

**ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗАЩИТЫ
ПРАВ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ И БЛАГОПОЛУЧИЯ ЧЕЛОВЕКА**

**ГЛАВНЫЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ САНИТАРНЫЙ ВРАЧ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПОСТАНОВЛЕНИЕ
от 7 марта 2008 г. N 19**

**ОБ УТВЕРЖДЕНИИ САНИТАРНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПРАВИЛ
СП 3.1.3.2352-08**

В соответствии с Федеральным законом от 30.03.1999 N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" (Собрание законодательства Российской Федерации, 1999, N 14, ст. 1650; 2002, N 1 (ч. I), ст. 1; 2003, N 2, ст. 167; N 27 (ч. I), ст. 2700; 2004, N 35, ст. 3607; 2005, N 19, ст. 1752; 2006, N 1, ст. 10; N 52 (ч. I), ст. 5498; 2007, N 1 (ч. I), ст. 21, 29; N 27, ст. 3213; N 46, ст. 5554; N 49, ст. 6070) и Постановлением Правительства Российской Федерации от 24.07.2000 N 554 "Об утверждении Положения о государственной санитарно-эпидемиологической службе Российской Федерации и Положения о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2000, N 31, ст. 3295; 2005, N 39, ст. 3953) постановляю:

1. Утвердить санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3.2352-08 "Профилактика клещевого энцефалита" (приложение).
2. Ввести в действие санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.3.2352-08 с 1 июля 2008 года.

Г.Г.ОНИЩЕНКО

Приложение

ПРОФИЛАКТИКА КЛЕЩЕВОГО ВИРУСНОГО ЭНЦЕФАЛИТА

**Санитарно-эпидемиологические правила
СП 3.1.3.2352-08**

I. Область применения

1.1. Настоящие санитарно-эпидемиологические правила устанавливают требования в области профилактики и борьбы с клещевым вирусным энцефалитом, и их соблюдение является обязательным для граждан, индивидуальных предпринимателей и юридических лиц.

1.2. Контроль за выполнением настоящих санитарно-эпидемиологических правил проводят органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

II. Общие положения

2.1. Клещевой вирусный энцефалит (далее - КВЭ) является природно-очаговой острой вирусной инфекционной болезнью с трансмиссивным механизмом передачи возбудителя.

Характеризуется преимущественным поражением центральной нервной системы, отличается полиморфизмом клинических проявлений и тяжестью течения. Последствия заболевания разнообразны - от полного выздоровления до нарушений здоровья, приводящих к инвалидности и смерти.

2.2. Очаги КВЭ широко распространены в умеренной климатической зоне Евразии, от Дальнего Востока до Западной Европы, и ареал вируса клещевого энцефалита совпадает с ареалом переносчиков инфекции - иксодовых клещей (*Ixodes persulcatus*, *Ixodes ricinus*), обитающих в лесных и лесостепных биотопах.

Клещи заражают человека во время присасывания или их раздавливания в местах поврежденной кожи человека. Резервуаром вируса КВЭ являются иксодовые клещи и грызуны. Прокормителями клещей являются крупные и мелкие млекопитающие, птицы.

2.3. Различают природные и антропоургические очаги КВЭ.

2.3.1. Природным очагом КВЭ является участок территории определенного географического ландшафта, на котором эволюционно сложились определенные межвидовые соотношения между возбудителями болезни, дикими животными и членистоногими переносчиками.

2.3.2. Антропоургическим очагом КВЭ является очаг, возникший в результате хозяйственной деятельности человека на территории проживания и при освоении ранее не обжитых территорий.

2.3.3. Эндемичной по клещевому вирусному энцефалиту территорией является территория с наличием устойчиво функционирующих, эпидемических и эпизоотических очагов КВЭ.

Для решения вопроса о признании территории эндемичной по КВЭ оцениваются следующие критерии: наличие переносчиков КВЭ, обнаружение вируса в переносчиках, показатели заболеваемости людей, в том числе показатель повторяемости заболеваемости, интенсивности контактов населения с клещами и иммунологической структуры местного населения к вирусу клещевого энцефалита.

