

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

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 мая 2022 года № ҚР ДСМ-44. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 17 мая 2022 года № 28086.

В соответствии с подпунктом 113) пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71, **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.04.2023 № 60 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

2. Признать утратившим силу приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 апреля 2018 года № 175 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению паразитарных заболеваний" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16991).

3. Комитету санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

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

3) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Юридической департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1) и 2) настоящего пункта.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

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

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Финият

"СОГЛАСОВАН"

Министерство сельского хозяйства
Республики Казахстан

"СОГЛАСОВАН"

Министерство образования и науки
Республики Казахстан

"СОГЛАСОВАН"

Министерство труда и
социальной защиты населения
Республики Казахстан

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 16 мая 2022 года № ҚР ДСМ-44

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 подпунктом 113) пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71, и устанавливают санитарно-эпидемиологические 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).

Сноска. Пункт 1 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 05.04.2023 № 60 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

1) ВИЧ-инфекция – хроническое инфекционное заболевание, вызванное вирусом иммунодефицита человека, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы и приводящее к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита;

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 класса Нематода (Nematoda);

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 В12 дефицитной анемии;

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

11) инвазия – поражение человека возбудителем паразитарного заболевания;

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

13) 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;

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

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

16) описторхоз – зооантропонозный биогельминтоз с преимущественным поражением гепатобилиарной системы и поджелудочной железы. Возбудители – плоские гельминты класса Трематоды (Trematoda);

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

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

19) ретроспективный эпидемиологический анализ (далее –ретроспективный анализ) – анализ уровня, структуры и многолетней динамики инфекционной и паразитарной заболеваемости 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, класс Цестоды (Cestoda);

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

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 (Sporozoa);

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 класса Нематода (Nematoda), 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, пациентов получающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях;

2) исследование биологического материала 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 десятого по четырнадцатый календарный день после первого результата анализа и на четвертой-шестой 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 стационарных условиях);

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 медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях в течение шести месяцев. В период учета через две недели, два и шесть месяцев после завершения лечения пациенту проводится исследование состава крови, со снятием электрокардиограммы. При наличии остаточных клинических проявлений болезни и изменений электрокардиограммы – динамическое наблюдение продлевается до двенадцати месяцев, при показателях в пределах нормы пациент снимается с диспансерного учета;

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

9) лабораторное обследование населения по клинико-эпидемиологическим показаниям на территориях, где обнаружено заболевание тениаринхозом и тениозом у животных.

4. При регистрации заболеваний трихинеллезом, тениаринхозом и тениозом, передающихся через мясо, территориальное подразделение совместно с подразделением местного исполнительного органа осуществляющего деятельность в области ветеринарии организуют и проводят в течение 7 календарных дней эпидемиологическое, эпизоотологическое расследование случаев с обследованием очагов для выявления факторов и путей передачи заболеваний.

5. В целях предупреждения случаев заболеваний трихинеллезом, тениаринхозом и тениозом территориальные подразделения организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) ежегодный ретроспективный анализ заболеваемости проводится с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий и долгосрочного программно-целевого планирования;

2) ежемесячный оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости, для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных профилактических мероприятий (далее – оперативный анализ);

3) выявление 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 двукратное 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. При регистрации заболеваний описторхоза и дифиллоботриоза, передающихся через рыбу, территориальные подразделения организуют и проводят в течение 7 календарных дней комплекс мер борьбы с описторхозом и дифиллоботриозом:

1) Эпидемиологическую оценку рыбохозяйственных водоемов на основе изучения паразитологического состояния водоемов (благополучен или неблагополучен) с исследованием один раз в год следующих видов рыб, наиболее подверженных заражению личинками описторхиса (язь, елец, линь, красноперка, плотва, лещ, голавль, синец, белоглазка, подуст, чехонь, жерех, пескарь, уклея, густера, голянь, верховка, щиповка) и определения рисков инфицирования населения;

2) проведение санитарно-паразитологических исследований объектов внешней среды (почва, вода, ил, растительность вокруг водоема);

3) в эндемичных по описторхозу территориях 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 (поставщиком) по согласованию и под контролем территориального подразделения и подразделения местного исполнительного органа осуществляющего деятельность в области ветеринарии.

