

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

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 23 апреля 2018 года № 16793.

В соответствии с пунктом 6 статьи 144 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения" и подпунктом 2) пункта 3 статьи 16 Закона Республики Казахстан от 19 марта 2010 года "О государственной статистике" **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 22.05.2020 № ҚР ДСМ-55/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министра национальной экономики Республики Казахстан согласно приложению 2 к настоящему приказу.

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

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

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

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

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

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

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

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

*Исполняющий обязанности
Министра здравоохранения
Республики Казахстан*

А. Цой

"СОГЛАСОВАН"

Министр образования и науки
Республики Казахстан
Сагадиев Е.К.

5 апреля 2018 года

"СОГЛАСОВАН"

Министр труда и социальной
защиты населения Республики Казахстан
Абылкасымова М.Е.

2 апреля 2018 года

Приложение 1
к приказу и.о. Министра
здравоохранения
Республики Казахстан
от 27 марта 2018 года № 126

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

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний" (далее – Санитарные правила) разработаны в соответствии с пунктом 6 статьи 144 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года

"О здоровье народа и системе здравоохранения" (далее – Кодекс) и устанавливают требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно -профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний (острые кишечные инфекции, сальмонеллез, брюшной тиф, паратиф, туберкулез, инфекции, связанные с оказанием медицинской помощи, вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, СПИД, грипп, острые респираторные вирусные инфекции, менингококковая инфекция, инфекции, передающиеся половым путем, ветряная оспа и скарлатина).

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

1) аварийная ситуация – попадание инфицированного материала или биологических субстратов на поврежденную или неповрежденную кожу, слизистые, травмы (уколы, порезы кожных покровов медицинским инструментарием, не прошедшим дезинфекционную обработку);

2) ВИЧ - вирус иммунодефицита человека;

3) ВИЧ-инфекция – болезнь, вызванная вирусом иммунодефицита человека, антропонозное инфекционное хроническое заболевание, характеризующееся специфическим поражением иммунной системы, приводящим к медленному ее разрушению до формирования синдрома приобретенного иммунодефицита (далее - СПИД), сопровождающегося развитием оппортунистических инфекций и вторичных злокачественных новообразований;

4) обследование по клиническим показаниям на наличие ВИЧ-инфекции – конфиденциальное медицинское обследование лиц, имеющих клинические показания (оппортунистические заболевания, синдромы и симптомы, указывающие на возможность заражения ВИЧ-инфекцией);

5) источник ВИЧ-инфекции – зараженный человек, находящийся в любой стадии болезни, в том числе и в периоде инкубации;

6) анонимное обследование – добровольное медицинское обследование лица без идентификации личности;

7) антиретровирусные препараты (далее - АРВ – препараты) – препараты, используемые для профилактики и лечения ВИЧ/СПИД;

8) антиретровирусная терапия (далее - АРТ) – этиотропная терапия при ВИЧ-инфекции, останавливает размножение вируса, что приводит к восстановлению иммунитета, предотвращению развития или регрессу вторичных заболеваний, сохранению или восстановлению трудоспособности пациента и предотвращению его смерти. Эффективная противоретровирусная терапия

одновременно является и профилактической мерой, снижающей опасность пациента как источника инфекции;

9) туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (далее – ШЛУ ТБ) – туберкулез, вызванный микобактерией туберкулеза (далее – МБТ), штаммы которого устойчивы к изониазиду и рифампицину, а также к одному из фторхинолонов и к одному из трех инъекционных препаратов второго ряда (капреомицину, канамицину или амикацину);

10) тяжелые острые респираторные инфекции (далее - ТОРИ) – заболевания, возникшие в течение предшествующих десяти календарных дней, характеризующиеся высокой температурой в анамнезе или лихорадкой ≥ 38 градусов Цельсия (далее – °C), кашлем и требующего немедленной госпитализации;

11) контактное лицо – человек, который находится и (или) находился в контакте с источником возбудителя инфекции;

12) бактериофаги – вирусы бактерий, способные поражать бактериальную клетку и вызывать ее растворение;

13) бактерионосительство – форма инфекционного процесса, характеризующаяся сохранением в организме человека или животного и выделением в окружающую среду возбудителя инфекционной (паразитарной) болезни, без клинического проявления заболевания;

14) ограничительные мероприятия на объектах воспитания и образования детей и подростков - меры, направленные на предотвращение распространения инфекционного или паразитарного заболевания, предусматривающие запрет на прием в группу и перевод из групп в группу, отмену кабинетной системы обучения, ограничения массовых, зрелищных и спортивных мероприятий, своевременную изоляцию больного, ведение масочного режима, усиление санитарно-дезинфекционного режима и соблюдение личной гигиены;

15) поддерживающая фаза – фаза продолжения терапии, которая воздействует на сохраняющуюся микобактериальную популяцию, и обеспечивает дальнейшее уменьшение воспалительных изменений туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей организма больного;

16) дизентерия – инфекционное заболевание, вызываемое микробами рода шигелла (*Shigella*), при котором преимущественно поражается слизистая оболочка толстого кишечника. Клинически заболевание характеризуется интоксикацией и наличием колитического синдрома;

17) добровольное обследование – обследование людей по их желанию, на основе полученной информации;

18) постконтактная профилактика (далее - ПКП) – короткий курс приема антиретровирусных препаратов с целью снижения риска заражения ВИЧ после возможного инфицирования (произошедшего при исполнении служебных обязанностей или при половом контакте);

19) ветряная оспа – острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией и пятнисто-везикулезной сыпью;

20) СПИД - конечная стадия ВИЧ-инфекции, при которой наблюдаются патологические проявления, обусловленные глубоким поражением иммунной системы человека ВИЧ;

21) инфекции, передающиеся половым путем (далее - ИППП) – ВИЧ-инфекция, сифилис, гонорея, мягкий шанкр, венерический лимфогранулематоз, донованоз, урогенитальный хламидиоз, урогенитальный трихомониаз, гарднереллез, урогенитальный микоплазмоз, генитальные папилломы, генитальный герпес;

22) рутинный эпидемиологический надзор за острыми респираторными вирусными инфекциями, гриппом и их осложнениями (пневмонии) – мониторинг уровня и динамики заболеваемости и летальности от острых респираторных вирусных инфекций, гриппа и их осложнений (пневмонии) на основе учета числа зарегистрированных случаев заболеваний на всей территории республики по обращаемости населения с клиническими проявлениями острого респираторного гриппоподобного заболевания и (или) пневмонии;

23) острые респираторные вирусные инфекции (далее - ОРВИ) – высоко контагиозная группа заболеваний, вызываемых вирусами гриппа, парагриппа, аденовирусами и респираторно-синцитиальными вирусами, передающихся воздушно-капельным путем и сопровождающихся поражением слизистой оболочки дыхательных (респираторных) путей;

24) острый вирусный гепатит (А, Е, В, С, Д) – острое воспаление печени с длительностью меньше шести месяцев, при наличии специфических маркеров;

25) острые кишечные инфекции – инфекционные заболевания, вызываемые патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами, характеризующиеся поражением желудочно-кишечного тракта;

26) иммунный блоттинг (далее – ИБ) – метод позволяющий определить наличие специфических антител к отдельным белкам возбудителя, применяется в качестве подтверждающего теста при диагностики ВИЧ;

27) иммунологические методы исследования: иммуноферментный анализ (далее - ИФА), иммунохемилюминисцентный анализ (далее - ИХЛА), электрохемилюминисцентный анализ (далее - ЭХЛА), (ИБ) — диагностические методы исследования, основанные на специфическом взаимодействии антигенов и антител;

28) инвазивные методы – методы диагностики и лечения, осуществляемые путем проникновения во внутреннюю среду организма человека;

29) инкубационный период – отрезок времени от момента попадания возбудителя инфекции в организм до проявления первых симптомов болезни;

30) очаг инфекционного или паразитарного заболевания – место пребывания больного инфекционным или паразитарным заболеванием с окружающей его территорией в тех пределах, в которых возбудитель инфекции способен передаваться от больного к восприимчивым людям;

31) клинический осмотр – осмотр больного с целью выявления заболевания;

32) туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (далее – МЛУ ТБ) – туберкулез, вызванный МБТ, штаммы которого устойчивы к рифампицину;

33) микрореакция преципитации с плазмой крови – отборочный метод при обследовании на сифилис;

34) интенсивная фаза – начальная фаза терапии, направленная на ликвидацию клинических проявлений заболевания и максимальное воздействие на популяцию МБТ;

35) легочный туберкулез с положительным результатом микроскопии мокроты (бактериовыделитель) – при микроскопии мазка мокроты до проведения лечения обнаружены кислото-устойчивые бактерии (далее - КУБ), даже при однократном выявлении;

36) конфиденциальное медицинское обследование – обследование, основанное на сохранении врачебной тайны и информации о личности обследуемого лица;

37) проба Манту – специфический диагностический тест, внутрикожная туберкулиновая проба Манту с двумя международными туберкулиновыми единицами (далее – проба Манту);

38) инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи – случаи инфекции связанные с оказанием любых видов медицинской помощи (в медицинских стационарных и амбулаторно-поликлинических, образовательных, санаторно-оздоровительных учреждениях, учреждениях социальной защиты населения, при оказании скорой медицинской помощи, помощи на дому) или