Территория считается эндемичной по КВЭ при совместном наличии следующих составляющих:

- переносчиков инфекции на территории (в природных и антропоургических очагах),
- подтвержденному лабораторными методами наличию возбудителя в клещах, отобранных в плановом порядке и снятых с людей,
- наличие иммунитета к вирусу клещевого энцефалита среди непривитого населения,
- наличие иммунитета к клещевому вирусному энцефалиту среди животных - прокормителей клещей при условии распространения иксодовых клещей на территории в течение 5-летнего периода;

или:

- при лабораторном подтверждении случаев заболеваний клещевым вирусным энцефалитом при активном обследовании лихорадящих больных с неустановленным диагнозом, больных с менингеальными состояниями и с симптомами очаговых поражений головного и спинного мозга неустановленной этиологии,

- наличие переносчиков инфекции на территории (в природных и антропоургических очагах),

- подтвержденному лабораторными методами наличию возбудителя в клещах, отобранных в плановом порядке и снятых с людей,

- иммунитета к вирусу клещевого вирусного энцефалита среди непривитого населения;

или:

- при регистрации подтвержденных случаев заболеваний клещевым вирусным энцефалитом,

- наличия переносчиков инфекции на территории (в природных и антропоургических очагах), подтвержденному лабораторными методами наличию возбудителя в клещах, отобранных в плановом порядке и снятых с людей,

- наличие иммунитета к вирусу клещевого энцефалита среди непривитого населения.

Решение об отнесении административного района к эндемичной территории по КВЭ принимается органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический

надзор после согласования с референс-центром по мониторингу за возбудителем клещевого вирусного энцефалита или возбудителями природно-очаговых инфекций.

2.3.4. Активными природными очагами считаются очаги, в которых регистрируют случаи заболевания людей, выделяют вирус КВЭ от членистоногих, грызунов и других млекопитающих.

2.3.5. В основном КВЭ реализуется трансмиссивным механизмом передачи возбудителя. Возможно заражение человека алиментарным путем при употреблении в пищу сырого молока коз (реже коров). В отдельных случаях заражение реализуется контактным или воздушно-капельным путем (при аварийных ситуациях в лабораториях или в природном очаге при заносе инфекции на слизистые оболочки при раздавливании клеща и инфицированными руками).

2.3.6. Заражение КВЭ происходит с апреля по сентябрь с весенне-летним пиком во время наибольшей активности перезимовавших клещей.

2.3.7. В некоторых регионах имеются два пика заболеваемости - весенний (май - июнь) и осенний (август - сентябрь).

2.3.8. Различают следующие острые формы заболевания КВЭ: лихорадочная (около 35 - 45%), менингеальная (около 35 - 45%) и очаговая с различными сочетаниями поражения головного и спинного мозга (около 1 - 10%). У 1 - 3% переболевших острым КВЭ болезнь переходит в прогрессирующую (хроническую) форму.

2.3.9. Доля бессимптомной формы инфекции у людей после присасывания инфицированного вирусом КЭ клеща значительно колеблется в зависимости от очага и может составлять до 90%.

2.3.10. Основными средствами специфической профилактики КВЭ служат вакцинация или экстренная профилактика человеческим иммуноглобулином против КВЭ.

2.3.11. К средствам неспецифической профилактики относятся проведение расчистки и благоустройства территорий, акарицидных и дератизационных обработок лесопарковых зон, кладбищ, зон массового отдыха, коллективных садов, закрытых оздоровительных учреждений, индивидуальная защита людей от нападения клещей (специальная одежда, периодические само- и взаимоосмотры, применение специальных противоклещевых средств для индивидуальной защиты).

III. Выявление больных клещевым вирусным энцефалитом, лиц с подозрением на это заболевание

3.1. Выявление больных КВЭ, лиц с подозрением на это заболевание осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых, оздоровительных и других организаций независимо от организационно-правовой формы, медицинские работники, занимающиеся частной медицинской практикой, при всех видах оказания медицинской помощи, в том числе:

- при обращении населения за медицинской помощью;
- при оказании медицинской помощи на дому;
- при приеме у врачей, занимающихся частной медицинской практикой.

