

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

Утративший силу

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 18 апреля 2018 года № 175. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 5 июня 2018 года № 16991. Утратил силу приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 16 мая 2022 года № ҚР ДСМ-44.

Сноска. Утратил силу приказом Министерства здравоохранения РК от 16.05.2022 № ҚР ДСМ-44 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней 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 и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний".

2. Признать утратившими силу:

1) приказ Министерства национальной экономики Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 283 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10933, опубликован в Информационно-правовой системе "Әділет" 20 мая 2015 года);

2) пункт 5 перечня некоторых приказов Министерства национальной экономики Республики Казахстан, в которые вносятся изменения, утвержденных приказом Министерства национальной экономики Республики Казахстан от 29 августа 2016 года № 389 "О внесении изменений в некоторые приказы Министерства национальной экономики Республики Казахстан" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14308, опубликован в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов 26 октября 2016 года).

3. Комитету охраны общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Республиканский центр правовой информации" для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа направление его копии на официальное опубликование в периодические печатные издания;

4) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

5) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа представление в Департамент юридической службы сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2), 3) и 4) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Цой А.В.

5. Настоящий приказ вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

Е. Биртанов

"СОГЛАСОВАН"

Заместитель Премьер-Министра
Республики Казахстан –
Министр сельского хозяйства
Республики Казахстан

_____ У. Шукеев
21 мая 2018 года

"СОГЛАСОВАН"

Министр образования и науки
Республики Казахстан

_____ Е. Сагадиев
10 мая 2018 года

Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-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" (далее – Кодекс) и устанавливают требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний (трихинеллез, тениаринхоз, тениоз, описторхоз, дифиллоботриоз, эхинококкоз, альвеококкоз, токсокароз, энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, трихоцефалез, малярия, лямблиоз, токсоплазмоз, клещевой вирусный энцефалит, болезнь Лайма, лейшманиозы, чесотка, дерматомикозы, педикулез).

2. В настоящих Санитарных правилах применяются следующие термины и определения:

- 1) ВИЧ – вирус иммунодефицита человека;
- 2) аскаридоз – кишечный геогельминтоз, в ранней фазе которого характерно развитие легочных эозинофильных инфильтратов и аллергических реакций, а в поздней – диспептических явлений с возможными тяжелыми осложнениями. Возбудитель – круглый гельминт-нематода;
- 3) малярия – группа инфекционных болезней, вызываемых простейшими кровепаразитами рода плазмодиум (*Plasmodium*), передающихся в естественных условиях через укусы малярийных комаров;
- 4) местный случай малярии – случай, возникший в результате распространения инфекции от завозного случая;
- 5) завозной случай малярии – случай, когда заражение или заболевание произошло вне зоны, в которой он был обнаружен, и когда его происхождение связано с пребыванием в известной малярийной зоне;
- 6) гельминтозы – заболевания, вызываемые паразитированием гельминтов в организме человека или животного (трихинеллез, тениаринхоз, тениоз,

описторхоз, дифиллоботриоз, эхинококкоз, альвеококкоз, токсокароз, энтеробиоз, гименолепидоз, аскаридоз, трихоцефалез).

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

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

9) дифиллоботриозы – гельминтоз из группы цестодозов с зооантропонозной инвазией, протекающих с диспептическими расстройствами и возможным развитием В12дефицитной анемии;

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

11) инвазия – поражение человека возбудителем паразитарного заболевания;

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

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

14) лямблиоз – антропонозная паразитарная инвазия, чаще протекающая как бессимптомное паразитоносительство, в тяжелых случаях развиваются дисфункции кишечника. Возбудитель - из класса жгутиконосцев;

15) описторхоз – зооантропонозный биогельминтоз с преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Возбудители – плоские гельминты-трематоды;

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

17) педикулез – специфическое паразитирование на человеке вшей, питающихся его кровью;

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

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

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

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

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

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

24) тениоз – биогельминтоз, проявляющийся диспептическими нарушениями и функциональными расстройствами центральной нервной системы, с возможными тяжелыми органическими поражениями головного мозга, глаз. Возбудитель – свиной цепень;

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

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

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

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

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

30) энтомологическое обследование - проведение видовой диагностики членистоногих, являющихся переносчиками паразитарных и инфекционных заболеваний;

31) эхинококкоз – гельминтоз, проявляющийся у человека в двухклинических формах – гидатидозный (однокамерный) эхинококкоз и альвеолярный (многокамерный) эхинококкоз. Протекают по типу объемных процессов в печени, легких, головном мозге, сердце и костях. Возбудители – ленточные гельминты.

Глава 2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний

Параграф 1. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению трихинеллеза, тениаринхоза и тениоза

3. В целях профилактики заболеваний трихинеллезом, тениаринхозом и тениозом медицинские организации по эпидемиологическим и клиническим показаниям проводят:

1) выявление больных лиц, в том числе среди декретированных групп населения, амбулаторных и стационарных больных;

2) исследование фекалий и перианального соскоба для выявления больных тениаринхозом и тениозом. Сбор анамнеза на предмет выделения члеников тениид;

3) серологическое обследование больных и лиц, подозрительных на трихинеллез (исследование парных сывороток с 10 по 14 календарный день после первого результата анализа и на 4-6-й неделе после заражения), употреблявших зараженное трихинеллами мясо (через две недели после употребления);

4) ежегодное серологическое обследование животноводов и членов их семей, работников мясокомбинатов, мясных производств и цехов, свиноводческих ферм, боен, охотников на территориях с высоким риском заражения;

5) персональный учет, лечение и динамическое наблюдение больных лиц (больные трихинеллезом подлежат лечению в условиях стационара);

6) представление внеочередной информации на каждый случай заболевания трихинеллезом в территориальное подразделение государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - территориальное подразделение);

7) диспансерный учет переболевших лиц трихинеллезом в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в течение шести месяцев. В период учета через две недели, два и шесть месяцев после завершения лечения больным проводится исследование состава крови, со снятием электрокардиограммы. При наличии остаточных клинических проявлений болезни и изменений электрокардиограммы – динамическое наблюдение продлевается до 12 месяцев, при показателях в пределах нормы пациент снимается с учета;

8) диспансерный учет переболевших лиц тениаринхозом и тениозом в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в течение четырех месяцев. В период диспансерного учета через два и четыре месяца больных подвергают контрольным лабораторным обследованиям и при наличии двух отрицательных анализов (в конце четвертого месяца наблюдения) пациент снимается с диспансерного учета;

9) лабораторное обследование населения на территориях, где обнаружено заболевание тениаринхозом и тениозом у животных.

