешательства и гистологического исследования патологического материала. Медицинская организация направляет результаты гистологического исследования патологического материала в территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения по месту регистрации больного не позднее 10 дней после оперативного вмешательства.

60. 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.

61. Послеоперационный материал (после эхинококкэктомии) обеззараживается в растворах дезинфицирующих средств и утилизируется в коробках безопасной утилизации класса "Б".

62. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения осуществляет:

1) разработку и утверждение комплексного плана мероприятий совместно с территориальным подразделением ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии, 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 очагов;

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;

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

6) совместно с территориальным подразделением ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии обеспечивает систематический контроль за ветеринарно-санитарной экспертизой мяса, убоем скота, состоянием убойных пунктов, скотомогильников;

7) совместно с территориальным подразделением ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии в течение 7 календарных дней со дня поступления экстренного извещения проведение эпидемиологическое обследование очагов эхинококкоза и альвеококкоза с заполнением карты эпидемиологического обследования.

63. Диспансерное наблюдение за прооперированными больными эхинококкозом, альвеококкозом и лицам с положительными серологическими

титрами антител проводит закрепленный хирург (района, города). Контроль за диспансеризацией больных эхинококкозом и серопозитивных лиц проводит главный хирург областного/городского управления здравоохранения.

64. Ответственный врач-хирург предоставляет список лиц, состоящих на диспансерном учете в терапевтические и педиатрические участки поликлиник, для вызова больных к плановому комплексному обследованию. Сбор данных о лицах, состоящих на диспансерном учете, проводит медицинский работник участка.

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

65. Мероприятия по предупреждению токсокароза включают:

1) обследование населения по эпидемиологическим показаниям с целью раннего выявления инвазированных лиц, учет и регистрацию, дегельминтизацию и диспансерное наблюдение;

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 месяца;

5) соблюдение правил личной гигиены (мытьё рук после контакта с животными, почвой, тщательное мытьё зелени, овощей и других пищевых продуктов, которые могут содержать частички почвы);

6) защиту 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) периодическую дератизацию;

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

66. К группе риска в отношении заражения токсокарозом относятся:

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

2) ветеринарные специалисты 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 здоровые 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**

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

68. 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.

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

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

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

72. 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 открытых ячейках;

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) стирку кукольной одежды и проглажку 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 °С) с дезинфицирующим раствором;

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

9) смену песка в песочницах один раз в месяц с закрытием щитами в теплое время года;

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

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

73. 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.

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

75. Эпидемиологическое обследование очага включает:

1) в организациях образования, на объектах общественного питания и приравненных к ним, эпидемиологическое расследование проводится при выявлении каждого случая гименолепидоза, при энтеробиозе – три и более случаев, 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.

76. 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.

77. В целях лабораторного контроля за состоянием внешней среды и выявления факторов и путей передачи гельминтов 1 раз в год 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).

78. Специалисты территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения 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 и трихоцефалеза**

79. Мероприятия по предупреждению аскаридоза и 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.

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

81. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения совместно с государственными организациями санитарно-эпидемиологической службы проводят 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.

82. Контроль полноты охвата, сроков и эффективности обследования лиц декретированной группы населения на гельминтозы проводят территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения не реже одного раза в год.

83. 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).

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

85. 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.

86. При отсутствии вновь выявленных больных и возбудителей в окружающей среде территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения совместно со специалистом медицинской организации проводится снятие очага с учета наблюдения.

87. 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.

88. 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**

89. Мероприятия по предупреждению лямблиоза включают:

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.

90. Эпидемиологическое обследование очага лямблиоза проводится при регистрации вспышек (три и более случаев) в детских организованных коллективах. Обследование контактных в очаге проводится с применением паразитологических методов исследований.

91. Мероприятия по предупреждению токсоплазмоза включают:

1) раннее обследование групп риска;

2) наблюдение за положительно реагирующими лицами.

92. Медицинские организации проводят учет и регистрацию лиц с серопозитивными результатами исследований крови на токсоплазмоз, информируют территориальные подразделения ведомства государственного



органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения – ежеквартально (список выявленных серопозитивных лиц с указанием паспортных данных).

93. Лабораторному обследованию на токсоплазмоз подлежат:

1) беременные женщины с отягощенным акушерским диагнозом (первичное и вторичное бесплодие, невынашивание беременности) по клинико-эпидемиологическим показаниям;

2) больные токсоплазмозом, получающие специфическое лечение – кратность определяется лечащим врачом в зависимости от состояния пациента;

3) 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 – при постановке на учет/поступлении на стационарное лечение по клинико-эпидемиологическим показаниям;

4) пациенты с выявленными кальцификатами различной величины;

5) ВИЧ-инфицированные лица – при постановке на учет/поступлении на стационарное лечение по клинико-эпидемиологическим показаниям;

6) дети, рожденные от матерей с отягощенным анамнезом по токсоплазмозу – при постановке на учет, в последующем - по клинико-эпидемиологическим показаниям;

7) дети с врожденными пороками развития (хореоретинит, микрофтальмия, менингоэнцефалит с последующим развитием кальцификатов в головном мозге, эпилептиформные припадки, гидроцефалия, олигофрения, гипертонус мышц конечностей) – по клинико-эпидемиологическим показаниям;

8) группы населения, деятельность которых связана с кошками, собаками и другими животными – по клинико-эпидемиологическим показаниям;

9) образцы плацентарной крови при самопроизвольных абортах и при родах у женщин с манифестной инфекцией во время беременности.

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

95. 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.