3.2. При обращении человека за медицинской помощью по поводу укуса клеща медицинские работники обязаны оказать помощь по удалению клеща, собрать эпидемиологический анамнез и проинформировать пострадавшего о необходимости обращения за медицинской помощью в случае возникновения отклонений в состоянии здоровья в течение 3 недель после укуса.

3.3. При обращении за медицинской помощью человека с симптомами КВЭ, находившегося в эндемичной по КВЭ местности в период активности клещей или употреблявшего козье молоко, необходимо немедленно госпитализировать его с целью дифференциальной диагностики и лечения.

3.4. Диагностика КВЭ осуществляется клиническими и лабораторными методами.

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

3.6. В случае подозрения на развитие КВЭ, особенно при некупирующейся жаропонижающими средствами лихорадке, сохранении головной боли на фоне снижения температуры, выраженного болевого синдрома в области надплечий, спины, наличии соответствующего эпиданамнеза, медицинскими работниками принимаются меры по экстренной госпитализации человека в неврологическое или инфекционное отделение вне зависимости от тяжести заболевания на момент первичного осмотра.

3.7. При сборе эпидемиологического анамнеза медицинские работники устанавливают (с указанием места и времени) наличие данных об укусе клеща, о посещении природных и антропоургических очагов клещевого энцефалита, употреблении сырого козьего или коровьего молока, а также прививочный анамнез пациента, подтвержденный отметками в прививочном сертификате или в медицинских документах по учету профилактических прививок установленной формы, данных об экстренной иммуноглобулинопрофилактике, исследовании снятых с пациентов клещей на наличие в них антигена вируса клещевого энцефалита методом иммуноферментного анализа (ИФА) или методом полимеразной цепной реакции (ПЦР).

IV. Лабораторная диагностика клещевого вирусного энцефалита. Проведение вирусологического и серологического исследований

4.1. Материалом для вирусологического и серологического исследований являются кровь, плазма, сыворотка крови, спинномозговая жидкость больных, мозг погибших людей, иксодовые клещи.

4.2. При подозрении на клещевой энцефалит кровь и спинномозговую жидкость следует забирать в первые дни заболевания (6 - 7 дней) до начала лечения специфическим иммуноглобулином. Для серологического исследования вторую порцию крови получают через 10 - 14 дней после взятия первой. В некоторых случаях требуется исследование 3 и 4 сыворотки. В случае летального исхода исследуют суспензии мозговой ткани, взятой из различных отделов головного, а также шейного и грудного отделов спинного мозга. Вскрытие необходимо проводить не позднее 6 - 12 часов после смерти.

4.3. Кровь забирают из вены одноразовым шприцом в количестве 5 мл и переносят в стерильную пробирку. После образования сгустка для лучшей его ретракции кровь выдерживают 30 минут при 37 °С или 1 - 2 часа при комнатной температуре. Образовавшийся сгусток отделяют от стенки пробирки, обводя стерильной тонкой проволокой (стеклянной палочкой) или пастеровской пипеткой между стенкой пробирки и сгустком крови. Затем пробирку помещают на 18 часов в холодильник при температуре 4 °С. Сыворотку крови переносят в асептических условиях в другую пробирку и направляют в лабораторию с соблюдением "холодовой цепи".

4.4. Спинномозговую жидкость берут в случаях проведения пункций с лечебной или диагностической целью в количестве 2 - 3 мл, помещают в стерильную пробирку и немедленно доставляют в лабораторию с соблюдением "холодовой цепи".

4.5. Секционный материал забирается стерильно. Иссеченные кусочки объемом 2 - 3 см³ из продолговатого мозга, ствола и верхне-шейного отдела спинного мозга переносят в стерильные баночки с притертыми пробками и срочно транспортируют в лабораторию с соблюдением "холодовой цепи".

4.6. Клещей, снятых с человека, помещают в герметично закрывающуюся пробирку с небольшим кусочком чуть влажной ваты и направляют в лабораторию с соблюдением "холодовой цепи".

4.7. Исследования клещей, снятых с пациентов, на наличие в них антигена вируса клещевого энцефалита проводится методом иммуноферментного анализа (ИФА) или полимеразной цепной реакции (ПЦР) для решения вопроса о необходимости назначения экстренной профилактики.

