

**Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению особо опасных инфекционных заболеваний"**

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 12 ноября 2021 года № ҚР ДСМ-114. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 15 ноября 2021 года № 25151

В соответствии с подпунктом 132-1) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71 ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению особо опасных инфекционных заболеваний" согласно приложению к настоящему приказу.

2. Признать утратившим силу приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 декабря 2018 года ҚР ДСМ №-40 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению особо опасных инфекционных заболеваний" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 17995).

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. Цой

"СОГЛАСОВАНО"

Министерство сельского хозяйства  
Республики Казахстан

"СОГЛАСОВАНО"

Министерство национальной экономики  
Республики Казахстан

Приложение к приказу  
Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 12 ноября 2021 года  
№ ҚР ДСМ-114

**Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению особо опасных инфекционных заболеваний"**

**Глава 1. Общие положения**

1. Настоящие Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению особо опасных инфекционных заболеваний" (далее – Санитарные правила) разработаны в соответствии с подпунктом 132-1) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71 и устанавливают требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение особо опасных инфекционных заболеваний.

2. Контроль за выполнением настоящих Санитарных правил осуществляет государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

3. В соответствии с подпунктом 1) пункта 1 статьи 27 Закона Республики Казахстан "О местном государственном управлении и самоуправлении в Республике Казахстан" Планы по организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению особо опасных инфекционных заболеваний утверждаются местными исполнительными органами (далее – МИО).

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

1) особо опасные инфекции – заболевания, способные передаваться от животных и человека к человеку, вызывая среди населения массовые вспышки с большой смертностью и (или) инвалидизацией, быстро распространяющиеся на обширные территории и поражающие большие количества людей (эпидемические вспышки и эпидемии);

2) буферная зона – территория, установленная между неблагополучной территорией и зоной наблюдения, где проводятся систематическая вакцинация животных и мероприятия с целью недопущения распространения инфекции;

3) резервуар возбудителя инфекционной болезни – биологические хозяева патогенных микроорганизмов, для сапронозов – объекты окружающей среды (почва, вода);

4) носители инфекции – теплокровные животные (грызуны, мелкие млекопитающие, птицы), являющиеся в природе резервуаром возбудителей болезней;

5) переносчики инфекции – членистоногие, кровососущие насекомые и клещи, определяющие трансмиссивный механизм передачи возбудителя инфекции;

6) инсектоакарицидные препараты – средства, вызывающие гибель насекомых и клещей;

7) импрегнация – обработка верхней одежды инсектицидами или репеллентами с целью недопущения попадания кровососущих насекомых и клещей на человека;

8) контаминация (соприкосновение) – нахождение на предметах окружающей среды микроорганизмов;

9) стационарно-неблагополучный по сибирской язве пункт (далее – СНП) – населенный пункт (город, село, поселок), животноводческая ферма, пастбище, урочище, на территории которых обнаружен эпизоотический очаг (падеж животного) или случай заболевания сибирской язвой человека независимо от срока давности возникновения;

10) угрожаемая по сибирской язве территория – территория, хозяйства, населенные пункты, административные районы, непосредственно граничащие с неблагополучным по сибирской язве населенным пунктом, или территория, на которой возможно заболевание людей или животных;

11) почвенные очаги сибирской язвы – скотомогильники, биотермические ямы и места захоронения трупов животных, павших от сибирской язвы;

12) реконвалесцент – больной человек в стадии выздоровления;

13) санитарно-защитная зона – территория, отделяющая зоны специального назначения, а также промышленные организации и производственные, коммунальные и

складские объекты в населенном пункте от близлежащих селитебных территорий, зданий и сооружений жилищно-гражданского назначения в целях ослабления воздействия на них неблагоприятных факторов;

14) природный очаг – участок земной поверхности, в пределах которого неопределенно долгое время осуществляется циркуляция возбудителя болезни без заноса извне;

15) природная очаговость (энзоотия) – существование на определенных территориях земной поверхности стойких эпизоотических очагов, эволюционно возникших независимо от человека и его деятельности;

16) барьерная дератизация – создание защитной полосы вокруг постоянных или временных населенных пунктов, а также в местах отдыха населения, оздоровительных организаций с уничтожением грызунов с использованием любых из существующих методов (механический, химический, биологический);

17) барьерная дезинсекция – создание защитной полосы вокруг постоянных и (или) временных населенных пунктов, а также в местах отдыха населения, оздоровительных организаций с уничтожением кровососущих членистоногих и насекомых (переносчиков инфекций) с использованием любых из существующих методов (механический, химический, биологический);

18) защитная зона – территория вокруг населенного пункта, на которой уничтожены переносчики и (или) носители инфекции;

19) химический метод борьбы – уничтожение носителей и переносчиков возбудителей инфекционных болезней с использованием пестицидов;

20) эпидемический очаг – место пребывания источника инфекции (больного и (или) трупа человека) с окружающей его территорией в тех пределах, в которых возбудитель способен передаваться от источника инфекции к людям, находящимся в общении с ними;

21) эпизоотический очаг – ограниченная территория или помещение, где находится источник возбудителя инфекции, факторы передачи, восприимчивые животные, синантропные животные и их эктопаразиты (насекомые).

## **Глава 2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению сибирской язвы**

5. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению сибирской язвы в СНП и на угрожаемых по сибирской язве территориях территориальными подразделениями государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия

населения (далее – территориальные подразделения) и подведомственными организациями государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - организации) включает:

1) выявление, регистрацию и учет эпидемических очагов сибирской язвы, СНП с регистрацией случаев заболевания сибирской язвой человека, их картографирование с обозначением географических координат;

2) контроль недопущения использования в деятельности человека земельных участков, расположенных в санитарно-защитной зоне вокруг очагов сибирской язвы;

3) контроль за выполнением противоэпидемических мероприятий в очагах сибирской язвы;

4) контроль за профилактической вакцинацией людей против сибирской язвы;

5) организацию профилактической, текущей и заключительной дезинфекции в эпидемических очагах;

6) проведение санитарно-просветительной работы с населением, а также среди лиц, профессионально занятых заготовкой, сбором, хранением, транспортировкой, переработкой и реализацией сырья животного происхождения с указанием источников инфекции, факторов, путей ее передачи и мер профилактики сибирской язвы.

6. В санитарно-защитной зоне СНП и почвенных очагов сибирской язвы не допускается отвод земельных участков для проведения агромелиоративных, изыскательских, гидромелиоративных, строительных работ, связанных с выемкой и перемещением грунта сибиреязвенных захоронений, затоплением, а также передача в аренду, продажа земельных участков в личную собственность, выделение под сады, огороды или землепользование.

7. Профилактическая прививка людей против сибирской язвы осуществляется в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 сентября 2020 года № 612 "Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся обязательные профилактические прививки в рамках гарантированного объема медицинской помощи, правил, сроков их проведения и групп населения, подлежащих профилактическим прививкам" (далее – Постановление № 612).

8. Плановая профилактическая прививка населения против сибирской язвы проводится организациями здравоохранения следующим контингентам населения:

1) специалистам органов и организаций, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, в области здравоохранения, в области ветеринарии и лабораторий, работающим в очагах сибирской язвы и с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем сибирской язвы и проводящим отбор проб, исследования на наличие возбудителя сибирской язвы;

2) работникам мясоперерабатывающих предприятий, убойных пунктов, убойных площадок и объектов внутренней торговли, осуществляющих заготовку (убой),

хранение, переработку и реализацию животных, продукции и сырья животного происхождения;

3) лицам, занятым убоем животных, сбором, хранением, транспортировкой и первичной переработкой продукции и сырья животного происхождения с территории СНП.

9. Руководители организаций, учреждений, осуществляющие заготовку (убой), хранение, переработку и реализацию животных, продукции и сырья животного происхождения, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности организуют и проводят санитарно-профилактические и дезинфекционные мероприятия, направленные на предупреждение заражения людей сибирской язвой.

10. В случаях регистрации заболевания сибирской язвой животных или падежа животных с подозрением на сибирскую язву согласно подпункту 1) пункта 1 статьи 10 Закона Республики Казахстан "О ветеринарии" (далее – Закон) главный государственный ветеринарный врач ветеринарного подразделения местных исполнительных органов, осуществляющего деятельность в области ветеринарии (далее – ветеринарные подразделения МИО) в течение часа информирует главного государственного ветеринарно-санитарного инспектора соответствующей административно-территориальной единицы, одновременно территориальное подразделение.

11. При выявлении больного или подозрении на сибирскую язву у человека территориальное подразделение в течение часа извещает ветеринарное подразделение МИО и территориальное подразделение государственного органа, осуществляющего государственный ветеринарно-санитарный контроль и надзор (далее – территориальное подразделение ведомства ветеринарии).

12. Организации здравоохранения, выявившие больного или пациента с подозрением на заболевание сибирской язвой, собирают эпидемиологический анамнез, госпитализируют больного в инфекционный стационар, при его отсутствии – в изолированную отдельную терапевтическую палату (бокс), где ему оказывают квалифицированную терапевтическую помощь с соблюдением необходимых мер биологической безопасности (далее – биобезопасности).

13. Ветеринарные подразделения МИО совместно с представителем территориального подразделения и соответствующими подразделениями МИО по регистрации случая заболевания (подозрения) животных и (или) человека сибирской язвой:

1) составляют план мероприятий по локализации, ликвидации эпизоотического и (или) эпидемического очага;

2) не допускают реализацию и вывоз продукции (молоко, мясо, шкура), подозреваемой на зараженность возбудителями сибирской язвы;

3) устанавливают места нахождения больных животных, мяса, мясопродуктов, шкур и сырья, полученного после вынужденного убоя, в том числе вывезенные за пределы очага;

4) организуют меры по уничтожению павших животных и продукции животноводства, кожевенных, меховых и производств, которые явились вероятными источниками инфекции и (или) факторами передачи инфекции;

5) введение усиленного надзора за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, вовлеченных в эпидемический и (или) эпизоотический процесс;

6) организуют дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в эпизоотическом очаге, проведение заключительной дезинфекции препаратами, обладающими спороцидными свойствами, и контроль их эффективности;

7) проводят санитарно-просветительную работу среди населения.

14. Специалисты территориальных подразделений в эпидемическом очаге сибирской язвы обеспечивают организацию и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию эпидемического очага:

1) эпидемиологическое обследование очага, выявление лиц, контактировавших с содержащим возбудитель сибирской язвы материалом, ухаживавших за больными животными, приготовивших и (или) употреблявших в пищу мясо больных животных;

2) совместно с ветеринарными подразделениями МИО проводят эпизоотолого-эпидемиологическое обследование очага;

3) совместно с ветеринарными подразделениями МИО определяют границы эпидемического очага, причины и факторы, способствующие формированию очага, выявляют источник и резервуар инфекции;

4) совместно с организациями здравоохранения устанавливают круг лиц (поименно), подвергшихся риску заражения, подлежащих антибактериальному профилактическому лечению;

5) организуют дезинфекционные, дезинсекционные и дератизационные мероприятия в эпидемическом очаге, проведение заключительной дезинфекции препаратами, обладающими спороцидными свойствами, и контроль их эффективности;

6) проводят санитарно-просветительную работу среди населения.

15. Организации здравоохранения осуществляют:

1) активное выявление, диагностику и госпитализацию больных людей, подворные (поквартирные) обходы;

2) медицинское наблюдение за контактировавшими с источником инфекции лицами в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с ежедневным осмотром кожных покровов, двукратной термометрией с момента выявления последнего больного;

3) экстренную профилактику по назначению врача инфекциониста;

4) санитарно-просветительную работу.

16. Забор материала от больных или лиц с подозрением на заболевание сибирской язвой (содержимое везикул, отделяемое карбункула или язвы, струпья, мокрота, кровь, спинномозговая жидкость, моча, испражнения, экссудаты в зависимости от формы заболевания) для направления на лабораторное исследование проводят сотрудники инфекционного стационара (отделении), куда госпитализирован больной.

17. Забор материала от больных (подозрительных на заболевание) людей организациями здравоохранения производится до начала специфического лечения.

18. Лабораториями особо опасных инфекций филиалов (далее – филиал), противочумных станций проводится отбор проб продукции животного происхождения, а также материала из внешней среды (почва, навоз, сено).

19. Лабораторное исследование материала проводят лаборатории, имеющие разрешение соответствующей комиссии по контролю за соблюдением требований биобезопасности на работу с микроорганизмами II-группы патогенности (далее – Режимная комиссия).

20. В лаборатории материал исследуется микроскопическим, молекулярно-генетическим методами или полимеразной цепной реакцией (далее – ПЦР), бактериологическим и биологическим (с заражением биопробных животных) методами.

21. Диагноз сибирская язва у человека устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, эпидемиологического анамнеза и данных лабораторного исследования.

22. К уходу за больными сибирской язвой животными, в том числе животными с подозрением на сибирскую язву, не допускается привлечение не привитого против сибирской язвы персонала.

23. К мероприятиям по уходу за больными животными, уборке их трупов, очистке и дезинфекции загрязненных возбудителем помещений не допускаются работники с повреждениями кожного покрова на открытых участках тела.

24. Руководители организаций независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности обеспечивают своих работников, осуществляющих заготовку (убой), хранение, переработку и реализацию животных, продукции и сырья животного происхождения, средствами индивидуальной защиты, личной гигиены и дезинфекционными средствами.