возникшее в течение инкубационного периода после получения медицинской помощи, а также случаи инфицирования медицинских работников, в результате их профессиональной деятельности;

39) микроскопическое исследование – метод выявления КУБ в фиксированных мазках;

40) паратифы – бактериальные острые инфекционные заболевания, вызываемые бактериями рода сальмонелл (*Salmonella paratyphi* (сальмонелла паратифи), характеризующиеся язвенным поражением лимфатической системы тонкой кишки, бактериемией, циклическим течением с явлениями общей интоксикации, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, реализуемые преимущественно пищевым и водным путями, склонные к формированию продолжительного бактерионосительства;

41) парентеральный механизм – передача инфекции при переливании крови, инъекциях и манипуляциях, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов и слизистых, а также от матери ребенку при прохождении через родовые пути;

42) превентивное лечение – лечение, предупреждающее возникновение заболевания у лиц, которые имели половые контакты с больными инфекциями, передающимися половым путем;

43) реконвалесцент – больной человек в стадии выздоровления;

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

45) сальмонеллез – группа полиэтиологичных острых инфекционных болезней с фекально-оральным механизмом передачи возбудителей рода сальмонелл, которые характеризуются большим полиморфизмом клинических проявлений от бессимптомного бактерионосительства до тяжелых септических вариантов. Чаще всего протекают в виде острого гастроэнтерита;

46) санация – проведение целенаправленных лечебно-профилактических мер по оздоровлению организма;

47) серологическая диагностика на сифилис – исследование крови на сифилис;

48) скарлатина – острое инфекционное заболевание, проявляющееся мелкоточечной сыпью (экзантемой), лихорадкой, общей интоксикацией, явлениями острого тонзиллита;

49) ограничительные мероприятия в стационарах – меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных и паразитарных заболеваний, предусматривающие особый режим передвижения медработников и пациентов, своевременную изоляцию больных, введение масочного режима, усиление дезинфекционно-стерилизационного режима и соблюдение личной гигиены;

50) фильтр – противоэпидемический барьер, организуемый в поликлинике, задачей которого является разделение пациентов на входе в поликлинику на два основных потока: лица с подозрением на инфекционное заболевание (повышенная температура, сыпь неясной этиологии, диспепсические расстройства и проявления инфекционных заболеваний) и здоровые лица или люди с различными функциональными отклонениями;

51) контрольный уровень заболеваемости – пороговый уровень заболеваемости, характерный для каждого интервала времени и для конкретной местности, складывающийся из средней величины заболеваемости за предыдущие пять лет. Вычисляется для территории в целом и для отдельных групп населения (возрастных, профессиональных). Приближение анализируемых показателей к верхнему контрольному уровню или превышение его свидетельствует об эпидемиологическом неблагополучии;

52) "утренний фильтр" – прием детей в организации образования с опросом родителей на наличие признаков и симптомов ОРВИ и гриппа с осмотром зева, измерением температуры;

53) дотестовое консультирование – предоставление пациенту краткой информации по профилактике, лечению, уходу и поддержке при ВИЧ-инфекции до проведения теста на ВИЧ;

54) послетестовое консультирование – предоставление информации пациенту после проведенного теста на ВИЧ;

55) туберкулез – инфекционное заболевание, вызываемое *Mycobacterium tuberculosis* (микобактериум туберкулезис) и передающиеся воздушно-капельным путем при разговоре, кашле и чихании от больного человека к здоровому с преимущественно легочной локализацией, при которой в патологический процесс кроме легких могут быть вовлечены все органы и ткани организма;

56) очаг туберкулезной инфекции – место проживания (частный дом, квартира, комната в общежитии), учебы, работы, отдыха больного туберкулезом с бактериовыделением;

57) гриппоподобные заболевания (далее - ГПЗ) – случаи острых респираторных вирусных заболеваний, возникшие в течение предшествующих семи календарных дней, характеризующегося лихорадкой $\geq 38^{\circ}\text{C}$ и кашлем;

58) зональная вирусологическая лаборатория по дозорному эпидемиологическому надзору (далее - ДЭН) за гриппом – вирусологическая лаборатория, которая осуществляет методическую и практическую помощь вирусологическим лабораториям, участвующим в системе ДЭН за ГПЗ, ТОРИ и гриппом, а также в целях обеспечения внешней оценки качества проводит ретестирование образцов;

59) фаготип – совокупность бактериальных штаммов, характеризующихся одинаковой чувствительностью к типовому набору бактериофагов;

60) флюорографическое, рентгенологическое обследование – диагностические исследования флюорографическими или рентгенологическими аппаратами;

61) декретированная группа населения – лица, работающие в сфере обслуживания населения, представляющие наибольшую опасность для заражения окружающих инфекционными и паразитарными заболеваниями;

62) ключевые группы населения - группы повышенного риска заражения ВИЧ-инфекцией: люди, употребляющие инъекционные наркотики (далее - ЛУИН), работники секса (далее - РС), мужчины, имеющие секс с мужчинами (далее - MSM);

63) дозорные центры – медицинские организации, где осуществляется система ДЭН за ГПЗ, ТОРИ и гриппом;

64) дозорные регионы – административные территории, где внедрена и проводится система ДЭН за ГПЗ, ТОРИ и гриппом;

65) оперативный эпидемиологический анализ – динамическая оценка состояния и тенденций развития эпидемического процесса, предназначенная для выявления не устойчивых тенденций, а возникающих вспышек (эпидемий);

66) ДЭН – систематический сбор информации о больном ГПЗ и образцов материала от больных ГПЗ и ТОРИ в репрезентативных группах, позволяющий сравнивать эпидемиологические и вирусологические характеристики заболеваемости гриппом, экономический ущерб от гриппа в Республике Казахстан с данными стран мира;

67) брюшной тиф – бактериальное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода сальмонелл (*Salmonella Typhi* (сальмонелла тифи), характеризующееся язвенным поражением лимфатической системы тонкой кишки, бактериемией, циклическим течением с общей интоксикацией, с

фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, реализуемым водным, пищевым и бытовым путями, со спорадическим распространением, а также склонностью к формированию длительного бактерионосительства;

68) энтеральный механизм – передача инфекции через желудочно-кишечный тракт;

69) обследование по эпидемиологическим показаниям – обследование на основе полученной информации об инфекционном или паразитарном заболевании, обусловленное эпидемиологической ситуацией на определенной территории, среди отдельных групп населения и при проведении эпидемиологического расследования случая инфекционного или паразитарного заболевания (для выявления факторов риска заражения, путей передачи и проведения санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий).

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

Параграф 1. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению острых кишечных инфекций

3. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью острыми кишечными инфекциями включает:

1) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями, проводимый ежегодно территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - территориальные подразделения) с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий, долгосрочного программно-целевого планирования;

2) оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями, проводимый ежемесячно территориальными подразделениями для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Проводится сравнение текущей заболеваемости по неделям, месяцам, с нарастающим итогом, сопоставление с контрольными уровнями заболеваемости, характерными для данной территории.

4. Выявление больных и подозрительных на заболевание кишечными инфекциями проводится медицинскими работниками медицинских организаций во время амбулаторных приемов, посещений на дому, медицинских осмотров,

диспансеризации. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

5. Для своевременного выявления больных острыми кишечными инфекциями проводятся однократные лабораторные обследования на кишечную группу категорий населения:

- 1) больных с подозрением на острые кишечные инфекции при обращении в медицинские организации;
- 2) пациентов центров психического здоровья при поступлении в стационар;
- 3) детей при оформлении в школы-интернаты, организации образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, дома ребенка;
- 4) получателей услуг медико-социальных учреждений (организаций) при оформлении;
- 5) реконвалесцентов после перенесенной кишечной инфекции.

6. В целях идентификации возбудителя и установления размеров очага проводятся лабораторные исследования, определяемые врачом-эпидемиологом с учетом предполагаемых факторов и путей передачи возбудителя инфекционного заболевания.

7. Заключительная дезинфекция проводится филиалами подведомственной организации ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее - филиалы) при регистрации заболевания острыми кишечными инфекциями в дошкольных организациях, организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, школах-интернатах, домах ребенка, медико-социальных учреждениях (организациях).

8. Эпидемиологические обследования очагов острых кишечных инфекций и сальмонеллеза проводятся:

- 1) при заболевании острыми кишечными инфекциями, сальмонеллезом работников объектов общественного питания и продовольственной торговли, водоснабжения, дошкольных организаций, а также лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью, связанной с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов;
- 2) при заболевании детей, посещающих дошкольные организации, организации среднего образования, организаций образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, школы-интернаты;

3) при заболевании работников центров психического здоровья, организаций образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, медико-социальных учреждений (организаций);

4) при регистрации в одном очаге трех и более случаев заболевания в течение одного инкубационного периода.

9. При превышении контрольных уровней заболеваемости острыми кишечными инфекциями необходимость подомового обследования очагов определяется главным государственным санитарным врачом соответствующей территории с учетом эпидемиологической ситуации и результатов оперативного эпидемиологического анализа.