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

1) оперативный и ретроспективный анализ заболеваемости населения описторхозом и дифиллоботриозом;

2) выявление 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) пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных и стационарных условиях.

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 организациях санитарно-эпидемиологической службы (далее – организации).

14. Учету и регистрации подлежат случаи эхинококкоза и альвеококкоза, подтвержденные в организациях, осуществляющих деятельность патологической анатомии и судебно-медицинской экспертизы после оперативного вмешательства и гистологического исследования материала. Медицинская организация направляет результаты гистологического материала подтвержденные в организациях, осуществляющих деятельность патологической анатомии и судебно-медицинской экспертизы в территориальное подразделение по месту регистрации и жительства больного не позднее десяти календарных дней после оперативного вмешательства.

15. В целях профилактики эхинококкоза и альвеококкоза послеоперационный материал (после эхинококкэктомии) обеззараживается в растворах дезинфицирующих средств и утилизируется в контейнер для безопасного сбора и утилизации медицинских отходов класса "Б" в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ-96/2020 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21080).

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 динамическое наблюдение за оперированными пациентами по поводу эхинококкоза, альвеококкоза и лицами с положительными титрами антител.

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 местного органа государственного управления здравоохранением области, города республиканского значения и столицы.

19. При регистрации заболеваний эхинококкозом и альвеококкозом территориальные подразделения и подразделения местного исполнительного органа осуществляющие деятельность в области ветеринарии, организуют и проводят в течение 7 календарных дней 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 эпидемиологического обследования очагов эхинококкоза и альвеококкоза в течение семи календарных дней со дня поступления экстренного извещения;

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 анализ заболеваемости токсокарозом населения;

2) выявление территории 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, при длительном отсутствии (десять и более календарных дней), 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.

Сноска. Пункт 22 - в редакции приказа Министерства здравоохранения РК от 05.04.2023 № 60 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

23. Лабораторное обследование населения по эпидемиологическим показаниям (в организованных очагах) на энтеробиоз и гименолепидоз проводят медицинские организации.

24. Для профилактики рецидивов заболеваний энтеробиозом и гименолепидозом медицинские организации проводят следующие мероприятия:

1) после курса дегельминтизации больного энтеробиозом, проводятся лабораторные исследования его биологического материала. Лабораторным критерием являются отрицательные результаты трех анализов соскоба с перианальных складок с интервалом три календарных дня, первый анализ проводится через четырнадцать календарных дней после курса дегельминтизации. При отсутствии эффекта курс лечения повторяют через четырнадцать календарных дней;

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

3) динамическое наблюдение за переболевшими энтеробиозом проводится в течение десяти – четырнадцати календарных дней с обязательным взятием двух анализов с интервалом три календарных дня.

25. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеваемости энтеробиозом и гименолепидозом 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; при регистрации случаев энтеробиоза в детских дошкольных организациях и школах-интернатах проводить эпидемиологическое обследование при каждом случае энтеробиоза;

2) контроль отстранения выявленных на объектах образования больных энтеробиозом или гименолепидозом от посещения коллектива на период лечения и до отрицательного результата лабораторного обследования; После клинического выздоровления ребенка допускают в образовательную организацию.

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 и социального обеспечения следующих санитарно-противоэпидемических мероприятий:

ежедневную смену постельного и нательного белья детей;

чистку одеял, матрацев, подушек пылесосом или вытряхивание их вне помещений в течение трех календарных 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;

мойку твердых и резиновых игрушек с применением моющих и дезинфицирующих средств;

дезинфекционную обработку специальной одежды, уборочного инвентаря;

дезинфекционную обработку санитарно-технического оборудования;

дезинфекционное обеззараживание биологического материала в горшках перед сбросом в канализацию.

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

1) лабораторный контроль состояния внешней среды (воды бассейнов, песка песочниц, смывов, пыли) для выявления факторов и путей передачи паразитарных заболеваний проводится при плановых и внеплановых проверках в соответствии с Предпринимательским кодексом согласно приложению 1 к настоящим Санитарным правилам.

