

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

- [Текст](#)
- [Официальная публикация](#)
- [Информация](#)
- [История изменений](#)
- [Ссылки](#)
- [Скачать](#)
- [Прочее](#)

В соответствии с [пунктом 6](#) статьи 144 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения"

ПРИКАЗЫВАЮ:

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

к пр
3
Рес
от 27 п

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 - °С), 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 (произшедшего при исполнении служебных обязанностей или при половом контакте);

19) ветряная оспа - острое инфекционное заболевание, характеризующееся лихорадкой, интоксикацией и пятнисто-везикулярной 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 полиэтиологических 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 ≥ 38 °С 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 – МСМ);

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 помесечно 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 химиофилактики 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 лицам.

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 контактных 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, матрасы, 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 экспертного, 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 постоперационных 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

154. При регистрации вирусных гепатитов специалистами территориальных подразделений проводится эпидемиологическое обследование очагов больных вирусными гепатитами и эпидемиологическое расследование каждого случая острых вирусных гепатитов.

155. Санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия при вирусных гепатитах А и Е (далее – ВГА и ВГЕ) включают:

1) обеспечение соблюдения санитарно-гигиенических требований при ежедневной текущей уборке на объектах общественного питания, санитарных узлах, классных комнатах и рекреациях, проведение которой возложено на технический персонал;

2) недопущение привлечения обучающихся в организациях начального, основного среднего образования к проведению уборки помещений школы.

156. Специфическая профилактика ВГА является вакцинация.

157. Против ВГЕ специфическая профилактика отсутствует.

158. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГА:

1) дети в возрасте двух лет;

2) контактные лица в очагах ВГА в возрасте до четырнадцати лет включительно, в первые две недели со дня контакта;

3) дети до четырнадцати лет, больные хроническими вирусными гепатитами В и С в период ремиссии.

159. Вакцинация проводится двукратно с интервалом в шесть месяцев.

160. Мероприятия в очагах больных ВГА и ВГЕ:

1) контактные лица подлежат медицинскому наблюдению в течение тридцати пяти календарных дней со дня разобщения с больным с еженедельным врачебным осмотром (опрос, осмотр кожи и слизистых, термометрия, пальпация печени);

2) в период наблюдения новые дети не принимаются и контактные лица не переводятся в из группы в группу, из палаты в палату или из учреждения в учреждение, отменяется кабинетная система обучения для класса, где зарегистрированы случаи заболевания. При вспышечной заболеваемости – кабинетная система обучения прекращается по всей организации начального и основного среднего образования на время инкубации со дня регистрации последнего случая;

3) лабораторные обследования контактных лиц на биохимические анализы крови назначаются врачом при наличии клинических показаний;

4) очаговая заключительная дезинфекция проводится в дошкольных организациях, организациях начального и основного среднего образования

закрытого типа при условии совместного питания, пребывания и сна детей после изоляции больного из коллектива;

5) проведение лабораторного исследования питьевой воды.

161. Очаговая заключительная дезинфекция проводится дезинфекционными станциями или дезинфекционными отделами (отделениями) филиалов.

162. Очаговая текущая дезинфекция:

1) проводится лицом, определенным приказом руководителя дошкольной организации, начального, основного среднего образования и лечебно-оздоровительных организаций под контролем медицинского работника данной организации в течение тридцати пяти календарных дней с момента изоляции больного;

2) обеспечение дезинфицирующими средствами возлагается на руководителя организации, где зарегистрирован очаг вирусного гепатита;

3) организация и проведение очаговой заключительной и текущей дезинфекции возлагается на руководителя организации.

163. Госпитализация больных вирусными гепатитами проводится по клиническим показаниям (средне-тяжелые и тяжелые формы, легкие формы при наличии сопутствующей патологии печени и желудочно-кишечного тракта), отдельно по нозологическим формам.

164. Эпидемиологические показания для госпитализации больных вирусными гепатитами отсутствуют.

Беременные женщины с вирусными гепатитами до тридцати недель беременности по клиническим показаниям госпитализируются в инфекционные стационары, с тридцати недель беременности и родильницы в изолированные палаты (боксы) перинатальных центров (родильных отделений).

165. Выписка переболевших вирусным гепатитом проводится по клинико-лабораторным показателям, после полного клинического выздоровления.

166. Динамическое наблюдение переболевших острыми вирусными гепатитами (далее – ОВГ) осуществляется по клиническим показаниям в гепатологическом центре или в кабинете инфекционных заболеваний территориального подразделения организации здравоохранения с рекомендацией лечащего врача в произвольной форме, выдаваемой на руки больному.

Динамическое наблюдение за переболевшими среднетяжелой и тяжелой формами ВГА проводится три месяца, после окончания лечения.

Длительность динамического наблюдения определяется наличием клиники гепатита и ферментемии.

Реконвалесценты вирусных гепатитов состоят на учете при сохраняющейся ферментемии с осмотром через месяц после выписки.

Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений.

Лицам, перенесшим ОВГ, противопоказаны профилактические прививки в течение шести месяцев после выписки из стационара, кроме (при наличии показаний) противостолбнячного анатоксина и антирабической вакцины.

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)

167. При регистрации вирусных гепатитов специалистами территориальных подразделений проводится эпидемиологическое обследование очагов больных вирусными гепатитами и эпидемиологическое расследование впервые выявленных хронических вирусных гепатитов В и С, выявление путей передачи и оценка факторов риска заражения в медицинских организациях.

168. Госпитализация больных вирусными гепатитами проводится по клиническим показаниям (средне-тяжелые и тяжелые формы, легкие формы при наличии сопутствующей патологии печени и желудочно-кишечного тракта), отдельно по нозологическим формам.

169. Эпидемиологические показания для госпитализации больных вирусными гепатитами отсутствуют.

Беременные женщины с ВГ до тридцати недель беременности по клиническим показаниям госпитализируются в инфекционные стационары, с тридцати недель беременности и родильницы в изолированные палаты (боксы) родильных домов и отделений.

170. Выписка переболевших вирусными гепатитами проводится по клинико-лабораторным показателям, после полного клинического выздоровления.

171. Динамическое наблюдение проводится за переболевшими среднетяжелой и тяжелой формами вирусного гепатита В (далее – ВГВ) – шесть месяцев после окончания лечения, острым ВГС – постоянно, учитывая высокую вероятность хронизации (в том числе при нормальных показателях биохимических проб и отсутствии репликации вируса в крови).

Динамическое наблюдение больных ВГВ показана в связи с возможным суперинфицированием Д-инфекцией.

Длительность динамического наблюдения определяется наличием клиники продолжающегося гепатита и ферментемии.

Реконвалесценты вирусных гепатитов состоят на учете при сохраняющейся ферментемии с осмотром через месяц после выписки.

Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений.

Лицам, перенесшим ОВГ, противопоказаны профилактические прививки в течение шести месяцев после выписки из стационара, кроме (при наличии показаний) противостолбнячного анатоксина и антирабической вакцины.

172. Не допускаются к работе медицинские работники, принимающие участие в хирургических операциях и манипуляциях, при получении положительных результатов полимеразной цепной реакции, подтверждающих репликацию вирусов гепатитов В и С в крови.

173. Специфическая профилактика вирусного гепатита С (далее – ВГС) – отсутствует.

174. Специфическая профилактика вирусных гепатитов В и Д – вакцинация, которая проводится в соответствии с нормативно-правовыми актами, принятыми в соответствии с пунктом 6 статьи 144 Кодекса. Целью вакцинации против ВГВ является предотвращение ВГВ и ВГД, включая хронические формы заболевания.

175. Вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ. Лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.

176. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГВ:

1) новорожденные с целью предупреждения перинатальной передачи в первые двенадцать часов жизни;

2) контактные лица в очагах ВГВ для профилактики полового и бытового путей передачи;

3) медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) медицинских организаций;

4) лица, обучающиеся в организациях среднего и высшего образования медицинского профиля независимо от форм собственности;

5) реципиенты крови, ее компонентов и препаратов, независимо от кратности переливания;

- 6) впервые выявленные ВИЧ-инфицированные;
- 7) впервые выявленные лица, подлежащие гемодиализу и трансплантации тканей и (или) органов (части органов), независимо от кратности;
- 8) онкогематологические больные, а также больные, получающие иммуносупрессивные препараты, которым в связи со слабым иммунным ответом вводится удвоенная доза вакцины и проводится дополнительная ревакцинация через шесть месяцев после законченной вакцинации.

177. Прививки реципиентам крови, ее компонентов и препаратов, тканей (части тканей) и (или) органов (части органов), проводятся в медицинских организациях по месту жительства согласно списку, представленному медицинской организацией, проводившей переливание крови, ее компонентов и препаратов, и трансплантацию тканей (части тканей) и (или) органов (части органов).