10. При эпидемиологическом обследовании очагов проводится определение круга контактных лиц и лабораторное обследование лиц из числа декретированного контингента и детей до двух лет, забор проб пищевых продуктов, воды, смывов для лабораторного обследования.

11. При выявлении носителей патогенной микрофлоры среди контактных лиц проводится санация с последующим контрольным обследованием. Носители патогенной микрофлоры отстраняются от работы до получения отрицательных результатов.

12. Медицинское наблюдение за контактными лицами проводится медицинскими работниками по месту жительства, работы, учебы, отдыха контактного лица. Результаты медицинского наблюдения отражаются в амбулаторных картах, в историях развития ребенка, в стационарах - в историях болезни, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 "Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6697) (далее – приказ № 907). Длительность медицинского наблюдения составляет семь календарных дней и включает опрос, осмотр, термометрию.

13. Определение перечня и объемов лабораторных исследований, отбор проб с очагов осуществляется специалистом территориальных подразделений.

14. Исследования материала из очага инфекционного заболевания проводятся филиалами.

15. Лабораторное обследование контактных лиц проводится до назначения лечения.

16. Госпитализация больных острыми кишечными инфекциями проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

17. Клинические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

- 1) все формы заболевания у детей в возрасте до двух месяцев;
- 2) формы заболевания с тяжелым обезвоживанием независимо от возраста ребенка;
- 3) формы заболевания, отягощенные сопутствующей патологией;
- 4) затяжные диареи с обезвоживанием любой степени;
- 5) хронические формы дизентерии (при обострении).

18. Эпидемиологические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

1) невозможность соблюдения необходимого противоэпидемического режима по месту жительства больного (социально-неблагополучные семьи, общежития, казармы, коммунальные квартиры);

2) случаи заболевания в медицинских организациях, школах-интернатах, организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, санаториях, медико-социальных учреждениях (организациях), летних оздоровительных организациях, домах отдыха.

19. Выписка реконвалесцентов дизентерии и острых кишечных инфекций проводится после полного клинического выздоровления.

Однократное бактериологическое обследование реконвалесцентов дизентерии и кишечных инфекций проводится в амбулаторных условиях в течение семи календарных дней после выписки, но не ранее двух календарных дней после окончания антибиотикотерапии (лечение антибиотиками).

20. Медицинскому наблюдению после перенесенной острой дизентерии подлежат:

1) работники объектов общественного питания, продовольственной торговли, пищевой промышленности;

2) дети находящиеся в организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, школ-интернатов;

3) работники центров психического здоровья, организаций образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, медико-социальных учреждений (организаций).

21. Медицинское наблюдение проводится в течение одного месяца после окончания лечения, в конце которого проводится однократное бактериологическое обследование.

22. Кратность посещения врача определяется по клиническим показаниям.

23. Медицинское наблюдение осуществляется участковым врачом по месту жительства или врачом кабинета инфекционных болезней.

24. При рецидиве заболевания или положительном результате лабораторного обследования, лица, переболевшие дизентерией, вновь проходят лечение. После окончания лечения, лица, переболевшие дизентерией в течение трех месяцев ежемесячно проходят лабораторное обследование. Лица, у которых, бактерионосительство продолжается более трех месяцев, подвергаются лечению как больные с хронической формой дизентерии.

25. Лица из числа декретированной группы населения допускаются работодателем на работу по специальности после полного выздоровления, подтвержденного результатами клинического и бактериологического обследования.

Лица с хронической дизентерией переводятся на работу, не связанную с продуктами питания и водообеспечения, где они не представляют эпидемиологическую опасность.

26. Лица с хронической дизентерией подлежат медицинскому наблюдению в течение года после окончания лечения. Бактериологические обследования и осмотр врачом-инфекционистом лиц с хронической дизентерией проводится ежемесячно.

27. Бактериологическому обследованию на сальмонеллез подлежат следующие категории лиц населения:

1) дети в возрасте до двух лет, поступающие в стационар;

2) взрослые, госпитализированные в стационар по уходу за больным ребенком;

3) роженицы, родильницы, при наличии дисфункции кишечника в момент поступления или в течение предшествующих трех недель до госпитализации;

4) все больные независимо от диагноза при появлении кишечных расстройств во время пребывания в стационаре;

5) лица из числа декретированных групп населения в очаге сальмонеллеза;

6) дети, выезжающие в оздоровительные объекты.

28. Госпитализация больных сальмонеллезом проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

29. Выписку реконвалесцентов сальмонеллеза проводят после полного клинического выздоровления и однократного отрицательного бактериологического исследования кала. Исследование производят не ранее трех календарных дней после окончания лечения.

30. Медицинскому наблюдению после перенесенного сальмонеллеза подлежат:

1) работники объектов общественного питания, продовольственной торговли, пищевой промышленности;

2) дети находящиеся в организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, школ-интернатов;

3) работники центров психического здоровья, организаций образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, медико-социальных учреждений (организаций).

31. Медицинское наблюдение за лицами, переболевшими сальмонеллезом, осуществляют врач кабинета инфекционных болезней или участковые врачи по месту жительства в течение месяца с тремя клиническими осмотрами (на десятый, двадцатый и тридцатый день) с оценкой общего состояния, жалоб, характера стула и проведения термометрии.

32. Реконвалесценты из числа декретированных групп населения допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки о выздоровлении по форме № 035-2/у, утвержденной приказом № 907.

Реконвалесцентов, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, а также выявленных бактерионосителей из числа декретированных групп населения территориальные подразделения отстраняют от основной работы на пятнадцать календарных дней.

При отстранении в течение пятнадцати календарных дней проводят трехкратное исследование кала. При повторном положительном результате порядок отстранения от работы и обследования продлевается на пятнадцать календарных дней.

При установлении бактерионосительства более трех месяцев лица, как хронические носители сальмонелл, отстраняются от работы по специальности на двенадцать месяцев.

По истечении срока проводят трехкратное исследование кала и желчи с интервалом один-два календарного дня. При получении отрицательных результатов допускаются к основной работе. При получении одного положительного результата такие лица рассматриваются как хронические бактерионосители и в соответствии с подпунктом 5) пункта 12 статьи 21 Кодекса территориальными подразделениями отстраняются от работы на пятнадцать календарных дней, где они представляют эпидемиологическую опасность.

33. Детей, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, лечащий врач отстраняет от посещения дошкольной организации на пятнадцать календарных дней, в этот период проводят трехкратное исследование кала с интервалом один-два дня. При повторном положительном результате такой же порядок отстранения и обследования повторяют еще в течение пятнадцати календарных дней.

34. Заключительная дезинфекция проводится филиалами при регистрации заболевания сальмонеллезом в дошкольных организациях, организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, школах-интернатах, домах ребенка, медико-социальных учреждениях (организациях).

Параграф 2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению брюшного тифа и паратифа

35. Санитарно-эпидемиологический мониторинг за заболеваемостью населения брюшным тифом и паратифами включает:

1) анализ информации о санитарном состоянии населенных пунктов, особенно неблагополучных по заболеваемости населения тифопаратифозными инфекциями;

2) определение групп риска среди населения;

3) определение фаготипов выделяемых культур от больных и бактерионосителей;

4) постановку на учет и медицинское наблюдение за переболевшими брюшным тифом и паратифами с целью выявления и санации бактерионосителей, особенно из числа работников пищевых предприятий и декретированных групп населения;

5) планирование санитарно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

36. Санитарно-профилактические мероприятия для предупреждения брюшного тифа и паратифов направлены на проведение санитарно-гигиенических мероприятий, предупреждающих передачу возбудителей через воду, пищу.

37. Перед допуском к работе лица из числа декретированных групп населения после врачебного осмотра подлежат однократному бактериологическому и серологическому обследованию. Они допускаются к работе при отрицательном результате лабораторного обследования и при отсутствии противопоказаний.

Лица, у которых выявлены положительные результаты лабораторного обследования, рассматриваются как бактерионосители. Проводится их лечение, постановка на учет, устанавливается за ними медицинское наблюдение. В соответствии с подпунктом 5) пункта 12 статьи 21 Кодекса территориальными подразделениями бактерионосители отстраняются от работы, так как они представляют эпидемическую опасность.

38. Вакцинация против брюшного тифа проводится в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295 "Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам".