4.8. Весь направляемый материал доставляется с сопроводительными документами.

4.9. Работа по сбору, хранению, транспортировке и вирусологическому обследованию материалов от больных КВЭ и из природных очагов проводится при строгом соблюдении

режима, обеспечивающего безопасность персонала.

4.10. Методы лабораторной диагностики.

4.10.1. Для обследования больных с подозрением на клещевой энцефалит могут быть использованы следующие методы лабораторной диагностики:

- вирусологический - основанный на выделении вируса клещевого энцефалита путем заражения белых мышей и клеточных культур;

- молекулярно-генетический (ПЦР) - основанный на выявлении РНК вируса клещевого энцефалита;

- серолого-иммунологические (ИФА) - основанные на выявлении иммуноглобулинов классов М и С.

4.10.2. Тест-системы, используемые для лабораторной диагностики клещевого энцефалита, должны быть разрешены к применению в установленном порядке. Исследования на присутствие возбудителя клещевого энцефалита в материале от людей и клещей с использованием лабораторных методов (полимеразно-цепная реакция, иммуноферментный анализ и другие) без выделения возбудителя могут проводиться в лабораториях, имеющих разрешительные документы на работу с микроорганизмами III - IV групп патогенности.

V. Регистрация, учет и статистическое наблюдение случаев заболевания клещевым вирусным энцефалитом

5.1. Каждый случай заболевания КВЭ подлежит регистрации и учету в лечебно-профилактических организациях независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой, в установленном порядке.

5.2. О каждом случае заболевания КВЭ, подозрения на это заболевание врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических, детских, подростковых и оздоровительных организаций независимо от организационно-правовой формы, а также медицинские работники, занимающиеся частной медицинской деятельностью, в течение 12 часов посылают экстренное извещение по установленной форме в органы и учреждения Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации (независимо от места проживания больного).

5.3. Лечебно-профилактическая организация, изменившая или уточнившая диагноз, в течение 12 часов подает новое экстренное извещение в органы и учреждения Роспотребнадзора по субъектам Российской Федерации по месту выявления заболевания, указав первоначальный диагноз, измененный (уточненный) диагноз, дату установления уточненного диагноза и результаты лабораторного исследования.

5.4. При получении экстренных извещений об измененном (уточненном) диагнозе органы и учреждения Роспотребнадзора ставят в известность об этом лечебно-профилактические организации по месту выявления больного, приславшие первоначальное экстренное извещение.

5.5. Полноту, достоверность и своевременность учета заболеваний КВЭ, а также оперативное и полное сообщение о них в органы и учреждения Роспотребнадзора обеспечивают руководители лечебно-профилактических организаций.

5.6. Отчеты о заболеваниях КВЭ составляют по установленным формам государственного статистического наблюдения.

5.7. В случае подозрения на профессиональное заболевание клещевым вирусным энцефалитом медицинский работник лечебно-профилактической организации, в которой впервые заподозрен профессиональный характер данного заболевания, заполняет экстренное извещение по установленной форме и не позднее 12 часов с момента обращения больного направляет это извещение в территориальный орган и учреждение Роспотребнадзора.

5.8. Каждый случай профессионального заболевания КВЭ подлежит специальному расследованию врачом-эпидемиологом в течение 24 часов с момента получения экстренного извещения. По результатам специального расследования в 4 экземплярах составляется акт расследования профессионального заболевания (отравления) установленной формы, в котором, помимо анкетных данных заболевшего, указываются обстоятельства, причины и санитарно-

эпидемиологические нарушения, повлекшие профессиональное заболевание КВЭ.

VI. Вакцинопрофилактика клещевого вирусного энцефалита

6.1. Профилактические прививки против КВЭ проводятся гражданам для предупреждения заболевания КВЭ.

6.2. Профилактические прививки против КВЭ населению проводятся государственными, муниципальными и частными организациями здравоохранения, имеющими лицензию на медицинские виды деятельности.

6.3. Профилактические прививки против КВЭ проводят:

6.3.1. На административных территориях эндемичных (энзоотичных) по КВЭ должна быть проведена вакцинация против КВЭ с охватом не менее 95% детского населения.