25. За работниками, осуществляющими заготовку (убой), хранение, переработку и реализацию животных, продукции и сырья животного происхождения, в очаге устанавливается медицинское наблюдение. Перед началом работы под роспись проводится инструктаж о соблюдении мер биобезопасности.

26. При всех клинических формах сибирской язвы у людей обеззараживают: одежду, белье и обувь больного, изделия медицинского назначения, перевязочный материал,



предметы ухода за больными, посуду столовую и лабораторную, игрушки, поверхности помещений, мебели, санитарно-техническое оборудование, медицинские отходы, постельные принадлежности. При кишечной, легочной и септической формах дополнительно обеззараживают выделения больного, остатки пищи, посуду из-под выделений.

27. Для обеззараживания объектов, контаминированных возбудителем сибирской язвы, применяют методы и обладающие спороцидной активностью дезинфицирующие средства:

1) высокая температура путем кипячения, действия сухого горячего воздуха или пара; камерные методы обеззараживания вещей с использованием парового, паровоздушного и пароформалинового методов;

2) химические дезинфицирующие средства на основе спороцидно действующих веществ, а также композиционные препараты на их основе или применяемые при повышенной температуре плюс 50-70 градусов по шкале Цельсия (далее – °С).

28. Заключительную дезинфекцию в очаге инфекции выполняют в течение 3-6 часов с момента госпитализации больного или вывоза (выноса) трупа, погибшего от сибирской язвы, а по месту работы – в течение 24 часов.

29. Заключительную дезинфекцию проводят филиалы после выписки или смерти больного в помещениях и домашних очагах. Обеззараживанию подлежат все объекты и помещения, которые подверглись контаминации возбудителя сибирской язвы.

30. При проведении заключительной дезинфекции обязательно проводится камерная дезинфекция вещей больного и постельных принадлежностей.

### **Глава 3. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению туляремии**

31. Санитарно-эпидемиологическими требованиями к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению возникновения и распространения случаев заболевания туляремии являются наблюдение за эпизоотическим и эпидемическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, изучение эндемичности территории, слежение за циркуляцией возбудителя, оценку ситуации, прогнозирование и контроль эффективности проводимых мероприятий.

32. Слежение за циркуляцией возбудителя в природных очагах осуществляется мобильными зоолого–паразитологическими группами (далее – МЗПГ) не менее двух раз в год (март-июнь, сентябрь-октябрь) в зависимости от ландшафтных типов природных очагов (начиная с территории, где в прошлом возникали вспышки и были изолированы культуры возбудителя туляремии), а также ранее не обследованные на туляремию территории населенных пунктов.

33. МЗПГ формируются из профильных специалистов филиалов и территориальных подразделений, противочумных станций. В состав МЗПГ входят зоолог, помощник зоолога, энтомолог, помощник энтомолога, дезинструктор, дезинфектор, лаборант, водитель автотранспорта.

34. МЗПГ на территории природного очага туляремии осуществляет:

- 1) учет численности (определение индексов обилия, доминирования и встречаемости) клещей и кровососущих членистоногих по видам и биотопам;
- 2) сбор клещей на разных стадиях их развития в открытой местности и в местах выплода (помещения, норы) для лабораторного исследования;
- 3) сбор клещей с сельскохозяйственных животных и птиц для оценки уровня их пораженности путем осмотра 5-10 голов в контрольных стадах;
- 4) определение видового состава клещей и кровососущих членистоногих;
- 5) определение основных и второстепенных прокормителей клещей на разных стадиях их развития;
- 6) анализ влияния природных, антропогенных и хозяйственных факторов на численность популяций клещей;
- 7) фенологические наблюдения за циклом жизнедеятельности клещей;
- 8) обследование подворий при массовом появлении клещей и активном нападении их на людей;
- 9) обследование населенных пунктов и очага при регистрации больных туляремией;
- 10) учет численности, мест концентрации и отлов грызунов (переносчиков возбудителя туляремии) для лабораторного исследования на наличие возбудителя туляремии;
- 11) оценку интенсивности размножения грызунов и кратковременный прогноз изменений их численности, определение видового состава и уровня эпизоотии в их популяциях;
- 12) сбор данных по кормовой базе грызунов и погодным условиям;
- 13) сбор материалов из внешней среды (вода, гнездовой материал, зерно-фураж, сено, экскременты и погадки диких животных и птиц) для лабораторного исследования на наличие возбудителя туляремии;
- 14) ландшафтно-географическое районирование контролируемой территории по степени активности природных очагов туляремии, выявление активных природных очагов;
- 15) оценку степени оздоровления территории природного очага и эффективности проведенных дезинсекционных и дератизационных мероприятий, согласно действующих нормативно-правовых актов.

35. На основании зоолого-паразитологического обследования природных очагов туляремии территориальные подразделения совместно с МИО составляют

комплексную программу санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий, предусматривающую:

1) оздоровление природных очагов туляремии (дератизация, уничтожение клещей) с обоснованием объема и сроков проведения мероприятий с последующей оценкой их эффективности;

2) предупреждение завоза инфекции на новые территории;

3) подготовку медицинских работников;

4) проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

36. Территориальные подразделения определяют необходимость и объемы проведения профилактических прививок населения против туляремии.

37. Профилактические прививки людей против туляремии осуществляется в соответствии с Постановлением № 612.

38. Планирование и отбор контингентов, подлежащих профилактическим прививкам осуществляется дифференцированно, с учетом степени эпидемической активности природных очагов.

39. Плановая профилактические прививка населения против туляремии проводится организациями здравоохранения в соответствии с прилагаемой к вакцине инструкцией следующим контингентам населения:

1) специалистам МЗПГ, лабораторий проводящих отбор проб, исследования на наличие возбудителя туляремии филиалов и противочумных станций;

2) всему населению в природных очагах пойменно-болотного, предгорно-ручьевого типов и на территории зоны постоянной резервации, за исключением детей до 7 лет, лиц старше 55 лет и лиц, имеющих противопоказания в соответствии с прилагаемой к вакцине инструкцией;

3) лицам, проживающим в природном очаге на территории зоны отдельных районов, локально четко ограниченных очагах туляремии;

4) лицам, входящим в группы риска: охотникам, рыбакам, членам их семей, пастухам, полеводам, мелиораторам, а также лицам, работающим сезонно или вахтовым методом в природных очагах тугайного, степного типов.

40. Ревакцинация населения проводится каждые 5 лет.

41. Иммунный статус населения на туляремию определяется организациями здравоохранения путем выборочного обследования взрослого работоспособного населения с помощью накожной пробы с тулярином согласно инструкции к препарату. Общее число проверяемых людей в конкретном административном районе составляет не менее 1 (одного) процента (далее – %) к общему числу проживающих (или не менее 10 % в отдельно взятом населенном пункте).

42. При выявлении уровня иммунной прослойки ниже 70% в луго-полевых очагах и ниже 90% в пойменно-болотных очагах проводится ревакцинация.

43. Контроль своевременности и качества проведения вакцинации против туляремии осуществляют территориальные подразделения.

44. Организациями здравоохранения при выявлении больных:

1) с лихорадкой более пяти дней с лимфаденитами, конъюнктивитами, паротитами, ангинами и длительно текущими пневмониями неясной этиологии проводятся отбор проб сыворотки крови на туляремию;

2) с абдоминальной, легочной, конъюнктивально-бубонной, ангинозно-бубонной, язвенно-бубонной и бубонной формами туляремии среднетяжелом или тяжелом течении госпитализируются в инфекционный стационар (отделение) или в изолированную отдельную терапевтическую палату (бокс);

3) кожно-бубонной и бубонной формах заболевания с легким течением, умеренно выраженным лимфаденитом и лихорадочной реакцией, не превышающей 37,5°C, допускается лечение в амбулаторных условиях;

4) за контактными и лицами, находившимися в одинаковых по риску заражения с больным условиях, проводят медицинское наблюдение в течение 21 (двадцати одного) календарного дня.

45. Специалисты территориальных подразделений, филиалов и противочумных станций в эпидемическом очаге туляремии обеспечивают организацию и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага:

1) эпидемиологическое и зоолого-паразитологическое обследование очага;

2) определение границ очага, источника, резервуара инфекции, причин и факторов, способствующих формированию очага;

3) совместно с организациями здравоохранения активное выявление больных;

4) установление круга лиц (поименно), подвергшихся риску заражения;

5) сбор клещей, отлов грызунов, отбор проб из объектов окружающей среды (вода, гнездовой материал, зерно-фураж, сено, экскременты и погадки диких животных и птиц) для лабораторных исследований;

6) проведение внеплановых мероприятий по контролю за санитарно-эпидемиологическим состоянием организации (хозяйства, производства), с которыми связано формирование очага;

7) совместно соответствующими подразделениями МИО введение усиленного надзора за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, вовлеченных в эпидемический процесс;

8) совместно с соответствующими подразделениями МИО уничтожение продукции животноводства, кожевенных и меховых производств, которые явились вероятными источниками инфекции и (или) факторами передачи инфекции;

9) организация дезинфекционных, дезинсекционных (блохи, клещи, комары, слепни) и дератизационных мероприятий в очаге и контроль их эффективности;

10) проведение по эпидемическим показаниям вакцинации подвергшихся риску заражения лиц;

11) проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

46. Организации здравоохранения в эпидемическом очаге осуществляют:

1) активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;

2) медицинское наблюдение за контактными лицами с источником инфекции в течение 21 (двадцати одного) календарного дня, двукратным измерением температуры тела с момента выявления последнего больного;

3) экстренную антибиотикопрофилактику по назначению врача инфекциониста;

4) санитарно-просветительную работу.

47. Забор материала (содержимое бубона, материал из зева, конъюнктивы глаза, отделяемое язвы, мокроту, кровь, сыворотку крови и от умерших биоптаты легких, трахеи, содержимое увеличенных лимфатических узлов) от больных или лиц с подозрением на заболевание туляремией для направления на лабораторное исследование проводят сотрудники инфекционного стационара (отделения), куда госпитализирован больной.

48. Забор материала от больных (подозрительных на заболевание) людей организациями здравоохранения производится до начала специфического лечения.

49. Лабораториями особо опасных инфекций филиалов и противочумных станций для исследования на туляремию проводится отбор проб клещей, грызунов, объектов окружающей среды (вода, гнездовой материал, зерно-фураж, сено, экскременты и погадки диких животных и птиц).

50. Лабораторное исследование материала проводят лаборатории, имеющие разрешение соответствующей Режимной комиссии на работу с микроорганизмами II группы патогенности.

51. К работе с материалом, подозрительным на инфицирование возбудителем туляремии, допускается привитый против туляремии персонал.

52. Для диагностики туляремии используются аллергические, серологические, бактериологические, биологические и генетические методы.

53. Диагноз туляремии подтверждается любым из лабораторных методов (выявление живых бактерий, специфических антигенов, антител против туляремийного возбудителя из материала от подозрительных на заболевание больных (умерших) людей).

54. Экстренное зоолого-паразитологическое обследование и мероприятия по уничтожению носителей и переносчиков возбудителя туляремии проводятся по эпидемиологическим показаниям.

55. При возникновении массовых заболеваний туляремией, в зависимости от типа вспышки или случая заболевания, филиалами и (или) противочумными станциями проводится бактериологическое исследование:

- 1) воды, заготовленных шкурок, тушек добытых животных (при промышленном типе заболеваемости);
- 2) кровососущих членистоногих (при трансмиссивном типе);
- 3) сена, зерна и продуктов, от которых могло произойти заражение (при сельскохозяйственном типе);
- 4) пищевых продуктов, питьевой воды, грызунов, обитающих в жилье (при бытовом типе);
- 5) сырья, снятых со скота клещей (при производственном типе).

56. При возникновении массовых заболеваний туляремией санитарно-противоэпидемические, санитарно-профилактические мероприятия проводятся совместно с заинтересованными структурными подразделениями МИО в зависимости от типа заболеваемости:

1) при водных вспышках туляремии – ревизия, очистка и дезинфекция источников хозяйственно-питьевого водоснабжения, не допускается использование зараженных водоемов для купания, для питья используется только кипяченая вода;

2) при трансмиссивных вспышках – ограничивается доступ не привитых против туляремии лиц на неблагополучные территории, мероприятия по снижению численности и уничтожению насекомых, в том числе клещей (дезинсекция), используется защитная одежда и репелленты;

3) при вспышках, связанных с работами в сельском хозяйстве – дератизация, обеззараживание зерна и грубых кормов, уничтожение иксодовых клещей на животных (обрабатывать заклещеванных животных экстренно), предупреждение инфицирования сельскохозяйственной продукции и сырья;

4) при бытовых вспышках – истребление грызунов, очистка дворов, улиц, пустырей от мусора, соломы, хозяйственных отходов. В жилых зданиях и помещениях обеспечивается непроницаемость грызунам, влажная уборка проводится с применением дезинфицирующих средств;

5) при производственных заражениях – обеззараживание инфицированного сырья и продукции термическим путем, на мясокомбинатах уничтожаются клещи на животных, поступивших для переработки;

6) на охоте – дезинфекция рук после снятия шкурок и потрошения тушек зайцев, ондатр, кротов и водяных крыс, обеззараживание снятых шкурок.