4. В случаях регистрации заболеваний трихинеллез, тениаринхоз и тениоза, передающегося через мясо, территориальное подразделение совместно с подразделением местного исполнительного органа по ветеринарии организуют и проводят совместное расследование случаев с обследованием очагов для выявления факторов и путей передач заболеваний.

5. В целях предупреждения случаев заболеваний трихинеллез, тениаринхоз и тениоз территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости, проводимый ежегодно территориальными подразделениями с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий, долгосрочного программно-целевого планирования (далее-ретроспективный анализ);

2) оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости, проводимый ежемесячно территориальными подразделениями для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных профилактических мероприятий (далее - оперативный анализ);

3) районирование территории по степени эпидемического неблагополучия по заболеваемости трихинеллезом, тениаринхозом и тениозом, определение типа очагов;

4) определение комплекса санитарно - профилактических мероприятий, планирование сроков их реализации, оценку эффективности.

Параграф 2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению описторхоза и дифиллоботриоза

6. В целях профилактики заболеваний описторхозом и дифиллоботриозом медицинские организации по эпидемиологическим и клиническим показаниям проводят:

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;

5) динамическое наблюдение за переболевшими описторхозом лицами 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.

7. Для выявления больных описторхозом лиц применяют методы клинического, эпидемиологического и лабораторного обследования (копроовоскопический, серологический, исследование дуоденального содержимого).

8. В случаях регистрации заболеваний описторхоз и дифиллоботриоз, передающегося через рыбу, территориальные подразделения совместно с подразделениями местного исполнительного органа по ветеринарии организуют и проводят комплекс мер борьбы с описторхозом и дифиллоботриозом:

1) эпидемиолого - эпизоотологическую оценку рыбохозяйственных водоемов на основе изучения паразитологического состояния водоемов (благополучен или неблагополучен) с исследованием 1 раз в год следующих 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 санитарно-паразитологических исследований объектов внешней среды (почва, вода, ил);

3) в эндемичных по описторхозу территориях республики проведение мониторинга 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.

9. В целях профилактики описторхоза и дифиллоботриоза определяется место обеззараживания (утилизации) рыбной продукции, содержащей живых паразитов опасных для здоровья человека и животных, товаропроизводителем (поставщик) по согласованию и под контролем территориального подразделения и подразделения местного исполнительного органа по ветеринарии.

10. В целях предупреждения случаев заболеваний описторхоз и дифиллоботриоз территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

- 1) оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения описторхозом и дифиллоботриозом;
- 2) районирование территории по степени эпидемического неблагополучия по заболеваемости описторхозом и дифиллоботриозом, определение типа очагов;
- 3) выявление контингентов риска, подверженных опасности заражения возбудителями описторхоза и дифиллоботриоза;
- 4) выявление факторов и путей передачи описторхоза и дифиллоботриоза;
- 5) определение комплекса профилактических мероприятий, планирование сроков их реализации, оценку эффективности.

Параграф 3. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению эхинококкоза и альвеококкоза

11. В целях профилактики заболеваний эхинококкозом и альвеококкозом медицинские организации по эпидемиологическим и клиническим показаниям, проводят обследование:

- 1) лиц из групп риска, с кратностью один раз в год, к которым относятся:
 - работники животноводческих ферм, мясоперерабатывающих предприятий, убойных пунктов, убойных площадок, объектов утилизации и захоронения животных и члены их семей;
 - чабаны, охотники, егери и члены их семей;
 - работники мастерских по переработке пушно-мехового сырья и члены их семей;
 - ветеринарные работники и члены их семей;
 - работники звероферм, заповедников, зоопарков и члены их семей;
 - лица, ранее оперированные или состоящие на диспансерном учете по поводу эхинококкозов и члены их семей;
- 2) амбулаторных и стационарных больных.

12. Для выявления больных эхинококкозом и альвеококкозом в медицинских организациях применяют комплексные методы исследований: сероиммунологические и рентгено-инструментальные (ультразвуковое исследование брюшной полости, флюорография легких).

13. Сероиммунологическое обследование групп риска на эхинококкоз и альвеококкоз проводится клинико-диагностическими лабораториями медицинских организаций, а контактные лица обследуются в территориальном филиале Республиканского государственного казенного предприятия на праве

хозяйственного ведения "Национальный центр экспертизы" Комитета по охране общественного здоровья Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее - филиал).

14. 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 по месту регистрации и жительства больного не позднее 10 календарных дней после оперативного вмешательства.

15. В целях профилактики эхинококкоза и альвеококкоза послеоперационный материал (после эхинококкэктомии) обеззараживается в растворах дезинфицирующих средств и утилизируется в коробках безопасной утилизации класса "Б", в соответствии с Санитарными правилами "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения", утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 31 мая 2017 года № 357 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №15760).

16. В целях профилактики рецидивов заболеваний эхинококкоза и альвеококкоза врач-хирург и врач-инфекционист медицинской организации по месту жительства, при его отсутствии - врач общей практики проводят:

1) динамическое наблюдение за оперированными больными по поводу эхинококкоза, альвеококкоза и лицами с положительными титрами антител;

2) предоставление списка лиц, состоящих на диспансерном учете в терапевтические и педиатрические участки поликлиник, для вызова больных к комплексному обследованию.