Также вакцинацией против КВЭ должно быть охвачено не менее 95% взрослого населения, проживающего на данной территории, по виду деятельности или роду занятий связанных с пребыванием в природных стациях, в том числе лица, занятые в:

- сельскохозяйственных, гидромелиоративных, строительных, по выемке заготовительные (лесозаготовительных), промысловых, геологических, изыскательских, экспедиционных, дератизационных, дезинсекционных работах;

- расчистке и благоустройству леса, перемещении грунта, зонах отдыха и оздоровления населения.

6.3.2. Населению, выезжающему в эндемичные по КВЭ территории.

6.3.3. Всем лицам, относящимся к профессиональным группам риска, которые работают или направляются на сезонные работы в эндемичные районы по КВЭ, и выполняющим следующие виды работ: сельскохозяйственные, гидромелиоративные, строительные, по выемке и перемещению грунта, заготовительные, промысловые, геологические, изыскательские, экспедиционные, дератизационные, дезинсекционные, по лесозаготовке, расчистке и благоустройству леса, лицам, работающим с живыми культурами возбудителя клещевого вирусного энцефалита, и другим лицам, выполняющим работы, связанные с угрозой заражения КВЭ.

6.3.4. Привитым против КВЭ считается лицо, получившее законченный курс вакцинации и 1 (или более) ревакцинацию.

6.4. Для вакцинопрофилактики КВЭ используют медицинские иммунобиологические препараты, разрешенные к применению в Российской Федерации.

6.5. Хранение и транспортировка медицинских иммунобиологических препаратов на всех этапах должны осуществляться с соблюдением санитарных правил.

6.6. Профилактические прививки против КВЭ, а также случаи необычных реакций и осложнений после них подлежат обязательной регистрации и учету по месту их проведения в лечебно-профилактических, детских, образовательных, общеобразовательных и других организациях независимо от организационно-правовой формы, а также лицами, занимающимися частной медицинской практикой.

6.7. Экстренное извещение на необычную реакцию, осложнение после прививки против КВЭ передается в течение 12 часов в органы и учреждения Роспотребнадзора в субъектах Российской Федерации, обеспечивающие учет и регистрацию инфекционных и паразитарных болезней на данной территории.

6.8. В лечебно-профилактических и других организациях, где осуществляются профилактические прививки, проводят учет населения, подлежащего профилактическим прививкам.

6.9. Факт проведения профилактической прививки или отказа от нее фиксируется в медицинских документах постоянного хранения.

6.10. Вакцинопрофилактику против КВЭ проводят круглогодично в соответствии с медицинскими показаниями и противопоказаниями разрешенными в установленном порядке в Российской Федерации вакцинами и в соответствии с Национальным календарем профилактических прививок и прививок по эпидемическим показаниям.

6.11. Все противоклещевые вакцины взаимозаменяемы, при смене одного препарата на

другой интервал между вакцинацией и ревакцинацией, а также между прививками при ревакцинации должен соответствовать сроку, указанному в инструкции препарата, которым проведена последняя прививка.

6.12. Минимальный возраст вакцинируемых регламентирован инструкцией по применению препарата. На территориях, эндемичных по КВЭ, массовую вакцинопрофилактику рекомендуется начинать детям с 4-летнего возраста.

6.13. При нарушении курса вакцинации (отсутствии документально подтвержденного полноценного курса) необходимо проводить серологическое исследование крови на напряженность постпрививочного иммунитета; при обнаружении в сыворотке крови обследуемого антител к вирусу КЭ (IgG) в защитном титре (1:100 и более) следует продолжить курс вакцинации; при отсутствии защитного титра антител у ранее привитого или отсутствии возможности проведения данных исследований - проводится вакцинация по первичному курсу.

VII. Экстренная профилактика клещевого вирусного энцефалита

7.1. Для экстренной профилактики используют человеческий иммуноглобулин против КВЭ. Препарат вводят лицам: не привитым против КВЭ, получившим неполный курс прививок, имеющим дефекты в вакцинальном курсе, не имеющим документального подтверждения о профилактических прививках.