57. Дезинсекционные и дератизационные мероприятия при массовых заболеваниях проводятся согласно статье 107 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) в следующих направлениях:

1) уничтожение кровососущих членистоногих (иксодовые, гамазовые и краснотельковые клещи, слепни, комары) и грызунов в частных подворьях, жилых домах, в садово-огородных кооперативах, летних оздоровительных организациях и учреждениях, включая дезинсекционную обработку надворных построек и содержащихся здесь животных;

2) барьерная дератизация и дезинсекция методом дустации или аэрозоляции нор грызунов.

58. Плановые дератизационные мероприятия на эндемичной по туляремии территории проводятся ежегодно не менее двух раз в год (весна, осень) и дезинсекционные один раз в период активности кровососущих членистоногих (весной и летом).

#### **Глава 4. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению Конго-Крымской геморрагической лихорадки**

59. Санитарными требованиями к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению Конго-Крымской геморрагической лихорадки (далее – ККГЛ) являются наблюдение за зоолого-паразитологическим и эпидемическим процессом, включая мониторинг заболеваемости, изучение эндемичности территории, слежение за циркуляцией возбудителя, оценку ситуации, прогнозирование и контроль эффективности проводимых мероприятий.

60. На эндемичной по ККГЛ территории обеспечивается обследование МЗПГ не менее двух раз в год (март-июне и сентябре-декабре), в годы с ранней и теплой весной обследование начинается раньше.

61. МЗПГ осуществляет:

1) учет численности (определение индексов обилия, доминирования и встречаемости) клещей по видам и биотопам;

2) сбор клещей в населенных пунктах с охватом не менее 10 (десяти) дворов (помещений для домашних и сельскохозяйственных животных) для оценки уровня заклещеванности;

3) сбор клещей с сельскохозяйственных, домашних животных и домашних птиц для оценки уровня заклещеванности путем осмотра не менее 5-10 голов каждого из них;

4) сбор клещей с грызунов и нор для оценки уровня заклещеванности;

5) определение видового состава клещей;

6) определение основных и второстепенных прокормителей клещей на разных стадиях их развития;

7) анализ влияния природных, антропогенных и хозяйственных факторов на численность популяций клещей;

- 8) фенологические наблюдения за циклом жизнедеятельности клещей;
- 9) сбор клещей на разных стадиях их развития в открытой местности и местах выплода (помещения, норы) для лабораторного исследования;
- 10) обследование подворий при массовом появлении клещей и активном нападении их на людей;
- 11) обследование населенных пунктов и очагов при регистрации больных ККГЛ;
- 12) обследование на наличие клещей животноводческих помещений, загонов и временных стоянок при переходе на летние выпасы (не реже одного раза в месяц);
- 13) оценку степени оздоровления территории природного очага и эффективности проведенных дезинсекционных и дератизационных мероприятий, согласно действующих нормативно-правовых актов.

62. На основании зоолого-паразитологического и эпидемиологического обследования природных очагов ККГЛ территориальные подразделения совместно с заинтересованными структурными подразделениями МИО составляют комплексную программу санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий, предусматривающую:

- 1) слежение за эпидемической и эпизоотической активностью природных очагов ККГЛ;
- 2) выявление участков повышенного эпидемиологического риска (активные природные очаги), на территории которых регистрируются случаи заболевания людей, выявляется антиген или рибонуклеиновая кислота (далее – РНК) вируса ККГЛ (от клещей, птиц, грызунов, диких и домашних животных);
- 3) контроль своевременности выявления больных ККГЛ, полноты их лабораторного обследования;
- 4) установление контингентов населения, групп повышенного риска, находящихся или выезжающих в природные очаги (или зоны риска), с целью проведения среди них целенаправленной работы по вопросам профилактики ККГЛ;
- 5) определение периода эпидемического сезона по ККГЛ на территории (по зоолого-паразитологическим показателям);
- 6) оздоровление природных очагов ККГЛ (дезинсекция, дератизация и окультуривание выпасов, пастбищ) с обоснованием объема и сроков проведения профилактических мероприятий с последующей оценкой их эффективности;
- 7) предупреждение завоза инфекции на новые территории;
- 8) подготовку медицинских работников;
- 9) проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

63. В зоне природной очаговости ККГЛ МИО ежегодно согласно статье 107 Кодекса осуществляется:

- 1) проведение мероприятий по организации закупок дезинсекционных средств (препаратов) для противоклещевых обработок не позднее января;



2) организация очистки (от навоза, мусора) животноводческих помещений, частных подворий в населенных пунктах, дислоцированных в зоне природной очаговости ККГЛ, до начала противоклещевых обработок;

3) организация очистки временных стоянок, загонов и окружающей территории при выгоне скота на летние пастбища до начала противоклещевых обработок;

4) координация проведения противоклещевых мероприятий филиалами, ветеринарными подразделениями МИО;

5) обеспечение ликвидации самопроизвольных свалок мусора;

6) обеспечение благоустройства территорий населенных пунктов, парков, скверов, оздоровительных организаций, учреждений, сельскохозяйственных объектов, мест массового отдыха и пребывания населения;

7) организация и проведение противоклещевой обработки скота, скотопомещений и буферных зон;

8) организация работы по трансформация естественных или несельскохозяйственных угодий в пашни, культурные сенокосы и пастбища посредством комплекса агротехнических мероприятий;

9) организация работы по определению маршрутов прогона сельскохозяйственных животных;

10) осуществление ротации пастбищ с регулируемым выпасом скота;

11) организация и проведение в средствах массовой информации работы по гигиеническому воспитанию населения, связанной с вопросами профилактики ККГЛ, клиническими проявлениями ККГЛ, условиями заражения и средствами индивидуальной защиты.

64. Противоклещевые мероприятия проводят по типу заблаговременной (плановой) или экстренной профилактики.

65. Все противоклещевые мероприятия проводятся в специальном защитном костюме (комбинезон с капюшоном и маска) (далее – защитный костюм), специальной обуви (сапоги или высокие ботинки) и плотных резиновых или нитриловых перчатках с еженедельной и после каждой стирки импрегнацией одежды акаро-репеллентами или инсектоакарицидными средствами.

66. Объемы и сроки проведения профилактических мероприятий определяются территориальными подразделениями на основании результатов зоолого-паразитологических работ.

67. Плановые противоклещевые мероприятия на эндемичной по ККГЛ территории проводятся ежегодно не менее двух раз в год (весна, осень).

68. Заблаговременные профилактические работы намечают заранее, в предшествующем обработкам году и выполняют в плановом порядке, в местах регистрации больных, в течение трех лет с момента регистрации последнего заболевания, в местах выявления клещей с положительными результатами за

последние два года и при высокой численности клещей переносчиков ККГЛ в предшествующем обработкам году.

69. Мероприятия по типу экстренной профилактики проводятся согласно статье 107 Кодекса на незапланированных под обработки участка:

- 1) в случаях регистрации заболеваний человека ККГЛ;
- 2) при положительных результатах исследования клещей на наличие вируса ККГЛ;

70. Противоклещевые мероприятия согласно статье 107 Кодекса проводятся одновременно в следующих направлениях:

1) уничтожение клещей на сельскохозяйственных и домашних животных и в животноводческих помещениях – организуют ветеринарные подразделения МИО согласно подпунктам 4) и 6) пункта 2 статьи 35 Закона;

2) уничтожение клещей в частных подворьях населенных пунктов, включая противоклещевую обработку надворных построек и содержащихся здесь животных, в том числе домашней птицы – проводят владельцы подворий и животных согласно подпунктам 4) и 6) пункта 2 статьи 35 Закона;

3) барьерная дезинсекция для создания защитных зон вокруг населенных пунктов инсектоакарицидными препаратами кустарников, травостоя, а также нор грызунов – проводят филиалы и противочумные станции;

4) создание буферных зон инсектоакарицидными препаратами кустарников, водопоев и мест нахождения сельскохозяйственных животных в окрестностях постоянных или временных населенных пунктов – организуют соответствующие структурные подразделения МИО;

5) агротехнические и общесанитарные мероприятия (механическая очистка помещений и территории от навоза и мусора, кустарников, ремонт и заделка щелей, трещин, нор с предварительной заливкой их мазутом, автолом, креолином или глиной, пропитанной указанными веществами) осуществляют домовладельцы и хозяйствующие субъекты.

71. Юридические, физические лица, индивидуальные предприниматели на принадлежащей им территории проводят противоклещевые обработки согласно пункта 1 статьи 107 Кодекса.

72. Руководители организаций и учреждений, имеющие загородные летние оздоровительные организации, расположенные в зоне природных очагов (или зонах риска) ККГЛ, перед их открытием обеспечивают:

1) расчистку прилегающих территорий от мусора, валежника, сухостоя в радиусе 500 метров (далее – м) вокруг организации;

2) ограждение территорий с целью предотвращения захода сельскохозяйственных, домашних и диких животных;

3) проведение барьерных противоклещевых обработок, создавая ширину барьера не менее 300 м по периметру ограждения. Противоклещевые обработки проводят за 5-7

календарных дней до заезда отдыхающих граждан, детей и перед каждой сменой с обязательной оценкой эффективности проведенных работ;

4) создание резерва репеллентов для использования детьми при выходе их за пределы территории организации;

5) проведение бесед о мерах защиты от нападения клещей с персоналом организации, отдыхающими гражданами и детьми при заезде последних в летние оздоровительные организации.

73. Барьерные противоклещевые обработки территорий пришкольных летних оздоровительных организаций проводятся при наличии эпидемиологических показаний

74. Для проведения противоклещевых мероприятий используют инсектоакарицидные средства, разрешенные к применению на территории Республики Казахстан и государств-участников Евразийского экономического союза.

75. Противоклещевые мероприятия в районах доминирования клещей *Hyalomma asiaticum* (гиалома азиатикум) проводятся согласно статье 107 Кодекса в марте-июле и сентябре-октябре, в местах преобладания клещей *Hyalomma anatolicum* (гиалома азиатикум) – в июле-августе. При наличии в паразитарной системе очага, помимо названных видов, клещей *Dermacentor niveus* (дермацентор niveус) противоклещевые мероприятия проводят на протяжении всего теплого периода года.

76. Начало противоклещевых мероприятий при ранней активности клещей сдвигают на месяц ранее: первый тур профилактических противоклещевых мероприятий начинают в марте и заканчивают не позднее начала апреля. Одну из обработок проводят за 1 – 2 недели перед стрижкой животных.

77. Кратность обработок определяют в зависимости от длительности остаточного действия применяемых акарицидов, в связи с этим частота обработок меняется от 2 – 3 раз в месяц до 2 – 3 раз за весь теплый период года.

78. Нормы расхода любых инсектоакарицидных средств для борьбы с клещами рода *Hyalomma* (гиалома) увеличивают в 2,5-3 раза по сравнению с рекомендуемыми для клещей рода *Ixodes* (Иксодес).

79. Не допускается проведение обработки пастбищ инсектоакарицидными средствами в местах активного выпаса животных. В эндемичной зоне применяют их регулируемое использование (исключение из оборота очаговых участков на 1 – 2 года, следующих за годом выявления возбудителя ККГЛ).

80. Выявление больных ККГЛ осуществляются организациями здравоохранения.

81. За всеми лицами, пострадавшими от укусов клещей, устанавливается медицинское наблюдение с ежедневной двукратной термометрией, осмотром кожных покровов в течение 14 (четырнадцати) календарных дней и, при необходимости, назначают профилактическую терапию противовирусными препаратами или госпитализируют в организацию здравоохранения.

82. Больные, находящиеся на лечении в амбулаторных условиях по поводу лихорадок неясной этиологии, в случае присоединения геморрагического синдрома, экстренно госпитализируются в инфекционный стационар (отделение) вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра с соблюдением мер биобезопасности.

83. При обращении человека с подозрением на заболевание ККГЛ за медицинской помощью в зоне природной очаговости и прилегающих к ним территориях медицинскими работниками с соблюдением мер биобезопасности (в отношении самого медицинского работника, больного и всех окружающих) принимаются меры по его экстренной госпитализации с целью дифференциальной диагностики (с обязательным сбором эпидемиологического анамнеза) и лечения вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

84. Организации здравоохранения, выявившие больного или пациента с подозрением на заболевание ККГЛ, собирают эпидемиологический анамнез, госпитализируют больного в ближайший инфекционный стационар (отделение), в изолированную отдельную палату или бокс, где ему оказывают квалифицированную медицинскую помощь с соблюдением необходимых мер биобезопасности.

85. В случае заболевания ККГЛ приезжего, территориальное подразделение по месту регистрации больного немедленно извещает территориальное подразделение по месту его проживания.

86. Случаи заболевания человека ККГЛ подлежат эпидемиологическому расследованию с энтомологическим обследованием очага территориальным подразделением.