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 уборочного инвентаря;

пользования детьми индивидуальных горшков под наблюдением обслуживающего персонала. Горшки после использования промываются горячей водой с применением дезинфицирующих средств;

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 мытья 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;

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 при регистрации заболеваний аскаридозом и трихоцефалезом организуют и проводят следующие санитарно-профилактические мероприятия:

1) оперативный и ретроспективный 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 фекалии на огороде в качестве удобрения;
- 6) перечень выращиваемых огородных культур.

31. При отсутствии в очаге (микроочаге) в течение двух лет вновь выявленных больных и возбудителей в окружающей среде (почва) специалист территориального подразделения совместно со специалистом медицинской организации проводят снятие очага аскаридоза (трихоцефалеза) 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, прибывших из стран эндемичных по малярии в течение последних трех лет при постановке на учет и при появлении следующих симптомов: повышение температуры, озноб, недомогание, головная боль, увеличение печени и селезенки, желтушность склер и кожных покровов, герпес, анемия;
- 2) больных, лихорадящих в течение трех календарных дней в эпидемический сезон по малярии и в течение пяти календарных дней в остальное время года;

3) больных с продолжающимися периодическими подъемами температуры тела, несмотря на проводимое лечение в соответствии с установленным диагнозом;

4) доноров 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;

6) 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 организации.

34. Все положительные и 10 процентов (далее – %) от общего числа просмотренных образцов крови клиничко-диагностическая лаборатория медицинской организации направляет для контрольного исследования в референс-лабораторию по контролю за паразитарными инфекциями (далее - референс-лабораторию).

35. В очаге малярии работники медицинских организаций проводят подворные (поквартирные) обходы один раз в две недели с санитарным просвещением населения. Работники медицинских организаций обеспечивают взятие препаратов крови у выявленных больных с симптомами, не исключаящими 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 стационарных условиях, исследование препаратов крови больного проводят в первый и четвертый календарные дни 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. При регистрации местного случая 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 здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы обеспечивают наличие неснижаемого запаса противомаларийных препаратов.

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

- 1) оперативный и ретроспективный 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 и случаев малярии;
- 6) контроль и оценку эффективности 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, неблагополучных по малярии и тропическим паразитарным болезням, о необходимости их профилактики;
- 9) изучение историй поездки лиц, подозрительных на малярию, в зараженные районы;
- 10) проверку медицинской документации, подтверждающих прохождение медицинского обследования и лабораторные анализы;
- 11) проведение энтомологического мониторинга (изучение распространения и видового состава переносчиков, сезонного хода численности и фенологии, паспортизация водоемов);
- 12) контроль медицинских организаций на предмет засетчивания окон в больничных палатах и кабинетах в целях профилактики залета кровососущих насекомых;
- 13) контроль знаний клинических лаборантов по диагностике малярии;
- 14) 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 референс-лабораторию в течение одного месяца после проведения обследования.

45. При выявлении больного малярией или паразитоносителя в сезон эффективной заражаемости комаров энтомологами (биологами) территориальных подразделений и филиалов подведомственных организаций ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее – филиал) 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 3 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 3-5 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 биологического материала в период динамического наблюдения- ежемесячно в течение трех месяцев;
- 3) лечение случаев лямблиоза.

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

- 1) оперативный и ретроспективный 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, не вынашивание 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-инфекцией при постановке на учет или получающих лечение в стационарных условиях 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) обследование пациентов с клиническими проявлениями, характерными для токсоплазмоза:

лимфаденопатия (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 получении лечения в стационарных условиях 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).

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) профилактическую иммунизацию подлежащего контингента.

58. Учету и регистрации подлежат лабораторно подтвержденные случаи клещевого энцефалита. Учет и регистрация случаев болезни Лайма проводится по клинико-эпидемиологическим показаниям при отрицательных результатах 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 2 к настоящим Санитарным правилам, и обратившимся за медицинской помощью проводится серопрофилактика иммуноглобулином, в сроки согласно инструкции прилагаемой к препарату изготовителем.