7.2. Иммуноглобулинопрофилактика проводится в лечебно-профилактических организациях, определяемых органами управления здравоохранением муниципальных образований.

7.3. Введение человеческого иммуноглобулина против КВЭ рекомендуется не позднее 4 дня после присасывания клеща. Возможно повторное применение препарата по истечении месяца после предыдущего введения иммуноглобулина.

7.4. Для решения вопроса о необходимости назначения экстренной профилактики необходимо проведение исследований клещей, снятых с пациентов, на наличие в них антигена вируса клещевого энцефалита методом иммуноферментного анализа (ИФА) или полимеразной цепной реакции (ПЦР).

7.5. Сертифицированный иммуноглобулин против КВЭ вводят в соответствии с указаниями, приведенными в инструкции по применению.

VIII. Неспецифическая профилактика клещевого вирусного энцефалита

8.1. Неспецифическая профилактика КВЭ направлена на предотвращение присасывания клещей-переносчиков к людям.

8.2. Мероприятиями по неспецифической профилактике КВЭ являются:

- индивидуальная (личная) защита людей;
- уничтожение клещей (противоклещевые мероприятия) в природных биотопах с помощью акарицидных средств;
- экологически безопасное преобразование окружающей среды;
- истребление мышевидных грызунов (дератизационные мероприятия).

8.3. Индивидуальная (личная) защита людей включает в себя:

8.3.1. Соблюдение правил поведения на опасной в отношении клещей территории (проводить само- и взаимосмотры каждые 10 - 15 минут для обнаружения клещей; не садиться и не ложиться на траву; стоянки и ночевки в лесу устраивать на участках, лишенных травяной растительности, или в сухих сосновых лесах на песчаных почвах; после возвращения из леса или перед ночевкой снять одежду, тщательно осмотреть тело и одежду; не заносить в помещение свежесорванные растения, верхнюю одежду и другие предметы, на которых могут оказаться клещи; осматривать собак и других животных для обнаружения и удаления с них прицепившихся и присосавшихся клещей).

8.3.2. Ношение специальной одежды (при отсутствии специальной одежды одеваться таким образом, чтобы облегчить быстрый осмотр для обнаружения клещей: носить однотонную

и светлую одежду; брюки заправлять в сапоги, гольфы или носки с плотной резинкой, верхнюю часть одежды - в брюки; манжеты рукавов должны плотно прилегать к руке; ворот рубашки и брюки должны не иметь застежки или иметь плотную застежку, под которую не может проползти клещ; на голову надевать капюшон, пришитый к рубашке, куртке, или заправлять волосы под косынку, шапку).

8.3.3. Применение специальных химических средств индивидуальной защиты от клещей: акарицидных средств (предназначены для обработки верхней одежды, применение на кожу недопустимо) и репеллентных средств (предназначены для обработки верхней одежды, применение на кожу возможно для защиты от кровососущих двукрылых). Применять средства необходимо в соответствии с прилагаемой инструкцией.

8.4. Уничтожение клещей в природных биотопах с помощью акарицидных средств проводят по эпидемиологическим показаниям на участках высокого риска заражения людей клещевым энцефалитом.

8.4.1. Акарицидом обрабатывают наиболее часто посещаемые населением участки территории (места массового отдыха, летние оздоровительные лагеря и детские образовательные организации, прилегающие к ним территории не менее 50 м, базы отдыха, кладбища, садовые участки и т.д.). Мероприятия по уничтожению клещей проводят в соответствии с общими требованиями к проведению дезинсекционных мероприятий. Допускается использование средств, разрешенных к применению с этой целью в установленном порядке. Применение средств осуществляется в соответствии с действующими методическими документами (инструкциями по применению).

8.4.2. После проведения акарицидных обработок (через 3 - 5 дней) проводится контроль их эффективности, который необходимо повторить через 15 - 20 дней. Обработка считается эффективной, если численность переносчиков не превышает 0,5 особей на 1 флажок/км. При более высокой численности клещей обработку следует повторить. На большинстве эндемичных территорий при использовании современных быстроразрушающихся в окружающей среде акарицидов требуется проведение двух и более обработок территорий эпидемиологически значимых объектов за один сезон.