17. Требования к срокам и кратности динамического наблюдения:

1) лица с положительным результатом сероиммунологических исследований, 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 положительных в течение пяти лет с момента динамического наблюдения клинико-лабораторных и инструментальных показателей пациент снимается с диспансерного учета.

18. Мониторинг охвата динамическим наблюдением больных эхинококкозом, альвеококкозом и серопозитивных лиц осуществляет специалист областного управления здравоохранения, города республиканского значения и столицы.

19. В случаях регистрации заболеваний эхинококкоз и альвеококкоз территориальные подразделения и подразделения местного исполнительного

органа по ветеринарии организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) взаимный обмен информацией по заболеваемости эхинококкозом и альвеококкозом среди людей и животных;

2) разработку и утверждение комплексных мероприятий по противодействию эхинококкозу и альвеококкозу совместно с медицинскими организациями с учетом эпидемической и эпизоотической ситуации на конкретной территории;

3) ежегодное обновление перечня очагов эхинококкоза, альвеококкоза, медико-биологическое районирование обслуживаемой территории по типам очагов;

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

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

6) проведение в течение семи календарных дней со дня поступления экстренного извещения эпидемиологическое обследование очагов эхинококкоза и альвеококкоза;

7) контроль лабораторного обследования групп риска;

8) санитарно-просветительную работу среди населения по вопросам профилактики эхинококкоза и альвеококкоза.

Параграф 4. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению токсокароза

20. В целях профилактики заболевания токсокарозом медицинские организации по эпидемиологическим и клиническим показаниям обеспечивают:

1) обследование лиц из групп риска, с кратностью один раз в год, к которым относятся:

дети трех – пяти лет, интенсивно контактирующие с почвой;

ветеринарные специалисты, работники питомников для собак, рабочие фермерских хозяйств, садоводы, продавцы овощных магазинов;

умственно отсталые, психически больные с привычкой землеедения (геофагии), лица с низким уровнем гигиенических навыков, а также психически здоровые люди с привычкой землеедения (геофагии);

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

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

3) проведение повторных курсов лечения при рецидивах клинической симптоматики, стойкой эозинофилии и положительных иммунологических реакциях;

4) динамическое наблюдение за переболевшими лицами в течение шести месяцев с проведением трехкратного сероиммунологического обследования каждые два месяца. 21. В целях предупреждения заболевания токсокарозом территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости токсокарозом населения;

2) районирование территорий по степени эпидемического неблагополучия по заболеваемости токсокарозом, определение типа очагов;

3) выявление контингентов риска, подверженных опасности заражения возбудителями токсокароза;

4) выявление факторов и путей передачи токсокароза;

5) определение комплекса профилактических мероприятий, планирование сроков их реализации, оценку эффективности;

6) контроль защиты игровых детских площадок, парков, скверов от посещений животных;

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

Параграф 5. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению энтеробиоза и гименолепидоза

22. В целях профилактики заболеваний энтеробиозом и гименолепидозом медицинские организации по эпидемиологическим и клиническим показаниям проводят обследование:

1) детей, посещающих дошкольные организации образования – при поступлении и переводе из группы в группу, в дальнейшем один раз в год;

2) декретированных групп населения при медицинских осмотрах;

3) пациентов медицинских организаций;

4) лиц, контактировавших с больным энтеробиозом или гименолепидозом;

5) лиц, посещающих спортивные группы по водным видам спорта – при поступлении в спортивные секции и в дальнейшем один раз в год.

23. Лабораторное обследование населения по эпидемиологическим показаниям (в очагах) на энтеробиозы и гименолепидозы проводят филиалы.

24. Для профилактики рецидивов заболеваний энтеробиоза и гименолепидоза медицинские организации проводят следующие мероприятия:

1) динамическое наблюдение за переболевшими гименолепидозом лицами в течение шести месяцев после окончания лечения с лабораторным исследованием фекалий: в первые два месяца наблюдения – каждые две недели, далее - ежемесячно;

2) повторную дегельминтизацию не излеченных от гименолепидоза больных с продлением динамического наблюдения до года;

3) динамическое наблюдение за переболевшими энтеробиозом проводится в течение 10 – 14 календарных дней с обязательным взятием двух анализов с интервалом три дня;

4) повторную дегельминтизацию не излеченные от энтеробиоза больные через две недели после окончания первого курса лечения с продлением динамического наблюдения до 1 месяца.

25. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеваниям энтеробиоз и гименолепидоз территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-противоэпидемические мероприятия:

1) эпидемиологическое обследование очага на объектах образования и домашних очагов детей, посещающих объекты образования, при регистрации каждого случая гименолепидоза и трех и более случаев энтеробиоза;

2) контроль отстранения выявленных на объектах образования больных энтеробиозом или гименолепидозом от посещения коллектива на период лечения и до отрицательного результата лабораторного обследования;

3) контроль перевода выявленных больных энтеробиозом или гименолепидозом в стационарах в отдельную палату или в карантинное отделение на период лечения до отрицательного результата контрольного обследования;

4) контроль проведения на объектах образования следующих санитарно-противоэпидемических мероприятий:

- ежедневную смену постельного и нательного белья детей;
- чистку одеял, матрацев, подушек пылесосом или вытряхивание их вне помещений в течение трех дней, начиная с первого дня лечения;
- замену или обработку дезинфицирующими средствами песка в песочницах;
- ежедневную двукратную влажную уборку помещений с применением моющих и дезинфицирующих средств;

- обеззараживание ультрафиолетовым бактерицидным излучением воздуха помещений;

- чистку мягкой мебели, ковров, дорожек, мягких игрушек пылесосом и обеззараживание ультрафиолетовым бактерицидным излучением (затем ковры и игрушки убирают до завершения заключительной дезинфекции);

- мойку твердых и резиновых игрушек с применением моющих и дезинфицирующих средств.

