

"Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидаларын бекіту туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 12 наурыздағы № 194 бұйрығы. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде 2015 жылы 16 сәуірде № 10741 тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2018 жылғы 27 наурыздағы № 126 бұйрығымен

Ескерту. Күші жойылды – ҚР Денсаулық сақтау министрінің м.а. 27.03.2018 № 126 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 144-бабының 6-тармағына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Қоса беріліп отырған "Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидалары бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің Тұтынушылардың құқықтарын қорғау комитеті (Ә.Б. Мәтішев) заңнамада белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрық мемлекеттік тіркелгеннен кейін күнтізбелік он күн ішінде оны мерзімді баспа басылымдарында және "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде ресми жариялауға жіберуді;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Ұлттық экономика вице-министрі Т.М. Жақсылықовқа жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

"КЕЛІСІЛГЕН"

Қазақстан Республикасының

Денсаулық сақтау және

әлеуметтік даму министрі

_____ Т. Дүйсенова

2015 жылғы 13 наурыз

Қазақстан Республикасы
Ұлттық экономика министрінің
2015 жылғы 12 наурыздағы
№ 194 бұйрығымен бекітілген

**"Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша
санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық)
іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын
санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидалары**

1. Жалпы ережелер

1. "Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидалары (бұдан әрі – Санитариялық қағидалар) инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын талаптарды белгілейді.

2. Осы Санитариялық қағидаларда мынадай терминдер мен анықтамалар қолданылады:

1) ауруханаішілік ауру – медициналық ұйымға жүгінгеннен кейін немесе медициналық көмек алғаннан кейін, медициналық ұйымда болған уақытында немесе медициналық көмек алғаннан кейін инкубациялық кезеңде науқаста пайда болатын кез келген инфекциялық ауру, сондай-ақ медициналық ұйым қызметкерінің медициналық ұйымдағы жұмысы салдарынан болатын инфекциялық ауру;

2) ауыр жіті респираторлық вирустық инфекциялар (бұдан әрі – АЖРИ) – пациентті дереу емдеуге жатқызуды қажет ететін және анамнезінде ауру басталғаннан бастап 7 күн ішінде кемінде бір рет байқалатын $>38^{\circ}\text{C}$ жоғары температурамен немесе қызумен, жөтелмен, еңтігумен немесе тыныс алудың қиындауымен сипатталатын ауру;

3) бактерия тасымалдаушылық – аурудың клиникалық көріністерсіз инфекциялық (паразиттік) аурулар қоздырғыштарының адам немесе жануар организмінде сақталуымен және қоршаған ортаға бөлінуімен сипатталатын инфекциялық процестің нысаны;

4) бактериофагтар – бактериялық жасушаны зақымдауға және оны ерітуге бейім бактерия вирустары;

5) бас тарту – туберкулездің жұқпалы түрімен ауыратын науқастың медициналық құжаттамада белгіленген, дәрігер тағайындаған емдеуден бас тартуы;

6) балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу мен білім беру объектілеріндегі шектеу іс-шаралары – кабинеттік оқыту жүйесін алып тастауды, көпшілік, ойын-сауық және спорт іс-шараларын шектеуді, тұмаумен ауыратын науқастарды уақтылы оқшаулауды, бетперде режимін енгізуді, санитариялық-дезинфекциялық режимді күшейтуді және жеке гигиенаны сақтауды көздейтін тұмаудың және басқа да ЖРВИ-дың таралуын болдырмауға бағытталған шаралар;

7) байланыста болған адам – инфекция қоздырғышымен байланыста болатын және (немесе) болған адам;

8) вирустық көлік ортасы (бұдан әрі – ВКО) – клиникалық материал үлгілерінде вирустарды зертханаға дейін тасымалдау процесінде сақтауға арналған дайын сұйық орта;

9) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігі (бұдан әрі – денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган) - денсаулық сақтау және әлеуметтік-еңбек саласында басшылықты жүзеге асыратын Қазақстан Республикасының мемлекеттік органы болып табылады;

10) дизентерия – көбінесе тоқ ішектің шырышты қабықшасын зақымдайтын шигелла (*Shigella*) текті микробынан туындайтын инфекциялық ауру. Клиникалық ауру улану және түйіліп ауыру синдромының болуымен сипатталады;