178. В целях обеспечения безопасности донорского биологического материала доноров крови, ее компонентов и препаратов, органов (части органов), тканей (части тканей), половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов не допускаются к донорству лица:

- 1) с положительными результатами на ВИЧ-инфекцию, лица перенесшие вирусные гепатиты и лица, с положительными результатами на маркеры ВГВ, ВГС - пожизненно;
- 2) контактные лица с больным ВГ - на срок инкубационного периода;
- 3) получавшие переливание крови и ее компонентов, пересадку органов (части органов), тканей (части тканей), половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов - на один год.

179. В целях выявления доноров с положительными результатами на ВИЧ-инфекцию, на маркеры ВГВ и ВГС доноры подлежат обследованию на ВИЧ-инфекцию, на маркеры ВГВ и ВГС - при каждой сдаче крови, органов (части органов), тканей (части тканей), половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов.

180. Организации службы крови обеспечивают информирование медицинских организаций и организаций, осуществляющих деятельность в сфере службы крови при выявлении положительных результатах у доноров на всех уровнях с целью недопущения их к донорству на всей территории Республики Казахстан.

181. При выявлении положительных результатов на маркеры ВГВ и ВГС у обследуемых лиц, в том числе у доноров, медицинские организации передают информацию о положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС у обследованных лиц в медицинскую организацию по месту жительства для постановки диагноза.

182. При получении лабораториями, осуществляющими лабораторную диагностику ВИЧ-инфекции иммунологическими методами (ИФА, ИХЛА, ЭХЛА) сомнительного или первично-положительного результата на ВИЧ-инфекцию при повторном исследовании образца крови, данный образец подлежит направлению для проведения дополнительных исследований или подтверждения в организацию здравоохранения ВИЧ/СПИД.

183. Кровь, ее компоненты и препараты, первично положительные на ВИЧ-инфекцию или содержащие маркеры вирусных гепатитов ВГВ и ВГС подлежат утилизации.

184. Для профилактики заражения инфекциями с парентеральным путем передачи у медицинских работников биологические жидкости пациентов рассматриваются как потенциально инфицированные возбудителями заболеваний с парентеральным путем передачи. Медицинские работники медицинских организаций, в том числе лабораторий, и обучающиеся в организациях образования в области здравоохранения относятся к группам риска по инфицированию заболеваниями с парентеральным путем передачи.

185. Пути инфицирования:

- 1) повреждение кожи (укол иглой или порез острым инструментом);
- 2) попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки или поврежденную кожу;
- 3) длительный или обширный по площади контакт неповрежденной кожи с тканями и биологическими жидкостями.

186. Меры предосторожности соблюдаются при работе с биологическими жидкостями, в том числе:

- 1) кровью;
- 2) спермой;
- 3) вагинальными выделениями;
- 4) синовиальной жидкостью;
- 5) цереброспинальной жидкостью;
- 6) плевральной жидкостью;
- 7) перитонеальной жидкостью;
- 8) перикардальной жидкостью;

9) амниотической жидкостью;

10) слюной.

187. Меры предосторожности соблюдаются при работе:

1) с любыми иссеченными (или удаленными способом), прижизненно или на аутопсии, человеческими тканями и органами (кроме неповрежденной кожи);

2) с тканями и органами экспериментальных животных, зараженных передающимися с кровью инфекциями;

3) с любыми жидкостями с видимой примесью крови;

4) с любой неизвестной биологической жидкостью.

188. Риск заражения увеличивается при:

1) травмах от неосторожного обращения с загрязненными иглами и острыми инструментами;

2) попадании крови и биологических жидкостей на слизистую оболочку рта, глаз, носа и поврежденную кожу (порезы, царапины, дерматит, угри);

3) прикосновений к слизистым оболочкам глаз, носа, рта и поврежденной коже при работе с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями;

4) растекании, расплескивании и разбрызгивании крови и биологических жидкостей.

189. В целях защиты от инфицирования применяют:

1) индивидуальные средства защиты, которые защищают кожные покровы, глаза, рот и слизистые оболочки от контакта с биологическими жидкостями в течение всего времени использования этих средств;

2) защитные приспособления и безопасные технологии, которые обеспечиваются работодателями.

190. В медицинских организациях обеспечивается:

1) работа с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями в перчатках, надеваемых непосредственно перед работой. Недопущение повторного использования одноразовых перчаток, применения

лубрикантов на вазелиновой основе, повреждающие латекс, из которого сделаны перчатки;

- 2) работа в халате, хирургическом колпаке или шапочке, сменной обуви;
- 3) ношение маски, защитных очков или экрана для лица, прикрывающих лицо до подбородка, или маски в сочетании с защитными очками, снабженными боковыми щитками требуется при манипуляциях с возможным появлением брызг крови и биологических жидкостей;
- 4) предоставление работодателем индивидуальных средств защиты;
- 5) хранение индивидуальных средств защиты в доступном месте;
- 6) учет случаев получения микротравм персоналом, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые.

191. Меры предосторожности при работе с биологическими жидкостями:

- 1) при попадании биологических жидкостей на кожу, немедленно, после снятия перчаток или средств индивидуальной защиты, вымыть руки водой с мылом, затем промыть загрязненные участки. Руки моются под проточной водой. При отсутствии проточной воды, необходимо использовать для рук и разовые бумажные полотенца или антисептические салфетки;
- 2) одноразовые шприцы с иглами немедленно после использования без предварительного промывания, дезинфекции, разбора и деформирования сбрасываются в контейнеры для безопасного сбора и утилизации (далее – КБСУ);
- 3) загрязненные, режущие и колющие инструменты многоразового использования сразу для последующей обработки помещаются в жесткие, влагонепроницаемые (дно и стенки), маркированные контейнеры;
- 4) КБСУ и маркированные контейнеры для использованного инструментария размещаются в удобном для пользования месте, не допускается их переполнение (заполнение на три четверти) и перемещаются только тщательно закрытыми;
- 5) образцы биологических жидкостей помещаются в герметичные контейнеры с соответствующей маркировкой. Если контейнер с образцами загрязнен или поврежден он помещается внутрь второго контейнера;
- 6) перед техническим обслуживанием и транспортировкой оборудования, загрязненного биологическими жидкостями, его следует продезинфицировать;
- 7) свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах.

192. Не допускается:

- 1) принимать пищу, курить, накладывать макияж, снимать или надевать контактные линзы на рабочих местах, где вероятен контакт с биологическими жидкостями;
- 2) хранить пищу и напитки в холодильниках или местах, где хранятся образцы биологических жидкостей и тканей;
- 3) насасывать в пипетки биологические жидкости ртом;
- 4) поднимать руками осколки стекла, которые загрязнены биологическими жидкостями;
- 5) стирать, ломать, снимать со шприцев использованные иглы, надевать на них колпачки и проводить подобные действия с загрязненными острыми инструментами;
- 6) доставать что-либо руками из контейнеров с использованными многоразовыми колющими и режущими инструментами, вручную открывать, опорожнять контейнеры.

193. В случае попадания на индивидуальные средства защиты биологических жидкостей, необходимо немедленно снять их и промыть загрязненные участки кожи водой с мылом. Перед тем, как покинуть рабочее место, следует снять все индивидуальные средства защиты и поместить их в выделенную для этого тару.

194. Обучение медицинского персонала по профилактике профессионального инфицирования ВГВ, ВГД, ВГС и ВИЧ-инфекцией обеспечивают руководители медицинских организаций.

195. Персонал медицинских организаций (как медицинский, так и немедицинский) при приеме на работу и ежегодно проходит инструктаж по технике безопасности.

196. При проведении лечения больных необходимо избегать любых неоправданных инвазивных вмешательств.

197. Медицинские организации обеспечиваются необходимым оборудованием и расходными материалами (в том числе одноразовыми шприцами, катетерами, иглами и системами для инфузий, дезинфектантами, контейнерами, КБСУ) в достаточном количестве и ассортименте.

198. В целях выявления, организации лечения, определения режима труда, на ВИЧ-инфекцию, на маркеры ВГВ и ВГС, подлежат обследованию при поступлении на работу и один раз в шесть месяцев:

1) медицинские работники организаций службы крови, проводящие инвазивные процедуры, участвующие в переработке крови;

2) медицинские работники, занимающиеся гемодиализом;

3) медицинские работники хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей, также медицинские работники, проводящие инвазивные методы диагностики и лечения;

4) медицинские работники клинических, иммунологических, вирусологических, бактериологических, паразитологических лабораторий.

199. Медицинские работники отдела заготовки крови и ее компонентов организации службы крови, хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей и занимающиеся гемодиализом, также медицинские работники, проводящие инвазивные методы диагностики и лечения, при положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС не допускаются к работе до уточнения диагноза.

Медицинские работники, зараженные ВИЧ, ВГВ и ВГС, выполняющие медицинские манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных покровов или слизистых, подлежат переводу на работу, не связанную с нарушением целостности кожных покровов или слизистых.