26. В целях предупреждения случаев заболеваний энтеробиозом и гименолепидозом территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) лабораторный контроль состояния внешней среды для выявления факторов и путей передачи энтеробиоза и гименолепидоза 1 раз в год (санитарно-паразитологическое исследование воды бассейнов, песка песочниц, смывов, пыли). В каждом обследуемом объекте образования, производят забор не менее 10 – 15 смывов в одной группе (классе);

2) контроль проведения на объектах образования следующих санитарно - профилактических мероприятий:

- обеспечения детей индивидуальными (разовыми) полотенцами, постельным бельем, жидким мылом и предметами личной гигиены;

- хранения зубных щеток и посуды для полоскания рта (индивидуальные) в открытых ячейках;

- использования игрушек, поддающихся мытью;

- мытья пластмассовых и резиновых игрушек горячей водой с мылом, не реже одного раза в день;

-стирки и глажки утюгом кукольной одежды;

- ежедневного очищения мягких игрушек от пыли с проветриванием на открытом воздухе или облучение бактерицидными лампами с расстояния не менее 25 сантиметров (далее – см) в течение 30 минут;

- маркирования постельных принадлежностей и уборочного инвентаря;

- пользования детей индивидуальными горшками под наблюдением обслуживающего персонала. Горшки после использования промываются горячей водой (температура не ниже 60 градусов) с дезинфицирующим раствором;

- ежедневного мытья унитазов, ванн, ручек дверей, пола, кранов и панелей горячей водой с применением моющих средств;

- смены песка в песочницах один раз в месяц с закрытием песочниц щитами в теплое время года;

- сквозного проветривания, ежедневной влажной уборки и мытье спортивного инвентаря в спортивных залах;

- недопущения больных детей в общественный бассейн в период лечения.

Параграф 6. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению аскаридоза и трихоцефалеза

27. В целях профилактики заболеваний аскаридозом и трихоцефалезом медицинские организации проводят следующие мероприятия:

1) обследование лиц из групп риска, с кратностью один раз в год, к которым относятся:

- дети дошкольного и младшего школьного возраста;
- сельскохозяйственные рабочие;
- работники теплиц и оранжерей;
- дачники;

2) выявление больных в плановом порядке и по эпидемиологическим показаниям;

3) оздоровление очагов с контролем эффективности дегельминтизации путем трехкратного исследования фекалий с интервалом в десять – пятнадцать календарных дней.

28. Территориальные подразделения в случае регистрации заболеваний аскаридозом и трихоцефалезом организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения аскаридозом и трихоцефалезом;

2) районирование территории по степени эпидемического неблагополучия по заболеваемости аскаридозом и трихоцефалезом, определение типа очагов;

3) выявление контингентов риска, подверженных опасности заражения возбудителями аскаридоза и трихоцефалеза;

4) выявление факторов и путей передачи аскаридоза и трихоцефалеза;

5) определение комплекса профилактических мероприятий, планирование сроков их реализации, оценку эффективности;

6) эпидемиологическое обследование очага;

7) санитарно-эпидемиологический мониторинг в очагах;

8) контроль полноты охвата, сроков и эффективности обследования лиц декретированной группы населения на аскаридоз и трихоцефалез не реже 1 раза в год;

9) контроль эффективности выявления больных детей в лабораториях медицинских организаций с выборочным обследованием детей дошкольного и школьного возраста с трех до семи лет, с семи до четырнадцати лет, посещающих объекты образования;

10) проведение контрольных копроовоскопических обследований членов семьи больного.

29. Санитарно-профилактические 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).

30. При эпидемиологическом обследовании очага аскаридоза и трихоцефалеза 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.

31. При отсутствии вновь выявленных больных и возбудителей в окружающей среде специалист территориального подразделения совместно со специалистом медицинской организации проводят снятие очага с учета наблюдения.

Параграф 7. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению малярии

32. В целях профилактики заболевания малярией медицинские организации по эпидемиологическим и клиническим показаниям проводят обследование:

- 1) лиц, прибывшие из стран эндемичных по малярии в течение последних трех лет при постановке на учет и при появлении следующих синдромов: повышение температуры, озноб, недомогание, головная боль, увеличение печени и селезенки, желтушность склер и кожных покровов, герпес, анемия;
- 2) больных, лихорадящих в течение трех дней в эпидемический сезон по малярии и в течение пяти дней в остальное время года;
- 3) больных с продолжающимися периодическими подъемами температуры тела, несмотря на проводимое лечение в соответствии с установленным диагнозом;
- 4) реципиентов при повышении температуры тела в последние три месяца после переливания крови, ее компонентов и препаратов;
- 5) лиц, проживающих в очаге малярии, при любом повышении температуры тела;

б) лиц, переболевших малярией, при любом заболевании, сопровождающемся повышением температуры.

33. Образцы крови от лиц с подозрением на малярию исследуют в клиничко-диагностической лаборатории медицинской организации с подтверждением результата исследования в филиале.

34. Все положительные и 10 процентов (далее – %) от общего числа просмотренных образцов крови клиничко-диагностическая лаборатория медицинской организации направляет для контрольного исследования в филиал, который далее направляет их в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения "Национальный центр общественного здравоохранения" Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее - Национальный центр).

35. В очаге малярии работники медицинских организаций проводят подворные (поквартирные) обходы 1 раз в 2 недели с санитарным просвещением населения. Медицинские работники обеспечивают взятие препаратов крови у выявленных больных с симптомами, не исключающими малярию, и их доставку в лабораторию в тот же день. В сопроводительном документе на каждого больного указываются личные данные, дата обследования, температура тела и симптомы.

36. Лечение больных малярией проводится в условиях стационара, исследование препаратов крови больного проводят в первый и четвертый день лечения и перед выпиской.