11) дисбактериоз – созылмалы аурулардың, антибиотиктерді ұзақ қабылдаудың нәтижесінде туындайтын ішек жұмысының ауытқуы және фермент шығару қабілетінің бұзылуы бірге жүретін ішек микрофлорасы құрамының бұзылуы;

12) демеуші кезең – әлі де сақталған микобактерия популяциясына әсер ететін және туберкулез процесінің қабыну өзгерістерінің одан әрі азаюын, сондай-ақ науқастың организмнің функционалдық мүмкіндіктерін қалпына келтіруді қамтамасыз ететін терапияның жалғасу кезеңі;

13) Дьюар ыдысы – биологиялық үлгілерді сұйық азот ортасында ұзақ сақтауға және тасымалдауға арналған резервуар;

14) емделуден жалтару – өз бетімен кету, дәрігер белгілеген емдеу режимін бұзу, сондай-ақ туберкулезбен ауыратын науқастың медициналық картасында белгіленген туберкулезге қарсы препараттарды үш және одан да көп аптаны құрайтын уақыт бойы қабылдамау;

15) жіті вирустық гепатит (А, Е, В, С, Д) – бұл ерекше маркерлері бар болғанда ұзақтығы алты айдан аз бауырдың жіті қабынуы;

16) жіті ішек инфекциялары – асқазан-ішек жолының зақымдалуымен сипатталатын патогенді және шартты патогенді бактериялардан, вирустардан болатын инфекциялық аурулар;

17) жіті респираторлық вирустық инфекция (бұдан әрі – ЖРВИ) – ауа-тамшы жолымен берілетін және тыныс алу (респираторлық) жолдарының сілемейлі қабығын зақымдаумен қоса жүретін тұмау, парагрипп, аденовирустар, респираторлық-синцитиальдық және басқа да вирустар тудыратын аурулардың жоғары контагиоздық тобы;

18) ЖРВИ, тұмау және олардың асқынуларын (пневмонияларды) әдеттегі эпидемиологиялық қадағалау – халықтың жіті респираторлық тұмау тәрізді аурудың және/немесе пневмонияның клиникалық белгілерімен жүгінуі бойынша республиканың барлық аумағында тіркелген аурулар жағдайларының санын есепке алу негізінде ЖРВИ-мен, тұмаумен сырқаттанушылықтың және олардың асқынуларынан (пневмониялар) болған өлім-жітімнің деңгейі мен динамикасын мониторингілеу;

19) иерсиниоз – улану белгілерімен және асқазан-ішек жолдары, бауыр, буындар, кейде басқа ағзалардың зақымдануымен сипатталатын антропоноздар тобындағы жіті инфекциялық ауру;

20) инкубациялық кезең – инфекция қоздырғыштары организмге түскен сәттен бастап аурудың алғашқы белгілері пайда болғанға дейінгі уақыттың бөлігі ;

21) инвазиялық әдістер - адам организмнің ішкі ортасына ену жолымен жүзеге асырылатын диагностикалау мен емдеу әдістері;

22) инфекциялық немесе паразиттік аурулар ошағы – инфекция қоздырғышы науқастан сезімтал адамдарға беріле алатын шектерде оны қоршаған аумағы бар, инфекциялық немесе паразиттік аурумен ауыратын науқастың болатын орны;

23) индикаторлық көрсеткіштер – тұмау тәрізді аурулар (бұдан әрі – ТТА), АЖРИ және тұмауды шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау (бұдан әрі – ШЭҚ) жүйесін ұйымдастырудың сапалық көрсеткіштері;

24) кең көлемді дәрілерге көнбейтін туберкулез (бұдан әрі – ККДК) – бұл штаммдары изониазид пен рифампицинге, сондай-ақ фторхинолондардың

біреуіне және екінші қатардағы үш инъекциялық препараттардың біреуіне (капреомицин, канамицин немесе амикацинге) көнбейтін туберкулез микробактериясынан (бұдан әрі – ТМБ) болған туберкулез;

25) көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез (бұдан әрі – КДК) –штамдары изониазид пен рифампицинге төзімді ТМБ-дан туындаған туберкулез;

26) қарқынды кезең – аурудың клиникалық белгілерін жоюға және ТМБ-ның популяциясына барынша әсер етуге бағытталған терапияның бастапқы кезеңі;

27) қақырық микроскопиясының оң нәтижесімен өкпе туберкулезі (бактерия бөлуші) – ем жүргізілгенге дейін қақырық жағындысының микроскопиясы кезінде, тіпті бір рет болса да қышқылға тұрақты бактериялардың (бұдан әрі - ҚТБ) анықталуы;