39. В очагах брюшного тифа и паратифов проводятся мероприятия:

1) выявление всех больных путем опроса, осмотра, термометрии и лабораторного обследования;

2) своевременного изолирования всех больных брюшным тифом и паратифами;

3) выявление и проведение лабораторного обследования лиц, ранее переболевших брюшным тифом и паратифами, декретированных групп населения, лиц, подвергшихся риску заражения (употреблявших подозрительные на заражение пищевые продукты или воду, контактировавших с больными);

4) в очаге с единичным заболеванием у лиц, из числа декретированных групп населения проводится однократное бактериологическое исследование кала и исследование сыворотки крови серологическим методом. У лиц с положительным результатом серологического исследования проводится повторное пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи;

5) в случае возникновения групповых заболеваний проводится лабораторное обследование лиц, которые предположительно являются источником инфекции. Лабораторное обследование включает трехкратное бактериологическое исследование кала и мочи с интервалом не менее двух календарных дней и однократное исследование сыворотки крови серологическим методом. У лиц с положительным результатом серологического исследования проводится дополнительное пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи с интервалом не менее двух календарных дней, а при отрицательных результатах этого обследования – однократно исследуется желчь;

6) лица из числа декретированных групп населения, имеющие контакт либо общение с больным брюшным тифом или паратифами на дому,

территориальными подразделениями в соответствии с подпунктом 5) пункта 12 статьи 21 Кодекса временно отстраняются от работы до госпитализации больного, проведения заключительной дезинфекции и получения отрицательных результатов однократного бактериологического исследования кала, мочи и серологического исследования;

7) лица, подвергшиеся риску заражения, наряду с лабораторным обследованием находятся под медицинским наблюдением с ежедневными медицинскими осмотрами врачом и термометрий на протяжении двадцати одного календарного дня при брюшном тифе и четырнадцати календарных дней при паратифах с момента изоляции последнего больного;

8) выявленные больные и бактерионосители брюшного тифа и паратифов немедленно изолируются, и направляются в медицинские организации для обследования и лечения.

40. Экстренная профилактика в очагах брюшного тифа и паратифов проводится в зависимости от эпидемиологической ситуации. В очагах брюшного тифа назначается при наличии брюшнотифозный бактериофаг, при паратифах поливалентный сальмонеллезный бактериофаг. Первое назначение бактериофага проводится после забора материала для бактериологического обследования. Бактериофаг назначается также реконвалесцентам.

41. В очагах брюшного тифа и паратифов проводятся дезинфекционные мероприятия:

1) текущая дезинфекция проводится в период с момента выявления больного до госпитализации, у реконвалесцентов в течение трех месяцев после выписки из больницы;

2) текущую дезинфекцию организует медицинский работник медицинской организации, а проводит – лицо, ухаживающее за больным, сам реконвалесцент или бактерионоситель;

3) заключительную дезинфекцию проводят филиалы в сроки, регламентированные санитарно-эпидемиологическими требованиями к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, утвержденными пунктом 6 статьи 144 Кодекса;

4) в случае выявления больного брюшным тифом или паратифом в медицинской организации после изоляции больного в помещениях, где он находился, проводят заключительную дезинфекцию силами персонала данной организации.

42. Своевременное выявление, изоляция и лечение больных и бактерионосителей брюшного тифа и паратифов осуществляется медицинскими

работниками всех медицинских организаций на основании клинических и лабораторных данных.

43. При диагностике брюшного тифа эффективным является выделение возбудителя из крови (гемокультура). Забор крови для выделения гемокультуры проводится во все периоды болезни. Первый посев крови производится до начала антибактериальной терапии. Для диагностики проводится исследование копрокультуры, уринокультуры, желчи и крови.

44. Больные с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение трех и более суток, обследуются на брюшной тиф.

45. Все больные брюшным тифом и паратифами госпитализируются в инфекционный стационар.

46. Выписка больных осуществляется не ранее двадцати одного календарного дня после установления нормальной температуры тела (35 - 37 °С) после трехкратного бактериологического исследования кала и мочи. Бактериологическое исследование кала и мочи проводится двукратно через пять календарных дней после отмены антибиотиков с интервалом пять календарных дней. Кроме того, проводится посев дуоденального содержимого за семь календарных дней до выписки.

47. Все переболевшие брюшным тифом и паратифами после выписки из стационара подлежат медицинскому наблюдению с термометрией один раз в две недели. Через десять календарных дней после выписки из стационара начинается обследование реконвалесцентов на бактерионосительство, для чего пятикратно исследуются кал и моча с интервалом не менее двух календарных дней. На протяжении трех месяцев ежемесячно проводится бактериологическое однократное исследование кала и мочи.

При положительном результате бактериологического исследования в течение трех месяцев после выписки из стационара обследуемый расценивается как острый носитель.

На четвертом месяце наблюдения исследуются желчь и сыворотка крови. При отрицательных результатах всех исследований переболевшего снимают с диспансерного наблюдения.

При положительном результате серологического исследования проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. В случае отрицательных результатов, переболевших оставляют под наблюдением в течение одного года.

Через один год после выписки из стационара однократно исследуют бактериологически кал, мочу и сыворотку крови. При отрицательных

результатах исследования переболевшего снимают с диспансерного наблюдения.

48. Лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, относящиеся к декретированным группам населения, после выписки из стационара на один месяц в соответствии с подпунктом 5) пункта 12 статьи 21 Кодекса территориальными подразделениями отстраняются от работы, так как они представляют эпидемическую опасность. В течение этого периода проводится их пятикратное бактериологическое исследование (кала и мочи).

При отрицательных результатах исследования их допускают к работе, и в последующие два месяца ежемесячно исследуют желчь и сыворотку крови. Далее их обследуют в течение двух лет ежеквартально, а в последующем на протяжении всей трудовой деятельности два раза в год (исследовать кал и мочу).

При положительном результате через один месяц после выписки из стационара их переводят на работу, не связанную с пищевыми продуктами и водой. По истечении трех месяцев проводится пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи и однократно желчи. При отрицательном результате их допускают к работе и обследуют как предыдущую группу.

При положительном результате серологического исследования проводится пятикратное дополнительное исследование кала и мочи и при отрицательных результатах – однократное исследование желчи.

При отрицательном результате их допускают к работе.

Если при любом из обследований, проведенном по истечении трех месяцев после выписки из стационара, у таких лиц хотя бы однократно были выделены возбудители брюшного тифа или паратифа, их считают хроническими бактерионосителями и территориальное подразделение отстраняет их от работы, так как они представляют эпидемическую опасность в соответствии с подпунктом 5) пункта 12 статьи 21 Кодекса.

49. Бактерионосители брюшного тифа и паратифов подразделяются на категории:

1) транзиторные бактерионосители – лица, не болевшие брюшным тифом и паратифами, но выделяющие возбудителей брюшного тифа или паратифов;

2) острые бактерионосители – лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, у которых отмечается бактерионосительство в течение первых трех месяцев после выписки из больницы;

3) хронические бактерионосители – лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, у которых отмечается бактерионосительство в течение трех и более месяцев после выписки из больницы.

50. Среди бактерионосителей брюшного тифа и паратифов проводятся следующие мероприятия:

1) у транзиторных бактерионосителей в течение трех месяцев проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. При отрицательном результате однократно исследуют желчь. В конце наблюдения однократно исследуют сыворотку крови серологическим методом. При отрицательном результате всех исследований к концу третьего месяца наблюдения их снимают с учета. При положительных результатах бактериологического и серологического исследований расцениваются как острые бактерионосители;

2) за острыми бактерионосителями в течение двух месяцев после выявления проводится медицинское наблюдение с термометрией и в течение трех месяцев ежемесячно однократно проводится бактериологическое исследование кала и мочи.

В конце третьего месяца проводят бактериологическое исследование кала и мочи – пятикратно, желчи – однократно и серологическое исследование сыворотки крови.

При отрицательных результатах бактериологических и серологических исследований обследуемого снимают с диспансерного наблюдения.

При положительном результате серологического исследования и отрицательных результатах бактериологического исследования кала и мочи продолжают наблюдение в течение одного года. Через один год необходимо однократно исследовать кал и мочу с цистеином, кал и мочу – бактериологически, однократно.

При положительном результате серологического исследования исследуются кал и моча пятикратно, желчь однократно.

При отрицательных результатах исследований обследуемого снимают с диспансерного наблюдения.

При положительном результате обследуемого расценивают как хронического бактерионосителя;

3) хронические бактерионосители состоят на учете в территориальном подразделении и подлежат обследованию при регистрации случаев заболевания среди контактных лиц и при осложнении эпидемиологической ситуации на территории проживания хронического бактерионосителя. Хронических бактерионосителей медицинские работники обучают приготовлению дезинфицирующих растворов, текущей дезинфекции, правильного гигиенического поведения;

4) бактерионосителей из числа декретированных групп населения ставят на постоянный учет в территориальном подразделении.

51. Лица из числа декретированных групп населения, в случае обнаружения хронического бактерионосительства у одного из членов его семьи, от работы не отстраняются и не подлежат специальному наблюдению.

Параграф 3. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению туберкулеза

52. Выявление больных туберкулезом осуществляют медицинские работники всех специальностей медицинских организаций:

- 1) при обращении людей за медицинской помощью;
- 2) при оказании стационарной и специализированной медицинской помощи;
- 3) при проведении медицинских осмотров;
- 4) при проведении иммунизации против туберкулеза;

5) при обращении за медицинской помощью ВИЧ инфицированных лиц в организации здравоохранения, осуществляющие деятельность в сфере профилактики ВИЧ/СПИД (далее – организации здравоохранения ВИЧ/СПИД).

53. При обращении в медицинскую организацию пациентов с симптомами, указывающими на заболевание туберкулезом, проводят полное клиническое и инструментальное обследование с рентгенологическим и бактериологическим исследованием (микроскопия мазка мокроты и патологического материала).

54. При обнаружении во время обследования признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, пациента в течение трех календарных дней направляют в противотуберкулезный диспансер (отделение, кабинет) по месту жительства.

55. Контроль за проведением своевременного и полного обследования больного осуществляют направивший специалист медицинской организации и специалист противотуберкулезной организации (далее – ПТО).