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

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

98. Эпидемиологическое расследование в очаге токсоплазмоза не проводится.

99. Ветеринарные мероприятия по профилактике токсоплазмоза включают:

1) обеспечение изолированного содержания животных с подозрением на токсоплазмоз;

2) проведение утилизации трупов животных путем сжигания;

3) направление в ветеринарную лабораторию плаценты и плода животного при выкидыше с последующим проведением в помещении дезинфекции;

4) запрещение скармливание кошек и собак мясом или ливером павших и вынужденно убитых животных;

5) предотвращение загрязнения ооцистами токсоплазм скотных дворов, кормоцехов, мест водопоя и выгула животных путем недопущения на территорию кошек, являющихся дефинитивными хозяевами токсоплазмоза;

6) проведение капрологических исследований фекалий кошек для выявления ооцист токсоплазм.

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

100. 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.

101. 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.

102. Плановую иммунизацию против клещевого энцефалита осуществляют медицинские организации.

103. Плановой профилактической иммунизации подлежат лица, деятельность которых связана с пребыванием в природном очаге клещевого энцефалита.

104. Руководители медицинских организаций ежегодно представляют в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения список лиц, подлежащих плановой профилактической иммунизации. Профессионально угрожаемые контингенты, не привитые против клещевого энцефалита, не допускаются к работе на территории природного очага.

105. Лицам, проживающим на территориях, располагающихся в природных очагах клещевого энцефалита (согласно приложению 3 к настоящим Санитарным правилам) и обратившимся за медицинской помощью проводится серопротекция иммуноглобулином, в сроки согласно инструкции прилагаемой к препарату.

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

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

108. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения организует и проводит эпидемиологическое расследование случая клещевого энцефалита (клещевого боррелиоза) и энтомологическое обследование территории предполагаемого места заражения.

109. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и местный орган управления здравоохранения на эндемичной территории осуществляют:

1) диагностическое обследование больных на клещевой энцефалит (клещевой боррелиоз);

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

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

110. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на эндемичной по клещевому энцефалиту (клещевому боррелиозу) территории осуществляет:

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

2) анализ многолетних данных (за последние пять – десять лет) о местах заражения;

3) ежегодный эпидемиологический опрос населения эндемичных территории для установления участков повышенного риска заражения клещевым энцефалитом;

4) сбор, изучение распространения, видового состава, фенологии и численности иксодовых клещей;

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

111. Руководители организаций, расположенных на территории природного очага клещевого энцефалита, обеспечивают специалистов защитной специальной одеждой, репеллентами и другими средствами индивидуальной защиты.

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

113. 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) недопущение на территорию объекта домашних животных;

6) дератизационные мероприятия.

114. 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.

115. Проведение всех видов противоклещевых мероприятий осуществляется под обязательным энтомологическим контролем. Контроль эффективности истребительных мероприятий в случае применения стойких акарицидов в условиях равнинных участков (осенью под снегом или весной по снегу) проводят через 2 – 3 недели после стаивания снега; в горных условиях через 10 – 15 суток после обработок. При применении акарицидов группы фосфорорганических соединений через 5 и 35 суток после обработок и далее не реже 2 раз в месяц.

116. На эндемичных территориях по клещевому энцефалиту не привитые против клещевого энцефалита профессионально угрожаемые контингенты не допускаются к работе.

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

117. Медицинские мероприятия при лейшманиозе включают:

1) выявление больных при обращении их за медицинской помощью, при эпидемиологических показаниях – путем подворных обходов, посещения полевых станов;

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 лейшманиоза;

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.

118. Руководители местных органов государственного управления здравоохранением обеспечивают наличие неснижаемого запаса лекарственных средств против лейшманиозов.

119. Территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на эндемичной

территории осуществляет совместно с заинтересованными службами (ветеринарная, коммунальная) 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 выплода и помещениях;
- 7) картирование территорий, где расположены колонии больших песчанок;
- 8) оценку эффективности проводимых противолейшманиозных мероприятий (механическое разрушение колоний больших песчанок, обработка помещений).

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

120. 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.

121. 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).

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

123. 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.

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

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

126. 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.

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

128. 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.

129. 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.

130. 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.

131. Заключительная дезинфекция включает:

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

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

133. Постельные принадлежности больного, одежда, мягкие игрушки и другие вещи, которые соприкасались с вещами больного, упаковывают в специальные мешки, пропитанные одним из инсектицидов, разрешенных к применению на территории Республики Казахстан и государств - участников Таможенного союза и направляют для обеззараживания в дезинфекционную камеру.

134. 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**

135. 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) организацию текущей и заключительной дезинфекции 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.



136. Территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения 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 территориальных подразделений ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии о всех случаях заражения людей от животных для принятия ими необходимых мер по санации очагов дерматомикозов у животных.

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

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

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

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

141. 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.

#### 142. 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**

143. 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.

144. 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.

145. 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, филяриатозы, другие).

146. Территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводят:

1) ежегодные тренинги по профилактике малярии и других тропических паразитарных болезней для менеджеров туристических фирм;

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 безопасность;

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

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

147. Для защиты населения от опасных для человека кровососущих насекомых (гнус) и клещей проводятся профилактические истребительные мероприятия, включающие:

1) истребление кровососущих насекомых и клещей с применением инсектицидов, разрешенных к применению на территории Республики Казахстан и государств - участников Таможенного союза;

2) индивидуальную защиту населения репеллентами и другими средствами от гнуса.

148. Территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения совместно с заинтересованными организациями разрабатывают комплексные программы мероприятий по защите населения от опасных для человека кровососущих насекомых и клещей с закреплением неблагополучных территорий и водоемов по их обработке.

149. Государственные организации санитарно-эпидемиологической службы проводят:

1) определение площадей, подлежащих обработке инсектицидами против гнуса совместно с заинтересованными организациями;

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.

150. На открытых территориях против экзотических видов компонентов гнуса проводится противочиночная обработка всех прибрежных водоемов, мест массового выплода, как на территории защищаемого объекта (населенный пункт, места массового пребывания и отдыха людей), так и вокруг него (защитной зоне). Ширина защитной зоны имеет радиус от одного до шести километров и более.

151. 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.

152. Энтомологические показания (наличие личинок или комаров в подвалах, подъездах, на лестничных площадках) являются основными к проведению дезинсекционных мероприятий на объекте. Обработки в подвальных помещениях проводятся на договорной основе с организациями, имеющими разрешение на данный вид деятельности.

153. 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.

154. 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.

155. Оценку эффективности обработок водоемов проводят путем учета численности личинок и куколок комаров за 24 часа до обработки и через 24 – 28 часов после обработки.

156. Оценку эффективности учета численности окрыленных форм комаров проводят в открытой природе в пик суточной активности, вечером - за 1 час до захода, во время захода и через 1 час после захода солнца, контроль эффективности дезинсекционных мероприятий - через 24 – 48 часов. Неудовлетворительной следует считать эффективность ниже 90 – 95 %, в этом случае обработки необходимо повторить.

## **18. Требования к мероприятиям по борьбе с мухами**

157. Наличие синантропных мух в строениях является показателем эпидемиологического и санитарно-гигиенического неблагополучия населения.

158. Санитарно-профилактические мероприятия в комплексе мер по борьбе с мухами включают:

- 1) благоустройство и содержание в чистоте помещений и территорий жилых, производственных и общественных зданий;
- 2) недопущение возникновения свалок мусора и нечистот;
- 3) обработку мест выплода мух.

159. Территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на обслуживаемой территории:

- 1) осуществляют контроль санитарного состояния обслуживаемых объектов и многоэтажных зданий, мест отдыха людей, пищевых предприятий;

- 2) контролируют санитарно-техническое состояние и мероприятия по обеззараживанию санитарно-дворовых установок и мусоропроводов в многоэтажных зданиях с целью недопущения выплода мух;

- 3) контролируют работу по санитарной очистке территорий от различного рода нечистот, которую проводят все хозяйствующие организации независимо от форм собственности в сфере коммунального обслуживания населения, администраций и собственники предприятий пищевой промышленности, питания, торговли, медицинские организации;

- 4) контролируют регулярный вывоз твердых бытовых отходов и жидких нечистот, пищевых отходов с территории населенного пункта, осуществляемый организациями коммунального хозяйства и других ведомств;

- 5) обеспечивают разработку комплексных планов по борьбе с мухами, совместно с заинтересованными ведомствами;

- 6) осуществляют контроль охвата договорами на проведение дезинсекционных противомушиных мероприятий на всех категорийных объектах

160. Энтомолог государственной организации санитарно-эпидемиологической службы:

- 1) проводит выборочный контроль учета численности мух;
- 2) изучает видовой состав и динамику экзотических видов мух;
- 3) обеспечивает организационно-методическое руководство мероприятиями по борьбе с синантропными мухами и контроль эффективности истребительных мероприятий;
- 4) организует и контролирует проведение противомушиных мероприятий.

161. Противомушиные мероприятия включают:

- 1) проведение дезинсекционных мероприятий со сроками и способами установленными специалистами территориальных подразделений ведомства

государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения после энтомологического обследования объекта на заселенность насекомыми;

2) проведение мероприятий весной при появлении личинок I и II стадий первой летней генерации и продолжение в течение всего летнего периода;

3) использование инсектицидов в виде растворов, эмульсий для проникновения их в глубину субстрата для уничтожения личинок и куколок мух в мусоре, навозе и почве;

4) проведение обработки выгребов туалетов, мусоросборников и почвы вокруг них на расстоянии не менее 30 см против личинок и куколок мух;

5) контроль эффективности дезинсекционных мероприятий на объектах осуществляется через 24 – 48 часов путем учета численности окрыленных мух, а также личинок и куколок в местах выплода. Учету подлежат не менее 5 % обслуживаемых объектов в населенном пункте.

162. Критерии оценки эффективности противолличиночных мероприятий:

1) хорошая эффективность – отсутствие личинок и куколок;

2) удовлетворительная – наличие в отходах единичных личинок (до 5) и отсутствие куколок в отходах и почве;

3) неудовлетворительная – присутствие куколок в отходах и окружающей их почве.

163. Сезонный показатель численности комнатных и экзотических видов мух характеризует эффективность выполненных противомушинных мероприятий:

1) в городской местности удовлетворительным сезонным показателем численности комнатных мух является не более одного экземпляра на 1 липкий стандартный лист (в сутки) или 2 экземпляра на одну сетчатую мухоловку;

2) при преобладании индивидуальной застройки, отсутствии канализации, в сельской местности – не более 3 – 5 экземпляров на одну мухоловку.

164. Администрация предприятий, кооператива собственников квартир, кондоминиумов, владельцы или арендаторы зданий, строений и помещений несут ответственность за их санитарно-гигиеническое состояние, выполняют комплекс санитарно-гигиенических, профилактических и иных мероприятий.

165. Очистка мусоропроводов в жилых домах проводится службой коммунального хозяйства в планово-регулярном порядке.