28) қылаулар - аш ішектің лимфа жүйесінің жарамен зақымдалуымен, бактериемиямен, жалпы улану көріністерінің циклдық ағымымен, қоздырғыштың көбіне тағам және су жолдарымен іске асырылатын нәжіс-ауыз арқылы берілу тетігімен сипатталатын, ұзақ уақыт бактерия тасымалдаушылықты қалыптастыруға бейім сальмонелла түрінің (*Salmonella paratyphi*) бактериялары тудыратын бактериялық жіті инфекциялық аурулар;

29) микроскопиялық зерттеу – зерттеуге алынған жағындылардан ҚТБ-ды анықтау әдісі;

30) Манту сынамасы – ерекше диагностикалық тест, халықаралық екі туберкулин бірлігімен теріішілік туберкулин Манту сынамасы (бұдан әрі – 2 ТБ-мен Манту);

31) парентералдық механизм – инфекцияның қан құю кезінде, тері жамылғылары мен шырышты қабықшалардың бүтіндігінің бұзылуымен қоса жүретін инъекциялар және басқа да манипуляциялар кезінде, сондай-ақ анадан балаға босану жолдары арқылы өту кезінде берілуі;

32) реконвалесцент – аурудан айығу сатысындағы науқас адам;

33) ремиссия – ауру көріністерінің уақытша әлсізденуімен немесе жоғалуымен сипатталатын аурудың өту кезеңі;

34) ретроспективті эпидемиологиялық талдау – эпидемияға қарсы іс-шараларды перспективалы жоспарлауды негіздеу мақсатында алдағы ұзақ уақыт аралығындағы инфекциялық сырқаттанушылықтың деңгейін, құрылымы мен динамикасын талдау;

35) репрезентативті іріктеу – бас жиынтықтың негізгі белгілері сақталған және деректер көрсетілген белгі осы бас жиынтықта көрінетін пропорцияда немесе сондай жиілікте ұсынылатын іріктеу;

36) ротавирустық инфекция – асқазан-ішек жолдарының зақымдануымен сипатталатын жіті вирустық ауру;

37) сальмонеллез – сальмонелла (Salmonella) тобына жататын қоздырғыштардың нәжіс-ауыз қуысы арқылы берілетін полиэтиологиялық жіті инфекциялық аурулардың тобы, олар белгілері білінбейтін бактерия тасымалдаушылықтан бастап, ауыр септикалық түрлеріне дейін болатын клиникалық көріністерінің көптүрлілігімен сипатталады. Көбінесе жіті гастроэнтерит түрінде өтеді;

38) санация – организмді сауықтыру бойынша мақсатты емдеу-профилактикалық іс-шараларын жүргізу;

39) сырқаттанушылықты бақылау деңгейі – алдыңғы бес жыл ішіндегі сырқаттанушылықтың орташа шамасына қарай әрбір уақыт аралығына және нақты елді мекенге тән сырқаттанушылықтың шекті деңгейі. Жалпы алғанда аумақ үшін және халықтың жекелеген тобы (жас ерекшелік, кәсіби) үшін есептеледі. Талданатын көрсеткіштердің жоғары бақылау деңгейіне жақындауы немесе одан артуы эпидемиологиялық қолайсыздықты білдіреді;

40) сүзгі – емханаларда ұйымдастырылады, оның міндеті пациенттерді емханаға кіреберісте екі негізгі топқа: инфекциялық ауруға күдігі бар адамдарға (жоғары температура, этиологиясы белгісіз бөртпе, диспепсиялық бұзылыстар және инфекциялық аурулардың басқа көріністері) және дені сау немесе әртүрлі функционалдық ауытқулары бар адамдарға сұрыптау болып табылады;

41) стационарлардағы шектеу іс-шаралары – медкызметкерлер мен пациенттердің жүріп-тұруының ерекше режимін көздейтін тұмаудың және басқа да ЖРВИ-дың таралуын болдырмауға, тұмаумен ауыратын науқастарды уақтылы оқшаулауға, бетперде режимін енгізуге, санитариялық-дезинфекциялық режимді күшейтуге және жеке гигиенаны сақтауға бағытталған шаралар;