87. Специалисты территориальных подразделений, филиалов и организации здравоохранения в эпидемическом очаге ККГЛ обеспечивают организацию и проведение комплекса санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий, направленных на локализацию и ликвидацию очага:

- 1) установление круга лиц (поименно), подвергшихся риску заражения;
- 2) определение границ очага, источника, резервуара инфекции, причин и факторов, способствующих формированию очага;
- 3) сбор для исследования из окружающей среды и с сельскохозяйственных, домашних животных и птиц иксодовых клещей;
- 4) проведение энтомологического обследования территории;
- 5) совместно с соответствующими подразделениями МИО введение усиленного надзора за благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, вовлеченных в эпидемический процесс;
- 6) организация дезинфекционных и дезинсекционных мероприятий в очаге и контроль их эффективности;

7) проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

88. Всем лицам, действия которых связаны с осмотром и (или) любой медицинской манипуляцией, транспортировкой, работой в очаге, госпитализацией, лечением и обслуживанием больных с подозрением на ККГЛ, необходимо использовать защитные костюмы I типа с дополнительным включением фартука, второй пары резиновых перчаток, нарукавников, экрана для защиты лица. Необходимо использование масок или высокой степени защиты респираторов (не менее 2 класса), плотно прилегающих по краям к лицу человека.

89. Организациями здравоохранения в эпидемическом очаге проводится:

1) активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;

2) выявление и госпитализацию больных;

3) отбор материала от больных и подозрительных на заболевание ККГЛ;

4) медицинское наблюдение за контактными в течение 14 (четырнадцати) календарных дней с ежедневной двукратной термометрией, осмотром кожных покровов с момента выявления последнего больного;

5) по назначению врача инфекциониста в зависимости от вида контакта с больным ККГЛ назначают профилактическую терапию противовирусными препаратами с провизорной госпитализацией его в организацию здравоохранения с соблюдением мер биобезопасности;

б) санитарно-просветительная работа.

90. Забор материала от больных или лиц с подозрением на заболевание ККГЛ (цельную кровь, плазму, сгусток крови, сыворотку крови и от умерших печень, лёгкие, селезёнку, почки, головной мозг) для направления на лабораторное исследование проводят сотрудники инфекционного стационара (отделения), куда госпитализирован больной.

91. Забор материала от больных (подозрительных на заболевание) ККГЛ людьми организациями здравоохранения производится до начала специфического лечения с соблюдением мер биобезопасности.

92. Лабораторное исследование материала проводят лаборатории, имеющие разрешение соответствующей Режимной комиссии на работу с микроорганизмами II группы патогенности.

93. Исследование материала от больных ККГЛ проводится иммуноферментным анализом (далее – ИФА), ПЦР, вирусологическими методами.

94. Диагноз ККГЛ выставляется на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

95. Клинический диагноз ККГЛ считается подтвержденным при выделении вируса ККГЛ из крови больного и (или) при положительном результате ПЦР и (или) обнаружения антител класса Ig M в сыворотке крови.

96. В эпидемическом очаге специалистами МЗПГ обследуются объекты и территории возможного контакта больного с клещами (животноводческие фермы, личные подворья, жилые и нежилые помещения всего населенного пункта, природные биотопы), проводится осмотр на наличие иксодовых клещей сельскохозяйственных и домашних животных, находящихся в пределах очага.

97. По результатам обследования эпидемического очага при наличии клещей проводится дезинсекционная обработка объектов, биотопов, сельскохозяйственных и домашних животных согласно статье 107 Кодекса.

98. В эпидемических очагах ККГЛ специалистами дезинфекционного профиля филиалов при наличии больных ККГЛ проводят текущую и заключительную дезинфекцию дезинфектантами, разрешенными для применения при вирусных инфекциях. Обеззараживанию подлежат все предметы, загрязненные или подозрительные на загрязнение кровью и выделениями больного, а также имевшие контакт со слизистыми оболочками больного.

99. На эндемичной территории эпидемическим очагом ККГЛ считается весь населенный пункт, где есть один больной, в городах и поселках, дислоцированных вне эндемичной зоны, – места пребывания больного (отдельное домовладение, квартира или организация здравоохранения).

100. Все работы в очагах ККГЛ проводятся в защитном костюме II-типа, специальной обуви (сапоги или высокие ботинки) и резиновых перчатках.

101. При отсутствии защитных костюмов используются комбинезоны, при этом ее верхняя часть заправляется в брюки, брюки заправляются в носки.

102. Через каждый час работы в очагах ККГЛ необходимо проводить осмотры (себя и друг друга) для своевременного обнаружения попавших на одежду клещей.

103. Персонал МЗПГ использует аэрозольные акаро-репелленты или порошковые инсектоакарицидные препараты для импрегнации защитной одежды. Импрегнацию производят не реже одного раза в неделю и после каждой стирки.

104. Стрижка, обработка шерсти, забой и разделка туши сельскохозяйственных животных выполняется в защитной одежде и перчатках

## **Глава 5. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению геморрагической лихорадки с почечным синдромом**

105. Санитарными требованиями к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению геморрагической лихорадки с почечным синдромом (далее – ГЛПС) является ежемесячное наблюдение за эпидемическим процессом, включая мониторинг

заболеваемости, изучение эндемичности территории, слежение за циркуляцией возбудителя, оценку ситуации, прогнозирование и контроль эффективности проводимых мероприятий.

106. МЗПГ на очаговой по ГЛПС территории проводится зоолого-паразитологическое обследование, включающее:

1) учет мест концентрации и численности грызунов с определением видовой структуры мелких млекопитающих и уровня эпизоотии в их популяциях (апрель – май и октябрь – декабрь);

2) оценку интенсивности размножения грызунов и кратковременный прогноз изменений их численности;

3) сбор данных по кормовой базе грызунов и погодным условиям;

4) отлов грызунов для лабораторного исследования на наличие хантавирусного антигена и определение уровня инфицированности хантавирусом мышевидных грызунов;

5) выявление активных природных очагов ГЛПС и ландшафтно-географическое районирование контролируемой территории по степени активности природных очагов;

6) обследование населенных пунктов и очага при регистрации больных ГЛПС.

107. Территориальными подразделениями проводится:

1) инвентаризация природных, антропоургических очагов ГЛПС и прогнозирование их активности;

2) ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости;

3) контроль раннего выявления больных ГЛПС и методической правильности их серологического обследования;

4) изучение уровня естественного иммунитета населения;

5) выявление групп повышенного риска инфицирования ГЛПС;

6) обоснование объемов и сроков проведения профилактических мероприятий;

7) подготовка медицинских работников по вопросам эпидемиологии и профилактики ГЛПС;

8) санитарно-просветительная работа по вопросам профилактики ГЛПС среди населения, в том числе целенаправленно с выявлением контингентов населения, групп и участков повышенного эпидемического риска.

108. Соответствующими структурными подразделениями МИО согласно статье 107 Кодекса в неблагополучных по ГЛПС территориях проводятся:

1) механическая очистка лесопарковых и лесных массивов садов внутри и черте населенных пунктов и на прилегающих к ним территориях, в 500-метровой зоне валежника, от мусора, сухостоя, густого подлеска, примыкающих к населенным пунктам;

2) обеспечение непроницаемости для грызунов хозяйственных построек и жилых помещений;

3) организация сплошной поселковой дератизации на расчищенных территориях (населенных пунктов, рекреационных зонах и зонах культурного земледелия, лесопарковых зонах (парков, скверов), кладбищах, оздоровительных организациях, учреждениях (в том числе баз отдыха), сельскохозяйственных объектах, в местах массового отдыха и пребывания населения) и в постройках, дислоцированных в активных природных очагах ГЛПС, в осенний период (октябрь-декабрь);

4) организация и контроль за проведением сплошной дератизации территорий, отводимых под дачные участки, строительство предприятий, оздоровительных учреждений и детских организаций в энзоотичной по ГЛПС местности.

109. При обращении человека с подозрением на заболевание ГЛПС за медицинской помощью в зоне природной очаговости и прилегающих к ним территориях организациями здравоохранения принимаются меры по его госпитализации с целью дифференциальной диагностики (с обязательным сбором эпидемиологического анамнеза) и симптоматического лечения вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

110. Случаи заболевания человека ГЛПС подлежат эпидемиологическому расследованию территориальным подразделением с осуществлением:

- 1) зоолого-паразитологического обследования очага;
- 2) определения границ очага, источника, резервуара инфекции, причин и факторов, способствующих формированию очага;
- 3) установления круга лиц (поименно), подвергшихся риску заражения;
- 4) организации дезинфекционных и дератизационных мероприятий в очаге и контроль их эффективности;
- 5) проведение санитарно-просветительной работы среди населения.

111. Организациями здравоохранения в эпидемическом очаге проводится:

- 1) активное выявление больных методом опроса, осмотра и подворных (поквартирных) обходов;
- 2) выявление и госпитализации больных;
- 3) отбор материала от больных и подозрительных на заболевание ГЛПС;
- 4) санитарно-просветительная работа.

112. Забор материала от больных или лиц с подозрением на заболевание ГЛПС (цельную кровь, плазму, сгусток крови, сыворотку крови и от умерших печень, лёгкие, селезёнку, почки, головной мозг) для направления на лабораторное исследование проводят сотрудники стационара (отделения), куда госпитализирован больной.

113. Забор материала от больных (подозрительных на заболевание) ГЛПС людей организациями здравоохранения производится до начала специфического лечения с соблюдением мер биобезопасности.



114. Лабораторное исследование материала проводят лаборатории, имеющие разрешение соответствующей Режимной комиссии с микроорганизмами II-III групп патогенности.

115. Диагноз ГЛПС выставляется на основании эпидемиологических, клинических и лабораторных данных.

116. В случае активизации среди грызунов эпизоотического процесса и роста заболеваемости ГЛПС согласно статье 107 Кодекса территориальным подразделением совместно с соответствующими подразделениями МИО и организациями здравоохранения обеспечивается:

1) организация и проведение организациями здравоохранения, ветеринарной и коммунальной служб, лесхозов, торговли, общественного питания, оздоровительных организаций, мероприятий, направленных на профилактику ГЛПС;

2) организация и проведение зоолого-паразитологического обследования мест активизации очагов ГЛПС и ранее не обследованных территории населенных пунктов районов и городов;

3) организация проверок санитарного состояния населенных пунктов, оздоровительных, детских, торговых организаций;

4) проведение эпидемиологического расследования множественных случаев заболеваний с выявлением мест и условий заражения людей;

5) проведение барьерной дератизации филиалами и противочумными станциями вокруг населенных пунктов, лесных массивов, примыкающих к населенным пунктам и местам концентрации населения со скрытой подачей отравленной приманки;

6) организация подворных обходов с целью выявления больных ГЛПС и лиц, находившихся в сходных с ними условиях;

7) анализ обращаемости больных (за последние 1-2 месяца) в амбулаторно-поликлинические организации, стационары, фельдшерско-акушерские пункты на неблагополучных по ГЛПС территориях с диагнозами (олигоурия, полиурия, конъюнктивит), не исключающими наличия хантавирусной инфекции;

8) усиление санитарно-просветительной работы.

117. Руководителями летних оздоровительных организаций и учреждений, расположенных в зоне природных очагов ГЛПС согласно статье 107 Кодекса, перед их открытием обеспечиваются соблюдение следующих требований:

1) проведение механической очистки лесных массивов от мусора, валежника, сухостоя, густого подлеска примыкающих к пунктам оздоровительных организаций, и учреждений радиусом шириной в 500-метровой зоне;

2) обеспечение непроницаемости для грызунов хозяйственных построек и жилых помещений;

3) проведение мероприятий по истреблению мышевидных грызунов и сплошной (поселковой) дератизации;

4) проведение барьерной дератизации в 500-метровой зоне со скрытой подачей отравленной приманки;

5) проветривание и высушивание на солнце в течение 6-8 часов постельных принадлежностей и проведение камерной обработки постельного белья;

6) проведение влажной дезинфекции помещений перед началом оздоровительного сезона, а затем перед началом каждой смены;

7) проведение инструктажа персонала по мерам профилактики ГЛПС;

8) проведение консервации летних сезонных оздоровительных организаций и учреждений на зиму с применением длительно действующих родентицидных средств, разрешенных к применению на территории Республики Казахстан и государств-участников Евразийского экономического союза.

## **Глава 6. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению бешенства**

118. Санитарными требованиями к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению бешенства являются оценка ситуации и разработка санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий, направленных на недопущение распространения инфекции среди людей.

119. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью бешенством включает:

1) мониторинг обращаемости населения по поводу нападения и укусов животными;

2) мониторинг заболеваемости бешенством людей с учетом условий территориальности, сезонности, цикличности эпидемических и эпизоотических процессов;

3) определение необходимости и объема проведения профилактической вакцинации людей против бешенства;

4) слежение за проведением профилактических прививок лицам, профессиональная деятельность которых связана с риском заражения бешенства, и анализ данных по результатам оказания антирабической помощи;

5) оценку эффективности проводимых мероприятий;

6) анализ заболеваемости населения бешенством и прогнозирование развития эпидемиологической ситуации;

7) санитарно-просветительная работа среди населения.

120. Профилактическая вакцинация людей против бешенства осуществляется в соответствии с Постановлением № 612.

121. Плановые профилактические прививки населения против бешенства проводятся организациями здравоохранения следующему контингенту населения:

1) сотрудникам научно-исследовательских организаций, лабораторий, в том числе персоналу, проводящему отбор проб, вивариев, организаций и учреждений, проводящих исследования на наличие возбудителя бешенства и работающих с животными;

2) лицам, выполняющим работу по отлову и содержанию безнадзорных животных;

3) сотрудникам органов охотничьего и лесного хозяйств, егерям, работникам убойных пунктов (площадок), таксидермистам, кинологам и лицам, имеющим потенциальный риск контакта с больными бешенством животными;

4) сотрудникам организаций здравоохранения, участвующих в проведении парентеральных вмешательств больным бешенством, и патологоанатомам.