65. На эндемичных территориях по клещевому энцефалиту не привитые против клещевого энцефалита лица, деятельность которых связана с пребыванием в природном очаге клещевого энцефалита, не допускаются к работе.

66. Территориальное подразделение и местный орган государственного управления здравоохранения области, города республиканского значения и столицы на эндемичной территории организуют и проводят:

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

2) определение потребности противоклещевой вакцины, иммуноглобулина для лечения больных и серопрофилактику 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 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 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 территорий 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 объектов проводят:

- 1) расчистку и благоустройство территории, и прилегающую территорию в радиусе не менее 100 метров (далее – м), 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) дезинсекционные мероприятия и расчистку походных дорожек от сухостоя и валежника по обе стороны на расстоянии не менее 50 м при наличии туристических маршрутов;
- 5) недопущение на территорию объекта домашних животных;
- 6) дератизацию.

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

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

74. Контроль эффективности дезинсекционных мероприятий при применении стойких акарицидов в условиях равнинных участков (осенью под снегом или весной по снегу) проводят через четырнадцать-двадцать календарных дней после стаивания снега ; в горных условиях через десять – пятнадцать календарных дней после обработок. При применении акарицидов группы фосфорорганических соединений через пять и тридцать пять календарных дней после обработок и далее не реже двух раз в месяц.

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

75. 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, посещениях 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 условиях стационара 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 референс-лабораторию;

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.

76. Руководители местных органов государственного управления здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы обеспечивают наличие неснижаемого запаса лекарственных средств против лейшманиозов.

77. При регистрации случаев лейшманиоза территориальное подразделение совместно с подразделением местного исполнительного органа осуществляющего деятельность в области 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.

78. Территориальные подразделения и 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.

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

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

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

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

83. В зависимости от количества генераций mosquitos и продолжительности действия инсектицида проводятся от одного до двух обработок за сезон.

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

85. Для уничтожения mosquitos в природных очагах обрабатываются все норы грызунов, расположенные в 1-3 километровом радиусе вокруг каждого населенного пункта и полевого стана.

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

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

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

89. Оптимальный период проведения дератизационных обработок при каждом лейшманиозе-май-июнь и октябрь-ноябрь месяцы.

90. 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 %.

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

92. С целью уменьшения численности грызунов проводят механические разрушения нор. Пахотные работы по разрушению колоний больших песчанок 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.

93. 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 м от периферийных норových отверстий. Радиус охвата – до 3 км.

94. 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

95. В целях профилактики заболевания чесоткой (дерматомикозами) медицинские организации по эпидемиологическим показаниям организуют и проводят медицинский осмотр на чесотку (дерматомикозы):

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 детские оздоровительные объекты, а также детей, устраивающихся в детские оздоровительные лагеря (пришкольных, загородных);
- 4) учащихся объектов образования – ежеквартально после каникул;
- 5) лиц из числа декретированной группы населения при профилактических осмотрах;
- 6) пациентов, получающих медицинскую помощь в стационарных условиях;
- 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;
- 8) персонал организаций образования - один раз в год при прохождении обязательных медицинских осмотров.

96. Результаты медицинского осмотра пациентов на чесотку, поступающих на стационарное лечение, регистрируют в медицинской карте стационарного пациента (форма № 001/у) в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 " Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

97. Диагноз чесотки выставляется на основании комплекса клинических и эпидемиологических данных, подтвержденных лабораторными исследованиями на наличие чесоточного клеща. Лица из числа декретированных групп населения больных чесоткой, временно отстраняются от работы до получения отрицательных результатов лабораторного исследования и заключения специалистов, подтверждающих полную санацию.

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

99. В целях обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения по заболеванию чесоткой территориальные подразделения контролируют 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 больной чесоткой в организованном коллективе в течение сорока пяти календарных дней;
- 3) изоляции больного чесоткой в отдельную палату или бокс при лечении в стационарных условиях;
- 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 проводят медицинские работники, 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) обработку обуви дезинфицирующим средством, мебели, предметов обстановки протиранием 1–2 % мыльно-содовым раствором, мягкой мебели и вещей инсектицидами.