42) таңертеңгілік сүзгі – мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту объектілерінде, мектептерде, гимназияларда, лицейлерде аңқаны қарай, температураны өлшей отырып, ата-аналардан ЖРВИ және тұмаудың белгілері мен симптомдарының болуын сұрау арқылы балаларды қабылдау;

43) термоконтейнер – жылудан оқшаулау қасиеттері және тығыз жабылатын қақпағы бар үлгілерді тасуға арналған жәшік (немесе сөмке), ондағы тиімді температуралық режим (плюс 2⁰С-тан плюс 8⁰С- қа дейін) қуысына салынған мұздатылған тоңазыту элементтерінің көмегімен қамтамасыз етіледі;

44) туберкулез инфекциясының ошағы – бактерия бөлетін науқастың тұрғылықты (жеке үй, пәтер, жатақханадағы бөлме және тағыда басқалары), оқу, жұмыс, демалыс орны;

45) туберкулез – патологиялық процеске өкпеден басқа организмнің барлық органдары мен тіндері ұшырауы мүмкін, бірақ көбінесе өкпеде шоғырланатын ауру;

46) туберкулиндік диагностика – 2 ТБ-мен Манту сынамасы бойынша ерекше диагностикалық зерттеу;

47) тұмау тәрізді аурулар – ауру басталғаннан бастап 7 күн ішінде кемінде бір рет байқалатын дене қызуының 38⁰С-тан жоғарылауымен және жөтелмен қоса жүретін жіті респираторлық вирустық ауру жағдайлары;

48) тұмауды ШЭҚ жөніндегі аймақтық вирусологиялық зертхана (аймақтық вирусологиялық зертхана) – ТТА, АЖРИ және тұмауды ШЭҚ жүйесіне қатысатын вирусологиялық зертханаларға әдістемелік және практикалық көмек көрсетуді, сапаны сырттай бақылауды қамтамасыз ету мақсатында үлгілерді растауды (қайта тестілеуді) жүзеге асыратын вирусологиялық зертхана;

49) фаготип – типтік бактериофактар құрамына бірдей сезімталдықты сипаттайтын бактериялық штамдар жиынтығы;

50) флюорографиялық, рентгенологиялық тексеру – флюорографиялық немесе рентгенологиялық аппараттармен диагностикалық зерттеу;

51) халықтың декреттелген тобы – айналасындағыларға инфекциялық және паразиттік ауруларды жұқтыру үшін барынша қауіп төндіретін халыққа қызмет көрсету саласында жұмыс істейтін адамдар;

52) Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның ведомствосы - Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрлігінің Тұтынушылардың құқықтарын қорғау комитеті;

53) шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау – еліміздегі тұмаумен сырқаттанушылықтың эпидемиологиялық және вирусологиялық сипаттамаларын, тұмаудың экономикалық залалын әлемнің басқа елдерінің деректерімен салыстыруға мүмкіндік беретін, ТТА туралы ақпаратты және репрезентативті топтардағы ТТА және АЖРИ-мен ауыратын науқастардың материалы үлгілерін жүйелі жинау;

54) шолғыншы өңірлер – ТТА, АЖРИ және тұмауды шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жүйесі енгізілген және жүргізілетін әкімшілік аумақтар;

55) шолғыншы орталықтар – ТТА, АЖРИ және тұмауды шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жүйесі жүзеге асырылатын медициналық ұйымдар;

56) іш сүзегі – аш ішектің лимфа жүйесі зақымданып, шырышты қабықшасында жара пайда болатын, жалпы уланудың қайталануы кездесетін, қоздырғыш ауыз қуысы арқылы және нәжістен жұғатын, су, тағам және тұрмыстық жолдармен таралатын, споралық таралумен қатар ұзақ уақытқа бактерия тасымалдаушылықты қалыптастыруға бейім сальмонелла бактериясының (*Salmonella Typhi*) түрінен болатын бактериялы инфекциялық ауру;

- 57) энтералдық механизм – инфекцияның асқазан-ішек жолы арқылы берілуі;
- 58) эпидемиологиялық көрсетімдер бойынша тексеру – белгілі бір аумақтағы, халықтың жекелеген топтары арасындағы эпидемиологиялық жағдайға негізделген инфекциялық немесе паразиттік аурулар туралы алынған ақпараттың негізінде және инфекциялық немесе паразиттік аурулардың жағдайына эпидемиологиялық тексеру жүргізу кезінде (жұқтыру тәуекелі факторларын, берілу жолдарын анықтау және санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды жүргізу үшін) тексеру;
- 59) anti-HCV – С вирустық гепатитіне антиденелер;
- 60) HBsAg – инфекцияның жіті немесе созылмалы түрін көрсететін беткейлік антиген.

2. Жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанудың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

3. Жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты эпидемиологиялық қадағалау мынадай іс-шараларды қамтиды:

1) профилактикалық іс-шаралардың тізбесін, көлемін және жүргізу мерзімін негіздеу, ұзақ мерзімге арналған бағдарламалық-нысаналы жоспарлау мақсатында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері жыл сайын жүргізетін жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты ретроспективті эпидемиологиялық талдау;

2) басталған аурудың өршуін уақтылы анықтау, оның себептерін анықтау және эпидемияға қарсы жедел іс-шараларды жүргізу үшін халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері ай сайын жүргізетін жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты жедел эпидемиологиялық талдау.

Ағымдағы сырқаттанушылық апталар, айлар бойынша, өсу қорытындысымен салыстырылады, осы аумаққа тән аурудың бақылау деңгейімен салыстыру жүргізіледі.

4. Ауруханаішілік ауруларды болдырмау мақсатында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері медициналық ұйымдарда, балалар үйлерінде, нәрестелер үйлерінде, қарттар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлерінде санитариялық-эпидемияға қарсы режимнің сақталуына мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау жүргізеді.

5. Ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды және күдіктілерді анықтауды ведомстволық тиістілігі мен меншік нысанына қарамастан барлық денсаулық сақтау ұйымдарының медицина қызметкерлері амбулаториялық қабылдау, үйге бару, медициналық тексеріп-қарау, ауруханаға жатқызу және медициналық ұйымдарға басқалай бару кезінде жүргізеді. Диагноз аурудың клиникалық көріністері, зертханалық зерттеулер деректері, эпидемиологиялық анамнезі негізінде қойылады.

6. Халықтың санаттары:

1) медициналық ұйымдарға жүтінген кезде жіті ішек инфекцияларына күдікті науқастар;

2) стационарға түсу кезінде психиатриялық стационарлардың пациенттері;

3) мектеп-интернаттарға, балалар үйлері мен нәрестелер үйлеріне алуға ресімдеу кезінде балалар;

4) қарттар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлеріне алуға ресімдеу кезінде жасы ұлғайған адамдар;

5) ішек инфекциясымен ауырып айыққан реконвалесценттер ішек тобына бір рет зертханалық тексеріледі.

7. Қоздырғышты сәйкестендіру және ошақтың көлемдерін белгілеу мақсатында инфекциялық ауру қоздырғышының берілу жолдары мен болжанатын факторларын есепке ала отырып, дәрігер-эпидемиолог айқындайтын зертханалық зерттеулер жүргізіледі.

3. Эпидемиологиялық тексеруді ұйымдастыруға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

8. Эпидемиологиялық тексерулер мына ошақтарда:

1) қоғамдық тамақтану және азық-түлік саудасы, сумен жабдықтау объектілерінің, мектепке дейінгі балалар ұйымдарының қызметкерлері, сондай-ақ тамақ өнімдерін өндіру, сақтау, тасымалдау және өткізумен байланысты кәсіпкерлік қызметпен айналысатын жеке тұлғалар жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанған кезде;

2) мектепке дейінгі балалар ұйымдарына, балалар үйлеріне, мектеп-интернаттарға баратын балалар сырқаттанған кезде;

3) психикалық-неврологиялық стационарлардың, балалар үйлерінің, нәрестелер үйлерінің, қарттар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлерінің қызметкерлері сырқаттанған кезде;

4) бір инкубациялық кезең ішінде бір ошақта үш және одан да көп адамның сырқаттануы жағдайы тіркелген кезде жүргізіледі.

9. Пәтерлік ошақтарды тексеру жедел эпидемиологиялық талдау нәтижелерін ескере отырып, жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықтың бақылау деңгейлері артқан кезде жүргізіледі.

10. Ошақтарды эпидемиологиялық тексеру кезінде зертханалық тексеру үшін тамақ өнімдерінің, судың сынамаларын, шайындыларды алу жүргізіледі.

4. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызуға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

11. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша жүргізіледі.

12. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызудың клиникалық көрсетімдері:

- 1) екі айға толмаған балалардағы аурудың барлық түрлері;
- 2) баланың жасына қарамастан қатты сусызданумен қоса жүретін ауру түрлері;
- 3) ілеспелі патологиядан асқынған ауру түрлері;
- 4) әртүрлі дәрежедегі сусызданумен қоса жүретін созылмалы іш өту;
- 5) дизентерияның созылмалы түрлері (асқынған жағдайда).

13. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызудың эпидемиологиялық көрсетімдері:

1) науқастың тұрғылықты жері бойынша қажетті эпидемияға қарсы режимді сақтау мүмкіндігінің болмауы (әлеуметтік жағдайы төмен отбасылар, жатақханалар, казармалар, коммуналдық пәтерлер және тағыда басқалары);

2) медициналық ұйымдардағы, мектеп-интернаттардағы, балалар үйлеріндегі, нәрестелер үйлеріндегі, санаторийлердегі, қарттар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлеріндегі, жазғы сауықтыру мекемелеріндегі, демалыс үйлеріндегі сырқаттану жағдайлары.

14. Дизентерия және басқа да жіті диареялық инфекциялардан кейінгі реконвалесценттерді ауруханадан шығару толық клиникалық сауыққаннан кейін жүргізіледі.

Дизентерия және басқа да жіті диареялық инфекциялардан кейінгі реконвалесценттерді бір реттік бактериологиялық тексеру амбулаториялық жағдайда ауруханадан шыққаннан кейін күнтізбелік жеті күн ішінде, бірақ антибиотик терапиясын аяқтағаннан кейін екі күнтізбелік күннен соң жүргізіледі.

5. Жіті ішек инфекцияларымен ауырып айыққан адамдарды диспансерлік қадағалауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

15. Жігі дизентериядан сауыққаннан кейін диспансерлік бақылауға мыналар жатады:

1) қоғамдық тамақтану, азық-түлік саудасы, тамақ өнеркәсібі объектілерінің қызметкерлері;

2) балалар үйлерінің, нәрестелер үйлерінің, мектеп-интернаттардың балалары ;

3) психикалық-неврологиялық диспансерлердің, балалар үйлерінің, нәрестелер үйлерінің, қарттар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлерінің қызметкерлері.

16. Диспансерлік бақылау бір айдың ішінде жүргізіледі, оның соңында бір реттік бактериологиялық тексеру жүргізу міндетті.

17. Дәрігерге бару жиілігі клиникалық көрсетімдер бойынша айқындалады.

18. Диспансерлік бақылауды тұрғылықты жері бойынша учаскелік дәрігер (немесе отбасы дәрігері) немесе инфекциялық аурулар кабинетінің дәрігері жүзеге асырады.

19. Ауру қайталанған жағдайда немесе зертханалық тексерудің қорытындысы оң болғанда, дизентериямен ауырып айыққан адамдар қайта емдеуден өтеді. Емдеу аяқталғаннан кейін бұл адамдар үш ай бойы ай сайын зертханалық тексеруден өтеді. Бактерия тасымалдаушылығы үш айдан астам жалғасып келе жатқан адамдар дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын науқастар ретінде емделеді.

20. Халықтың декреттелген тобына жататын адамдарға мамандығы бойынша жұмыс жасауға рұқсатты сауыққаны туралы анықтаманы ұсынған сәттен бастап жұмыс беруші береді. Сауыққаны туралы анықтаманы клиникалық және бактериологиялық тексеру нәтижелерімен расталған кезде толық сауыққаннан кейін ғана емдеуші дәрігер береді.

Дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын адамдар эпидемиологиялық қауіп төндірмейтін жұмысқа ауыстырылады.

21. Дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын адамдар бір жыл бойы диспансерлік бақылауда тұрады. Дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын адамдарды ай сайын дәрігер-инфекционист бактериологиялық тексереді және қарайды.

6. Сальмонеллездің алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

22. Халықтың мына санаттары сальмонеллезге міндетті бактериологиялық тексерілуге жатады:

- 1) стационарға келіп түсетін екі жасқа толмаған балалар;
- 2) стационарға емдеуге жатқызылған науқас баланы күтетін ересектер;
- 3) емдеуге жатқызылған кезде немесе емдеуге жатқызғанға дейін оның алдында үш апта бойына ішек функциясының бұзылуы болған босанатын әйелдер, босанған әйелдер;
- 4) диагнозына қарамастан, стационарда болуы кезінде ішек функциясының бұзылуы пайда болған барлық науқастар;
- 5) сальмонеллездің ошағында инфекцияның көзі болуы мүмкін деп есептелген халықтың декреттелген топтарының ішінен тексерілуі қажет адамдар.