37. При наличии потенциальных источников инфекции, в сезон передачи малярии, работники медицинских организаций проводят предварительное лечение лиц в очаге с симптомами малярии однократной дозой противомаларийного препарата с гаметоцидным действием, если срочное лабораторное исследование препарата крови невозможно.

38. В случае локальной вспышки местной малярии, в сезон эффективной заражаемости комаров, подтвержденной эпидемиологическим обследованием очагов, медицинские работники проводят сезонную химиопрофилактику населения противомаларийными препаратами с гаметоцидным действием. Если в населенном пункте случаи малярии локализованы на отдельном участке, химиопрофилактику проводят по микроочаговому принципу.

39. Для предупреждения проявлений трехдневной малярии с длительной инкубацией, после завершения сезона передачи или перед началом следующего эпидемического сезона, медицинские работники проводят межсезонную химиопрофилактику, согласно посемейным спискам.

40. Динамическое наблюдение лиц, переболевших малярией, устанавливается в течение трех лет с момента их выздоровления с ежегодным исследованием крови.

41. Руководители местных органов государственного управления здравоохранением обеспечивают наличие неснижаемого запаса противомалярийных препаратов.

42. В целях предупреждения заболевания малярией территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения малярией;

2) маляриогенное деление населенных пунктов и территорий по степени опасности возобновления местной передачи малярии;

3) контроль раннего выявления больных, диагностики случаев малярии;

4) эпидемиологическое расследование каждого случая малярии;

5) классификацию очагов малярии;

6) контроль мер борьбы с переносчиками;

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

8) своевременное информирование туристических фирм и организаций, связанных в своей деятельности с эндемичными странами, о территориях, неблагоприятных по малярии и тропическим паразитарным болезням, о необходимости их профилактики и личной ответственности за свою безопасность;

9) изучение историй поездки лиц, подозрительных на малярию, в зараженные районы;

10) проверку медицинских документов, подтверждающие прохождение медицинского обследования и лабораторные анализы;

11) информирование населения.

43. 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), которые используются для определения степени маляриогенности населенных пунктов (территорий) и дальнейших профилактических мероприятий.

44. Результаты эпидемиологического расследования случаев малярии направляются в Национальный центр в течение одного месяца после проведения обследования.

45. При выявлении больного малярией или паразитоносителя в сезон эффективной заражаемости комаров филиалами организуются и проводятся следующие санитарно-профилактические мероприятия:

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;

5) 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;

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

7) паспортизация водоемов в населенном пункте и не менее трех километров зоны вокруг него;

8) организация противомаларийных обработок по эпидемиологическим и энтомологическим показаниям.

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

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

48. Медицинские работники медико-санитарной части или пункта пропуска через государственную границу:

1) инструктируют членов экипажей самолетов о мерах личной профилактики;

2) обеспечивают членов экипажа памятками;

3) информируют об эпидемиологической ситуации в странах, куда выполняются рейсы;

49. Организации, имеющие сведения о военнослужащих, демобилизованных, беженцах, вынужденных переселенцах, мигрантах, прибывших из неблагополучных по малярии территорий, по запросу территориальных подразделений информируют о сроках прибытия и местах проживания указанных групп лиц.

Параграф 8. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению лямблиоза и токсоплазмоза

50. В целях профилактики заболевания лямблиозом медицинские организации организуют и проводят следующие мероприятия:

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

2) лабораторное исследование фекалий и дуоденального содержимого в период динамического наблюдения - ежемесячно в течение трех месяцев;

3) лечение лямблиоза.

51. В целях предупреждения заболевания лямблиозом территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения лямблиозом;

2) выявление факторов и путей передачи лямблиоза;

3) определение комплекса профилактических мероприятий, планирование сроков их реализации, оценку эффективности;

4) контроль за обеспечением населения доброкачественной питьевой водой;

5) соблюдение санитарно-профилактического режима на объектах образования;

6) эпидемиологическое обследование очага лямблиоза при регистрации трех и более случаев заболевания в детских организованных коллективах;

7) обследование контактных лиц.

52. В целях профилактики заболевания токсоплазмозом медицинские организации проводят следующие мероприятия:

1) обследование лиц из групп риска к которым относятся:

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

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

пациенты с выявленными кальцификатами различной величины;

лица, зараженные ВИЧ – при постановке на учет или поступлении на стационарное лечение по клинико-эпидемиологическим показаниям;

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

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;

2) обследованием пациентов 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 или поступлении на стационарное лечение по клинико-эпидемиологическим показаниям;

3) учет и регистрацию лиц с серопозитивными результатами исследований крови на токсоплазмоз;

4) динамическое наблюдение за серопозитивными лицами;

5) информирование территориальных подразделений – ежеквартально (список выявленных серопозитивных лиц с указанием личных данных).

53. Динамическому наблюдению по токсоплазмозу подлежат:

1) беременные женщины из групп риска в течение беременности;

2) дети до десяти лет, родившиеся от матерей с точно установленным инфицированием во время беременности с серологическим обследованием два раза в год;

3) дети с документированной острой стадией приобретенного токсоплазмоза с дальнейшим медицинским наблюдением у офтальмолога, невропатолога в течение одного года с сероиммунологическим обследованием один раз в три месяца.

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

55. Лица с латентной формой хронической стадии токсоплазмоза динамическому наблюдению не подлежат.

56. Эпидемиологическое обследование очага токсоплазмоза не проводится, так как больной токсоплазмозом не представляет эпидемиологической опасности

Параграф 9. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению клещевого вирусного энцефалит и болезни Лайма

57. В целях профилактики заболевания клещевым вирусным энцефалитом (далее - клещевой энцефалит) и болезни Лайма медицинские организации организуют и проводят следующие мероприятия:

- 1) своевременную регистрацию и учет случаев заболеваний и лиц, пострадавших от укусов клещей;
- 2) диагностику заболевания;
- 3) госпитализацию больных;
- 4) лечение больных и динамическое наблюдение за переболевшими лицами;
- 5) иммунизацию подлежащего контингента.