166. Контейнерные площадки и места установки мусорных контейнеров бетонируются и содержатся в чистоте. Вокруг них (в радиусе не менее 10 метров) не допускается расположение свалок, зарослей (кусты, бурьян).

167. Контроль мероприятий по борьбе с мухами в животноводческих, птицеводческих и звероводческих хозяйствах осуществляется территориальными подразделениями ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии.

## **19. Требования к организации мероприятий по предупреждению педикулеза**

168. Противопедикулезные мероприятия включают комплекс мероприятий по соблюдению санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в организациях, коллективах и специфические меры по санации людей, у которых обнаружен педикулез.

169. Ответственность за организацию и осуществление противопедикулезных мероприятий несут руководители детских и подростковых организованных коллективов, учебных заведений, предприятий, хозяйств, организаций, учреждений, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

170. Работа по профилактике и борьбе с педикулезом проводится в соответствии с территориальными программами (планами) по борьбе с педикулезом и профилактике инфекционных заболеваний, передаваемых вшами, согласованными с заинтересованными ведомствами.

171. Медицинские работники амбулаторно-поликлинических организаций, стационаров, детских домов, домов ребенка, детских дошкольных учреждений, учреждений общего и профессионального образования, учреждений системы социального обеспечения, медицинских организаций независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности осуществляют активное выявление лиц с педикулезом при оказании медицинской помощи и проведении профилактических осмотров. Педикулез не является причиной для отказа в госпитализации по основному заболеванию.

172. Осмотру на педикулез подлежат следующие контингенты:

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

2) дети, вновь поступающие в детские дошкольные учреждения или возвращающиеся после длительного (более недели) отсутствия;

3) дети, выезжающие в оздоровительные организации, лагеря, – в поликлинике по месту жительства перед выездом, а в местах отдыха – еженедельно перед помывкой и за 1 – 2 дня до возвращения;

4) учащиеся учреждений общего и профессионального образования – ежеквартально после каникул и ежемесячно выборочно (4 – 5 групп), а также перед окончанием учебного года;

5) лица, находящиеся в учреждениях системы социального обеспечения – 2 раза в месяц;



б) работники различных учреждений, предприятий и организаций при диспансеризации или профилактических осмотрах;

7) лица, поступающие в пункты ночного пребывания и следственные изоляторы;

8) пациенты, поступающие на стационарное лечение.

173. Во всех организованных детских коллективах обеспечивается комплекс противопедикулезных мероприятий, направленных на предупреждение появления и распространения педикулеза.

174. Профилактические мероприятия по педикулезу в организованных коллективах включают:

1) обеспечение надлежащего санитарно-гигиенического состояния шкафов с одеждой, комнат пребывания детей, спортивных залов (бассейнов), мест отдыха;

2) проведение плановых медицинских осмотров на педикулез;

3) организацию и обеспечение условий для соблюдения детьми правил личной гигиены;

4) проведение влажной уборки, маркировки уборочного инвентаря и наличия дезинфицирующих средств для дезинфекции помещений;

5) проведение разъяснительной работы по профилактике педикулеза среди родителей и детей.

175. Для проведения осмотра на педикулез необходимо иметь хорошо освещенное рабочее место, лупу. При осмотре головы следует обращать особое внимание на височно-затылочные области, при осмотре одежды и белья – на швы, складки, воротники, пояса.

176. Результаты осмотра на педикулез регистрируют в медицинских документах. Учету подлежат лица, у которых при осмотре выявлены как жизнеспособные, так и нежизнеспособные вши в любой стадии развития (яйцо-гнида, личинка, взрослое насекомое).

177. Дети, пораженные педикулезом, не принимаются в детские дошкольные организации и в школу. Они могут быть допущены медицинским работником в коллектив после завершения комплекса лечебно-профилактических мероприятий.

178. При отстранении из организованных коллективов детей, пораженных педикулезом, медицинские работники или администрация в обязательном порядке информируют родителей и дают им рекомендации по обработке.

179. Медицинские работники при выявлении случая педикулеза (вши, гниды) сообщают об этом в территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения:

1) в оперативном порядке передают информацию по телефону;

2) в установленном порядке составляют экстренное извещение и высылают его в течение 12 часов.

180. В медицинских организациях (стационарах), санаториях, детских домах, домах ребенка, школах - интернатах, загородных детских учреждениях обработку лиц с головным педикулезом проводит медицинский персонал данного учреждения с использованием противопедикулезной укладки, которая включает:

- 1) клеенчатый или хлопчатобумажный мешок для сбора вещей больного;
- 2) оцинкованное ведро или лоток для сжигания или обеззараживания волос;
- 3) клеенчатую пелерину;
- 4) резиновые перчатки;
- 5) ножницы;
- 6) частый гребень;
- 7) машинку для стрижки волос;
- 8) спиртовку;
- 9) косынки (2 – 3 штуки);
- 10) вату;
- 11) столовый уксус;
- 12) педикулоцидное средство.

181. Обеззараживание постельных принадлежностей, одежды и белья проводится в дезинфекционных камерах. Предметы, с которыми он контактировал, необходимо обработать теми же педикулицидными препаратами. Гребень обдают крутым кипятком после каждого осмотра или протирают 70-градусным раствором спирта.

182. Срок наблюдения очага педикулеза – 1 месяц с проведением осмотров на педикулез в очаге 1 раз в 10 дней. Считать очаг санированным следует при отрицательных результатах 3-х кратного обследования. Контроль за санацией очагов ведут специалисты территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Санация домашних очагов головного педикулеза проводится населением своими силами.