200. В целях выявления, снижения риска распространения инфекции подлежат обследованию на маркеры ВГВ и ВГС:

1) при поступлении на госпитализацию в стационары: поступающие на плановые и экстренные оперативные вмешательства, пациенты центров и отделений гемодиализа, гематологии, онкологии, трансплантации, сердечно-сосудистой и легочной хирургии;

2) при пребывании в стационаре пациентов отделений гемодиализа, гематологии и трансплантации более одного месяца – ежемесячно;

3) беременные женщины при постановке на учет и в третьем триместре.

201. Пациенты перед проведением и через шесть месяцев после проведения гемотрансфузий, трансплантации и пересадки органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и биологических материалов в целях выявления, организации лечения заболевания подлежат обследованию на маркеры ВГВ и ВГС.

Обследование на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим показаниям проводится в соответствии с Правилами обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям, утвержденными [приказом](#) Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 23 июня 2015

года № 508 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11803) (далее – приказ № 508).

202. При положительных результатах на ВИЧ-инфекцию и на маркеры ВГВ и ВГС медицинские работники не допускаются к процессу заготовки крови и ее препаратов.

203. В медицинских организациях руководителем назначается ответственное лицо, осуществляющее инструктаж и контроль за проведением мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования ВИЧ и вирусными гепатитами с парентеральным путем передачи.

204. В медицинских организациях, в которых существует профессиональный риск заражения ВИЧ, имеется запас антиретровирусных препаратов и экспресс-тестов для проведения постконтактной профилактики с круглосуточной доступностью.

205. Организации здравоохранения ВИЧ/СПИД оказывают консультативную помощь медицинским организациям по вопросам постконтактной профилактики.

206. Проведение постконтактной профилактики антиретровирусными препаратами начинают в течение первых двух часов, но не позднее 72 часов после контакта с биологическим материалом.

207. При возникновении аварийной ситуации медицинские работники незамедлительно сообщают о данном случае руководителю, с регистрацией по форме № 135/у, утвержденной [приказом № 907](#).

208. Медицинскому работнику, подвергшемуся риску заражения ВИЧ, на период наблюдения рекомендуется:

- 1) избегать половых контактов или использовать презервативы, чтобы предупредить заражение партнера;
- 2) использовать методы контрацепции;
- 3) не становиться донором крови, ее компонентов и препаратов, органов (части органов), половых, фетальных и стволовых клеток, тканей;
- 4) прекратить кормление грудью ребенка.

209. При возникновении сероконверсии у участника аварийной ситуации проводится расследование данного случая на предмет профессионального инфицирования ВИЧ и (или) вирусными гепатитами с парентеральным путем передачи.

210. Медицинский инструментарий одноразового пользования уничтожается без предварительной дезинфекции и разборки.

211. Изделия медицинского назначения многократного применения после использования подвергаются дезинфекции, предстерилизационной очистке, сушке, упаковке и стерилизации.

212. Дезинфекция инструментария проводится на месте его использования путем погружения в дезинфицирующий раствор или в ультразвуковых и моечных машинах.

213. Для дезинфекции медицинских изделий используются две емкости. В первой емкости инструментарий промывается от остатков крови, слизи, лекарственных препаратов, затем погружается во вторую емкость для экспозиции. Разъемные изделия обрабатываются в разобранном виде.

214. Дезинфицирующие растворы меняются по мере загрязнения, изменения цвета или появления осадка, истечения срока годности и хранения.

215. При использовании дезинфицирующего средства, обладающего фиксирующим эффектом в отношении биологических жидкостей, инструментарий предварительно отмывается в отдельной емкости водой с последующим ее обеззараживанием.

216. Моющий раствор используется в течение суток с момента приготовления, если цвет раствора не изменился. Качество предстерилизационной обработки оценивается по отсутствию положительных проб на остаточное количество крови и щелочных компонентов синтетических моющих веществ, а также остатков масляных лекарственных средств на инструменте.

217. Предстерилизационная очистка и стерилизация инструментария проводится в специально выделенном месте каждого подразделения медицинской организации или в централизованном стерилизационном отделении.

218. При содержании в дезинфицирующем средстве моющего компонента предстерилизационная очистка не проводится.

219. Пути передачи ВИЧ – инфекции:

- 1) контактный (половой);
- 2) парентеральный (через кровь, шприцы, иглы, режущие инструменты загрязненные кровью, содержащую ВИЧ);
- 3) вертикальный (от матери к плоду).

220. Факторы риска при ВИЧ – инфекции:

- 1) наличие заболеваний, передаваемых половым путем;

- 2) незащищенные половые контакты;
- 3) использование нестерильного медицинского и немедицинского инструментария при инвазивных вмешательствах;
- 4) контакт с биоматериалом ВИЧ-инфицированного при наличии поврежденных кожных покровов и слизистых;
- 5) гемотрансфузии, трансплантации органов, тканей, клеток;
- 6) перинатальный контакт ребенка с ВИЧ-инфицированной матерью на протяжении периода гестации, родов и грудного вскармливания.

221. Обследование с целью выявления ВИЧ-инфицированных лиц осуществляют медицинские организации независимо от формы собственности.

222. Обследование на ВИЧ-инфекцию (в том числе и анонимное) осуществляется с информированного согласия пациента в условиях строгой конфиденциальности, а в случае обследования несовершеннолетних в возрасте до 14 лет – по просьбе или с согласия его законного представителя.

223. Принудительное медицинское обследование проводится на основании запросов органов прокуратуры, следствия и суда.

224. Медицинское обследование на ВИЧ-инфекцию по эпидемиологическим показаниям проводят в соответствии с приказом № 508.

225. При обследовании на ВИЧ-инфекцию тестируемым лицам, предоставляется информация, относящаяся к дотестовому и послетестовому консультированию.

226. Дотестовое консультирование предоставляется через средства наглядной агитации, такие как, плакаты, брошюры, веб-сайты и короткие видеоклипы, которые демонстрируют в комнатах ожидания.

227. Информация, относящаяся к дотестовому консультированию:

- 1) польза тестирования на ВИЧ;
- 2) значение ВИЧ-положительного и ВИЧ-отрицательного диагноза;
- 3) разъяснение об имеющихся услугах в случае ВИЧ-положительного диагноза, включая разъяснение о получении АРТ;
- 4) краткое описание вариантов профилактики и рекомендации в отношении тестирования партнера;

5) гарантия конфиденциальности результатов теста и любой информации.

228. Послетестовое консультирование проводится с целью информирования консультируемого о результате тестирования (отрицательном, положительном и неопределенном), значении этого результата и мотивации консультируемого к поведению, обеспечивающего минимизацию риска инфицирования ВИЧ.

229. Послетестовое консультирование включает следующую информацию:

1) сообщение пациенту результата тестирования и значение этого результата;

2) информирование о возможном нахождении в серонегативном окне (при неопределенном или отрицательном результате) и необходимости повторного тестирования на ВИЧ-инфекцию;

3) обсуждение возможностей снижения риска инфицирования за счет изменения поведения;

4) информирование о возможностях дополнительной медицинской помощи для ключевой группы населения, психо-социальной помощи;

5) психологическую помощь и поддержку.

230. При подтверждении статуса ВИЧ-инфицированного лица врач, психолог организации здравоохранения ВИЧ/СПИД письменно уведомляет обследуемого о положительном результате на ВИЧ-инфекцию, проводит кризисное консультирование пациента, которое включает:

1) оказание психологической помощи;

2) информирование об особенностях и клинических стадиях ВИЧ-инфекции, возможностях лечения антиретровирусными препаратами, возможных путях и необходимых мерах профилактики передачи ВИЧ третьим лицам;

3) мотивирование к диспансеризации, своевременному началу лечения;

4) оценку необходимости и рекомендации по возможностям получения дополнительной медико-социальной помощи в организациях здравоохранения, психосоциальной помощи, социального сопровождения;

5) предупреждение в письменной форме о необходимости соблюдения мер предосторожности по нераспространению ВИЧ-инфекции, а также об ответственности, в соответствии с законодательством Республики Казахстан, за заведомое поставление в опасность заражения или заражения людей.

231. В случае выявления ВИЧ-инфицированного лица в возрасте до 18 лет уведомляются его родители или законные представители.

232. Консультирование лиц, обратившихся для обследования на наличие ВИЧ-инфекции, проводится с соблюдением принципов добровольности и конфиденциальности, при отсутствии третьих лиц.

233. Забор крови на ВИЧ-инфекцию проводится в медицинских организациях независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности.

234. При конфиденциальном обследовании, на этапе взятия пробы, верификация пациента осуществляется по документу, удостоверяющему личность.

235. При получении услуги анонимного медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции документы не требуются, обследуемому лицу присваивается индивидуальный код.

236. Преаналитический этап исследования обеспечивается Положением о деятельности организаций и (или) структурных подразделений организаций здравоохранения, осуществляющих лабораторную диагностику, а также объем и виды проводимых ими исследований, утвержденный [приказом](#) Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 сентября 2015 года № 758 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 12207).

237. Образцы крови сопровождаются направлением по форме № 264/у, утвержденной [приказом № 907](#).

238. Результат об исследовании с отрицательным результатом на ВИЧ обследуемый получает по месту обследования.