122. В случаях регистрации заболевания (подозрении) животных бешенством согласно Закону главный государственный ветеринарный врач ветеринарного подразделения МИО немедленно информирует главного государственного ветеринарно-санитарного инспектора соответствующей административно-территориальной единицы, одновременно территориальное подразделение.

123. Организации здравоохранения, выявившие лиц (пострадавших от укусов, оцарапывания или ослюнения животными, а также при разделке павших от бешенства животных), подвергшихся риску инфицирования вирусом бешенства, немедленно сообщают о них в территориальное подразделение и ветеринарное подразделение МИО.

124. Лица, с подозрением на бешенство госпитализируются в отдельные боксы инфекционных стационаров (отделений).

125. Территориальное подразделение в случае заболевания и обращения людей по поводу риска инфицирования вирусом бешенства информирует ветеринарное подразделение МИО об известных животных, нанесших повреждение, с целью их изолирования и установления ветеринарного наблюдения за животными.

126. Территориальное подразделение совместно с представителем ветеринарного подразделения МИО в случае заболевания и обращения лиц по поводу риска инфицирования вирусом бешенства:

1) немедленно проводят совместное эпизоотолого-эпидемиологическое обследование очага;

2) определяют границы угрожаемой зоны и разрабатывает план мероприятий по локализации эпизоотического очага;

3) совместно с организациями здравоохранения выявляет круг лиц (поименно), подвергшихся риску инфицирования вирусом бешенства и нуждающихся в профилактических прививках;

4) организуют подворный (поквартирный) обход в неблагополучном пункте для выявления больных бешенством, подозреваемых в заражении животных, проверки условий содержания животных (кошек, собак);

5) организуют работу по умертвлению выявленных больных бешенством животных с последующим сжиганием, кроме покусавших людей и животных, которых изолируют и оставляют под наблюдением;

6) организуют меры по уничтожению продукции животноводства, кожевенных, меховых производств, которые явились вероятными источниками инфекции и (или) факторами передачи инфекции;

7) не допускают реализацию и вывоз продукции (молоко, мясо, шкуры), подозреваемой на зараженность возбудителями бешенства;

8) организуют дезинфекционные мероприятия в эпидемическом и эпизоотическом очагах;

9) проводят мероприятия по недопущению случаев заболевания среди людей и разъяснительные работы об опасности заболевания бешенством и мерах его предупреждения.

127. При выявлении случаев бешенства диких животных соответствующими структурными подразделениями МИО проводятся мероприятия по отлову и уничтожению безнадзорных собак, кошек и диких животных.

128. Местными органами государственного управления здравоохранением организуется центры (кабинеты) антирабической помощи на базе организаций здравоохранения. Антирабическая помощь осуществляется врачами травматологами, хирургами травматологических пунктов, хирургических кабинетов организаций здравоохранения.

129. Специалисты организаций здравоохранения всем лицам, обратившимся по поводу укуса, оцарапывания, ослюнения любым животным, а также лицам, пострадавшим при разделе туш, вскрытии трупов животных, павших от бешенства, немедленно оказывают первичную медико-санитарную помощь (обильное промывание 20 % водно-мыльным раствором) и направляют в травматологические пункты или хирургические кабинеты.

130. Оказание медицинской помощи пострадавшим от укусов, оцарапывания или ослюнения животными, а также при разделке павших от бешенства животных, включает:

1) немедленную обработку места повреждения (ран, царапин, ссадин), ослюнения обильным промыванием 20 % водно-мыльным раствором, обработку краев ран спиртовым раствором йода, наложение стерильной повязки. Края ран в течение первых трех календарных дней не иссекают и не зашивают, исключая повреждения, требующие вмешательства по жизненным или косметическим показаниям;

2) после местной обработки, немедленно проводится иммунизация лиц, подвергшихся риску инфицирования вирусом бешенства, в порядке и в сроки, предусмотренные инструкцией (наставлением) по применению антирабической вакцины и антирабического иммуноглобулина;

3) проведение экстренной профилактики столбняка при укушенных ранах, в соответствии с действующими нормативными правовыми актами и инструкцией (наставлением) по применению противостолбнячных препаратов;

4) доставку пострадавших из сельской местности медицинским транспортом, обеспечение явки уклоняющихся для продолжения курса антирабических прививок;

5) уточнение для каждого пострадавшего курса прививок, на основании справок ветеринарной службы о состоянии здоровья животного, нанесшего повреждение;

6) принятие необходимых мер при уклонении или самовольном прерывании пострадавшими курса профилактического лечения;

7) предупреждение прививаемого о недопустимости употребления алкоголя с момента начала иммунизации сроком на шесть месяцев, а также избегать переутомления, переохлаждения и перегревания;

8) предоставление в территориальные подразделения информацию о смене пострадавшим места жительства до окончания курса профилактических прививок.

131. Организацией здравоохранения на каждого обратившегося заполняется форма № 065/у "Карта профилактических прививок", утвержденная 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).

132. Госпитализация прививаемого организациями здравоохранения осуществляется по клиническим показаниям.

133. Покусавшие людей или животных собаки, кошки (за исключением животных с явными признаками бешенства) подлежат немедленной доставке владельцем или специальной бригадой по отлову безнадзорных собак и кошек в ближайшую ветеринарную лечебную организацию для изоляции и наблюдения ветеринарными специалистами в течение 10 (десяти) календарных дней.

134. В отдельных случаях, по разрешению ветеринарной лечебной организации, животное, покусавшее людей или животных, оставляют у владельца, выдавшего письменное обязательство содержать это животное в изолированном помещении в течение 10 (десяти) календарных дней и представлять его для осмотра ветеринарному врачу.

135. Ветеринарным врачом, обслуживающим данную территорию, ведется наблюдение за изолированными животными. Информация о результатах наблюдения сообщается не позднее 2 (двух) календарных дней после окончания наблюдения в

письменном виде в организацию здравоохранения, где прививают пострадавшего человека, и в территориальное подразделение, ветеринарное подразделение МИО по месту жительства пострадавшего.

136. При положительном результате лабораторной диагностики животного, обследованного на бешенство, начатый курс специфического антирабического лечения пострадавшего человека продолжается, при отрицательном результате – курс профилактических прививок прекращается.

137. При наличии клинических проявлений у животного, подозрительного на бешенство, курс антирабического лечения человека, продолжается, несмотря на отрицательный результат лабораторной диагностики.

## **Глава 7. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению листериоза**

138. Санитарными требованиями к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению заболевания листериозом является оценка ситуации и разработка мер, направленных на недопущение возникновения, распространения инфекции среди людей и формирования эпидемических очагов.

139. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью листериозом включает:

- 1) слежение за циркуляцией возбудителя в окружающей среде, контаминацией пищевых продуктов, наличием и состоянием эпидемиологически значимых объектов;
- 2) анализ заболеваемости населения листериозом с учетом условий районирования (территориальности) и прогнозирование развития эпидемиологической ситуации;
- 3) постановка на учет и динамическое наблюдение за переболевшими с целью выявления и санации бактерионосителей, особенно декретированных групп населения;
- 4) определение необходимости и объема проведения санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий;
- 5) проведение комплекса санитарно-гигиенических мероприятий, предупреждающих передачу возбудителей через пищевые продукты при их производстве, хранении, транспортировке и реализации;
- 6) санитарно-просветительная работа среди населения.

140. Лица профессионального риска, деятельность которых связана с осуществлением выращивания животных, заготовку (убой), хранение, переработку и реализацию животных, продукции и сырья животного происхождения, ежегодно согласно статье 86 Кодекса проходят профилактические медицинские осмотры на листериоз.

141. Профилактические медицинские осмотры работников хозяйствующих субъектов проводятся через 1-2 месяца после окончания массового окота и отела

животных, работников предприятий по переработке сырья и продукции животного происхождения – через 1-2 месяца после массового убоя животных.

142. Лица, не достигшие восемнадцатилетнего возраста, беременные и кормящие женщины не допускаются к работе, связанной с уходом за животными и контактом с продуктами животноводства (забой, хранение, переработка и реализация животных, продукции и сырья животного происхождения).

143. Работники хозяйствующих субъектов, в том числе временно привлекаемые лица, не допускаются к работе без средств личной гигиены и индивидуальной защиты (халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеенчатые фартуки, соответствующая обувь).

144. Лица, не прошедшие инструктаж по работе с заразным материалом и мерам личной безопасности, не допускаются к приему, транспортированию и убою животных с положительными серологическими реакциями и больных листериозом животных, разделке туш и переработке сырья от них.

145. Руководители организаций, учреждений, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности организуют и проводят санитарно-профилактические и дезинфекционные мероприятия, направленные на предупреждение заражения людей листериозом.

146. Профилактическому лабораторному обследованию на листериоз подлежат:

1) лица с рецидивирующими ангинами, симптомами инфекционного заболевания с лимфаденитом и конъюнктивитом, септическими проявлениями, явлениями менингита и энцефалита, профессионально связанные с животными, переработкой животноводческой продукции (ветеринарные специалисты, работники убойных пунктов (площадок), мясокомбинатов, молочно-товарных ферм, животноводческих хозяйств, звероферм, лабораторий, биофабрик, культурно-массовых или спортивных организаций, учреждений, содержащих или работающих с животными);

2) лица с признаками любых инфекционных заболеваний, имеющих связь с неблагополучным по листериозу хозяйством (если в хозяйстве выявлено заболевание животного листериозом);

3) лица, временно привлекаемые к уходу за животными и к переработке сырья и продукции животного происхождения (через 1-2 месяца после сезонных работ);

4) женщины репродуктивного возраста по клиническим показаниям (с гриппоподобными заболеваниями, с частыми ангинами, лимфаденитом и конъюнктивитом, воспалением яичников, шейки матки, септическими проявлениями, явлениями менингита и энцефалита) при наличии контакта с больным листериозом;

5) беременные и роженицы с отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом (самопроизвольный аборт, рождение мертвого плода, патологическим течением беременности или предшествующих родов), патологией предполагающей листериоз;

6) беременные с катаральными явлениями, имеющие связь с животноводческим хозяйством или профессионально связанные с животными;

7) пожилые лица и лица с иммунодефицитом с признаками менингита и менингоэнцефалита без установленной ранее причины состояния;

8) лица в септическом состоянии без установленного ранее диагноза;

9) новорожденные с подозрением на листериоз;

10) трупы мертворожденных или умерших в первые дни жизни детей по показаниям.

147. Выявление больных листериозом осуществляют организации здравоохранения при оказании всех видов медицинской помощи.

148. При установлении диагноза листериоз у животного и выявлении листерий в продуктах животноводства государственный ветеринарный врач ветеринарного подразделения МИО немедленно сообщает об этом в соответствующее территориальное подразделение и территориальное подразделение ведомства ветеринарии.

149. При выявлении больного или подозрения на листериоз у человека территориальное подразделение извещает ветеринарное подразделение МИО и территориальное подразделение, ветеринарии.

150. Территориальное подразделение совместно с ветеринарным подразделением МИО:

1) проводит эпизоотолого-эпидемиологическое обследование очага;

2) определяют границы угрожаемой зоны и разрабатывает план мероприятий по локализации эпидемического и эпизоотического очага;

3) организует работу по введению ограничительных мероприятий на территории предприятия (хозяйства), где сформировался эпизоотический очаг листериоза;

4) организует работу по введению запрета на использование продукции животного происхождения, с которыми связано формирование очага и вероятных факторов передачи инфекции;

5) совместно с организациями здравоохранения организуют подворный (поквартирный) обход для выявления лиц, подвергшихся риску инфицирования листериозом;

6) организует работу по проведению оценки заселенности объекта грызунами и согласно статье 107 Кодекса дезинфекционных, дератизационных мероприятий в очаге;

7) организует работу со средствами массовой информации по вопросам профилактики листериоза среди населения.

151. Организации здравоохранения осуществляют:

1) активное выявление, госпитализацию больных людей, их осмотр и подворные (поквартирные) обходы;



2) медицинское наблюдение за лицами, подвергшихся риску инфицирования листериозом, в течение 45 (сорока пяти) календарных дней с ежедневным осмотром кожных покровов, двукратной термометрией с момента выявления последнего больного;

3) отбор материала от больных (подозрительных на заболевание) людей, беременных женщин, трупов и контактных лиц, подвергшихся риску заражения листериозом для лабораторного исследования;

4) экстренную профилактику контактными по назначению врача инфекциониста;

5) санитарно-разъяснительную работу.

152. Госпитализация больных людей (подозрительных на заболевание) листериозом, листерионосителей организациями здравоохранения проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

153. Беременные женщины, подвергшиеся риску заражения в эпизоотическом очаге, обследуются на листериоз (бактериологически) в обязательном порядке.

154. Материалом для исследований на листериоз является:

1) слизь из носа и ротоглотки, отделяемое глаз, кровь, ликвор, меконий, околоплодная жидкость, плацента, отделяемое урогенитального тракта, плевральная и суставная жидкости от больных или подозрительных на заболевание людей;

2) трупный материал – кровь, экссудаты, внутренние органы (печень, легкие, селезенка, лимфатические узлы);

3) продовольственное сырье и продукция животного происхождения;

4) объекты окружающей среды - почва, трава, фураж, подстилка, вода.