Приложение 1  
к Санитарным правилам  
"Санитарно-эпидемиологические  
требования к организации и проведению  
санитарно-противоэпидемических  
(профилактических) мероприятий  
по предупреждению паразитарных  
заболеваний"

Требования к отбору проб и кратности паразитологических исследований во внешней среде

Очаги и объекты	Исследуемый материал	Кратность исследования	Число отбираемых проб	Вес или объем 1 пробы
1. Очаг аскаридоза (трихоцефалеза)	Смывы: с рук; дверных ручек туалетов; посуды, в которую складываются овощи, фрукты, ягоды, зелень; со столов; с разделочных досок для овощей; с клеенок; с мебели; с игрушек.	1 раз в год в течение двух лет	не менее 10 – 15	
	Вода: из поливных емкостей			
	Овощи, фрукты, ягоды	– //–	не менее 3 – 5	0,5 – 1 кг
	Зелень			0,4 – 0,5 кг
	Почва: с огорода (грядок), около туалета, мусорного ящика, у входа в дом, за домом, вдоль забора; в помещениях для скота, в местах для игр детей.	– //–	не менее 5 – 10	100 – 200 г
2. Очаг токсокароза	Овощи, фрукты, ягоды	1 раз в год выявления	не менее 3 – 5	0,5 – 1 кг
	Зелень			0,4 – 0,5 кг
	Почва: как в очаге аскаридоза, места содержания собак	1 раз в год выявления	не менее 5 – 10	100 – 200 г
3. Очаг описторхоза (дифиллоботриоза)	Рыба в месте отлова	1 раз в год	не менее 5 особей в зависимости от объема партии	от 0,5 – 3 кг
4. Очаг тениидозов	Смывы: с рук, дверных ручек туалетов, посуды, в которую сливается молоко; со столов, с предметов ухода за животными	1 раз в год в течение двух лет	не менее 10 – 15	
	Почва: в местах содержания скота (коров, свиней)	1 раз в год в течение двух лет	не менее 5 – 10	100 – 200 г
	Смывы: с рук и мест содержания собак	– //–	не менее 10 – 15	

5. Очаг эхинококкоза	Овощи, фрукты, ягоды, зелень: как в очаге аскаридоза	– //–	не менее 3 – 5	0,5 – 1 кг 0,4 – 0,5 кг
	Почва: с мест содержания собак, во дворе	– //–	не менее 5 – 10	100 – 200 г
6. Очаг гименолепидоза в организованном коллективе (детские дошкольные и общеобразовательные организации, школы–интернаты, детские дома, дома ребенка и др.)	Смывы, пыль: с игрушек, мебели, ковровых дорожек, кукольной одежды; постельного и нательного белья, полотенец; с рук, в туалетных комнатах с ручек дверей, барашков кранов, горшков и др.	п р и эпидемиологическом расследовании	не менее 10 – 15 в одной группе	
7. Очаг энтеробиоза в организованном коллективе (детские дошкольные и общеобразовательные организации, школы–интернаты, детские дома, дома ребенка и др.)	Смывы, пыль: с рук персонала, в столовых с посуды, скатертей и клеенок столов, стульчиков; в игровых уголках с мягких игрушек, мебели, ковровых дорожек, кукольной одежды; в спальнях с постельного белья; в туалетных комнатах с ручек дверей, барашков кранов, наружных поверхностей горшков; с рук детей и нательного белья и др.	при регистрации очага	не менее 10 – 15 в одной группе	
	Вода из бассейнов	– //–	не менее 3 – 5 проб	1 – 25 л
	Песок: в песочницах		не менее 5 – 10	
	Почва: на игровых площадках, около входа и вокруг помещения, у веранд, в домиках, с клумб, вокруг наружных санузлов	– //–	не менее 5 – 10	100 – 200 г, на кишечн. простейшие 300 – 400 г
8. Очаг гименолепидоза и энтеробиоза при заболевании работников общественного питания,	Смывы: с рук персонала, с разделочных досок, со столов, прилавков раздачи,		не менее 10 – 30 в зависимости от площади	

пищевых промышленных объектов и лиц к ним приравненных	санитарных комнат, туалетов, производственного оборудования и др.	п р и эпидемиологическом расследовании	производственного помещения	
9. Открытый водоем	Водоемы 1 и 2 категории	в период с апреля по октябрь 2 раза	не менее 3 – 5	1 – 25 л
10. Водозаборное сооружение	Вода перед подачей в распределительную сеть, тупиковая колонка (поверхностный источник)	( ежеквартально	не менее 1 – 3	50 л
	Почва на территории		не менее 5 – 10	100 – 200 г
11. Очистные сооружения населенных мест	Сточная вода с очистных сооружений	ежеквартально	не менее 3 – 5 проб	в зависимости от уровня обсемененности 1 – 15 л
12. Зона рекреации	Песок на территории	в период с апреля по октябрь 2 раза	не менее 5 – 10	100 – 200 г
	Вода	2 раза в год	не менее 3 – 5 раз	1 – 25 л
13. Животноводческие хозяйства	Смывы с рук персонала, дверных ручек туалетов и подсобных комнат, посуды, в которую сливается продукция животноводства, в моечной комнате, с предметов ухода за животными	2 раза в год	не менее 10 – 15	
	Почва на территории, в местах содержания скота (коров, свиней)	2 раза в год	не менее 5 – 10	100 – 200 г
	Смывы с рук персонала	2 раза в год и при внесении нового песка	не менее 3 – 5	100 – 200 г
	Почва с территории, почва теплиц (для выращивания в них овощей)	2 раза в год	не менее 5 – 10	100 – 200 г
	Овощи, фрукты, ягоды, зелень	ежеквартально	не менее 3 – 5	0,4 – 0,5 кг 0,5 – 1 кг
	Вода бассейнов	ежеквартально	не менее 3 – 5 проб	1 – 25 л