56. Лиц без определенного места жительства при подозрении на заболевание туберкулезом госпитализируют в противотуберкулезный диспансер для завершения обследования и при подтверждении диагноза "Туберкулез" – для лечения.

57. Специалист ПТО информирует специалиста, направившего больного, о результатах проведенного обследования.

58. Допуск больных туберкулезом на работу и учебу выдается центральной врачебно-консультативной комиссией (далее – ЦВКК) в соответствии с Инструкцией по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25

декабря 2017 года № 994 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16381) (далее – приказ № 994).

59. Организации оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь, а также врач ПТО в случае отказа от лечения, при самовольном уходе и нарушении режима лечения обращаются в ЦВКК для решения вопроса о назначении ему принудительного лечения в специализированной ПТО.

60. По заключению ЦВКК организации первичной медико-санитарной помощи, в том числе главный врач ПТО подписывают представление на больного в суд о назначении принудительного лечения в соответствии с Правилами принудительного лечения больных туберкулезом в специализированных противотуберкулезных организациях и их выписки, утвержденными приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 ноября 2009 года № 729 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 5959).

61. Профилактические медицинские осмотры населения проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в медицинских организациях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в медико-социальных учреждениях (организациях), следственных изоляторах и исправительных учреждениях.

62. Планирование, организацию и учет профилактических медицинских осмотров и формирование флюорокартотеки (со сверкой с организацией оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь и флюорокабинета) по данным индивидуального учета населения обеспечивают руководители медицинских организаций с предоставлением ежемесячных отчетов о выполнении плана флюорографического обследования населения по месту фактического проживания согласно приложению 1 к настоящим Санитарным правилам в территориальные подразделения.

63. Формирование плана флюорографического обследования лиц группы "риска" проводится в разрезе терапевтических участков по территориально - производственному принципу ежемесячно и с нарастанием. План флюорографического обследования по поликлинике утверждается руководителем данной организации и согласовывается с руководителем ПТО и руководителем территориального подразделения.

64. Диагноз "Туберкулез" подтверждает ЦВКК ПТО, который принимает решение о необходимости госпитализации, наблюдения и лечения.

65. В целях раннего выявления туберкулеза у детей применяют внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином. Туберкулинодиагностику проводят вакцинированным против туберкулеза детям группы риска с 12-месячного возраста и до достижения возраста 14 лет, один раз в год с интервалом 12 месяцев, независимо от результата предыдущих проб в соответствии с Инструкцией по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу, утвержденной приказом № 994.

66. Детей, направленных на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители которых не представили в течение одного месяца с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом в произвольной форме, не допускают в организации дошкольного и начального среднего образования.

67. Планирование, организацию, своевременный и полный учет проведенных проб Манту (с целью раннего выявления туберкулеза) по данным индивидуального учета детского населения, а также взаимодействие с медицинскими ПТО по вопросу своевременной явки и обследования детей, направленных на дообследование к фтизиатру по результатам туберкулинодиагностики, обеспечивают руководители медицинских организаций.

68. Отчет о выполнении плана постановки пробы Манту медицинские организации представляют в территориальные подразделения ежемесячно по форме согласно приложению 2 к настоящим Санитарным правилам.

69. В целях раннего выявления туберкулеза профилактические медицинские флюорографические осмотры проводят в соответствии с Инструкцией по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу утвержденной приказом № 994.

70. На медицинских работников организаций, оказывающих амбулаторно - поликлиническую помощь возлагается:

- 1) раннее выявление туберкулеза методом микроскопии мазка мокроты среди лиц с клиническими признаками заболевания и методом флюорографии среди населения с высоким риском заболевания туберкулезом (группа "риска");
- 2) осуществление контролируемой химиотерапии;
- 3) проведение разъяснительной работы среди населения о первых признаках туберкулеза и методах его профилактики.

71. Медицинский работник организаций, оказывающих амбулаторно - поликлиническую помощь, осуществляет сбор мокроты и ее своевременную доставку в лабораторию для исследования. Забор мокроты производит

медицинский работник, обученный в ПТО и проходящий переподготовку ежегодно.

72. Выявление туберкулеза методом флюорографии среди населения проводится с 15 лет. Период дообследования флюороположительного лица в городской местности составляет не более двух недель, в сельской - один месяц.

73. В организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и в стационарах, анализ флюороснимка проводится в два этапа (двойная читка). Допуск к работе в медицинских книжках ставится на основании результатов повторной (второй) читки.

74. Все родильницы, в течение периода нахождения в перинатальном центре (родильном отделении) до момента выписки подлежат обследованию на туберкулез методом флюорографии. Руководители перинатальных центров (родильных отделений) обеспечивают своевременную изоляцию в отдельную палату женщин в послеродовом периоде с подозрением на туберкулез и в течение шести часов с момента выявления подозрения на туберкулез вызов консультанта врача-фтизиатра и проведение дополнительных исследований с целью подтверждения или исключения туберкулеза.

75. В кабинете сбора мокроты часть помещения, используемая для непосредственного сбора мокроты, отделяется на всю высоту перегородкой, выполненной из материала, устойчивого к моющим и дезинфицирующим средствам. Комната сбора мокроты оснащается бактерицидными экранированными облучателями, ингалятором, раковиной для мытья рук с дозатором с антисептическим мылом и раствором антисептика, емкостями с дезинфицирующим раствором, емкостями для чистых контейнеров и контейнеров с мокротой, оборудуется локальной системой вентиляции с кратностью воздухообмена не менее 6-12 объемов в час.

76. Бактериоскопические лаборатории, имеют три секции:

- 1) для приготовления и окрашивания мазков со столом, разделенным на две части: для приготовления мазков в биологическом вытяжном шкафу и окрашивания мазков;
- 2) для микроскопии;
- 3) для регистрации и хранения препаратов.

77. Персонал ПТО в местах с высокой степенью риска заражения, используют респираторы с высокой степенью защиты (не менее 94,0 процентов (далее - %)). Респираторы используются многократно. Не используются: неплотно прилегающий к лицу, с испорченным фильтром, загрязненный кровью или биологическими жидкостями респиратора.

78. Планирование, организация и проведение профилактических прививок проводится медицинскими организациями в соответствии с пунктом 6 статьи 144 Кодекса и в соответствии с Инструкцией по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу утвержденной приказом № 994.

79. План профилактических прививок против туберкулеза и потребность медицинских организаций в медицинских иммунобиологических препаратах утверждаются их руководителями и согласовываются с территориальными подразделениями.

80. План профилактических прививок составляют ответственные за проведение прививочной работы медицинские работники перинатальных центров (родильных отделений) и медицинских организаций по месту жительства, организаций образования.

81. Учет детей, посещающих организации образования, дома ребенка, организаций образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, интернаты, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, проводят один раз в год. Сведения о детях, посещающих организации, передают в организации, оказывающие амбулаторно - поликлиническую помощь по месту расположения организации.

82. Вакцинация против туберкулеза новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, проводится в соответствии с нормативно-правовыми актами, принятыми в соответствии с пунктом 6 статьи 144 Кодекса.

83. Каждый впервые выявленный случай туберкулеза подлежит регистрации и учету.

84. Учету подлежат граждане Республики Казахстан, оралманы, трудовые мигранты и лица, находящиеся на территории Республики Казахстан при выявлении у них активной формы туберкулеза впервые.

85. Учет и регистрация больных туберкулезом проводят по месту выявления заболевания, независимо от места постоянного проживания больного.

86. На каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза всех форм локализации, заполняют извещение по форме № 089/у, утвержденной приказом № 907, которое направляется в трехдневный календарный срок в ПТО и в территориальные подразделения. В случае установления посмертно диагноза "Активный туберкулез", явившегося причиной смерти, необходимо подтверждение диагноза врачом-фтизиатром и подача формы 089/у.

87. При выявлении больных туберкулезом с бактериовыделением, кроме извещения формы № 089/у, заполняют извещение по форме № 058/у,

утвержденной приказом № 907, которое в течение двадцати четырех часов направляется территориальные подразделения по месту жительства больного. Извещение форму № 058/у, утвержденной приказом № 907 заполняют на впервые диагностированные случаи туберкулеза с бактериовыделением, при появлении бактериовыделения у больных неактивной формой туберкулеза и в случае смерти от туберкулеза больных, не состоявших при жизни на учете.

88. Расчет эпидемиологических показателей по туберкулезу (заболеваемость, болезненность, смертность) производят с учетом постоянного, миграционного (внутреннее и внешнее) и тюремного населения, с анализом по указанным категориям населения.

89. Учету и регистрации подлежат все случаи смерти больных туберкулезом.

90. Контроль за достоверностью диагноза туберкулеза при выявлении заболевания у больного впервые и принятие окончательного решения о необходимости учета и регистрации нового случая заболевания туберкулезом в данной местности осуществляют ПТО.

91. Классификация очагов туберкулеза проводится с учетом интенсивности бактериовыделения.

92. Интенсивность бактериовыделения подразделяется на:

1) умеренное бактериовыделение от точного количества кислотоустойчивых бактерий до 1+;

2) массивные бактериовыделение (от 2+ до 3+).