8.5. Экологически безопасное преобразование окружающей среды направлено на создание неблагоприятных условий для развития клещей, в том числе на снижение численности мелких и средних млекопитающих - прокормителей клещей.

8.5.1. Необходимо проводить благоустройство лесных массивов, в том числе санитарные рубки и удаление сухостоя, валежника и прошлогодней травы, разреживание кустарника, уничтожение свалок бытового и лесного мусора. Участки территории, наиболее часто посещаемые людьми, необходимо оградить от проникновения домашних и диких животных, которые могут занести клещей. Особое внимание необходимо уделять парковым дорожкам, детским площадкам, кладбищам и другим местам массового пребывания людей, где травяная растительность должна быть скошена.

8.5.2. Оздоровительные (особенно детские) организации следует размещать на участках, где зарегистрировано отсутствие или низкая численность клещей.

8.6. Дератизационные мероприятия направлены на уменьшение численности прокормителей клещей (диких грызунов) и проводятся на расчищенных территориях осенью и весной.

IX. Гигиеническое воспитание населения

9.1. Гигиеническое воспитание населения является одним из методов профилактики КВЭ.

9.2. Гигиеническое воспитание населения включает в себя: представление населению подробной информации о КВЭ, мерах специфической и неспецифической профилактики КВЭ, основных симптомах заболевания с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и т.д.

X. Организация мероприятий по профилактике клещевого вирусного энцефалита

10.1. Мероприятия по профилактике КВЭ осуществляют:

- органы государственной власти субъектов Российской Федерации, муниципальных образований;
- органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, муниципальных образований и руководители лечебно-профилактических организаций;
- органы и учреждения, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор;
- работодатели (юридические лица, индивидуальные предприниматели);
- граждане.

10.2. Органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации, муниципальных образований и лечебно-профилактических организаций осуществляют:

10.2.1. Оказание медицинской помощи пострадавшему от укуса клещами.

10.2.2. Выявление, диагностику, своевременную госпитализацию, лечение и диспансеризацию больных КВЭ.

10.2.3. Выявление больных профессиональным заболеванием (КВЭ).

10.2.4. Регистрацию, учет и статистическое наблюдение случаев заболевания КВЭ.

10.2.5. Информирование органов и учреждений Роспотребнадзора о укусах клещами, случаях заболеваний КВЭ и профессиональных заболеваниях КВЭ в установленные сроки.

10.2.6. Проведение анализа заболеваемости КВЭ, инвалидности и летальности по этой причине.

10.2.7. Планирование, организацию, проведение, обеспечение полноты охвата и согласование плана прививок с органами и учреждениями Роспотребнадзора, достоверности учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов в территориальные органы и учреждения Роспотребнадзора; ведение на бумажных и электронных носителях картотек профилактических прививок.

10.2.8. Определение потребности лечебно-профилактических организаций в медицинских иммунобиологических препаратах (МИБП) для проведения плановой и экстренной профилактики клещевого вирусного энцефалита. Согласование заявок на МИБП с территориальными органами Роспотребнадзора.

10.2.9. Сбор донорской крови и приготовление специфического иммуноглобулина для профилактики и лечения клещевого вирусного энцефалита.

10.2.10. Санитарно-просветительскую работу среди населения обслуживаемой территории.

10.3. Органы и учреждения Роспотребнадзора субъектов Российской Федерации:

10.3.1. Осуществляют контроль профилактических и противоэпидемических мероприятий, проводимых на территории по профилактике клещевого вирусного энцефалита.

10.3.2. Участвуют в разработке и согласовании региональных целевых программ по профилактике клещевого вирусного энцефалита, планов профилактических прививок против КВЭ и заявок на МИБП.

10.4. Работодатели (юридические лица, индивидуальные предприниматели) с целью предупреждения заболеваемости КВЭ проводят профилактические мероприятия:

10.4.1. Качественную расчистку и благоустройство территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных организаций, мест массового отдыха и пребывания населения (в т.ч. баз отдыха) как самой территории, так и прилегающей к ней на расстоянии не менее 50 метров.