239. Справка - сертификат об исследовании на антитела ВИЧ выдается организациями здравоохранения ВИЧ/СПИД по требованию обследуемого лица, по форме Правил добровольного анонимного и (или) конфиденциального медицинского обследования и консультирования граждан Республики Казахстан и оралманов по вопросам ВИЧ-инфекции на бесплатной основе, утвержденным [приказом](#) Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 22 апреля 2015 года № 246 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11145) при предъявлении документа, удостоверяющего личность. Выдача каждой справки - сертификата регистрируется в журнале выдачи сертификатов об обследовании на антитела к ВИЧ, по форме № 272/у, утвержденной [приказом № 907](#). Справка - сертификат действительна в течение трех месяцев с момента обследования.

240. Выявлению ВИЧ-инфицированных лиц с применением экспресс - тестов, с последующим исследованием той же порции крови одним из иммунологических методов (ИФА, ИХЛА, ЭХЛА) подлежат:

1) беременные, поступившие на роды без результатов двукратного обследования на ВИЧ-инфекцию или обследованные однократно - более трех недель до поступления в перинатальные центры (родильные отделения); поступившие на роды, относящиеся к ключевым группам, или половой партнер

является ВИЧ-инфицированным, либо потребителем инъекционных наркотиков – обследованные более трех недель до поступления в перинатальный центр (родильное отделение);

2) пострадавшие в аварийных ситуациях при контакте с инфицированными биологическими жидкостями;

3) ключевые группы населения.

241. Положительный результат экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию не является основанием для установления статуса ВИЧ-инфицированного лица. Требуется подтверждение диагноза ВИЧ-инфекции путем проведения лабораторных исследований специфическими иммунологическими методами и методом ПЦР.

242. Для изучения факторов риска инфицирования, распространенности ВИЧ, вирусного гепатита С, сифилиса организациями здравоохранения ВИЧ/СПИД проводятся биоповеденческие исследования среди ключевых групп населения (ЛУИН, РС, МСМ).

243. К санитарно-противоэпидемическим мероприятиям относятся мероприятия по предупреждению передачи ВИЧ-инфекции:

1) естественным (вертикальным) путем от матери ребенку перинатально (во время беременности через кровь матери);

2) интранатально (во время родов через кровь или вагинальный секрет матери), при грудном вскармливании;

3) контактно-гемоконтактным путем при половых контактах (через кровь, сперму, вагинальный секрет), прямом соприкосновении с кровью поврежденных кожных и (или) слизистых покровов;

4) искусственным (искусственным) путем через инфицированную донорскую кровь и ее компоненты, органы (части органов) и (или) ткани (части тканей) человека, при парентеральном потреблении наркотических средств и их аналогов, во время немедицинских и медицинских манипуляций с нарушением целостности кожных покровов и слизистых оболочек.

244. При выявлении случая ВИЧ-инфекции эпидемиологическое расследование проводится эпидемиологами организаций здравоохранения ВИЧ/СПИД. При подозрении на внутрибольничное заражение, профессиональное заражение медработников, заражение в пенитенциарных учреждениях эпидемиологическое расследование проводится организациями здравоохранения ВИЧ/СПИД совместно со специалистами территориальных подразделений.

245. На основании результатов эпидемиологического расследования дается заключение о предполагаемом источнике инфекции, путях и факторах передачи, обусловивших возникновение заболевания. С учетом этого заключения

разрабатывается и реализуется комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий, включающих обучение инфицированных ВИЧ и контактных лиц.

246. В Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом представляются донесения организациями здравоохранения ВИЧ/СПИД на случаи ВИЧ-инфекции, выявленные у детей, беременных, доноров, реципиентов, медработников с неустановленными путями передачи, внутрибольничное инфицирование пациента, инфицирование в пенитенциарных учреждениях.

247. В отношении выявленного источника ВИЧ-инфекции организациями здравоохранения ВИЧ/СПИД применяются следующие мероприятия:

- 1) своевременное выявление и установление диагноза ВИЧ-инфекции;
- 2) специфическая терапия антиретровирусными препаратами по назначению врача (в том числе у беременных, детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями);
- 3) направление на обследование и лечение ИППП инфицированного ВИЧ уменьшает риск передачи половым путем;
- 4) направление людей, употребляющих инъекционные наркотики, на лечение наркотической зависимости, программы снижения вреда, поддерживающей заместительной терапии, в неправительственные организации для получения услуг и социального сопровождения, снижает активность источника в передаче вируса при использовании наркотиков.

248. Мероприятия в отношении механизмов, путей и факторов передачи:

- 1) проведение дезинфекции и стерилизация медицинского инструментария и оборудования в медицинских учреждениях, а также оборудования и инструментария в парикмахерских, косметологических салонах, салонах, осуществляющих пирсинг и татуаж, применение одноразового инструментария;
- 2) обеспечение и контроль за безопасностью практик медицинских манипуляций и использованием барьерных методов защиты;
- 3) обследование доноров крови и любых донорских материалов на наличие антител к ВИЧ при каждой сдаче донорского материала, карантинизация препаратов крови и выбраковка инфицированного донорского материала. Пожизненное отстранение ВИЧ-инфицированных и позитивных в ИФА при референс-исследовании от сдачи крови, плазмы, органов и тканей;
- 4) консультирование и обучение населения – как восприимчивого контингента, так и источников инфекции – безопасному или менее опасному поведению;

5) профилактическая работа с ключевыми группами населения (ЛУИН, РС, МСМ, следственно-арестованные и осужденные);

6) предотвращение контакта ребенка с биологическими жидкостями матери сочетается с назначением АРВ препаратов и достигается:

во время родов при плановом проведении операции методом кесарева сечения у ВИЧ-инфицированных женщин;

после родов путем замены грудного вскармливания ребенка ВИЧ-инфицированной матери на искусственное.

По желанию инфицированной ВИЧ женщины оказывается помощь по профилактике нежелательной беременности.

249. Меры в отношении восприимчивого контингента, осуществляемые организациями здравоохранения ВИЧ/СПИД:

1) контактными лицами при ВИЧ-инфекции считаются лица, имевшие возможность инфицироваться исходя из известных механизмов, путей и факторов передачи возбудителя инфекции. Установление максимально полного круга лиц, имевших контакты с ВИЧ-инфицированным, позволяет информировать о методах и способах защиты от заражения ВИЧ в ходе дотестового консультирования и обследования на ВИЧ-инфекцию;

2) обучение безопасному поведению в плане заражения ВИЧ-инфекцией;

3) проведение превентивной химиопрофилактики. Для экстренной профилактики заболевания лицам, подвергшимся риску заражения ВИЧ-инфекцией, назначают антиретровирусные препараты, в том числе: новорожденным ВИЧ-инфицированных матерей, медработникам и лицам, пострадавшим при оказании помощи ВИЧ-инфицированным лицам, гражданам в отношении которых, имеются основания полагать наличие контакта, повлекшего риск инфицирования ВИЧ.

250. Профилактические мероприятия проводятся исходя из положения, что каждый пациент расценивается как потенциальный источник гемоконтактных инфекций (гепатит В, С, ВИЧ).

251. В целях профилактики внутрибольничной передачи ВИЧ-инфекции обеспечивается:

1) соблюдение установленных требований к дезинфекции, предстерилизационной очистке, стерилизации изделий медицинского назначения, а также к сбору, обеззараживанию, временному хранению и транспортировке медицинских отходов, образующихся в медицинских организациях;

2) оснащение необходимым медицинским и санитарно-техническим оборудованием, современным атравматическим медицинским инструментарием, средствами дезинфекции, стерилизации и индивидуальной защиты.

252. При подозрении на случай внутрибольничного заражения ВИЧ-инфекцией в медицинских организациях проводится комплекс профилактических и противоэпидемических мероприятий.

253. Эпидемиологическое расследование проводится с целью выявления источника, факторов передачи, установления круга контактных лиц, как среди персонала, так и среди пациентов, находившихся в равных условиях с учетом риска возможного инфицирования, и реализации комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфицирования в условиях медицинских организаций.

254. Организация обследования контактных с ВИЧ-инфицированными осуществляется организациями здравоохранения ВИЧ/СПИД. Результаты лабораторного обследования контактных на выявление ВИЧ-инфекции фиксируются в амбулаторной карте ВИЧ-инфицированного, состоящего на диспансерном учете (дискордантные пары).

255. Продолжительность наблюдения за контактными лицами зависит от контингента и устанавливается:

1) для детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей – восемнадцать месяцев;

2) для лиц из нозокомиального очага – если после выписки пациента из медицинской организации прошло более трех месяцев, лица из очага проходят однократное обследование на наличие ВИЧ-инфекции, как контактные, и при отрицательном результате наблюдение прекращается;

3) для медицинских работников в случае аварийной ситуации – три месяца после аварии;

4) для реципиентов донорского биоматериала – три месяца. При отрицательном результате ИФА, ИХЛА, ЭХЛА на ВИЧ-инфекцию – через один месяц и три месяца после гемотрансфузии или трансплантации снимается с наблюдения;

5) для серонегативных половых партнеров людей, живущие с ВИЧ и контактных по совместному введению наркотиков срок наблюдения не ограничен. Кратность обследования на ВИЧ-инфекцию – не реже двух раз в год.