155. Забор материала от больных (подозрительных на заболевание) людей организациями здравоохранения производится до начала специфического лечения.

156. Отбор проб из окружающей среды, продовольственного сырья и продукции животного происхождения в эпидемических очагах проводится филиалами.

157. Лабораторное исследование материала проводят лаборатории, имеющие разрешение соответствующей Режимной комиссии на работу с микроорганизмами III-группы патогенности.

158. Диагноз листериоз выставляется на основе клинической картины с учетом эпидемиологического анамнеза при подтверждении наличия листерий в организме человека (в первую очередь из ликвора, крови, плевральной и суставной жидкости) любым из существующих методов диагностики.

159. Все беременные женщины в эпизоотическом очаге (неблагополучном по листериозу хозяйстве) переводятся на работу, не связанную с уходом за животными и контактом с продуктами животноводства из неблагополучного хозяйства.

160. При регистрации случая листериоза в организации здравоохранения (стационаре) проводится:

- 1) выявление лиц, подвергшихся риску заражения и установление за ними медицинского наблюдения;
- 2) перевод больных (подозрительных на заболевание) в инфекционный стационар (отделение), в том числе новорожденных;
- 3) заключительная дезинфекция.

161. Реконвалесценты, больные и листерионосители выписываются из стационара после клинического выздоровления и двукратного отрицательного результата бактериологического исследования.

162. После выписки из стационара больные и бессимптомные листерионосители подлежат динамическому наблюдению у врача-инфекциониста в течении 2 (двух) лет с обязательным проведением специфических лабораторных исследований один раз в 6 (шесть) месяцев.

163. Динамическое наблюдение беременных женщин организациями здравоохранения проводится на ранних стадиях беременности с проведением серологических, а в случае положительных серологических тестов – бактериологических исследований. В случае положительных бактериологических исследований на листерии проводится соответствующее антибактериальное и патогенетическое лечение.

164. Допуск переболевших листериозом лиц на работу и в организованные коллективы проводится без ограничений после клинического выздоровления и отрицательного результата бактериологического обследования.

## **Глава 8. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению лептоспироза**

165. Санитарными требованиями к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению заболевания лептоспирозом является оценка ситуации и разработка адекватных мер, направленных на недопущение возникновения, распространения инфекции среди людей и формирования эпидемических очагов.

166. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью лептоспирозом включает:

- 1) слежение за циркуляцией возбудителя в окружающей среде и определение наличия и типа очагов;
- 2) постоянный контроль эпизоотической активности очага;
- 3) мониторинг динамики численности синантропных грызунов;
- 4) изучение видового состава носителей лептоспир;
- 5) установление серологической структуры лептоспир;
- 6) определение взаимосвязи очагов лептоспироза с эпидемиологически значимыми объектами (зоны отдыха, животноводческие фермы, районы проведения

сельскохозяйственных, гидромелиоративных работ, пищевой промышленности, общественного питания и торговли);

7) оперативный анализ изменений эпидемиологической ситуации, оценка степени их эпидемической опасности;

8) прогнозирование дальнейшего развития событий и проведение профилактических мероприятий;

9) определение необходимости и объема проведения санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий против лептоспироза;

10) проведение дезинфекции в очагах, на объектах, дератизация (экстренной дератизации) на угрожаемых участках и территории природного очага;

11) санитарно-просветительная работа среди населения.

167. К лицам профессионального риска заболевания лептоспирозом относятся:

1) лица, деятельность которых связана с осуществлением выращивания животных, забоем, хранением, переработкой и реализацией животных, продукции и сырья животного происхождения;

2) работники канализационной сети, портов, складских помещений, шахтеры;

3) работники культурных и спортивных организаций, учреждений, работающие с животными (цирки, конно-спортивные, зоопарки);

4) персонал лабораторий, работающих с патогенными лептоспирами и различных организаций, работающих с мелкими млекопитающими в полевых условиях;

5) сельскохозяйственные работники, занятые на покосах, жатве, возделыванию риса

168. Профилактические медицинские осмотры лиц профессионального риска заболевания лептоспирозом проводятся ежегодно согласно статье 86 Кодекса.

169. Работники хозяйствующих субъектов из группы профессионального риска, в том числе временно привлекаемые лица, не допускаются к работе без средств личной гигиены, индивидуальной защиты (халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеенчатые фартуки, соответствующая обувь) и гигиенического обучения по правилам профилактики лептоспироза.

170. Руководители организаций, учреждений, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности организуют и проводят санитарно-профилактические и дезинфекционные мероприятия, направленные на предупреждение заражения людей лептоспирозом.

171. При обращении человека с подозрением на заболевание лептоспироз за медицинской помощью в зоне природной очаговости и прилегающих к ним территориях организациями здравоохранения принимаются меры по его

госпитализации с целью дифференциальной диагностики (с обязательным сбором эпидемиологического анамнеза) и симптоматического лечения вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

172. Все случаи, подозрительные на заболевание лептоспирозом, подлежат лабораторному обследованию.

173. При установлении диагноза лептоспироз у животного государственный ветеринарный врач ветеринарного подразделения МИО немедленно сообщает об этом в соответствующее территориальное подразделение и территориальное подразделение государственного органа, осуществляющего в области ветеринарии.

174. При выявлении больного или подозрения на лептоспироз у человека территориальное подразделение извещает ветеринарное подразделение МИО и территориальное подразделение ведомства ветеринарии.

175. Территориальное подразделение совместно с ветеринарным подразделением МИО:

- 1) проводит эпизоотолого-эпидемиологическое обследование очага;
- 2) определяют границы угрожаемой зоны и разрабатывает план мероприятий по локализации эпидемического и эпизоотического очага;
- 3) организует работу по введению ограничительных мероприятий на территории предприятия (хозяйства), где сформировался эпизоотический очаг лептоспироза;
- 4) с соответствующими структурными подразделениями МИО организуют ведение усиленного надзора за системой водоснабжения, благоустройством территории и соблюдением противоэпидемического режима в организациях и учреждениях, где выявлены случаи заболеваний;
- 5) организует работу по введению запрета на использование продукции животного происхождения, с которыми связано формирование очага;
- 6) организует работу по проведению оценки заселенности объекта грызунами и согласно статье 107 Кодекса дезинфекционных, дератизационных мероприятий в очаге инфекции;
- 7) совместно с организациями здравоохранения организуют подворный (поквартирный) обход для выявления лиц, подвергшихся риску инфицирования лептоспирозом;
- 8) организует отбор проб из объектов окружающей среды (вода, почва, подстилка, продукты питания, не подвергающиеся повторной термической обработке) для лабораторного исследования;
- 9) организует работу со средствами массовой информации по вопросам профилактики лептоспироза среди населения.

176. Организации здравоохранения в очагах лептоспироза выполняют следующие меры:

1) подворный (поквартирный) обход для выявления, подвергшихся риску инфицирования лептоспирозом;

2) отбор материала от больных (подозрительных на заболевание), рожениц и контактных лиц, подвергшихся риску заражения лептоспирозом (кровь, цереброспинальная жидкость, моча), трупного материала (кровь, экссудаты, внутренние органы – почки, печень, легкие, мозговая ткань, сердце);

3) регистрация всех больных и бактерионосителей с указанием серологической группы возбудителя;

4) госпитализация больных в инфекционный стационар (отделение) и лечение в амбулаторных условиях носителей инфекции;

5) клинический и лабораторный мониторинг лихорадящих в течение двух недель;

6) бактериоскопическое и серологическое обследование рожениц (по клиническим показаниям);

7) организует в течение 30 (тридцати) календарных дней медицинское наблюдение за лицами, подвергшимся риску инфицирования лептоспирозом;

8) санитарно-просветительная работа среди населения.

177. Забор материала от больных (подозрительных на заболевание) людей организациями здравоохранения производится до начала специфического лечения.

178. Отбор проб из окружающей среды, продовольственного сырья и продукции животного происхождения в эпидемических очагах проводится филиалами.

179. Лабораторное исследование материала проводят лаборатории, имеющие разрешение соответствующей Режимной комиссии на работу с микроорганизмами III-группы патогенности.

180. Диагноз лептоспироз выставляется на основе клинической картины с учетом эпизоотологического и эпидемиологического анамнеза при подтверждении любым из существующих методов лабораторной диагностики (серологическим, микроскопическим, молекулярно-генетическим, микробиологическим методами).

181. Организациями здравоохранения проводится динамическое наблюдение за реконвалесцентами в течение 6 (шести) месяцев, с обязательным клиническим обследованием окулистом, невропатологом и терапевтом (детей – педиатром) в первый месяц после перенесенного заболевания.

182. Динамическое наблюдение за реконвалесцентами в последующие месяцы осуществляется ежемесячно участковыми врачами с привлечением специалистов по профилю клинических проявлений.

183. Лабораторные исследования анализов крови и мочи реконвалесцентов, перенесших желтушную форму и биохимический анализ крови в первые два месяца после заболевания проводят ежемесячно, а в дальнейшем в зависимости от результатов обследования.

184. Допуск переболевших лептоспирозом лиц на работу и в организованные коллективы проводится без ограничений после клинического выздоровления.

185. Снятие с медицинского наблюдения проводится при полном клиническом выздоровлении (при нормализации лабораторных и клинических показателей).

186. При наличии стойких остаточных явлений переболевшие передаются под наблюдение специалистам по профилю клинических проявлений (окулистам, невропатологам, нефрологам) не менее чем на 2 (два) года.

187. Динамическое наблюдение проводится согласно статье 88 Кодекса.

## **Глава 9. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению бруцеллеза**

188. Организация и проведение санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению бруцеллеза направлены на недопущение заражения людей бруцеллезом.

189. Эпизоотолого-эпидемиологическое обследование эпизоотического очага проводится специалистами ветеринарных подразделений МИО и территориальных подразделений.

190. Эпизоотолого-эпидемиологическое обследование эпизоотического очага начинают в течение одних суток после получения экстренного извещения из организации здравоохранения, а также информации от ветеринарной службы о случаях выявления в хозяйствующих субъектах больных бруцеллезом животных.

191. Для выявления путей заражения проводится эпизоотолого-эпидемиологическое обследование хозяйствующих субъектов, независимо от форм собственности, предприятий по переработке сырья и продукции животного происхождения (мясоперерабатывающие предприятия, убойные пункты, убойные площадки, молокозаводы).

192. Эпизоотолого-эпидемиологическое обследование очага проводится по следующей схеме:

1) выявление места возникновения эпизоотического очага (населенный пункт, ферма, отара, перерабатывающее животноводческое сырье предприятие, хозяйствующий субъект);

2) составление и утверждение плана по локализации и ликвидации эпизоотического очага бруцеллеза;

3) выявление источника возбудителя инфекции, факторов (абортированный мертворожденный плод животного, молоко, молочная продукция, шерсть, шкура, навоз) передачи непосредственных причин возникновения эпизоотического очага и условий, способствовавших заражению и заболеванию людей;

4) анализ полученных данных, выбор санитарно-противоэпидемических противоэпизоотических мер по локализации и ликвидации возникшего эпизоотического очага и составление заключения о причинах его возникновения и проведенных мероприятиях.

193. При эпизоотолого-эпидемиологическом обследовании фермы, предприятия (хозяйствующего субъекта) специалистами территориальных подразделений совместно с представителем ветеринарного подразделения МИО проводится:

1) оценка санитарно-гигиенического состояния объекта, оборудование скотомогильников (биотермических ям), ям Беккери или трупосжигательных печей, наличие уборочного инвентаря, в том числе для уборки абортированных и мертворожденных плодов и последов;

2) оценка наличия средств индивидуальной защиты персонала: специальной одежды и обуви, рукавиц, резиновых (клеенчатых) фартуков, перчаток, их количество, пригодность для использования, порядок хранения, смены, централизация стирки, наличие аптечек, умывальников, дезинфицирующих средств, мыла;

3) оценка режима пастеризации молока, условий хранения и обработки молочной посуды, фильтрующего материала, установить порядок реализации молока и молочных продуктов;

4) оценка первичной обработки и транспортировки сырья и продуктов животноводства из обследуемого хозяйства, проверить организацию проведения профилактических осмотров персонала хозяйства или предприятия;

5) оценка ежегодного профилактического медицинского осмотра работников хозяйствующего субъекта;

б) анализ заболеваемости бруцеллезом работников хозяйствующего субъекта;

7) составление и утверждение плана по локализации и ликвидации эпизоотического очага бруцеллеза.