58. Учету и регистрации подлежат лабораторно подтвержденные случаи клещевого энцефалита. Учет и регистрация случаев болезни Лайма допускается по клинико-эпидемиологическим показаниям в случае отрицательных результатов лабораторных исследований.

59. Динамическое наблюдение за переболевшими клещевым энцефалитом лицами проводится врачом-невропатологом в течение двух лет и более в зависимости от состояния здоровья пациента.

60. Динамическое наблюдение за лицами, пострадавшими от укуса клеща, проводится медицинской организацией по месту жительства в течение двадцати одного календарного дня с регулярной термометрией.

61. Иммунизацию против клещевого энцефалита осуществляют медицинские организации.

62. Профилактической иммунизации подлежат лица, деятельность которых связана с пребыванием в природном очаге клещевого энцефалита.

63. Руководители медицинских организаций ежегодно представляют в территориальные подразделения список лиц, подлежащих профилактической иммунизации.

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

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

66. Территориальное подразделение и местный орган управления здравоохранения на эндемичной территории организуют и проводят:

1) своевременное выявление и регистрацию случаев профессиональных заболеваний клещевым энцефалитом и болезни Лайма;

2) определение потребности противоклещевой вакцины, иммуноглобулина для лечения больных и серопротекцию укушенных клещами лиц, диагностикумов для сероиммунологических исследований на клещевой энцефалит.

67. В целях предупреждения заболеваний клещевым энцефалитом и болезни Лайма территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) оперативный и ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости населения клещевым энцефалитом и болезни Лайма;

2) выявление контингентов риска;

3) определение комплекса профилактических мероприятий, планирование сроков их реализации, оценку эффективности;

4) мониторинг численности переносчиков клещевого энцефалита и болезни Лайма, изучение их численности, видового состава и фенологии;

5) эпидемиологическое расследование случаев клещевого энцефалита и болезни Лайма;

6) эпидемиологическую оценку территории для установления контингентов повышенного риска заражения;

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

8) организацию и методическое руководство мероприятиями по борьбе с клещами-переносчиками;

9) информирование населения.

68. Филиал проводит серологическое исследование (иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция) снятого с тела человека клеща на зараженность вирусом клещевого энцефалита, при его отрицательном результате - иммуноглобулин не вводится.

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

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

71. Руководители детских оздоровительных лагерей проводят:

- 1) расчистку и благоустройство территории, и прилегающую территорию в радиусе не менее ста метров, перед началом заезда отдыхающих;
- 2) санитарную рубку леса, обрезание деревьев и кустарников, удаление сухостоя и валежника, скашивание травы, уничтожение свалок бытового, строительного и растительного мусора, расчистку 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) противоклещевую обработку и расчистку 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) дератизацию.

72. В природных очагах клещевого энцефалита филиалы организуют и проводят противоклещевую обработку.

73. Проведение всех видов противоклещевых мероприятий осуществляется под обязательным энтомологическим контролем. Контроль эффективности дезинсекционных 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.

Параграф 10. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению лейшманиозов

74. В целях профилактики заболеваний лейшманиозами медицинские организации обеспечивают следующие мероприятия:

- 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 инфекционного профиля;
- 4) подтверждение лабораторными методами (микроскопический, серологический, полимеразная цепная реакция) клинического диагноза

лейшманиоза. Все положительные результаты направляются для контрольного исследования в филиал и 20% результатов от общего количества – в Национальный центр;

5) проведение динамического наблюдения за переболевшими кожной формой лейшманиоза в течение одного года, висцеральной – двух лет.

Кратность медицинских осмотров и назначение лабораторных исследований переболевшим лейшманиозами принимается врачом-инфекционистом в зависимости от состояния переболевшего.

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

76. В случаях регистрации случаев лейшманиоза территориальное подразделение совместно с подразделением местного исполнительного органа по ветеринарии организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) эпизоотолого-эпидемиологическое обследование очага;

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

3) 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);

4) картирование территорий, где расположены колонии больших песчанок;

5) оценку эффективности проводимых противолейшманиозных мероприятий;

6) информирование населения.

77. Филиалы при регистрации случаев лейшманиоза организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

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

2) дезинсекцию и дератизацию в природных очагах кожного лейшманиоза.

78. Дезинсекционные мероприятия включают поселковую и нортовую дезинсекцию во всех населенных пунктах, где происходит выплод mosquitos.

79. Дератизационные мероприятия при каждом лейшманиозе заключаются в проведении родентицидных обработок эндемичных территорий.

80. Перед проведением обработок определяют площадь зданий. В помещениях измеряют площади поверхностей, которые подвергаются обработкам.

81. Обработке подвергаются жилые помещения, а также помещения для скота . Стены построек снаружи обрабатываются от основания на высоту 50-60 см от земли.

82. В зависимости от количества генераций moskitov и продолжительности действия инсектицида проводятся от 1 до 2 обработок за сезон.

83. Первый тур поселковой обработки начинается до вылета первой генерации (ориентировочно в конце апреля начале мая). Второй тур проводится в июле (направлен на подавление второй генерации moskitov, играющих решающую роль в переносе возбудителей зоонозного кожного лейшманиоза).

84. Для уничтожения moskitov в природных очагах обрабатываются все норы грызунов, расположенные в 1-3 километровой радиусе вокруг каждого населенного пункта и полевого стана.

85. Дератизационная обработка нор проводится путем раскладки препаратов во все без исключения отверстия нор. Дозировка препарата рассчитывается согласно инструкции прилагаемой к препарату изготовителем.

86. Для дератизации используются родентициды острого токсического действия и родентициды антикоагулянтного токсического действия.

87. В качестве приманочной основы применяется смесь зерна (пшеницы или кукурузы) с аттрактантами (растительное масло, сахар). На 100 весовых частей зерна добавляют 3 весовые части аттрактантов.