14. Организаций дошкольного воспитания и обучения, школы–интернаты	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов	по эпидпоказаниям	10 – 15 проб с одного предмета	
	Смывы с рук персонала			
	Песок: в песочницах			
15. Спортивные школы	Смывы (пыль)	2 раза в год	не менее 10 – 30	
	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов	по эпидпоказаниям	10 – 15 проб с одного предмета	
16. Общеобразовательные организации	Смывы (пыль)	ежеквартально	не менее 20 – 40	100 – 200 г
	Почва	2 раза в год	не менее 5 – 10	
	Вода бассейнов	ежеквартально	не менее 3 – 5 проб	1 – 25 л
17. Летние оздоровительные организации	Смывы (пыль)	перед открытием и заездом отдыхающего контингента	не менее 10 – 20	
	Почва, песок, а также около душевых установок, пищеблока, стадиона		не менее 5 – 10	100 – 200 г
	Вода бассейнов, у пляжа		не менее 3 – 5	1 – 25 л
	Овощи, фрукты, ягоды зелень		не менее 3 – 5	0,5 – 1 кг 0,4 – 0,5 кг
	Смывы в палатах, игровых и туалетных комнатах, пищеблоках	2 раза в год	не менее 10 – 20	
	Овощи, фрукты, ягоды зелень		не менее 3 – 5	0,5 – 1 кг 0,4 – 0,5 кг
	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели,	по эпидпоказаниям	10 – 15 проб с одного предмета	

18. Медицинские организации (детские отделения)	ковров и других мягких бытовых предметов			
19. Тепличные хозяйства	Почва	вновь завозимая, в период пустования, и период выращивания овощей и зелени	не менее 5 – 10	100 – 200 г
	Вода поливная	одновременно с забором овощей, зелени	не менее 3 – 5	1 – 25 л
	Овощи, фрукты, ягоды, зелень	в период выращивания	не менее 3 – 5	0,5 – 1 кг 0,4 – 0,5 кг
	Смывы с рук и спецодежды персонала	раз в квартал	не менее 10 – 15	
20. Объекты общественного питания	Смывы с рук персонала, разделочных столов для готовки пищи, разделочных досок для овощей, тарелок, со скатерти, клеенок, с фартуков, столов, полок для овощей, фруктов, зелени прилавков раздачи, санитарных комнат, туалетов	по эпидзначимости объекта	не менее 10 – 15	
	Овощи, фрукты, ягоды, зелень: на разделке в виде не заправленных салатов		не менее 3 – 5	0,5 – 1 кг 0,4 – 0,5 кг
21. Рынки	Смывы с рук персонала, столов, прилавков, весов	по эпидзначимости объекта	не менее 10 – 15	
	Овощи, фрукты, ягоды Зелень		не менее 3 – 5	0,5 – 1 кг 0,4 – 0,5 кг
	Мясо		3 – 5 проб с точки реализации	0,5 кг

	Рыба		2 и более особи в зависимости от объема партии	0,5 – 3 кг и более в зависимости от вида рыбы
22. Мясокомбинаты, колбасные цеха, бойни, пельменные цеха	Смывы во всех цехах по производству мясной продукции, в местах приема пищи, в туалетных комнатах	согласно мониторингу	не менее 10 – 15	
	Мясо, фарш			
23. Рыбные хозяйства, цехи	Рыба при промышленном выращивании в водоеме, где ведется интенсивный отлов	согласно мониторингу	не менее 15 особей каждого вида в месте отлова	промыслового размера
24. Охотничьи хозяйства	Мясо	по эпидпоказаниям	не менее 3 – 5	0,5 кг
25. Природные биотопы: открытые водоемы	Вода в месте сброса сточных вод ( полное перемешивание) выше спуска сточных вод	по 2 раза в сезон ( весной, летом, осенью)	не менее 3 – 5	1 – 25 л
	на 1 км выше ближайшего пункта водопользования	ежеквартально		
26. Бассейны	Вода	2 раза в год	не менее 3 – 5 проб	1 – 25 л
	Смывы со стенок бассейнов, со скамеек, в душевых, в раздевалках		не менее 10 – 15	
27. Бани, сауны	Смывы с рук и спецодежды персонала, столов, кресел	согласно мониторинга	не менее 10 – 15	
	Вода из бассейнов		1 проба	
28. Салоны красоты, парикмахерские	Смывы (пыль) с рук и спецодежды персонала, кресел	согласно мониторинга	не менее 10 – 15	
29. меховые мастерские, цеха по выделке шкур и готовой продукции	Смывы с рук персонала, разделочного инвентаря мебели, спецодежды, пола, шкур диких и домашних животных	согласно мониторинга	не менее 10 – 15	