100. 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.

101. Все мероприятия заключительной дезинфекции выполняются одновременно, контактные проходят санитарную обработку в санитарном пропускнике. Постельные принадлежности больного, одежда, мягкие игрушки и вещи, которые соприкасались с вещами больного, упаковывают в клеенчатые мешки и направляют для обеззараживания в дезинфекционную камеру.

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

102. В целях профилактики заболевания дерматомикозами кожно-венерологические центры (кабинет, отделение) 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 календарных 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.

103. 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 пациентов получающих медицинскую помощь в стационарных условиях 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 контейнер для безопасного сбора и утилизации медицинских отходов;

7) обеззараживания предметных стекол 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.

104. 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, осуществляющего деятельность в области ветеринарии обо всех случаях заражения людей от животных для принятия ими необходимых мер по санации очагов дерматомикозов у животных.

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

106. 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 два календарных дня, после чего вынимаются и проветриваются в течение десяти часов до исчезновения запаха дезинфицирующего средства.

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

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

109. Дети, являющиеся контактными в очаге грибковых заболеваний, не принимаются без отрицательных результатов лабораторного исследования в организованные коллективы и не подлежат переводу из группы в группу.

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

110. В целях профилактики педикулеза медицинские организации организуют и проводят осмотр на педикулез следующих лиц:

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

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

3) детей, выезжающих в детские оздоровительные объекты – в поликлинике по месту прикрепления перед выездом, а в местах отдыха – еженедельно перед помывкой и за один – два – календарных дня до возвращения домой;

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 следственные изоляторы;

8) пациентов, получающих медицинскую помощь в условиях стационара.

111. Медицинские работники организаций образования для детей–сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, дошкольных организации, организаций среднего, технического и профессионального образования, медицинских организаций осуществляют выявление лиц с педикулезом при оказании медицинской помощи и проведении профилактических осмотров. Педикулез не является основанием для отказа в госпитализации по основному заболеванию.

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

1) медицинские осмотры на педикулез;

2) обеспечение условий для соблюдения детьми правил личной гигиены;

3) влажная уборка и дезинфекция помещений, маркировка уборочного инвентаря;

4) разъяснительная работа по профилактике педикулеза среди родителей и детей.

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

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

2) дети, пораженные педикулезом, не принимаются в детские дошкольные организации, организаций среднего образования. Они допускаются медицинским работником организации образования 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. В очагах педикулеза филиалы организуют и проводят заключительную дезинфекцию.

Сноска. Пункт 113 с изменением, внесенным приказом Министра здравоохранения РК от 05.04.2023 № 60 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

114. Медицинские организации (стационары), санатории, детские дома, дома ребенка, школы-интернаты, загородные детские организации обеспечиваются специальными укладками, предназначенными для проведения противопедикулезных обработок.

115. Противопедикулезная укладка 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 3-15%;
- 12) педикулоцидное средство.

116. Срок наблюдения очага педикулеза – один месяц с проведением осмотров на педикулез в очаге один раз в десять календарных дней. Очаг следует считать санированным при отрицательных результатах трехкратного обследования. Контроль за санацией очагов ведут территориальные подразделения. Санация домашних очагов педикулеза проводится населением своими силами.

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

118. 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.

119. 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.

120. Результаты осмотра на педикулез регистрируются в медицинской документации в соответствии с приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 " Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения" (

зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579).

121. Учету подлежат лица, у которых при осмотре выявлены как жизнеспособные, так и нежизнеспособные вши в любой стадии развития (яйцо-гнида, личинка, взрослое насекомое).