88. Оптимальный период проведения дератизационных обработок при кожном лейшманиозе – май-июнь и октябрь-ноябрь месяцы.

89. Критерии оценки эффективности противолейшманиозных дератизационных мероприятий:

1) хорошая эффективность – свободная площадь от грызунов составляет более 90%;

2) удовлетворительная эффективность – от 80 до 90%;

3) неудовлетворительная эффективность – ниже 80%.

90. Оценку эффективности противолейшманиозных дезинсекционных мероприятий открытых территорий проводят через 24-48 часов после обработок, в помещениях – через 5-7 календарных дней. Требуемая эффективность дезинсекционных обработок - гибель не менее 90-95% moskitov.

91. С целью уменьшения численности грызунов проводят механические разрушения нор. Пахотные работы по разрушению колоний больших песчанок проводят в течение всего бесснежного периода года. Ранней весной, при мягком грунте, требуемая глубина распашки составляет не менее 50 см (до 80 см). В самые жаркие и сухие месяцы, когда почва становится сухой и твердой, средняя глубина распашки - в пределах 40-45 см.

92. Распашку колоний начинают по ее центру и далее делают круговые движения по часовой стрелке к периферии колонии. При этом захватывается площадь в 1,5-2 метра от периферийных норových отверстий. Радиус охвата - до 3 км.

93. Распашка колоний неприемлема для разрушения колоний песчанок, которые расположены по берегам каналов и арыков, на железнодорожных насыпях, кладбищах, а также в лесозащитных полосах.

Параграф 11. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению чесотки

94. В целях профилактики заболевания чесоткой медицинские организации по эпидемиологическим показаниям организуют и проводят осмотр на чесотку:

1) детей, проживающих в организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, учащихся школ-интернатов – еженедельно ;

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

3) детей, выезжающих в оздоровительные организации;

4) учащихся объектов образования – ежеквартально после каникул;

5) лиц из числа декретированной группы населения при профилактических осмотрах;

6) стационарных больных;

7) лиц, посещающих спортивные группы по водным видам спорта, восточных единоборств и борьбы – при поступлении в спортивные секции и в дальнейшем один раз в год.

95. Результаты медицинского осмотра пациентов на чесотку, поступающих на стационарное лечение, регистрируют в медицинских картах стационарного больного формы 003/у, в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 6697).

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

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

98. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеванию чесоткой территориальные подразделения контролируют организацию и проведение медицинскими организациями следующих санитарно-противоэпидемических мероприятий:

1) медицинского осмотра и однодневного профилактического лечения членов семьи больного чесоткой;

2) медицинского наблюдения за контактными лицами с больным чесоткой в организованном коллективе в течение сорока пяти календарных дней (первые десять календарных дней ежедневно, далее – один раз каждые десять календарных дней);

3) изоляции больного чесоткой в отдельную палату или бокс при стационарном лечении;

4) выделения больному в домашних условиях отдельной постели и предметов индивидуального пользования (белье, полотенце, игрушки), которые держат отдельно от тех, которыми пользуются члены семьи;

5) текущей дезинфекции в медицинских организациях и на объектах образования, которую проводит медицинский персонал, в домашних очагах–лица, ухаживающие за больным или сам больной;

6) текущей дезинфекции в скабиозориях, стационарах, изоляторах школ-интернатов, домов ребенка, детских домов, а также в домашних очагах, где больные чесоткой лечатся на дому;

7) обеззараживания нательного и постельного белья кипячением в 1 – 2 % растворе соды или любого стирального порошка в течение десяти минут с момента закипания;

8) ежедневной влажной уборки помещения, а в детских коллективах два-три раза в день горячим 1 – 2 % мыльно-содовым раствором;

9) кипячения или помещения в дезинфицирующий раствор уборочного материала после использования;

10) обработки обуви дезинфицирующим средством, мебели, предметов обстановки протиранием 1 – 2 % мыльно-содовым раствором, мягкой мебели и вещей инсектицидами.

99. После госпитализации больного или окончания амбулаторного лечения в очагах чесотки филиалы организуют и проводят заключительную дезинфекцию, которая включает:

1) санитарную обработку лиц, контактировавших с больным в очаге;

2) дезинсекцию одежды, постельных принадлежностей, предметов обстановки и помещения.

100. Все мероприятия заключительной дезинфекции выполняются одновременно, контактные проходят санитарную обработку в санитарном пропускнике.

101. Постельные принадлежности больного, одежда, мягкие игрушки и вещи, которые соприкасались с вещами больного, упаковывают в клеенчатые мешки и направляют для обеззараживания в дезинфекционную камеру.

102. В целях предупреждения заболевания чесоткой территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) контроль отстранения 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 чесотки и очага в организованных коллективах и по месту жительства.

Параграф 12. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно- профилактических мероприятий по предупреждению дерматомикозов

103. В целях профилактики заболевания дерматомикозами кожно-венерологические диспансеры (кабинет, отделение), центры дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем организуют и проводят следующие мероприятия:

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

2) медицинское 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) динамическое 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 дезинфекции в очагах дерматомикозов;

7) участие в проведении медицинских осмотров детей на объектах образования;

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

104. Перечень лиц, подлежащих медицинскому осмотру на дерматомикозы определен пунктом 95 настоящих Санитарных Правил.

105. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеванию дерматомикозами территориальные подразделения контролируют организацию и проведение медицинскими организациями следующих санитарно-противоэпидемических мероприятий:

1) дезинфекционную обработку после осмотра каждого больного в смотровом кабинете (приемной) всех предметов, в том числе и предметов с которыми соприкасался больной по режимам, соответствующим обработке при грибковых заболеваниях;

2) камерной дезинфекции одежды и личных вещей больного при поступлении его в стационар с последующим хранением вещей до выписки больного в чехлах на вешалках или стеллажах;

3) сбора использованного белья больного (постельное, нательное, полотенца, чулки, носки), а также халатов и полотенец персонала, в специальную емкость (бак, целлофановый или клеенчатый мешок) в отдельном изолированном помещении для грязного белья и сдачи 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) обеззараживания кипячением или дезинфицирующим раствором мочалок для мытья больных в приемном отделении после каждого использования и хранение в маркированной таре для чистых мочалок и обеззараживания растворами дезинфицирующих средств ванны после купания каждого больного;

5) пользования больными детьми только легко моющихся и поддающихся обеззараживанию игрушек (пластмассовые, резиновые);

6) сбора использованного перевязочного материала (бинты, вата, марлевые тампоны, салфетки), а также грибкового патологического материала (обломки волос, ногтей, чешуйки кожи), без предварительного обеззараживания утилизируется в коробках безопасной утилизации;

7) обеззараживания предметных стекал с патологическим материалом после использования кипячением в течение пятнадцати минут в 1 % мыльно-содовом растворе или погружения в дезинфицирующий раствор;

8) протирания инструментальных и рабочих столиков в конце смены ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе;

9) влажной уборки помещения и мебели (в том числе кушетки, полки медицинских шкафов) после каждой смены с мылом, содой и моющими средствами;

10) в рентгеновских (ультразвуковой диагностики) кабинетах покрытия подголовных подушек чехлами, подлежащими обеззараживанию раствором дезинфицирующих средств;

11) обеззараживания кипячением или дезинфицирующим раствором уборочного инвентаря;

12) обеззараживания в дезинфекционных камерах после выписки каждого больного постельных принадлежностей (подушки, матрацы, одеяла);

13) недопущения выдачи родственникам больных вещей больного, не прошедших обеззараживания;

14) безопасной утилизации одноразового медицинского и лабораторного инструментария без предварительного обеззараживания с упаковкой в контейнеры, при условии обеспечения эпидемиологической безопасности.

106. В целях предупреждения заболевания дерматомикозами территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) эпидемиологическое обследование в очагах дерматомикозов, 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 лиц;

3) контроль качества дезинфекции в очаге;

4) информирование подразделения местного исполнительного органа по ветеринарии обо всех случаях заражения людей от животных для принятия ими необходимых мер по санации очагов дерматомикозов у животных.

107. В медицинских организациях, на объектах образования текущую дезинфекцию проводит медицинский персонал, в домашних очагах – лица, ухаживающие за больным или сам больной.

108. Порядок проведения текущей дезинфекции при дерматомикозах в домашних 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) внутренние поверхности обуви обрабатываются дезинфекционным средством, 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.

109. После госпитализации больного или окончания амбулаторного лечения в очагах дерматомикозов филиалы организуют и проводят заключительную дезинфекцию.

110. Больные дети, получающие лечение на дому, не допускаются в бани, бассейны и парикмахерские до полного выздоровления. Посещение объектов образования, допускается после проведенного курса лечения и получения отрицательных результатов лабораторного исследования.

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

Параграф 13. Санитарно-эпидемиологические требования к организации санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению педикулеза

112. В целях профилактики педикулеза медицинские организации по эпидемиологическим и клиническим показаниям организуют и проводят осмотр на педикулез следующих лиц:

1) детей, проживающих в детских домах, домах ребенка, учащихся школ-интернатов – еженедельно;

2) детей, вновь поступающие в детские дошкольные организаций или возвращающиеся после длительного (более недели) отсутствия, а также выборочно один раз в месяц;

3) детей, выезжающих в учебно-оздоровительные организаций, лагеря - поликлинике по месту жительства перед выездом, а в местах отдыха – еженедельно перед помывкой и за 1 – 2 календарных дня до возвращения;

4) учащихся организаций среднего, технического и профессионального образования - ежеквартально после каникул и ежемесячно выборочно (4 – 5 групп), а также перед окончанием учебного года;

5) лиц, находящихся в организациях системы социального обеспечения – 2 раза в месяц;

6) лиц, проходящих динамическое наблюдение или профилактический осмотр;

7) лиц, поступающих в пункты ночного пребывания и следственные изоляторы;

8) пациентов, поступающих на стационарное лечение.

113. Медицинские работники организаций образования для детей – сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, дошкольных организации, организаций среднего, технического и профессионального образования, медицинских организаций 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.

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

115. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по педикулезу территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-противоэпидемические мероприятия:

1) на объектах образования при выявлении трех и более случаев педикулеза проводится эпидемиологическое обследование очага;

2) дети, пораженные педикулезом, не принимаются в детские дошкольные организации и в школу. Они допускаются медицинским работником в коллектив после завершения комплекса санитарно - противоэпидемических и санитарно-профилактических мер;

3) в медицинских организациях (стационарах), санаториях, детских домах, домах ребенка, школах - интернатах, загородных детских организациях проводится обработка лиц с головным педикулезом медицинским персоналом данной организации;

4) обеззараживание постельных принадлежностей, одежды и белья больных педикулезом проводится в дезинфекционных камерах.

116. В очагах дерматомикозов филиалы организуют и проводят заключительную дезинфекцию.

117. Срок наблюдения очага педикулеза – 1 месяц с проведением осмотров на педикулез в очаге 1 раз в 10 календарных дней. Очаг следует считать санированным при отрицательных результатах 3-х кратного обследования. Контроль за санацией очагов ведут территориальные подразделения. Санация домашних очагов педикулеза проводится населением своими силами.

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

119. В целях предупреждения педикулеза организованные детские коллективы организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

- 1) медицинские осмотры на педикулез;
- 2) обеспечение условий для соблюдения детьми правил личной гигиены;
- 3) влажную уборку и дезинфекцию помещений, маркировку уборочного инвентаря;
- 4) разъяснительную работу по профилактике педикулеза среди родителей и детей.

120. 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.

121. 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).

Приложение
к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования к организации
и проведению
санитарно-
противоэпидемических и санитарно-
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).

4. Акмолинская область:

1) Сандыктауский район.