256. Мероприятия по повышению информированности населения вопросам профилактики ВИЧ-инфекции проводят: территориальные подразделения, организации здравоохранения ВИЧ/СПИД, организации оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь.

257. Координацию межведомственного и межсекторального взаимодействия осуществляют организации здравоохранения ВИЧ/СПИД и территориальные подразделения.

258. Повышение информированности населения включает в себя: предоставление населению подробной информации о ВИЧ-инфекции, мерах профилактики ВИЧ-инфекции, основных симптомах заболевания, важности своевременного выявления заболевших лиц, необходимостью взятия их на диспансерный учет и мероприятий с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, современных информационных и телекоммуникационных технологий, живых журналов, включая социальные сети, текстовые сообщения с помощью сотового телефона, проведением индивидуальной работы, направленной на формирование поведения, менее опасного в отношении заражения ВИЧ.

259. Обучение населения включает освещение всех подходов безопасного и менее опасного поведения в плане заражения ВИЧ-инфекцией: безопасности сексуального поведения, безопасности парентеральных вмешательств, профессиональной безопасности.

260. В медицинских организациях необходимо иметь в доступном для посетителей месте наглядную агитацию по предупреждению заражения ВИЧ, профилактике употребления наркотиков, безопасного секса, информацию о дополнительной медико-социальной помощи в организациях здравоохранения, психосоциальной помощи и социальной поддержки ключевым группам населения, людям живущим с ВИЧ, номера телефонов доверия.

261. Учебные программы организаций образования (организации высшего, послесреднего и среднего образования) включают вопросы профилактики ВИЧ-инфекции.

262. Необходимо обеспечить внедрение профилактических программ по ВИЧ-инфекции среди работающего населения.

263. При оказании медицинской помощи лицам, относящимся к ключевым группам в организациях здравоохранения, пунктах доверия, дружественных кабинетах им проводится консультация, которая включает:

- 1) информирование пациента о необходимости тестирования на ВИЧ-инфекцию для раннего выявления ВИЧ-инфекции и своевременного начала лечения в случае инфицирования ВИЧ;

- 2) обсуждение путей снижения риска инфицирования ВИЧ для пациента, открытости взаимоотношений с половым партнером, возможностей получения медицинской помощи;

3) информирование о возможности получения дополнительной медико-социальной помощи в организациях здравоохранения, психосоциальной помощи и социальной поддержки на базе неправительственных организаций.

264. Пункты доверия и дружественные кабинеты, осуществляющие мероприятия по профилактике ВИЧ-инфекции проводят мероприятия по снижению риска передачи ВИЧ среди ключевых групп населения, включая:

1) добровольное тестирование на ВИЧ с применением экспресс-тестов с дотестовым и послетестовым консультированием;

2) добровольное тестирование с применением экспресс-тестов на парентеральные гепатиты, ИППП;

3) консультирование с оценкой индивидуального риска заболевания туберкулезной инфекцией (с помощью анкетирования), мотивирование на прохождение флюорографического обследования, в случае необходимости сопровождение в организацию здравоохранения;

4) мотивирование лиц с положительными результатами экспресс-тестов на ВИЧ, парентеральные гепатиты, ИППП на обращение за медицинской помощью, диспансеризацию, в случае необходимости их сопровождение в организации здравоохранения;

5) мотивирование на регулярное (через каждые шесть месяцев) добровольное тестирование на ВИЧ-инфекцию, туберкулез, ИППП;

6) консультирование, в том числе групповое, по вопросам безопасного сексуального поведения, менее опасного поведения при употреблении наркотических, психо-стимулирующих веществ с выдачей мотивирующих расходных материалов, способствующих формированию навыков безопасного поведения (презервативы, стерильные шприцы и иглы, спиртовые салфетки, информационно-образовательные материалы);

7) консультирование, в том числе с привлечением врача-инфекциониста, нарколога, фтизиатра, психолога, равного консультанта, по оценке индивидуального риска инфицирования ВИЧ, парентеральными гепатитами, ИППП, туберкулезом, возможностей изменения поведения для минимизации этого риска;

8) социально-психологическую поддержку, в том числе сексуальных партнеров, членов семьи, родственников, близких лиц;

9) работу групп психологической поддержки, групп взаимопомощи;

10) работу в местах фактического присутствия ключевых групп;

11) распространение информационно-образовательных материалов по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции, парентеральных гепатитов, ИППП, туберкулеза.

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

265. Санитарно-эпидемиологический контроль за заболеваемостью населения ОРВИ (ГПЗ, ТОРИ), гриппом и их осложнениями (пневмонии) осуществляется в виде мониторинга в течение года и включает проведение санитарно-противоэпидемических и санитарно - профилактических мероприятий.

266. Санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия при рутинной системе эпидемиологического надзора за ОРВИ, гриппом и их осложнениями (пневмонии) распределены на периоды предэпидемический с 1 октября по 1 декабря и эпидемический сезоны с 1 декабря по 30 апреля.

267. ДЭН за гриппом, ОРВИ, ГПЗ и ТОРИ проводится круглогодично, целью которого являются мониторинг заболеваемости гриппом амбулаторных и стационарных больных, ранняя расшифровка циркулируемых типов вирусов среди населения и обнаружение новых, видоизмененных видов вируса гриппа.

268. В предэпидемический период обеспечивается проведение следующих мероприятий:

1) разработка межведомственных оперативных комплексных планов мероприятий по борьбе с ОРВИ и гриппом руководителями управлений здравоохранения, государственных органов санитарно-эпидемиологической службы и заинтересованных государственных органов;

2) готовность медицинских организаций к приему больных ОРВИ и гриппом при подъеме заболеваемости в эпидемический сезон, предусмотрев создание необходимого объема коечного фонда, резерва основных противогриппозных препаратов и средств (противовирусные препараты, оксолиновая мазь, жаропонижающие средства, иммуномодулирующие средства, витамины и минералы), оборудования и средств для оказания интенсивной терапии, дезинфицирующих препаратов и средств индивидуальной защиты;

3) резерв противогриппозных препаратов и средств в медицинских организациях составляет из расчета:

в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь не менее чем на 10 больных;

в стационарах – не менее чем на 35 больных;

4) проведение семинаров и инструктажа по вопросам клиники, диагностики, лечения и профилактики гриппа с работниками медицинских организаций и персоналом организаций образования;

5) ежегодное проведение вакцинации против гриппа медицинским работникам, детям, подлежащим медицинскому наблюдению в медицинских организациях, часто болеющим детям старше шести месяцев, детям организаций образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, получателям услуг медико-социальных учреждений (организаций), беременным во втором или третьем триместре беременности, лицам с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы и органов дыхания и по эпидемиологическим показаниям.

269. В эпидемический период обеспечивается проведение следующих мероприятий:

1) учет случаев ОРВИ, гриппа и их осложнений (пневмонии), а так же летальных случаев, связанных с ними, с лабораторным изучением биоматериала на грипп и вирусы ОРВИ;

2) систематический (еженедельный с 1 октября, ежедневный с 1 декабря) мониторинг заболеваемости ОРВИ, гриппом и их осложнений (пневмонии), а так же летальности от них, за заболеваемостью ОРВИ и гриппом среди вакцинированных против гриппа, среди беременных и детей до одного года по территориям, возрастам и группам риска;

3) мониторинг иммунизации населения против гриппа по возрастам, категориям групп риска;

4) медицинские организации представляют информацию о состоянии заболеваемости ОРВИ, гриппом и их осложнениями (пневмонии), а так же летальности от них в территориальные подразделения;

5) регулярно информируются местные исполнительные органы об эпидемической ситуации по заболеваемости ОРВИ, гриппом и их осложнений (пневмонии) и летальности от них, активности циркулирующих типов вируса в регионе и необходимых мерах профилактики и борьбы с гриппом и ОРВИ;

6) проведение санитарно-просветительной работы среди населения о мерах профилактики и борьбы с гриппом и ОРВИ;

7) санитарно – противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия.