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

Лабораторный контроль состояния внешней среды

Очаги и объекты	Исследуемый материал	Число отбираемых проб
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.	не менее 10 проб
	Вода: из поливных емкостей	не менее 3 проб
	Овощи, фрукты, ягоды	не менее 3 проб
	Зелень	
	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 проб
	Овощи, фрукты, ягоды	не менее 3 проб
	Зелень	не менее 3 проб
2. Очаг токсокароза	Почва: как в очаге аскаридоза, места содержания собак	не менее 5 проб
3. Очаг описторхоза (дифиллоботриоза)	Рыба в месте отлова	не менее 5 проб
4. Очаг тениидозов	Смывы: с рук, дверных ручек туалетов, посуды, в которую сливается молоко; со столов, с предметов ухода за животными	не менее 10 проб
	Почва: в местах содержания скота (коров, свиней)	не менее 5 проб
	Смывы: с рук и мест содержания собак	не менее 10 проб

5. Очаг эхинококкоза	Овощи, фрукты, ягоды, зелень: как в очаге аскаридоза	не менее 3 проб
	Почва: с мест содержания собак, во дворе	не менее 5 проб
6. Очаг гименолепидоза в организованном коллективе (детские дошкольные и общеобразовательные организации, школы–интернаты, детские дома, дома ребенка, медико- социальные учреждения стационарного типа для детей с психоневрологическими патологиями и нарушениями опорно-двигательного аппарата)	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	не менее 10 проб в одной группе
7. Очаг энтеробиоза в организованном коллективе (детские дошкольные и общеобразовательные организации, школы–интернаты, детские дома, дома ребенка, медико- социальные учреждения стационарного типа для детей с психоневрологическими патологиями и нарушениями опорно-двигательного аппарата)	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.	не менее 10 проб в одной группе
	Вода из бассейнов	не менее 3 проб
	Песок: в песочницах	не менее 5 проб
	Почва: на игровых площадках, около входа и вокруг помещения, у веранд, в домиках, с клумб, вокруг наружных санузлов	не менее 5 проб
8. Очаг гименолепидоза и энтеробиоза при заболевании работников общественного питания, пищевых промышленных объектов и лиц к ним приравненных	Смывы: с рук персонала, с разделочных досок, со столов, прилавков раздачи, санитарных комнат, туалетов, производственного оборудования.	не менее 10 проб
9. Открытый водоем	Водоемы 1 и 2 категории	не менее 3 проб
10. Водозаборное сооружение	Вода перед подачей в распределительную сеть, тупиковая колонка (поверхностный источник)	не менее 1 пробы
	Почва на территории	не менее 5 проб
11. Очистные сооружения населенных мест	Сточная вода с очистных сооружений	не менее 3 проб
12. Зона рекреации	Песок на территории	не менее 5 проб
	Вода	не менее 3 проб
	Смывы с рук персонала, дверных ручек туалетов и подсобных	

13. Животноводческие хозяйства	комнат, посуды, в которую сливается продукция животноводства, в моечной комнате, с предметов ухода за животными	не менее 10 проб
	Почва на территории, в местах содержания скота (коров, свиней)	не менее 5 проб
	Смывы с рук персонала	не менее 3 проб
	Почва с территории, почва теплиц (для выращивания в них овощей)	не менее 5 проб
	Овощи, фрукты, ягоды, зелень	не менее 3 проб
14. Организаций дошкольного воспитания и обучения, школы–интернаты	Вода бассейнов	
	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов	не менее 3 – 5 проб
	Смывы с рук персонала	не менее 10 проб
	Песок: в песочницах	
	Смывы (пыль)	не менее 5 проб
15. Спортивные школы	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов	не менее 10 проб
16. Общеобразовательные организации	Смывы (пыль)	не менее 20 проб
	Почва	не менее 5 проб
	Вода бассейнов	не менее 3 проб
17. Летние оздоровительные организации	Смывы (пыль)	не менее 10 проб
	Почва, песок, а также около душевых установок, пищеблока, стадиона	не менее 5 проб
	Вода бассейнов, у пляжа	не менее 3 проб
	Овощи, фрукты, ягоды, зелень	не менее 3 проб
18. Медицинские организаций (детские отделения)	Смывы в палатах, игровых и туалетных комнатах, пищеблоках	не менее 10 проб
	Овощи, фрукты, ягоды, зелень	не менее 3 проб
	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов	не менее 10 проб
19. Тепличные хозяйства	Почва	не менее 5 проб
	Вода поливная	не менее 3 проб
	Овощи, фрукты, ягоды, зелень	не менее 3 проб
	Смывы с рук и спецодежды персонала	не менее 10 проб