10.4.2. Противоклещевые акарицидные обработки территорий парков, скверов, кладбищ, оздоровительных организаций (в т.ч. баз отдыха) как самой территории, так и прилегающей к ней на расстоянии не менее 50 метров, мест массового отдыха и пребывания населения и лиц, относящихся к профессиональным группам риска.

10.4.3. Дератизационные мероприятия против диких грызунов на расчищенных территориях осенью и весной (в обязательном порядке по периметру оздоровительных организаций и баз отдыха).

10.4.4. Организацию энтомологического обследования территорий на заселенность клещами до акарицидной обработки и контроль ее эффективности после (в т.ч. на расстоянии

не менее 50 метров за территорией оздоровительных организаций и баз отдыха).

10.4.5. Обеспечение профессиональных групп риска средствами индивидуальной защиты и репеллентами.

10.4.6. Ежегодно составляют списки профессиональных групп риска, подлежащих вакцинации и ревакцинации против клещевого энцефалита, и обеспечивают явку работающих для ее проведения в лечебно-профилактические организации. Не допускают к работе в природном очаге в сезон передачи клещевого энцефалита без предварительной вакцинации.

10.4.7. Обучение работников, информируют их о проявлениях и последствиях клещевого вирусного энцефалита, условиях заражения, методах защиты от клещей; разъясняют значение и эффективность вакцинации и ревакцинации против КВЭ, а также важности соблюдения сроков прививок и значение экстренной профилактики.

10.5. Граждане:

10.5.1. Применяют средства индивидуальной защиты (пп. 8.2, 8.3).

XI. Зоолого-энтомологический надзор за клещевым вирусным энцефалитом

11.1. Определение зоолого-энтомологической обстановки на эндемичных территориях природных очагов по сезонам года, изучение видового состава клещей, сезонного хода численности клещей и мелких млекопитающих (их прокормителей) - переносчиков вируса, мест расселения, характера контакта с человеком.

11.2. Ландшафтно-географическое районирование контролируемой территории с учетом геоботанических особенностей обследованных местностей с целью выявления и локализации наиболее активных природных очагов КВЭ.

11.3. Прогнозирование численности клещей и их прокормителей (мелких млекопитающих).

11.4. Ежегодный сбор клещей и их исследование на зараженность вирусом клещевого энцефалита.

XII. Эпидемиологический надзор за клещевым вирусным энцефалитом

12.1. Выявление и инвентаризация природных и антропогенных очагов КВЭ и прогнозирование их активности.

12.2. Ретроспективный и оперативный анализ динамики заболеваемости КВЭ по условиям заражения, тяжести клинического течения, осложнений, летальности.

12.3. Контроль за своевременным выявлением больных КВЭ, полнотой их серологического обследования на присутствие специфических антител к возбудителю КВЭ.

12.4. Наблюдение, оценка и прогнозирование заболеваемости населения, инвалидности и летальности.

12.5. Плановое эпидемиологическое обследование населения на эндемичных территориях методами опроса и серологического обследования.

12.6. Анализ иммунной структуры населения.

12.7. Надзор за организацией профилактических прививок работающим в природных очагах КВЭ и населению, имеющему возможность заражения.

12.8. Контроль за качеством проводимых акарицидных обработок.

12.9. Осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора при размещении жилых, производственных и общественных зданий, выделении участков под садоводческие хозяйства на территории природных очагов КВЭ.

12.10. Контроль за обеспечением профессиональных групп риска заражения КВЭ средствами индивидуальной защиты.

12.11. Учет организаций, работники которых осуществляют деятельность, связанную с угрозой заражения КВЭ, и иных граждан, проживающих на территориях природных очагов КВЭ.

12.12. Изучение санитарно-эпидемиологической обстановки на обслуживаемой территории.

12.13. Выявление и инвентаризация природных очагов КВЭ.

12.14. Прогнозирование активности природного очага КВЭ.

12.15. Обоснование объемов и сроков проведения мероприятий по подавлению активности очагов.

12.16. Выявление и учет групп населения, соприкасающихся с природными очагами.

12.17. Организация проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий, оценка их эффективности.