270. В эпидемический сезон в медицинских организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь проводятся следующие санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия:

- 1) организация и оборудование "фильтров" на входе с соответствующими указателями на территории и в здании;
- 2) лица с признаками ОРВИ, ГПЗ, ТОРИ и гриппа изолируются в специально выделенную комнату, после чего медицинская сестра фильтра вызывает врача;
- 3) после осмотра врачом медицинская сестра фильтра выполняет назначения врача (берет мазки на исследования, выполняет инъекции) и далее пациент направляется на амбулаторное лечение или в стационар;
- 4) ограничение времени нахождения в поликлинике посетителей, выделение дополнительных кабинетов для приема больных;
- 5) установление дополнительных телефонов и автотранспорта для оказания консультативной помощи и госпитализации больных с подозрением на грипп и тяжелым, средне-тяжелым течением ОРВИ;
- 6) создание условий для обслуживания вызовов на дому (дополнительный автотранспорт, горюче-смазочный материал, организация посменной работы регистратуры, выдача листов нетрудоспособности на семь календарных дней);
- 7) первоочередное обслуживание вызовов на дому беременных и детей до 1 года с проявлениями ОРВИ, гриппа и их осложнений (пневмонии) с обеспечением их ежедневного патронажа, своевременной госпитализации;
- 8) в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом продление продолжительности работы медицинской организации с 8.00 до 20.00 часов, в субботние и воскресные дни с 9.00 до 18.00 часов в соответствии с трудовым законодательством Республики Казахстан;
- 9) создание запаса противовирусных препаратов для лечения амбулаторных больных ОРВИ, гриппом и их осложнений (пневмонии);
- 10) обеспечение одноразовыми масками сотрудников из расчета замены масок через каждые 3 часа со своевременной утилизацией использованных предметов личной гигиены;
- 11) использование современных устройств, обеспечивающих обеззараживание воздуха в присутствии людей;
- 12) обеспечение санитарных узлов дозаторами с жидким мылом, электросушилками или одноразовыми бумажными салфетками, мусорными урнами, оснащенными педалью для сбора использованных масок и салфеток;

13) обеспечение температурного режима в помещениях медицинских организаций не менее + 18 оС;

14) обеспечение своевременного (не позднее 72 часов с момента заболевания) забора материала от больных с предположением на грипп, временного хранения и транспортировки образцов в вирусологические лаборатории с соблюдением требований "холодовой цепи";

15) создание запаса расходных материалов и транспортной среды для забора материала от больных с подозрением на грипп и обеспечение временного хранения транспортной среды с соблюдением температурного режима не более семи календарных дней;

16) размещение наглядной информации о профилактике ОРВИ и гриппа (стенды, брошюры, листовки, плакаты, показ видеоматериалов по профилактике гриппа) в местах нахождения пациентов.

271. В эпидемический сезон в медицинских организациях (стационары, родильные дома и отделения) проводятся следующие санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия:

1) перепрофилирование коек соматических отделений под инфекционные койки в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппа;

2) приобретение запаса препаратов для лечения больных ОРВИ, гриппом и их осложнений (пневмонии), так же дезинфицирующих средств;

3) обеспечение своевременного (не позднее 72 часов с момента заболевания) забора материала от больных с предположением на грипп и респираторные вирусные инфекции, временного хранения и транспортировки образцов в вирусологические лаборатории с соблюдением требований "холодовой цепи";

4) приобретение запаса расходных материалов и транспортной среды для забора материала от больных с предположением на грипп и обеспечение временного хранения транспортной среды с соблюдением температурного режима не более семи календарных дней;

5) обеспечение средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, халаты, перчатки) медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь пациентам с признаками ОРВИ и гриппа; обеспечение одноразовыми масками сотрудников из расчета замены масок через каждые три часа, не допускать их повторное использование и использование многоразовых масок;

6) введение масочного режима для медицинского персонала с ограничением передвижения медицинских работников по отделениям стационара и числа посетителей в период введения ограничительных мероприятий;

7) обеспечение температурного режима в помещениях медицинских организации не менее + 18 °С, в помещениях родильного блока не менее + 22 °С;

8) проветривание палат не менее трех раз в день через оконные проемы;

9) использование устройств для обеззараживания воздуха;

10) организация активного раннего выявления случаев гриппа среди пациентов и сотрудников в стационаре;

11) изоляция пациентов с предположением на ОРВИ и грипп в отдельные помещения или блоки (палаты, боксы, отделения, секции);

12) осуществление учета и регистрации случаев внутрибольничной заболеваемости гриппом, расследование причин и принятие мер по локализации вспышек гриппа.

272. В эпидемический сезон в организациях образования проводятся следующие санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия:

1) проведение ежедневного мониторинга посещаемости детей, подростков и сотрудников с выяснением причины отсутствия и информирование медицинских организаций и территориальных подразделений о случаях заболевания;

2) организация и проведение утреннего фильтра перед каждой сменой для недопущения к занятиям школьников и педагогов с проявлениями острого респираторного заболевания, соблюдением групповой изоляции на объектах воспитания и образования детей и подростков;

3) организация ежедневного фильтра до начала занятия каждой смены детей и подростков на объектах образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, центров адаптации несовершеннолетних, интернатных организаций, пансионатов, приютов с проведением опроса, наружного осмотра, по показаниям – термометрии; организация работы санитарных постов на каждом этаже или классе для своевременного выявления детей с предположением на ОРВИ и грипп;

4) организация своевременного отстранения выявленных при утреннем фильтре детей (сотрудников) с признаками ОРВИ и гриппа лиц от занятий (работы), направление в медицинский пункт или домой для вызова участкового врача на дом;

5) организация перевода заболевших в течение дня детей в изолятор до прихода родителей с обеспечением соответствующего ухода;

6) госпитализация детей в экстренных случаях в медицинские организации;

7) оснащение медицинского пункта и изоляторов необходимым медицинским оборудованием и медикаментами (термометрами, шпателями, маски, противогриппозными препаратами);

8) обеспечение температурного режима в помещениях от + 18 до + 22 °С;

9) использование помещений специфического профиля строго по назначению;

10) усиление режима проветривания в учебных кабинетах с увеличением продолжительности перемен от 10 до 15 минут, в дошкольных организациях при выведении детей из проветриваемого помещения;

11) обеспечение санитарных узлов жидким мылом, одноразовыми полотенцами (салфетками);

12) установление мусорных урн, оснащенных педалью для сбора использованных масок и салфеток;

13) со школьниками тематических диктантов по вопросам соблюдения правил личной гигиены и профилактики ОРВИ и гриппа;

14) ограничение проведения массовых и зрелищных мероприятий в период подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом:

в случае выявления групповых заболеваний ОРВИ до 20 % среди детей в одном классе (группе) от численности класса (группы), рекомендуется временное приостановление учебного процесса в классе (группе), установление медицинского наблюдения за контактными лицами сроком на семь календарных дней, отмена кабинетной системы обучения в общеобразовательных организациях, запрещение приема новых детей группы (классы) в течение инкубационного периода после выявления последнего больного ОРВИ;

в случае вовлечения в эпидемический процесс больных ОРВИ с общим числом заболевших 30 % и более от численности организаций воспитания и образования рекомендуется временное приостановление учебного процесса на объектах воспитания и образования.

273. При превышении еженедельных контрольных уровней заболеваемости или росте показателей заболеваемости ОРВИ, гриппом в сравнении с предыдущей неделей от 1,5 и более раз на территориях вводятся ограничительные мероприятия.

274. Госпитализация больных ОРВИ и гриппом проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

275. Клиническими показаниями для госпитализации являются:

1) ОРВИ и грипп, протекающие со среднетяжелой и тяжелой, осложненной формами течения заболеваний у детей до 14 лет, лиц старше 65 лет и беременных женщин при любых сроках беременности;

2) больные с проявлениями ОРВИ и гриппа со среднетяжелой и тяжелой степенью течения, с сопутствующими хроническими заболеваниями со стороны сердечно-сосудистой, легочной, выделительной, эндокринной систем и гематологической патологией.

276. Эпидемиологическими показаниями для госпитализации больных являются их проживание в домах ребенка, организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, интернатах, медико-социальных учреждениях (организациях), общежитиях.

277. Забор, хранение и доставка биоматериала для лабораторных исследований обеспечиваются обученным медработником медицинских организаций в порядке, установленном в соответствии с пунктом 6 статьи 144 Кодекса.

278. Организациями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводятся исследования материала от больных ОРВИ (ГПЗ и ТОРИ), гриппом и их осложнений (пневмонии), определение объема исследований на грипп и не гриппозные вирусы, обеспечение запаса расходных лабораторных средств.

279. При рутинной системе эпидемиологического надзора забор биоматериала для лабораторных исследований проводится ответственными медицинскими работниками медицинской организации ежемесячно не менее чем у десяти больных ОРВИ, гриппом с ярко выраженной клиникой в предэпидемический и эпидемический сезоны заболеваемости ОРВИ и гриппом; при ДЭН не допускается рутинный отбор образцов.

280. При дозорной системе эпидемиологического надзора за ГПЗ и ТОРИ список дозорных центров, графики их работ и функциональные обязанности ответственных лиц по организации работы в рамках ДЭН определяются, и утверждаются руководителями управлений здравоохранения и территориальных подразделений дозорных регионов.

При проведении плановых обследований проводится оценка качества работы дозорных центров путем анкетирования и визуального контроля действий медицинских работников в предэпидемический и эпидемический сезоны, оказание методической и практической помощи и обсуждение итогов оценки у руководителей дозорных центров.