93. К первой эпидемиологической группе очагов туберкулеза относят:

1) очаги, в которых проживают больные с массивным бактериовыделением;

2) очаги, где проживают больные с умеренным бактериовыделением с наличием детей и подростков, беременных женщин, алкоголиков, наркоманов;

3) очаги с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями, низким уровнем жизни.

Ко второй эпидемиологической группе относят очаги туберкулеза, в которых проживают больные туберкулезом с умеренным бактериовыделением при наличии удовлетворительных санитарно-гигиенических условий в очаге и отсутствии в очаге детей и подростков, беременных женщин, алкоголиков, наркоманов.

К третьей эпидемиологической группе относят:

1) очаги туберкулеза с момента прекращения больным туберкулезом бактериовыделения, выезда, смены постоянного места жительства или смерти больного туберкулезом с бактериовыделением;

2) очаги туберкулеза, где выявлены больные туберкулезом сельскохозяйственные животные.

Контактных лиц из третьей группы очагов туберкулеза наблюдают в течение одного года.

94. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции включают:

1) лечение больного туберкулезом противотуберкулезными препаратами и изоляцию в стационарных условиях. Лечение в амбулаторных условиях допускается при наличии условий соблюдения требований противоэпидемического режима и согласовании с территориальными подразделениями;

2) первичное обследование (клинико-рентгенологическое, постановка пробы Манту, тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным, микроскопия мазка по показаниям) контактных лиц в двухнедельный срок со дня выявления больного;

3) проведение по показаниям химиопрофилактики контактным лицам (детям и подросткам до 18 лет);

4) организацию и проведение дезинфекции;

5) санитарное обучение медицинскими работниками больных и членов их семей по соблюдению санитарно-противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов, мерам защиты, направленным на предупреждение инфицирования, проведение текущей дезинфекции.

95. Очаг снимается с эпидемиологического учета при исходе лечения больного "Лечение завершено", "Вылечен", "Умер" и при выбытии больного из очага.

96. Контактные лица наблюдаются в течение года после снятия очага с эпидемиологического учета. Перед снятием с эпидемиологического учета контактные лица проходят обследование.

97. В очагах туберкулеза проводятся санитарно-противоэпидемические мероприятия согласно эпидемиологической группе очага. Очаги посещаются совместно со специалистами ПТО и территориальных подразделений:

1) первой эпидемиологической группы не реже одного раза в квартал;

2) второй эпидемиологической группы не реже одного раза в полугодие;

3) третьей эпидемиологической группы не реже одного раза в год.

98. Перевод очага туберкулеза из группы в группу, при изменении в очаге условий, понижающих или повышающих его опасность, осуществляют

специалисты территориальных подразделений совместно с участковым фтизиатром.

99. Сверку численности больных бактериовыделителей с фактическим числом больных бактериовыделителей, состоящих на учете в ПТО специалисты территориальных подразделений проводят ежемесячно. ПТО ежемесячно направляют в территориальные подразделения данные о впервые выявленных больных туберкулезом и проводят сверку отчетности по туберкулезу.

100. Результаты каждого посещения очагов туберкулеза отражают в карте эпидемиологического обследования по форме № 211/у, утвержденной приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан № 415 от 30 мая 2015 года "Об утверждении форм учетной и отчетной документации в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11626) (далее – приказ № 415).

101. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге делятся на первичные, текущие и заключительные.

102. Первичные мероприятия включают в себя изоляцию и лечение больного туберкулезом под непосредственным контролем подготовленного работника, проведение и контроль заключительной дезинфекции, определение и обследование контактных лиц с постановкой их на учет в ПТО.

103. В течение первых трех рабочих дней после взятия больного на учет, как бактериовыделителя, профильный специалист территориального подразделения совместно со специалистами ПТО проводят первичное эпидемиологическое обследование очага с заполнением "Карты эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза" по форме № 211/у приказа № 415.

104. При первичном обследовании очага выясняют сведения о больном и членах его семьи, включая место и характер работы больного, список контактных для постановки их на учет. Список контактных уточняется с учетом лиц находившихся в контакте с больным в течение последних четырех месяцев. Повторное посещение очагов проводится по определению профильного специалиста территориального подразделения.

105. В каждом случае регистрации больных активной формой туберкулеза среди подлежащего контингента и группы "риска", профильный специалист территориального подразделения совместно с фтизиатром и медицинским работником данной организации и его руководителем проводит эпидемиологическое расследование по месту работы (учебы) больного с составлением акта.

106. При необходимости привлекаются профильные специалисты государственных органов и организаций, осуществляющие деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия.

107. Медицинские работники организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и ПТО обучают больного и членов семьи мерам защиты, направленным на предупреждение инфицирования.

108. После обследования очага составляют план его оздоровления, который включает:

- 1) своевременную изоляцию и контролируемое лечение больного;
- 2) проведение химиопрофилактики детям и подросткам по показаниям;
- 3) улучшение санитарно-гигиенических условий проживания;
- 4) обследование контактных лиц;

5) обучение взрослых контактных и больного соблюдению санитарно-противоэпидемического и санитарно-гигиенического режимов, в первую очередь проветривания помещений, проведения текущей дезинфекции;

6) социальную, психологическую и информационную поддержку бактериовыделителю и членам его семьи;

7) информирование местных исполнительных органов об очагах с неудовлетворительным санитарно-гигиеническим состоянием и необходимости оказания социальной и материальной помощи, требуемой для оздоровления очага.

109. На больного заполняют "Карту наблюдения за диспансерным контингентом", по форме ТБ 16/у, утвержденной приказом № 907.

110. В сельской местности работу в очаге проводят медицинские работники организаций, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь.

111. Организационно-консультативную работу в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь проводят специалисты областных и районных ПТО ежеквартально.

112. Текущие мероприятия в очаге проводятся при нахождении больного туберкулезом на дому. Эти мероприятия состоят из систематического планового проведения санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических, лечебных, ветеринарных (по согласованию) мероприятий.

113. В очаге проводят:

- 1) текущую дезинфекцию;
- 2) изоляцию детей, в том числе новорожденных и ВИЧ-инфицированных лиц;
- 3) обследование контактных;

- 4) гигиеническое воспитание больного и членов его семьи;
- 5) улучшение санитарно-гигиенических условий проживания;
- 6) контроль амбулаторного лечения больного и проведения химиопрофилактики контактными лицами.

114. Работу по оздоровлению очага проводит медицинская сестра ПТО под руководством участкового врача фтизиатра.

115. Контактные лица проходят периодическое обследование у фтизиатра организаций оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь и в ПТО. Медицинская сестра проводит работу по обследованию контактов и в первую очередь детей, подростков и беременных женщин, а также контактов с больными туберкулезом сельскохозяйственными животными.

116. Заключительное санитарно-противоэпидемическое мероприятие в очаге туберкулезной инфекции предусматривает снятие очага с эпидемиологического учета.

117. Во время посещения очагов медицинские работники соблюдают меры предосторожности против возможного инфицирования (надевают плотно прилегающий респиратор с адекватным фильтром, медицинский халат и соблюдают личную гигиену).

118. Не позднее пятнадцати календарных дней после получения сообщения о больном, фтизиатр и профильный специалист территориального подразделения проводят эпидемиологическое обследование места работы (учебы) с привлечением специалистов государственных органов и организаций, осуществляющие деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия. Круг контактных лиц и границы очага определяет профильный специалист территориального подразделения.

119. К числу контактных по месту работы (учебы) относят рабочих, служащих и учащихся, находившихся в контакте с больным активной формой туберкулеза. Всех контактных лиц обследуют в организациях оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь по месту расположения работы (учебы).

120. При обследовании уточняют списочный состав работающих, детей и подростков, даты и результаты флюорографических обследований за предыдущий и текущий годы, определяют границы очага, и разрабатывают санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия.

121. Контактным лицам, у которых от момента предыдущего обследования прошло шесть месяцев, флюорографическое обследование и туберкулиновая проба, тест с аллергеном туберкулезным рекомбинантным детям проводятся по эпидемиологическим показаниям. Фтизиатр по показаниям назначает

химиопрофилактическое лечение, "Карту наблюдения за диспансерным контингентом", по форме ТБ 16/у, утвержденной приказом № 907 и препараты для контролируемого лечения передаются в медицинский пункт предприятия или организации.

122. Профильный специалист территориального подразделения передает сведения о всех контактных лицах в организацию оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь и ПТО по месту жительства для обследования.

123. Химиопрофилактика туберкулеза проводится в соответствии с Инструкцией по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу утвержденной приказом № 994.

124. При установлении диагноза активной формы туберкулеза у больных, находящихся на лечении в соматических, инфекционных, медико-социальных учреждениях (организациях) и в центрах психического здоровья первичный комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий осуществляет персонал этих организаций.

125. Амбулаторное лечение проводится в диспансерных отделениях ПТО, организациях оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь или в условиях стационарозамещающих технологий. Амбулаторное лечение проводится больным без бактериовыделения. Порядок проведения амбулаторного лечения по месту жительства подробно отражается в карте амбулаторного пациента по форме № 025-5/у, утвержденной приказом № 907 и медицинской карте больного туберкулезом ТБ-01, утвержденной приказом № 907.