30. Поля орошения	Почва с полей до и после орошения сточными водами их осадками, животноводческими стоками, с поверхности и глубины 20–25 см	2 раза в год	не менее 5 – 10	100 – 200 г
	Сточные воды и их осадки (до и после подготовки)	2 раза в год	не менее 3 – 5	1 – 15 л
	Животноводческие стоки (до и после подготовки)	2 раза в год	не менее 10 – 15	1 – 15 л
	Выращиваемые культуры (травы, технические, кормовые)	2 раза в год		
	Грунтовые воды по ходу грунтового потока: выше – 500 м и ниже 500 м полей орошения	2 раза в год	не менее 10 – 15	
31. Биологические пруды	Стоки на входе и выходе	в период с апреля по октябрь 2 раза	не менее 3 – 5	1 – 15 л
	Осадки со дна прудов	2 раза в год		
32. Железнодорожный, водный, автобусный транспорт (вагоны, вагоны–рестораны, самолеты, по обслуживанию железнодорожных путей)	Смывы с рук проводников, бортпроводниц, кресел, полок, постельных принадлежностей и другие	согласно мониторингу	не менее 10 – 15	
33. Дома для инвалидов и престарелых	Смывы (пыль) в палатах, туалетных комнатах, пищеблоках, с рук персонала	не реже 1 раза в год	не менее 10 – 15	0,5 – 1 кг
	Овощи, фрукты, ягоды Зелень		не менее 3 – 5	0,4 – 0,5 кг
34. Детские приемники–распределители	Смывы (пыль) в палатах, в учебных и игровых комнатах, туалетах, пищеблоках, с рук персонала	не реже 1 раза в год	не менее 10 – 15	
	Смывы: в палатах, туалетной комнатах	2 раза в год	не менее 10 – 15	

35. Стационар для хронических психических больных	, пищеблоке с рук персонала			
	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов	по эпидпоказаниям	10 – 15 проб с одного предмета	
36. Место временного пребывания охотников, контора охотучастков	Смывы: с рабочих столов	1 раз в год	не менее 10 – 15	
	Почва: на территории	1 раз в год	не менее 5 – 10	100 – 200 г
37. Общежитие	Смывы	по эпидпоказаниям	не менее 10 – 15	
	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов		10 – 15 проб с одного предмета	
38. Жилой фонд	Почва: на детских площадках во дворах жилых домов	1 раз в год	не менее 5 – 10	100 – 200 г
	Песок: в песочницах дворов жилых домов	1 раз в год	не менее 5 – 10	100 – 200 г

Приложение 2  
к Санитарным правилам  
"Санитарно-эпидемиологические  
требования к организации и проведению  
санитарно-противоэпидемических  
(профилактических) мероприятий  
по предупреждению паразитарных  
заболеваний"

### Список стран эндемичных по малярии

1. Азия:
  - 1) Афганистан (с мая по ноябрь, в зонах ниже 2000 метров)
  - 2) Бангладеш (весь год, повсеместно, кроме Дакки)
  - 3) Бутан (весь год, в дистриктах: Ширанг, Самчи, Сарпанг, Самдрупионгхар, Шемганг)
  - 4) Вануату (весь год, повсеместно)
  - 5) Вьетнам (весь год, повсеместно, кроме городских центров)

- 6) Индия (весь год, повсеместно, ниже 2000 метров, кроме ряда районов в штатах Химачал Прадеш, Джамму и Кашмир, Сикким)
  - 7) Индонезия (весь год, повсеместно, кроме Джакарты, крупных городов и туристических центров на островах Ява и Бали)
  - 8) Ирак\* (с мая по ноябрь, в основном на севере, ниже 1500 метров)
  - 9) Иран (ограниченный риск)
  - 10) Йемен (весь год, повсеместно)
  - 11) Камбоджа (весь год, повсеместно, исключая Пномпень и вокруг Тонле Сап, передача малярии имеется в туристическом центре Ангкор Ват)
  - 12) Китай (нет риска в городах и густо заселенных равнинных территориях)
  - 13) КНДР (ограниченный риск)
  - 14) Кыргызстан\* (потенциальный риск в южном регионе)
  - 15) Лаос (весь год, повсеместно, кроме Вьентьяна)
  - 16) Малайзия (только в ограниченных очагах в глубине страны)
  - 17) Мьянма (передача существует ниже 1000 метров)
  - 18) Непал (весь год в сельских районах Тераи)
  - 19) ОАЭ (ограниченный риск)
  - 20) Оман
  - 21) Пакистан (весь год, повсеместно, ниже 2000 метров)
  - 22) Папуа-Новая Гвинея (весь год, повсеместно, ниже 1800 метров)
  - 23) Республика Корея\* (ограниченный риск)
  - 24) Саудовская Аравия (весь год, больше всего в южном регионе (кроме провинции Асир. Нет риска в Мекке и Медине)
  - 25) Соломоновы острова (весь год, повсеместно, за исключением нескольких отдаленных островков)
  - 26) Сирия\* (с мая по октябрь, особенно на северо-востоке страны)
  - 27) Таджикистан (риск заражения – с июня по октябрь)
  - 28) Таиланд (весь год, повсеместно в сельских, особенно лесных и холмистых районах. Нет риска в городах и крупных туристических центрах (Бангкок, Паттайя, Пхукет, Чиангмай, Самуй)
  - 29) Тимор Восточный (весь год, повсеместно)
  - 30) Узбекистан\* (потенциальный риск в сельских районах Сурхандарьинской области)
  - 31) Филиппины (весь год, повсеместно, ниже 600 метров, кроме городских районов и равнин)
  - 32) Шри-Ланка (весь год, повсеместно, кроме дистриктов Коломбо, Калутара, Нуvara Элия)
2. Африка:
- 1) Алжир\* (риск ограничен одним очагом в Ихриве)