281. Критериями оценки качества организации ДЭН являются: соблюдение принципов учета больных ГПЗ и ТОРИ в дозорных центрах и их соответствие стандартным определениям случаев ГПЗ и ТОРИ, полнота сбора эпидемиологических и клинических данных, лабораторного обследования случаев ГПЗ и ТОРИ, своевременное и полное представление еженедельных отчетов на всех этапах системы ДЭН, качественный анализ и обеспечение своевременного распространения данных, участие в программе внешнего контроля качества.

282. Система ДЭН за ГПЗ включает:

1) еженедельное представление в территориальные подразделения данных об обращаемости населения по поводу ОРВИ и ГПЗ по возрастным группам 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше и лабораторному обследованию больных;

2) для расчетов показателей заболеваемости ОРВИ, ГПЗ и доли ГПЗ в сумме ОРВИ в предэпидемический сезон представляется информация о численности обслуживаемого населения по возрастным группам: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше;

3) ежедневный сбор информации на больных с диагнозом ОРВИ с длительностью заболевания не более семи календарных дней при приеме у врача и (или) обслуживании вызовов на дому с указанием возрастной группы, пола, диагнозов ОРВИ и (или) ГПЗ;

4) сбор образцов от больных ГПЗ проводится с выездом на дом к больному. При наличии в месяце четырех недель бригада с клиницистом каждой поликлиники выезжает к больным, подлежащим лабораторному обследованию, на дом один раз, при наличии пяти недель - два раза в месяц;

5) в состав выездной бригады входят вирусолог санитарно-эпидемиологической службы и клиницист каждой из поликлиники;

6) в день отбора образцов обученная медицинская сестра дозорного центра, регистрирующая вызова на дом, отмечает больных, соответствующих стандартному определению случая ГПЗ;

7) ответственный врач по ДЭН выбирает больных из списка так, чтобы было не менее трех и не более пяти больных ГПЗ каждой возрастной группы: 1-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше, обратившихся в дозорные поликлиники;

8) материал забирается от больных в возрасте старше 1 года; соответствующих стандартному определению случая ГПЗ с длительностью заболевания не более 72 часов;

9) на каждого больного ГПЗ, у которого забран материал, заполняется направление в лабораторию с присвоением идентификационного номера и указанием информации о больном;

10) информации о больных ГПЗ эпидемиологами территориальных подразделений (эпидемиологическая часть анкеты) и вирусологами филиалов (лабораторная часть анкеты) регулярно вводятся в электронную систему слежения за гриппом в онлайн режиме.

283. Система ДЭН за ТОРИ:

1) в целях полного и своевременного выявления больных ТОРИ дозорными центрами обеспечивается: проведение подсчета случаев ТОРИ, соответствующих стандартному определению и длительности заболевания, не более десяти календарных дней при всех обращениях больных с представлением еженедельных данных в территориальные подразделения;

2) у больных, поступивших в первые десять календарных дней болезни, с ОРВИ и (или) острыми заболеваниями легких, и (или) обострением хронических заболеваний легких, для облегчения оформления заключения "ТОРИ - "да или нет" проставляется штамп "с симптомами ТОРИ" в удобном месте каждой истории, где отмечаются симптомы знаком "V", имеющиеся у больного;

3) производится подсчет всех госпитализированных больных ТОРИ по возрастным группам от общего числа госпитализированных больных со всеми диагнозами в дозорные отделения (или стационар, если все отделения последнего принимают больных ТОРИ), в том числе и в случае открытия дополнительных отделений в сезон гриппа. При наличии в дозорных стационарах сканеров и компьютеров еженедельные отчеты формируются автоматически;

4) отчет включает: число всех госпитализированных больных в дозорные отделения со всеми диагнозами (ОРВИ и (или) острым заболеванием легких и (или) обострением хронического заболевания легких) в течение десяти календарных дней с момента заболевания по возрастным группам: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше; из них ТОРИ "ДА" по возрастным группам: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше; показатель ТОРИ "ДА" на 1000 по возрастным группам: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше; количество лабораторно обследованных случаев ТОРИ в течение трех календарных дней с момента заболевания по возрастным группам: 1-4, 5-14 и в течение семи календарных дней с момента заболевания по возрастным группам: 15-29, 30-64, 65 и старше и их результаты;

5) критерием отбора больных ТОРИ для лабораторного обследования является соответствие стандартному определению случая ТОРИ; для детей старше 1 года от начала болезни не более 72 часов, для лиц старше 15 лет от начала болезни не более семи календарных дней;

6) материал забирается не более чем у одного больного в день из каждой возрастной группы: 1-4, 5-14 в детских стационарах и 15-29, 30-64, 65 и старше - во взрослых стационарах. За неделю число обследованных составляет не менее трех больных из каждой возрастной группы (итого общее число по всем возрастным группам населения за неделю - не менее пятнадцати больных);

7) в истории болезни лабораторно обследованных случаев ТОРИ в удобном месте указывают следующие данные: больной находился в реанимации "-" "+"; получал ИВЛ "-" "+"; получал кислородную терапию (через маску или носовой катетер) "-" "+"; выздоровление "-" "+"; умер "-" "+"; дата смерти;

8) после выписки больного из стационара, сведения указанные в подпункте 7) пункта 283 настоящих Санитарных правил передается в территориальные подразделения;

9) для каждого лабораторно обследованного случая ТОРИ заполняются анкета и направление в вирусологическую лабораторию.

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

284. В клиническом течении менингококковой инфекции выделяют локализованные (менингококконосительство, назофарингит) и генерализованные (менингит, менингококкцемия, смешанные) формы. Инкубационный период при менингококковой инфекции длится от двух до двадцати дней, чаще два-четыре дня.

285. Острый назофарингит, протекающий с умеренной лихорадкой в течение трех-пяти дней, слабо выраженными симптомами интоксикации и ринофарингитом и не отличается по клиническим симптомам от острого респираторного заболевания, диагноз устанавливается только на основании положительного результата бактериологического исследования носоглоточной слизи.

286. Менингит начинается остро, с озноба и лихорадки, сильной головной болью и рвотой. У больных развивается светобоязнь, гиперракузия, гиперестезия кожи, затем присоединяются возбуждение и двигательное беспокойство, нарушение сознания от сопора до комы, нарастают менингеальные симптомы. Резко выраженная интоксикация, нарушение сознания, судороги, припадки, парезы черепно-мозговых нервов, атаксия, гемипарезы и параличи, нистагм, мозжечковые нарушения свидетельствуют о менингоэнцефалите.

287. Менингококцемия (менингококковый сепсис) начинается остро, у части больных с назофарингита. Температура тела повышается до 40 °С и выше, выражены симптомы интоксикации. Характерный симптом – геморрагическая сыпь на туловище, конечностях, ягодицах появляется через 12 – 48 часов от начала заболевания. Элементы сыпи различной формы от едва заметных петехий до крупных кровоизлияний в кожу багрового цвета, выступающие над поверхностью. В центре кровоизлияния некроз. Менингококцемия носит молниеносный характер, когда имеет место бурное начало, резкий озноб, появление чувства страха. Температура тела поднимается до 40 – 41 °С, затем быстро снижается по мере развития инфекционно-токсического шока. Нарастают одышка, тахикардия,

артериальное давление падает, смерть наступает через 6 – 48 часов от начала заболевания.

288. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью менингококковыми инфекциями включает следующие санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия:

1) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости менингококковыми инфекциями, проводимый ежегодно территориальными подразделениями с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий, долгосрочного программно-целевого планирования. Необходимо изучить структуру менингококковых инфекций по нозологическим формам, оценить уровень заболеваемости в отдельных возрастных, социальных, профессиональных группах населения и отдельных коллективов для выявления "групп риска";

2) оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости менингококковыми инфекциями, проводимый ежемесячно территориальными подразделениями для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных противоэпидемических мероприятий. Проводится сравнение текущей заболеваемости по неделям, месяцам, с нарастающим итогом, сопоставление с контрольными уровнями заболеваемости, характерными для данной территории.

289. С целью недопущения внутрибольничных заболеваний территориальными подразделениями проводится государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в медицинских организациях, организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домах ребенка, центрах психического здоровья, медико-социальных учреждениях (организациях).

290. Выявление больных и подозрительных на заболевание менингококковыми инфекциями проводится медицинскими работниками всех организаций здравоохранения во время амбулаторных приемов, посещений на дому, медицинских осмотров, диспансеризации и посещений медицинских организаций. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторного исследования и эпидемиологического анамнеза.

291. Проводятся однократные лабораторные обследования на менингококковую инфекцию следующих категорий населения:

1) больных с подозрением на менингококковую инфекцию 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 и дома ребенка;

4) получателей услуг при оформлении в медико-социальные учреждения (организация);

5) реконвалесцентов после перенесенной менингококковой инфекции;

б) лиц, находившихся в контакте с больным менингококковой инфекции в инкубационный период. Лабораторное обследование контактных лиц в дошкольных организациях, организациях образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей и домах ребенка проводятся не менее двух раз с интервалом в три – семь дней.