126. При направлении на амбулаторное лечение в ПТО или организацию, оказывающую амбулаторно-поликлиническую помощь передается карта ТБ-01 или ТБ-01 категория IV, утвержденная приказом № 907.

127. При лечении больных туберкулезом ПТО проводится микроскопия мазка и культуральное исследование мокроты: при лечении больных I категории через 2, 3, 4 месяцев; по II категории через 3, 4, 5 месяцев, по IV категории в интенсивной фазе – ежемесячно, в поддерживающей фазе - ежеквартально.

128. Диспансерный учет и наблюдение больных туберкулезом осуществляются в соответствии с Инструкцией по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу утвержденной приказом № 994.

129. Текущую дезинфекцию в очагах туберкулеза проводят путем замачивания в дезинфекционных растворах выделений, индивидуальной плевательницы, остатков пищи, посуды индивидуальных принадлежностей, а также постоянного проветривания помещений в теплое время года и по 5-10

минут каждый час в холодное время года. Мероприятия предусматривают соблюдение санитарно-гигиенического, санитарно-противоэпидемического и дезинфекционного режимов с момента установления диагноза "Туберкулез с бактериовыделением" и взятия больного на учет.

130. Текущую дезинфекцию в очаге осуществляют сами больные, ПТО выдают больным в пользование плевательницы с плотно закрывающимися крышками (не менее двух) и дезинфицирующие средства. В населенных пунктах, где нет ПТО, дезинфекционные средства выдают организации, оказывающие амбулаторно - поликлиническую помощь.

В карте амбулаторного пациента по форме № 025-5/у, утвержденной приказом № 907 больного участковый врач отмечает даты проведения и окончания текущей дезинфекции. Проведение текущей дезинфекции поручают больному или одному из членов семьи (кроме детей и подростков).

131 Участковый фтизиатр обучает больного санитарно-гигиеническому режиму: использованию масок, сплевыванию мокроты в плевательницу и проведению текущей дезинфекции.

132. Руководитель ПТО обеспечивает своевременную и качественную текущую дезинфекцию.

133. В случае отсутствия приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением все помещения ПТО проветривают регулярно: в теплое время года постоянно и по 5-10 минут каждый час в холодное время года.

134. Во время нахождения в стационаре верхнюю одежду больного хранят в специальном помещении. Верхнюю одежду больной использует во время дневных прогулок.

135. После выписки больного постельные принадлежности (подушки, матрацы, одеяло принадлежащие стационару) обеззараживают в дезинфекционных камерах.

136. Помещения и предметы обихода подвергают ежедневной влажной уборке.

137. Сбор, обеззараживание и выдачу плевательниц осуществляет подготовленный персонал с применением средств индивидуальной защиты в специально выделенном помещении.

138. Использованную столовую посуду собирают в перчатках на маркированный стол в буфетной, освобождают ее от остатков пищи, обеззараживают без предварительного мытья в отдельных емкостях, затем моют и сушат в сушильном шкафу или на отдельном столе.

Посуду обеззараживают в воздушном стерилизаторе. После сбора использованной посуды столы протирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

139. Остатки пищи собирают в емкость (ведро, бак), засыпают сухим дезинфицирующим средством в соотношении 1:5.

140. Сортировку грязного белья проводят в специальной одежде, респираторах, перчатках, резиновой обуви в комнате, стены которой выложены кафелем на высоту 1,5 метров и оборудованные механической приточно-вытяжной вентиляцией.

141. Белье собирают в клеенчатые мешки, отправляют в прачечную. При отсутствии отдельной прачечной, белье перед отправкой в прачечную предварительно обеззараживают и стирают в отдельных машинах в установленные дни.

142. Посещение стационарных больных бактериовыделителей не допускается, за исключением тяжелых случаев. При этом посетители используют средства индивидуальной защиты (респиратор, халат). Больные покидают стационар только по разрешению медицинского персонала.

143. Заключительную дезинфекцию в ПТО проводят во всех случаях перепрофилирования, переезда, реконструкции, ремонта одним из дезинфицирующих средств, а также один раз в год с профилактической целью. Здания закрывающихся противотуберкулезных стационаров разрешается использовать для размещения общественных зданий после проведения заключительной дезинфекции и капитального ремонта.

144. Заключительную дезинфекцию в очагах проводят филиалы в течение шести (город) или двенадцати часов (село) со времени получения заявки от противотуберкулезного диспансера.

145. Заключительную дезинфекцию осуществляют во всех случаях выбытия больного из очага и смерти на дому, при перемене места жительства, после переезда (обработка квартир или комнаты с вещами).

146. Территориальные подразделения проводят:

1) совместно с ПТО подготовку региональных программ по борьбе с туберкулезом;

2) государственный учет и отчетность о прививках и контингентах, привитых против туберкулеза;

3) оказывают методическую и консультативную помощь медицинским организациям в планировании прививок и туберкулиновых проб, тестов с

аллергеном туберкулезным рекомбинантным, определении потребности вакцины БЦЖ и туберкулина пробы Манту;

4) надзор за транспортированием, хранением и учетом вакцины БЦЖ и туберкулина;

5) контроль за своевременностью проведения профилактических медицинских осмотров, своевременной госпитализацией бациллярных больных, проведением санитарно - противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулеза, согласно эпидгруппе, соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в ПТО;

6) контроль за соблюдением мероприятий по предупреждению инфицирования лиц, осуществляющих обслуживание животных в неблагополучных по туберкулезу хозяйствах, охраной труда работников животноводства, выполнением санитарно-профилактических мероприятий в хозяйствах и на фермах;

7) взаимодействие с государственными органами и организациями в области борьбы с туберкулезом;

8) совместно со специалистами противотуберкулезных и медицинских организаций подготовку медицинских работников по работе с вакциной БЦЖ и туберкулином, проведению профилактических прививок против туберкулеза и туберкулинодиагностики, по соблюдению мер инфекционного контроля;

9) учет впервые выявленных в отчетном году больных туберкулезом на основании извещения формы № 089/у и бактериовыделителей на основании экстренного извещения формы № 058/у, утвержденной приказом № 907;

10) совместно со специалистами противотуберкулезных, медицинских организаций и подведомственных организаций уполномоченного органа в области здравоохранения разъяснительную работу среди населения о мерах профилактики туберкулеза;

11) контроль за организацией выявления туберкулеза методом микроскопии, флюорографии, туберкулиновой пробы и теста с аллергеном туберкулезным рекомбинантным среди группы "риска";

12) совместно со специалистами ПТО и медицинских организаций контроль за лечением больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, осуществляют мониторинг за проведением мероприятий в очагах туберкулеза БК+ до исхода "Вылечен" и "Лечение завершено";

13) контроль за отдельной госпитализацией больных туберкулезом по типу, инфекционному статусу и наличию множественной лекарственной устойчивости;

14) информирует работодателей о необходимости ежегодного флюорографического обследования внутренних и внешних трудовых мигрантов.

Параграф 4. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи

147. Для эффективной организации и проведения мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) в каждой медицинской организации разрабатывается программа инфекционного контроля в соответствии с Правилами проведения инфекционного контроля в медицинских организациях, утвержденными приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 8339) (далее – приказ № 19).

148. С целью своевременного расследования случаев ИСМП и дальнейшего предотвращения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи пациентов проводится:

1) каждый случай ИСМП расследуется комиссией по инфекционному контролю в соответствии с приказом № 19, на основе которого медицинскими организациями разрабатывается оперативный план санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий. При необходимости для расследования случаев ИСМП по решению комиссии инфекционного контроля могут привлекаться специалисты территориальных подразделений в качестве эксперта;

2) медицинские организации представляют в территориальные подразделения протоколы расследования каждого случая ИСМП в течение трех календарных дней по завершению расследования;

3) эпидемиологическое расследование проводится специалистами территориальных подразделений при регистрации летального случая, сепсиса, а также трех и более случаев ИСМП в одной медицинской организации в течение одного инкубационного периода;

4) патологоанатомическая служба ежемесячно направляет в медицинскую организацию, по месту оказания лечебной помощи, данные результатов патологоанатомического экспертизы, в том числе лабораторных исследований летальных случаев от ИСМП и внутриутробных инфекций.

149. Для своевременного и адекватного лечения пациентов в послеоперационном периоде, производится взятие материала на бактериологический посев во время операций по поводу гнойных процессов, а

также при повторных операциях по поводу послеоперационных осложнений любого генеза (ревизия операционных ран (полостей).

150. Инфекционные заболевания, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение инкубационного периода после выписки из нее, подлежат учету как ИСМП по данной медицинской организации:

1) кожные инфекции новорожденных – в течение семи суток, генерализованные формы (сепсис, остеомиелит и менингит) – в течение тридцати суток после выписки;

2) заболевания связанные с оказанием акушерско-гинекологической помощи эндометрит, гнойный мастит, сепсис и перитонит в течение тридцати суток, после выписки.

Осложнения хирургических вмешательств, выявленные в период пребывания в медицинской организации или в течение тридцати суток после выписки, при наличии имплантата – в течение года после проведения операции.