194. В целях защиты людей от инфицирования проводятся следующие ветеринарные (ветеринарно-санитарные) и санитарно-гигиенические мероприятия:

1) соблюдение правил убоя животных в хозяйствующих субъектах, неблагополучных по бруцеллезу, с последующей дезинфекцией оборудования, помещений и обеззараживанием отходов, дезинфекцией транспорта, которым перевозились больные животные;

2) к приему, транспортировке и убою реагирующих при исследовании на бруцеллез животных, разделке туш и переработке сырья, получаемого от них, допускаются только постоянные работники предприятия, прошедшие медицинское обследование на бруцеллез, в том числе с положительными иммунологическими реакциями при обследовании на бруцеллез, но не имеющие роста титров в динамике, в отношении которых соответствующими организациями здравоохранения исключено заболевание манифестными формами бруцеллеза;

3) лица, имеющие на кистях рук порезы, ссадины и повреждения кожи, допускаются к работе только в резиновых перчатках после предварительной обработки пораженного участка кожи. При переработке скота всех видов (и продуктов его убоя), реагирующего при обследовании на бруцеллез, поступившего из хозяйствующих субъектов, неблагополучных по бруцеллезу, все участвующие в этих работах одевают на руки резиновые перчатки;

4) не допускаются к приему, транспортировке, забою положительно реагирующих на бруцеллез животных и переработке туш и сырья, полученного от них, лица не достигшие восемнадцатилетнего возраста, беременные и кормящие женщины, сезонные рабочие, больные с острыми и хроническими (в стадии обострения) заболеваниями различной этиологии, больные с клиническими проявлениями бруцеллеза, а также лица не прошедшие медицинские осмотры;

5) соблюдение обработки и использования продуктов убоя и молока от животных из хозяйствующих субъектов, неблагополучных по бруцеллезу;

6) соблюдение правил работы с животными на предприятиях и в хозяйствующих субъектах: обеспечение персонала, в том числе лиц, временно привлекаемых к работам, связанным с риском заражения бруцеллезом, средствами личной гигиены, индивидуальной и спецодеждой (халаты, резиновые перчатки, нарукавники, клеенчатые фартуки, специальная обувь);

7) соблюдение правил эксплуатации бытовых помещений: комнат для отдыха, мест приема пищи, душевых;

8) обеспечение горячей водой, моющими средствами, дезинфицирующими средствами;

9) организация в хозяйствующих субъектах и на предприятиях централизованной дезинфекции, стирки и чистки спецодежды;

10) инструктаж работников хозяйствующих субъектов о правилах гигиены, использования средств индивидуальной защиты, соблюдении противобруцеллезного режима;

11) допуск к работам, связанным с риском заражения бруцеллезом, только после прохождения инструктажа.

195. Контроль за организацией и проведением противобруцеллезных мероприятий и соблюдением противобруцеллезного режима в хозяйствующих субъектах, на предприятиях, перерабатывающих продукцию и сырье животного происхождения, лабораториях, работающих с вирулентными культурами, осуществляет территориальное подразделение совместно с ветеринарными подразделениями МИО.

196. Обследования по соблюдению противоэпидемического режима в хозяйствующих субъектах, на отгонных пастбищах, убойных пунктах, пунктах стрижки овец, мясокомбинатах и молокозаводах и предприятиях, где имеется риск заражения бруцеллезом, проводятся территориальными подразделениями, а также



государственными ветеринарными врачами, государственными ветеринарно-санитарными инспекторами соответствующих территорий.

197. С целью своевременного выявления инфицированных и заболевших бруцеллезом людей согласно статье 86 Кодекса обязательным медицинским профилактическим осмотрам при поступлении на работу и далее ежегодно подлежат следующие категории граждан:

- 1) животноводы и члены их семей;
- 2) временно привлеченные работники, занятые обслуживанием скота, строители, механизаторы, привлекаемые к работе в животноводческих хозяйствующих субъектах;
- 3) постоянные и временные работники предприятий по переработке сырья и продукции животноводства;
- 4) рабочие каракулевых, кожевенных заводов, фабрик первичной обработки шерсти, малых предприятий по обработке шкур, шерсти;
- 5) медицинский, ветеринарный и персонал, работающий с живыми культурами бруцелл, зараженным материалом, вакцинными препаратами;
- 6) лица с первично-латентным бруцеллезом и положительно реагирующие на бруцеллез по серологическим реакциям.

198. Согласно статье 88 Кодекса динамическое наблюдение за перечисленным контингентам проводится не только в официально объявленных неблагополучными по бруцеллезу хозяйствующих субъектах, но и в благополучных.

199. В сельской местности весь указанный контингент согласно статье 86 Кодекса обследуется на бруцеллез при поступлении на работу (клинический осмотр, исследование крови в реакции Хеддельсона).

200. Территориальные подразделения осуществляют контроль за полнотой охвата периодическими медицинскими осмотрами и динамическим наблюдением, определяют контингент, подлежащий периодическим медицинским осмотрам на бруцеллез.

201. Администрация объектов представляет утвержденные списки работающих с указанием фамилии, имени, отчества (при наличии), подлежащих периодическим медицинским осмотрам на бруцеллез.

202. Лица, положительно реагирующие на бруцеллез, больные с клиническими проявлениями, характерными для бруцеллезной инфекции, подлежат углубленному медицинскому осмотру с привлечением специалистов по профилю клинических проявлений (инфекционист, невропатолог, гинеколог, уролог, хирург).

203. Установление связи бруцеллеза с профессиональной деятельностью проводится согласно действующих нормативных правовых актов с обязательным участием инфекциониста и эпидемиолога, руководителя хозяйствующего субъекта и специалиста ветеринарной службы.

204. Все лица, имевшие контакт в очаге с животными личного хозяйства, включая детей, подлежат немедленному обследованию (клинический осмотр, исследование

крови серологическим, бактериологическим и генетическим методами) согласно действующим нормативным правовым актам.

205. Медицинское наблюдение за контактными лицами устанавливается в течение 6 (шести) месяцев от момента уничтожения больных животных и санации очага.

206. Контактным лицам проводят лабораторное исследование и наблюдение каждые 2 (два) месяца в течение года.

207. Лица, переболевшие острым бруцеллезом, наблюдаются в течение 2 (двух) лет с момента заболевания при отсутствии клинико-иммунологических признаков хронизации процесса.

208. Территориальными подразделениями совместно с ветеринарными подразделениями МИО, территориальными подразделениями ветеринарии и организациями здравоохранения с целью доведения до широких слоев населения необходимых санитарно-гигиенических знаний по бруцеллезу проводится санитарно-просветительная работа.

#### **Глава 10. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по транспортировке и захоронению трупа человека, умершего от особо опасного инфекционного заболевания**

209. При выявлении предположительного, вероятного или подтвержденного случая гибели человека от особо опасных инфекционных заболеваний объем и характер мероприятий определяются нозологической формой инфекционной болезни и данными эпидемиологического обследования, которое проводят немедленно после выявления трупа с соблюдением требований противоэпидемического режима.

210. При установлении предварительного диагноза и проведении санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий необходимо руководствоваться следующими сроками инкубационного периода инфекционных болезней:

- 1) чума – 6 (шесть) календарных дней;
- 2) холера – 5 (пять) календарных дней;
- 3) желтая лихорадка – 6 (шесть) календарных дней;
- 4) Конго-Крымская геморрагическая лихорадка – 14 (четырнадцать) календарных дней;
- 5) туляремия – 21 (двадцать один) календарных дней;
- 6) сибирская язва – 8 (восемь) календарных дней;
- 7) болезни, вызванные вирусами Эбола, Марбург, Ласса – 21 (двадцать один) календарных дней;
- 8) полиомиелит, вызванный диким полиовирусом – 21 (двадцать один) календарных дней;

- 9) грипп – 7 (семь) календарных дней;
- 10) лихорадка Западного Нила – 8 (восемь) календарных дней;
- 11) лихорадка Денге – 14 (четырнадцать) календарных дней;
- 12) лихорадка Рифт-Валли – 6 (шесть) календарных дней;
- 13) менингококковая инфекция – 10 (десять) календарных дней.

211. Трупы людей с подозрением на особо опасные инфекции подлежат обязательному, патологоанатомическому вскрытию, а их внутренние органы – бактериологическому, вирусологическому, серологическому и ПЦР исследованию.

212. Трупы людей, умерших от сибирской язвы, ККГЛ, контагиозных вирусных геморрагических лихорадок (далее – КВГЛ) с лабораторным подтверждением диагноза, вскрытию не подвергаются.

213. Вскрытие трупов людей, умерших от карантинных, особо опасных и вновь возникающих инфекций или при подозрении на их наличие, проводят в специальной прозекторской в присутствии консультантов по карантинным и особо опасным инфекциям, в качестве которых привлекаются соответствующие специалисты противочумных станций или территориальных подразделений.

214. При возникновении подозрения на карантинные и особо опасные инфекции в момент вскрытия необходимо:

- 1) приостановить вскрытие до приезда консультантов-специалистов (труп накрыть клеенкой без применения дезинфицирующих средств). Если в этом помещении проводят вскрытия трупов - прекратить работу;

- 2) немедленно информировать патологоанатомическую службу (далее – ПАС), руководителя организации здравоохранения или лицо, его замещающее о предварительных результатах вскрытия и возникшем подозрении;

- 3) принять меры к нераспространению инфекции: отключить секционный стол от централизованной канализации, окна, форточки и двери секционной и помещения прозекторской закрыть, вентиляцию отключить (кроме случаев подозрения на холеру, малярию, полиомиелит, вызванный диким полиовирусом);

- 4) лицам, находящимся в прозекторской, необходимо покинуть помещение и приступить к принятию мер по обеспечению личной безопасности. В чистом помещении снять рабочую одежду, поместив ее в емкости с дезинфекционным средством, обработать открытые части тела дезинфекционным средством или 70°С этиловым спиртом. Рот и горло прополоскать 70°С этиловым спиртом. Слизистые оболочки глаз и носа обработать раствором антибиотиков, а при подозрении на КВГЛ – слабым раствором марганцево-кислого калия;

- 5) дальнейшую работу в секционном зале выполнять после приезда специалистов только в защитной одежде в соответствии с подозреваемой нозологической формой;

- 6) в случаях невозможности прибытия консультантов в ближайшие 4-6 часов необходимо продолжить вскрытие с обеспечением эпидемиологической безопасности

использованием специальной укладки на случай выявления трупа человека, погибшего от особо опасной инфекции. Завершает вскрытие патологоанатом.

7) провести забор материала стерильными инструментами для лабораторного исследования;

8) проводить во время вскрытия текущую дезинфекцию;

9) после окончания вскрытия труп обработать дезинфекционным средством, завернуть в простыню, смоченную в дезинфицирующем средстве, и поместить в металлический или деревянный, обитый внутри клеенкой гроб, на дно которого насыпано дезинфицирующее средство слоем 10 сантиметров (далее – см). В помещении прозекторской провести заключительную дезинфекцию;

10) при подтверждении подозрения на особо опасную инфекцию персонал, непосредственно занимавшийся вскрытием, рассматривается как контактное с инфекционными больными лицо;

11) за лицами, находившимися в помещении прозекторской на момент возникновения подозрения на особо опасную инфекцию, но непосредственно не участвующими во вскрытии, проводится медицинское наблюдение.

215. При вскрытии тел, умерших от особо опасных инфекций, не предусматривается метод эвисцерации (извлечение органов), из-за возможности большого загрязнения и инфицирования окружающей обстановки: разбрызгивание, стекание жидкости с препаровального столика. Применяется осмотр и вскрытие органов "на месте" без извлечения их из трупа.

216. Вскрытие проводят в дополнительном комплекте специальной одежды, включающем противочумный комплект, фартук, пластиковые нарукавники, две пары перчаток (анатомические поверх хирургических), пластиковый щиток для защиты лица или защитные очки.

217. Во вскрытии участвуют два человека – врач-патологоанатом или судебно-медицинский эксперт и средний медицинский работник. Помощь оказывает санитар отделения.

218. Вскрытие тел умерших от особо опасных инфекций производится при дневном освещении с обязательной последующей заключительной дезинфекцией помещений, инструментария, средств индивидуальной защиты и всех предметов, бывших в употреблении.

219. В исключительных случаях, обусловленных эпидемиологическими показаниями, вскрытие можно провести при искусственном освещении.

220. В секционной устанавливают: две емкости по 20 (двадцать) литров (далее – л) с дезинфицирующими растворами для проведения текущей дезинфекции, обеззараживания отработанного в ходе вскрытия материала. Под секционный стол ставят бачок емкостью 10 л с дезинфицирующим раствором.

221. На секционном столе раскладывают инструменты, устанавливают три эмалированные емкости (по 2 л) с дезинфицирующим раствором, емкости с ватными или марлевыми тампонами для обработки рук, тела умершего, секционного стола во время вскрытия.

222. На отдельном столике размещают стерильную посуду для отбора материала на бактериологическое, вирусологическое, генетическое, гистологическое исследования, предметные стекла, спиртовку, фиксатор, бумагу, карандаши, спички.

223. У выхода из секционной располагают большую емкость с дезинфицирующими растворами, рядом ставят емкость с ватными тампонами, которые используют для обработки сапог дезинфицирующим раствором. У дверей секционной, внутри и снаружи настилают коврики из ветоши, смоченные дезинфицирующими растворами.

224. В холодное время года, в холодном помещении (или на открытом воздухе) следует пользоваться подогретым дезинфицирующим раствором.

225. Не допускается в процессе вскрытия трупов слив необеззараженных жидкостей в канализацию.

226. Изъятие материала для исследования производится в первые 24 (двадцать четыре) часа после наступления смерти.

227. После осмотра внутренних органов берут материал для лабораторных исследований и только после этого проводят более полное патологоанатомическое исследование.

228. Забор биологического материала для лабораторного исследования производят стерильным инструментом в стерильную посуду.

229. Кровь из сердца и содержимое кожных высыпаний берут пастеровской пипеткой и шприцем в стерильную пробирку (мышцу сердца в месте прокола прижигают раскаленным скальпелем).