20. Объекты общественного питания	Смывы с рук персонала, разделочных столов для готовки пищи, с разделочных досок для овощей, тарелок, со скатерти, клеенок, с фартуков, столов, полок для овощей, фруктов, зелени прилавков раздачи, санитарных комнат, туалетов	не менее 10 проб
21. Рынки	Смывы с рук персонала, столов, прилавков, весов	не менее 10 проб
	Овощи, фрукты, ягоды, зелень	не менее 3 проб
	Мясо	0,5 кг
	Рыба	0,5 кг
22. Мясокомбинаты, колбасные цеха, бойни, пельменные цеха	Смывы во всех цехах по производству мясной продукции, в местах приема пищи, в туалетных комнатах	не менее 10 проб
	Мясо, фарш	не менее 3 проб
23. Рыбные хозяйства, цехи	Рыба при промышленном выращивании в водоеме, где ведется интенсивный отлов	не менее 15 особей каждого вида в месте отлова
24. Охотничьи хозяйства	Мясо	не менее 3 проб
25. Природные биотопы: открытые водоемы	Вода в месте сброса сточных вод (полное перемешивание) выше спуска сточных вод	не менее 3 проб
26. Бассейны	Вода	не менее 3 проб
	Смывы со стенок бассейнов, со скамеек, в душевых, в раздевалках	не менее 10 проб
27. Бани, сауны	Смывы с рук и спецодежды персонала, столов, кресел	не менее 10 проб
	Вода из бассейнов	1 проба
28. Салоны красоты, парикмахерские	Смывы (пыль) с рук и спецодежды персонала, кресел	не менее 10 проб
29. меховые мастерские, цеха по выделке шкур и готовой продукции	Смывы с рук персонала, разделочного инвентаря мебели, спецодежды, пола, шкур диких и домашних животных	не менее 10 проб
30. Поля орошения	Почва с полей до и после орошения сточными водами их осадками, животноводческими стоками, с поверхности и глубины 20–25 см	не менее 5 проб
	Сточные воды и их осадки (до и после подготовки)	не менее 3 проб
	Животноводческие стоки (до и после подготовки)	не менее 10 проб
	Выращиваемые культуры (травы, технические, кормовые)	не менее 10 проб

	Грунтовые воды по ходу грунтового потока: выше – 500 м и ниже 500 м полей орошения	не менее 10 проб
31. Биологические пруды	Стоки на входе и выходе	не менее 3 проб
32. Железнодорожный, водный, автобусный транспорт (вагоны, вагоны–рестораны, самолеты, по обслуживанию железнодорожных путей)	Смывы с рук проводников, бортпроводниц, кресел, полок, постельных принадлежностей и рабочих поверхностей	не менее 10 проб
33. Медико-социальные учреждения стационарного типа для престарелых и инвалидов	Смывы (пыль) в палатах, туалетных комнатах, пищеблоках, с рук персонала	не менее 10 проб
	Овощи, фрукты, ягоды Зелень	не менее 3 проб
34. Детские приемные пункты, приемники –распределители для несовершеннолетних	Смывы (пыль) в палатах, в учебных и игровых комнатах, туалетах, пищеблоках, с рук персонала	не менее 10 проб
35. Медико-социальное учреждение стационарного типа для лиц с психоневрологическими заболеваниями	Смывы: в палатах, туалетной комнате, пищеблоке с рук персонала	не менее 10 проб
	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов	не менее 10 проб
36. Место временного пребывания охотников, контора охотоучастков	Смывы: с рабочих столов	не менее 10 проб
	Почва: на территории	не менее 5 проб
37. Общежитие	Смывы	не менее 10 проб
	Пыль на наличие клещей домашней пыли с постельных принадлежностей, с мягкой мебели, ковров и других мягких бытовых предметов	не менее 10 проб
38. Жилищный фонд	Почва: на детских площадках во дворах жилых домов	не менее 5 проб
	Песок: в песочницах дворов жилых домов	не менее 5 проб

Приложение 2
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.

5. Северо-Казахстанская область:

- 1) Айыртауский район.