- 2) Ангола (весь год, повсеместно)
- 3) Бенин (весь год, повсеместно)
- 4) Ботсвана (с ноября по май-июнь в северной части страны)
- 5) Буркина Фасо (весь год, повсеместно)
- 6) Бурунди (весь год, повсеместно)
- 7) Габон (весь год, повсеместно)
- 8) Гамбия (весь год, повсеместно)
- 9) Гана (весь год, повсеместно)
- 10) Гвинея (весь год, повсеместно)
- 11) Гвинея-Бисау (весь год, повсеместно)
- 12) Джибути (весь год, повсеместно)
- 13) Египет (очень ограниченный риск передачи с июня по октябрь)
- 14) Замбия (весь год, повсеместно)
- 15) Зимбабве (весь год в долине реки Замбези, с ноября по июнь - в зонах ниже 1200 метров)
- 16) Кабо-Верде (ограниченный риск с сентября по ноябрь на острове Сантьягу)
- 17) Камерун (весь год, повсеместно)
- 18) Кения
- 19) Конго (весь год, повсеместно)
- 20) Коморские острова (весь год, повсеместно)
- 21) Кот д'Ивуар (весь год, повсеместно)
- 22) Либерия (весь год, повсеместно)
- 23) Маврикий (передача существует в некоторых сельских районах, кроме острова Родригес)
- 24) Мавритания (весь год, повсеместно, кроме северных территорий)
- 25) Мадагаскар (весь год, повсеместно, высокий риск в прибрежных районах)
- 26) Малави (весь год, повсеместно)
- 27) Мали (весь год, повсеместно)
- 28) Марокко\* (с мая по октябрь ограниченный риск в отдельных сельских районах провинции Хурибга)
- 29) Мозамбик (весь год, повсеместно)
- 30) Намибия (с ноября по май-июнь в северных районах, весь год – в долинах рек)
- 31) Нигер (весь год, повсеместно)
- 32) Нигерия (весь год, повсеместно)
- 33) Руанда (весь год, повсеместно)
- 34) Сан-Томе и Принсипи (весь год, повсеместно)
- 35) Свазиленд (весь год, во всех низких степных районах)

- 36) Сенегал (весь год, повсеместно)
- 37) Сомали (весь год, повсеместно)
- 38) Судан (весь год, повсеместно)
- 39) Сьерра-Леоне (весь год, повсеместно)
- 40) Танзания (весь год, повсеместно, ниже 1800 метров)
- 41) Того (весь год, повсеместно)
- 42) Уганда (весь год, повсеместно)
- 43) ЦАР (весь год, повсеместно)
- 44) Чад (весь год, повсеместно)
- 45) Экваториальная Гвинея (весь год, повсеместно)
- 46) Эфиопия (весь год, повсеместно, ниже 2000 метров)
- 47) Эритрея ЮАР (весь год в районах низкой высотности, высокий риск заражения с октября до мая)

### 3. Северная, Центральная Южная Америка:

- 1) Аргентина\* (низкий риск с октября по май в сельских районах провинций, пограничных с Боливией и Парагваем)
- 2) Белиз (весь год, повсеместно, кроме городских зон)
- 3) Боливия (весь год, повсеместно в сельских районах, ниже 2500 метров)
- 4) Бразилия (весь год в лесных районах, ниже 900 метров)
- 5) Венесуэла (весь год в некоторых сельских районах, риск тропической малярии в джунглях)
- 6) Гаити (весь год, повсеместно, в некоторых лесных районах)
- 7) Гайана (весь год, во всех внутренних районах страны)
- 8) Гватемала (весь год, ниже 1500 метров)
- 9) Французская Гвиана (весь год, повсеместно)
- 10) Гондурас (весь год, повсеместно)
- 11) Доминиканская республика (низкий риск тропической малярии существует весь год)
- 12) Колумбия (весь год, повсеместно в районах и джунглях ниже 800 метров)
- 13) Коста Рика (весь год, умеренный риск)
- 14) Мексика (весь год в отдельных сельских районах, нечасто посещаемых туристами)
- 15) Никарагуа (весь год в большинстве муниципалитетов)
- 16) Панама (низкий риск)
- 17) Парагвай\* (умеренный риск)
- 18) Перу (высокий риск, тропическая малярия)
- 19) Сальвадор (очень низкий риск)
- 20) Суринам (весь год, в прибрежных дистриктах – незначительный)
- 21) Эквадор (весь год, ниже 1500 метров)

#### 4. Европа:

1) Турция (риск заражения существует с мая по октябрь в юго-восточной части страны и на равнинах в Амикова и Чукурова)

\* - страны где есть риск заражения *P. vivax* – возбудитель трехдневной малярии.

Приложение 3  
к Санитарным правилам  
"Санитарно-эпидемиологические  
требования к организации и проведению  
санитарно-противоэпидемических  
(профилактических) мероприятий  
по предупреждению паразитарных  
заболеваний"

### **Перечень территорий, располагающихся в природных очагах клещевого энцефалита**

#### 1. Алматинская область:

- 1) Талгарский район
- 2) Енбекшиказахский район
- 3) Карасайский район
- 4) Раимбекский район
- 5) Алакольский район,
- 6) Аксуский район
- 7) Саркандский район
- 8) Кербулакский район
- 9) Ескельдинский район
- 10) Уйгурский район
- 11) окрестности городов Талдыкорган, Текели.

#### 2. Восточно-Казахстанская область:

- 1) Глубоковский район
- 2) Зыряновский район
- 3) Катон-Карагайский район
- 4) Кокпектинский район
- 5) Уланский район
- 6) Шемонаихинский район
- 7) окрестности городов Усть-Каменогорск, Риддер.

#### 3. город Алматы (окрестности).