230. Каждую вырезанную часть органа помещают в отдельную стерильную лабораторную посуду с соблюдением правил асептики, после чего инструменты обеззараживаются.

231. Для серологического, бактериологического, вирусологического и генетического исследований части соответствующих органов может изыматься из трупа в зависимости от подозреваемой инфекции.

232. Протоколы вскрытия, этикетки, направления, написанные простым карандашом, карандаши и канцелярские принадлежности обеззараживают путем погружения их в соответствующие дезинфицирующие растворы.

233. Инструментарий, защитные костюмы персонала и все предметы, соприкасавшиеся с трупом, а также транспорт, на котором перевозили труп, подлежат тщательному обеззараживанию.

234. Защитную одежду снимают и обеззараживают после полного завершения обработки инструментов, трупа, секционного стола и помещения, транспорта.

Защитную одежду, обеззараженную дезинфицирующими растворами соответствующей концентрации и экспозиции, прополаскивают, сушат и вновь используют в работе.

235. Тело умершего, подозрительного на карантинную и особо опасную инфекцию, до получения результатов лабораторного исследования родственникам не выдается.

236. Тело тщательно зашивают обычным способом, обтирают дезинфицирующим раствором и сохраняют в специально выделенной промаркированной кассетной холодильной камере.

237. Информированное согласие родственников на вскрытие трупов, умерших от особо опасных инфекций, не требуется.

238. В случаях, когда диагноз особо опасного инфекционного заболевания подтвержден, трупы людей, умерших от карантинных инфекций, сибирской язвы и контагиозных вирусных геморрагических лихорадок, родственникам не выдаются. Если же диагноз вызывает сомнение, то:

1) в случаях отсутствия условия изолированного хранения трупа или чрезвычайных ситуациях проводится захоронение трупа в соответствии с требованиями противоэпидемического режима, не дожидаясь результатов лабораторных исследований;

2) захоронение задерживается до получения результатов лабораторных исследований при условии обеспечения полной изоляции и сохранности трупа;

3) при положительном результате любого исследования захоронение трупа проводится с соблюдением мер биобезопасности;

4) при согласии родственников проводится кремация трупа и выдача урн с прахом (пеплом) трупа родственникам для обычного захоронения;

5) в случае отрицательных результатов исследования на особо опасные инфекции труп выдается родственникам для обычного захоронения.

239. Кремацию и захоронение трупов людей, умерших от инфекционных болезней, вызванных микроорганизмами I-II групп патогенности, осуществляют в общих крематориях и на общих кладбищах с соблюдением мер биобезопасности.

240. Транспортировка тел (останков) умерших к месту погребения осуществляется на специальном транспорте организаций здравоохранения.

241. Захоронение патологоанатомических, операционных отходов, инфицированных возбудителями особо опасных инфекций и инфекций неясной этиологии, не допускается.

242. Патологоанатомические, операционные отходы, инфицированные возбудителями особо опасных инфекций и инфекций неясной этиологии, сжигают в общих крематориях с соблюдением требований мер биобезопасности.

243. Труп умершего от карантинных, особо опасных инфекций, ККГЛ, КВГЛ, сибирской язвы, мелиоидоза, к месту погребения перевозится в металлическом или плотно закрытом деревянном гробу, обитом внутри клеенкой.

244. Во избежание вытекания трупной жидкости, швы в клеенке лежат сверху вниз и располагается на боковых сторонах гроба, гроб имеет крышку и прочные ручки для удобства транспортировки трупа до места захоронения. Труп заворачивается в материал, пропитанный вирулицидным, спороцидным дезинфицирующим раствором.

245. Дно гроба и труп в гробу сверху засыпают дезинфицирующими средствами толщиной 10 (десяти) см.

246. При захоронении без гроба (кроме тела умершего от сибирской язвы, натуральной оспы, ККГЛ и КВГЛ) тело умершего от карантинных и особо опасных инфекций обмывают дезинфицирующим раствором и в соответствии с национальными обычаями заворачивают в ткань (и) или кошму, которые пропитываются соответствующим дезинфицирующим раствором и концентрации. На дно могилы, по бокам и на уложенный труп насыпается дезинфицирующее средство толщиной 10 (десять) см.

247. Для соблюдения мер биобезопасности при перевозке и погребении трупа комплектуется группа захоронения, включающая не менее 5-7 человек, в сопровождении специалистов противочумных учреждений или территориальных подразделений.

248. Группа обеспечивается специальными средствами индивидуальной защиты, защитными костюмами, лопатами, веревками, гидропультом, ведрами, канистрами или флягами с водой, дезинфицирующими растворами.

249. При захоронении на дно могилы длиной 2 (два) м, шириной 1 (один) м и глубиной 2 (два) м насыпают слой дезинфицирующих средств толщиной 10 (десять) см. Гроб, опущенный в могилу, также засыпают слоем дезинфицирующих средств в 10-15 см. После этого могилу закапывают.

250. По окончании погребения инструменты, защитная одежда, транспорт обеззараживаются непосредственно в месте захоронения на краю могилы дезинфицирующими средствами соответствующей концентрации и экспозиции.

251. Не допускается дезинфекция транспорта в местах, не предусмотренных для этих целей и вывоз с места захоронения не обеззараженных инструментов, использованной защитной одежды и предметов, использованных в транспортировке и захоронении трупа.

252. Транспорт, которым пользовались для перевозки тел умерших к месту вскрытия или захоронения, обеззараживают путем тщательного мытья или интенсивного орошения из гидропульта дезинфицирующими средствами соответствующей концентрации при экспозиции в 1 (один) час. В случаях сибирской язвы проводят двукратное орошение с интервалом 15 (пятнадцать) минут при экспозиции 2 (два) часа.

253. Лица, принимавшие участие в захоронении, подлежат медицинскому наблюдению в течение срока инкубационного периода той инфекции, от которой погиб больной.

254. В случае смерти на территории страны от особо опасных инфекционных болезней иностранных граждан, все мероприятия по транспортировке трупа и его захоронению осуществляются в соответствии с действующими нормативными правовыми актами Республики Казахстан.

255. При соблюдении установленных правил безопасности родственники умершего иностранного гражданина могут участвовать в похоронных мероприятиях, после окончания которых они подлежат медицинскому наблюдению в течение срока инкубационного периода той инфекции, от которой погиб больной.

256. Эксгумация и перезахоронение останков умерших производится в случаях и порядке, установленных действующим законодательством.

257. Могила в случае извлечения останков при эксгумации или перезахоронения продезинфицируются дезинфекционными средствами, разрешенными к применению в Республике Казахстан.

258. Останки из могил переносятся в герметичной таре.

259. При эксгумации и перезахоронении останков умерших персонал кладбища прививается против сибирской язвы и столбняка. Дезинфекция спецодежды и обуви (резиновые сапоги, резиновые перчатки, средства защиты органов дыхания (респираторы)) осуществляется централизованно.

260. Инструмент после произведения работ, связанных с захоронением и перезахоронением трупов и останков, подлежит обеззараживанию и не выносится за пределы кладбища. Средства для перевозки останков изготавливаются из легко очищаемых покрытий и подлежат дезинфекции после проведенных работ.

261. Не разрешается перезахоронение трупов людей, умерших от сибирской язвы, в связи с высокой жизнеспособностью и вирулентностью микроба, устойчивости к факторам внешней среды, в целях предотвращения распространения спор *Bacillus anthracis* (бацилус антрацис) во внешней среде.

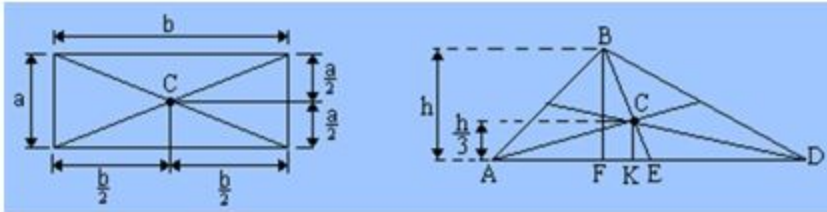
262. Для обеззараживания объектов, контаминированных возбудителем сибирской язвы, применяют методы и дезинфицирующие средства, соответствующей концентрацией обладающие спорцидной активностью.

## **Глава 11. Математический расчет площади защитной полосы вокруг населенных пунктов.**

Площадь (геометрическое значение),  $S$  – приблизительный расчет части геометрической фигуры расположенная в двух пространственных измерениях.

Для приблизительного определения площади используют прибор планиметр.





Формула периметра прямоугольника:  $P = 2a + 2b = 2(a + b)$ .

Периметр треугольника-это сумма длин всех сторон.

Формула периметра треугольника:  $P = a + b + c$ .

Площадь прямоугольника равна произведению его сторон.

Формула определения площади прямоугольника:  $S = a \cdot b$ .

Площадь поверхности прямоугольного параллелепипеда равна удвоенной сумме площадей трех граней этого параллелепипеда:  $V = abc$ .

Периметр квадрата равен сумме 4-х сторон

Формула периметра квадрата:  $P = 4a$ ,  $a$  — длина сторон.

Формула определения площади квадрата :  $S = a^2$ .

Формула определения объема куба:  $V = a^3$ .

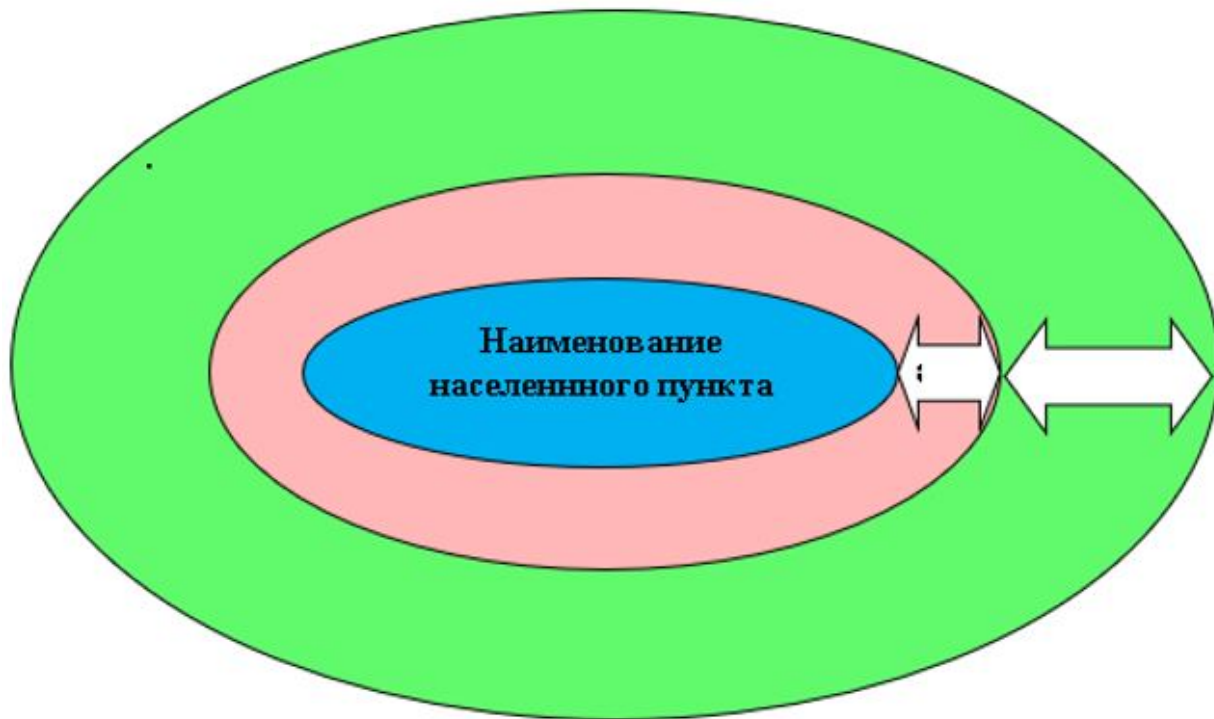
Примечание:

В ходе определения площади защитной полосы:

вычитываются площади рек, озер, посевных угодий, площадь не подлежащая обработке;

выявляется процент кустарниковой и равнинной части защитной полосы, для определения вида и объема необходимых для обработки средств.

Вид сверху схемы противоклещевых работ 200 метровой защитной полосы вокруг села и населенных пунктов



-Территория населенного пункта.



Не более 50 метровая санитарная зона между населенным пунктом и подлежащей обработке территории.



-защитная полоса подлежащая противоклещевой обработке.

Организация и расчет площади барьерных обработок (дератизации и дезинсекции) осуществляется группой в составе специалистов местных исполнительных органов (далее – МИО) и представителей заинтересованных органов и организаций (городских, районных):

аким административно-территориальной единицы (подготовка карты села, района, определение количества и площади домов соответственно);

специалист территориального подразделения;

специалист административно-территориальной единицы МИО по регулированию земельных отношений (организатор на уровне области, района)

ветеринар административно-территориальной единицы МИО (определение поголовья скота в населенном пункте);

специалист ветеринарного подразделения МИО (информирует о количестве и наименовании расходуемых дезинфицирующих средств на 1 вид скота и 1 м<sup>2</sup> скотопомещений);

специалист филиала (информирует о количестве и наименовании расходуемых дезинфицирующих средств на 1 м<sup>2</sup> защитной полосы).

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»  
Министерства юстиции Республики Казахстан