292. С диагностической целью лабораторное обследование на менингококковую инфекцию лиц указанных в подпунктах 1), 5) пункта 291 настоящих Санитарных правил проводится медицинскими организациями.

293. С профилактической целью лабораторное обследование на менингококковую инфекцию лиц указанных в подпунктах 2), 3), 4), 6) пункта 291 настоящих Санитарных правил проводится филиалами.

294. При осложнении эпидемиологической ситуации проводится лабораторное обследование определенных групп населения. Объем и структура обследования определяется должностными лицами ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и территориальными подразделениями.

295. Эпидемиологическое обследование проводится при регистрации каждого случая заболевания.

296. Карантин на десять календарных дней с момента изоляции последнего больного устанавливается в дошкольных организациях, в организациях среднего образования, где зарегистрирован случай менингококковой инфекции. В течение этого срока новые и временно отсутствующие дети не принимаются, а также дети и персонал из группы в группу не переводятся.

297. Все лица, находившиеся в контакте с больным подвергаются медицинскому наблюдению с ежедневным клиническим осмотром и термометрией в течение десяти календарных дней с момента изоляции последнего больного. К проведению осмотра привлекаются оториноларингологи. Лицам, находившиеся в контакте с больными и имеющими катаральные явления в носоглотке, проводят профилактическое лечение.

298. Лица, у которых выявлены положительные результаты лабораторного обследования рассматриваются как носители. Проводится их лечение, постановка на учет, за ними устанавливается медицинское наблюдение. Носители, представляющие эпидемическую опасность для окружающих отстраняются от работы территориальными подразделениями и допускаются в коллективы при однократном отрицательном результате, материал для исследования берется из носоглотки через три календарных дня после окончания лечения.

299. При превышении республиканского уровня заболеваемости, по эпидемиологическим показаниям, лицам с высоким риском заболеваемости проводится вакцинация на основании Постановления о проведении санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по форме № 015/у, приказа № 415.

300. Заключительная дезинфекция в очагах и обработка транспорта по перевозке больных не проводится.

301. Организуется проветривание, влажная уборка, максимальное разуплотнение лиц, находившихся в контакте с больным в спальнях, учебных помещениях и игровых комнатах.

302. Госпитализация больных менингококковой инфекцией проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

303. Клинические показания для госпитализации больных менингококковой инфекцией:

- 1) генерализованная форма;
- 2) нарастание симптомов интоксикации и назофарингита.

304. Эпидемиологические показания для госпитализации больных менингококковой инфекцией:

1) невозможность соблюдения необходимого противоэпидемического режима по месту жительства больного (социально-неблагополучные семьи, общежития и 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 и домах отдыха.

305. Выписка реконвалесцентов после менингококковой инфекции проводится:

1) при локализованной форме – после клинического выздоровления и однократного отрицательного бактериологического исследования слизи из носоглотки через три календарных дня после окончания антибактериальной терапии;

2) при генерализованной форме – после клинического выздоровления и двукратного отрицательного бактериологического исследования слизи из носоглотки через три календарных дня после окончания антибактериальной терапии с интервалом в два календарных дня.

306. Лица, перенесшие менингококковую инфекцию в организации образования допускаются после однократного отрицательного бактериологического исследования, проведенного через пять календарных дней после выписки из стационара или выздоровления больного назофарингитом на дому.

307. Реконвалесценты менингита и менингоэнцефалита наблюдаются невропатологом в течение двух лет (в течение первого года один раз в три месяца, в последующем году один раз в шесть месяцев).

308. Лабораторная диагностика менингококковой инфекции и гнойных менингитов осуществляется бактериологическим методом путем выделения и идентификации возбудителя (слизь из носоглотки), бактериоскопическим методом путем окрашивания, серологическим путем выявления специфических антигенов в жидкостях организма (ликвор, кровь и синусоидальная жидкость) или антител в сыворотке крови, методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР), позволяющий добиться значительного увеличения малых концентраций определенных фрагментов нуклеиновой кислоты в биологическом материале (пробе). ПЦР является наиболее чувствительным и специфичным из существующих экспресс-методов детекции возбудителей в биологическом материале: достаточно нескольких молекул дезоксирибонуклеиновой кислоты в образце, чтобы обнаружить большинство известных микроорганизмов, в том числе некультивируемых. Такие факторы, как хранение спинномозговой жидкости при комнатной температуре, замораживание-оттаивание (до трех раз) не влияет на чувствительность метода. Для молекулярно-биологических методов характерна высокая воспроизводимость, быстрота получения результата (в течение нескольких часов, позволяет проводить идентификацию без выделения чистых культур).

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

319. Выявление больных ветряной оспой и скарлатиной проводится медицинскими работниками всех медицинских организаций во время амбулаторных приемов, посещений на дому, медицинских осмотров, диспансеризации и посещений медицинских организаций. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания и (или) результатов лабораторного исследования и (или) эпидемиологического анамнеза.

320. Госпитализация больных ветряной оспой, скарлатиной проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

321. Клинические показания для госпитализации больных ветряной оспой и скарлатиной:

- 1) все формы заболевания у детей в возрасте до двух месяцев;
- 2) больные со среднетяжелыми и тяжелыми формами заболевания;
- 3) формы заболевания, отягощенные сопутствующей патологией.

322. Эпидемиологические показания для госпитализации больных ветряной оспой и скарлатиной:

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.

323. Медицинское наблюдение за контактными лицами проводится в организованных коллективах медицинскими работниками по месту пребывания контактного лица. Результаты медицинского наблюдения в организациях, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь отражаются в формах № 003/у, 026/у и 112/у, утвержденных приказом № 907. Длительность медицинского наблюдения составляет при ветряной оспе двадцать один календарный день, при скарлатине семь календарных дней с момента выявления последнего больного и включает опрос, осмотр и термометрию.

324. Изоляция контактных лиц не проводится.

325. При регистрации ветряной оспы в дошкольных организациях (для детей до 6 лет) устанавливается карантин на двадцать один календарный день, при регистрации скарлатины на семь календарных дней с момента изоляции последнего больного. При появлении повторных случаев ветряной оспы, скарлатины в дошкольные организации переболевшие дети допускаются в группу после исчезновения острых явлений.

326. Переболевшие ветряной оспой дети допускаются в организованный коллектив по выздоровлению, но не ранее девятого дня от момента появления высыпаний. В период карантина новые и временно отсутствующие дети не принимаются, а также дети и персонал из группы в группу не переводятся.

327. Эпидемиологическое обследование ветряной оспы, скарлатины проводится при регистрации трех и более связанных между собой случаев в одном организованном коллективе.

328. При регистрации двух и более связанных между собой случаев заболевания скарлатиной в одном организованном коллективе проводится бактериологическое обследование контактных лиц. Бактерионосители, выявленные при обследовании, отстраняются от посещения дошкольных организаций на время санации, допуск их в коллектив проводится после санации и получения отрицательного результата бактериологического обследования.

329. При регистрации ветряной оспы, скарлатины заключительная дезинфекция не проводится. Текущая дезинфекция и проветривание помещений проводятся до окончания карантина.

Отчет о выполнении плана флюорографического
обследования населения за _____ 20__ года по
_____ (месяц) (медицинская
организация)

Наименование медицинской организации	группы риска, подлежащие флюорографическому обследованию в соответствии с Инструкцией по организации оказания медицинской помощи по туберкулезу, утвержденной <u>приказом</u> Министра здравоохранения Республики Казахстан от 25 декабря 2017 года № 994 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16381)	всего численность	план	вы

Отчет о выполнении плана постановки пробы Манту
за _____ 20__ года по
_____ (месяц)
(наименование медицинской организации)

Контингент	план	выполнение плана за отчетный месяц	выполнение плана с нарастанием	удельный вес охвата (%)	выявлено с виражом и гиперергиче реакцией

Обследование по пробе Манту всего, в том числе:					
детей и подростков из очагов туберкулеза (данные противотуберкулезных организаций)					
детей старше двух месяцев перед вакцинацией против туберкулеза					
учащихся первых классов (в возрасте 6-7 лет) перед ревакцинацией					
детям группы "риска" всего, в том числе:					
дети из социально неблагополучных семей (малообеспеченные и многодетные, родители - неработающие, из мест лишения свободы, страдающие алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ-инфицированные, не имеющие постоянного места жительства, мигранты)					
дети, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении с длительным кашлем (более двух недель) и с симптомами нарастающей интоксикации, (субфебрилитет, потливость, снижение аппетита и массы тела, раздражительность, вялость)					
дети, состоящие на диспансерном учете по поводу сахарного диабета, неспецифических заболеваний bronхолегочной системы,					

нарушения питания (дефицит массы тела), ВИЧ-инфекции, получающие иммуносупрессивную терапию, инвалиды					
контингент закрытых учебных заведений (интернатные организации, специализированные школы для детей инвалидов)					
дети, невакцинированные и с неразвившимися поствакцинальными рубчиками					
дети, с неизвестным прививочным статусом					

к пр
5
Рес
от 27 п

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).