151. В медицинских организациях не инфекционного профиля при выявлении у пациента инфекционного заболевания, представляющего эпидемиологическую опасность для окружающих, он переводится в изолятор. Проводится заключительная дезинфекция помещения и камерная дезинфекция постельных принадлежностей. При отсутствии изолятора пациенты с инфекционными заболеваниями, подлежат переводу в соответствующие инфекционные больницы или отделения.

152. Открытие стационара, закрывающегося по эпидемическим показаниям, производится по согласованию с территориальными подразделениями.

153. Все медицинские манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных и слизистых покровов, проводятся в перчатках одноразового использования.

Параграф 5. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению вирусных гепатитов с энтеральным механизмом передачи

Сноска. Параграф 5 утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 26.05.2021 № ҚР ДСМ - 44 (вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования).

Параграф 6. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению при инфекциях с парентеральным механизмом передачи (вирусные гепатиты В, С, Д, ВИЧ-инфекция и СПИД)

Сноска. Параграф 6 утратил силу приказом Министра здравоохранения РК от 26.05.2021 № ҚР ДСМ - 44 (вводится в действие по истечении двадцати одного календарного дня после дня его первого официального опубликования).

Параграф 7. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий при острых респираторных вирусных инфекциях, гриппе и их осложнениях (пневмонии)

Сноска. Параграф 7 утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 27.05.2021 № ҚР ДСМ -47 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Параграф 8. Санитарно-эпидемиологические требования к организации проведения санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению менингококковой инфекции

Сноска. Параграф 8 утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 27.05.2021 № ҚР ДСМ -47 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Параграф 9. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по контролю за инфекциями, передающимися половым путем

309. Обследование лиц на ИППП проводится в соответствии с Положением об организациях, оказывающих дерматовенерологическую помощь, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан № 312 от 23 мая 2011 года (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 7018).

310. Материал для микроскопической диагностики на инфекции, передающиеся половым путем (мазки) забираются:

1) у всех женщин при каждом первичном посещении организаций оказывающих акушерско-гинекологическую помощь и гинекологических кабинетов, кожно-венерологических центров, а также у всех госпитализированных гинекологических больных;

2) у всех мужчин, обращающихся в урологические кабинеты и госпитализируемых по поводу заболеваний мочеполовой системы.

311. Административно задержанные лица, не имеющие определенного места жительства, больные инфекциями, передающимися половым путем, источник заражения которых не установлен, подлежат превентивному лечению.

312. Профилактика ИППП:

1) врач лечебно-профилактической организации после установления диагноза ИППП, подтвержденного клинико-лабораторными исследованиями, разъясняет больному инфекционный характер имеющегося у него заболевания и возможность передачи его третьим лицам половым путем при несоблюдении

гигиенических правил. Врач разъясняет больному правила личной гигиены и необходимость соблюдения определенного режима;

2) врач разъясняет больному, что лечение ИППП проводится только в кожно-венерологическом центре, при этом следует объяснить больному вред самолечения;

3) больные, работающие в детских, перинатальном центре (родильном отделении) и непосредственно обслуживающие детей, а также работающие в пищевых и коммунальных предприятиях, допускаются к работе после лабораторного подтверждения излеченности при контрольном обследовании;

4) врач - дерматовенеролог выясняет время, место заражения, сведения об источнике заражения и лицах, бывших в контакте с больным. Доводит до сведения больных, что все выявленные указанным путем лица, бывшие в контакте с больным, подлежат медицинскому освидетельствованию с применением лабораторных исследований, а выявленные при этом больные обеспечиваются лечением в дерматовенерологическом учреждении. Лицам, находившим в контакте с больным в инкубационном периоде, по назначению врача проводится превентивное лечение сифилиса или профилактическое лечение гонореи в соответствии с действующими инструкциями.

313. Лица, страдающие ИППП, считаются больными с момента установления у них диагноза заболевания – в лечебно-профилактической организации, на продолжении всего лечебного процесса до снятия с учета – в кожно-венерологическом центре.

314. Период контрольного наблюдения включается в лечебный процесс, как неотъемлемая его часть, без которого невозможно решить вопрос об излеченности больного.

315. Больные с заразными формами сифилиса и осложненными формами ИППП получают лечение в стационарных условиях, а острые неосложненные формы ИППП в амбулаторных условиях в кожно-венерологического центра.

316. Больной информируется о дне явки в кожно-венерологический центр для получения следующего курса лечения или явки на контрольный анализ после окончания всего лечения.

317. Несовершеннолетние, доставляемые в организации здравоохранения из центра адаптации несовершеннолетних, лица без определенного места жительства при выявлении у них венерического заболевания подлежат лечению в условиях стационара кожно-венерологического центра.

318. В случае одновременного заражения венерическим заболеванием психических больных, в том числе страдающих наркоманией и хроническим

алкоголизмом, нуждающихся одновременно в лечении основного психического заболевания, больных острыми инфекционными заболеваниями, больных туберкулезом – бацилловыделители или с обострением основного туберкулезного процесса, лечение проводится в соответствующих стационарах под наблюдением специалистов кожно-венерологического центра.

Параграф 10. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению ветряной оспы и скарлатины

Сноска. Параграф 10 утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 27.05.2021 № ҚР ДСМ -47 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Приложение 1 к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические требования
к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических,
санитарно-профилактических мероприятий
по предупреждению инфекционных
заболеваний"
Форма предназначенная для
сбора административных данных

Отчет о выполнении плана флюорографического обследования населения

Сноска. Приложение 1 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 22.05.2020 № ҚР ДСМ-55/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Предоставляется: в территориальные подразделения не позднее 4 числа месяца следующего за отчетным

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе: kkkbtu.dsm.gov.kz

Индекс формы административных данных: _Отчет по ФГ_1_

Периодичность: _ежемесячно_ с нарастающим итогом

Отчетный период: _____ 20____ года (месяц)

Круг лиц представляющих информацию: Медицинские организаций

№	Лица, подлежащие обязательному ежегодному флюорографическому обследованию на туберкулез, в том числе из группы "риска" в соответствии с Инструкцией по организации оказания медицинской помощи при туберкулезе, утвержденной приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года № 994 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16381)	План за _____ год	План за отчетный период с нарастанием	Выполнение плана с % нарастанием	Выявлено больных туберкулезом	%	
1	2	3	4	5	6	7	8

Исполнитель _____

фамилия, имя и отчество (при его наличии), подпись, телефон

Руководитель или лицо, исполняющее его обязанности _____

фамилия, имя и отчество (при его наличии) подпись

Место для печати (за исключением лиц, являющихся субъектами частного предпринимательства)

Пояснение к таблице:

Отчет о выполнении плана флюорографического обследования населения по району (городу) составляется в разрезе медицинских организаций (поликлиники), медицинские организации составляют в разрезе терапевтических участков, врачей общей практики, врачебных амбулатории, фельдшерских пунктов.

в графе 1 заполняется номер по порядку "№";

в графе 2 в каждой строке заполняется перечень лиц, подлежащих обязательному ежегодному флюорографическому обследованию на туберкулез, в том числе из группы "риска", "обязательный контингент" и отдельно "Итого";

в графе 3 заполняется количество лиц запланированных на флюорообследование за год;

в графе 4 заполняется количество лиц запланированных на флюорообследование за отчетный период с нарастанием;

в графе 5 указывается количество флюорообследованных лиц за отчетный период с нарастанием в абсолютных числах;

в графе 6 рассчитывается и указывается удельный вес охвата флюорообследованных лиц от числа запланированных, в процентах;

в графе 7 указывается количество, выявленных больных туберкулезом в абсолютных числах.

в графе 8 рассчитывается и указывается удельный вес выявленных больных туберкулезом из числа прошедших флюорографическое обследование.

Приложение 2

к Санитарным правилам

"Санитарно-эпидемиологические требования
к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических,

санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний"

Форма предназначенная для сбора административных данных

Отчет о выполнении плана постановки пробы Манту

Сноска. Приложение 2 - в редакции приказа и.о. Министра здравоохранения РК от 22.05.2020 № ҚР ДСМ-55/2020 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Предоставляется: в территориальные подразделения не позднее 4 числа
месяца следующего за отчетным

Форма административных данных размещена на интернет-ресурсе:
kkkbtu.dsm.gov.kz

Индекс формы административных данных: Отчет по Манту 1

Периодичность: ежемесячно с нарастающим итогом

Отчетный период: 20 года (месяц)

Круг лиц представляющих информацию: Медицинские организаций

[illegible]

**Перечень утративших силу некоторых приказов Министра национальной экономики
Республики Казахстан**

1) приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 12 марта 2015 года № 194 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10741, опубликован в информационно-правовой системе "Әділет" 08 июня 2015 года);

2) приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 26 ноября 2015 года № 732 "О внесении дополнений в приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 12 марта 2015 года № 194 "Об утверждении санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 12570, опубликован в информационно-правовой системе "Әділет" 14 января 2016 года);

3) пункт 3 перечня некоторых приказов Министра национальной экономики Республики Казахстан, в которые вносятся изменения, утвержденного приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 29 августа 2016 года № 389 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 14308, опубликован в Эталонном контрольном банке нормативных правовых актов Республики Казахстан 26 октября 2016 года).