23. Сальмонеллез ошақтарына эпидемиологиялық тексеру халықтың декреттелген тобына жататын адамдар немесе екі жасқа дейінгі балалар науқастанған жағдайда жүргізіледі.

24. Сальмонеллезбен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша жүргізіледі.

25. Сальмонеллезбен ауырған реконвалесценттер ауруханадан толық клиникалық сауыққаннан кейін және нәжістің бактериологиялық зерттеуі бір рет теріс болған жағдайда шығарылады. Зерттеуді емдеу аяқталғаннан кейін үш күннен ерте жүргізбейді.

26. Диспансерлік бақылауға ауырып сауыққаннан кейін тек халықтың декреттелген топтары қана алынады.

27. Сальмонеллезбен ауырып айыққан адамдарды диспансерлік бақылауды тұрғылықты жері бойынша инфекциялық аурулар кабинетінің дәрігері немесе учаскелік (отбасылық) дәрігер жүзеге асырады.

Халықтың декреттелген топтарына жататын адамдарға мамандығы бойынша жұмыс жасауға рұқсатты сауыққаны туралы анықтаманы ұсынған сәттен бастап жұмыс беруші береді.

28. Халықтың декреттелген топтарына жататын реконвалесценттерге мамандығы бойынша жұмыс жасауға рұқсатты сауыққаны туралы анықтаманы ұсынған сәттен бастап жұмыс беруші береді.

Емдеу аяқталғаннан кейін сальмонелла бөлуді жалғастыратын реконвалесценттерді, сондай-ақ халықтың декреттелген топтарына жататын анықталған бактерия тасымалдаушыларды халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері негізгі жұмысынан күнтізбелік он бес күнге шеттетеді. Жұмыс беруші оларды эпидемиологиялық қауіп төндірмейтін жұмысқа ауыстырады.

Күнтізбелік он бес күнге шеттеткен кезде нәжіс үш рет зерттеледі. Оң нәтиже қайталанған жағдайда, жұмыстан шеттету және тексеру тәртібі тағы да күнтізбелік он бес күн ішінде қайталады.

Бактерия тасымалдаушылық үш айдан астам уақыт бойы анықталса, адамдар сальмонелланың созылмалы бактерия тасымалдаушылары ретінде мамандығы бойынша жұмысынан кемінде он екі ай мерзімге шеттетіледі.

Мерзім аяқталған соң, нәжіс пен өтке арасы күнтізбелік бір-екі күннен үш реттік тексеру жүргізіледі. Теріс нәтижелер алынған жағдайда адамдар негізгі жұмысына жіберіледі. Бір рет оң нәтиже алынған жағдайда бұл адамдар созылмалы бактерия тасымалдаушылар ретінде қарастырылады, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері эпидемиологиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді.

29. Емдеу аяқталған соң сальмонелла бөлуді жалғастыратын балаларды емдеуші дәрігер күнтізбелік он бес күн бойына мектепке дейінгі тәрбиелеу ұйымына барудан шеттетеді, осы кезеңде нәжіске арасы бір-екі күн аралығымен үш реттік тексеру жүргізіледі. Оң нәтиже қайталанған жағдайда, шеттетудің және тексерудің осы тәртібі тағы да он бес күн ішінде қайталанатын.

7. Іш сүзегі мен қылаудың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

30. Халықтың іш сүзегі және қылау ауруларымен сырқаттанушылығын мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау мыналарды қамтиды:

1) елді мекендердің, әсіресе халықтың сүзек, қылау инфекцияларымен сырқаттанушылығы бойынша қолайсыз елді мекендердің санитариялық жағдайы туралы ақпаратты талдау;

2) халық арасында тәуекел топтарды айқындау және мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалауды жүзеге асыру;

3) науқастардан және бактерия тасымалдаушылардан бөлінетін өсінділердің фаготиптерін айқындау;

4) бактерия тасымалдаушыларды, әсіресе тамақ кәсіпорындарының қызметкерлері мен басқа да халықтың декреттелген топтарына жататын адамдар ішінен бактерия тасымалдаушыларды анықтау және санациялау мақсатында іш сүзегімен және қылаумен ауырып сауыққан адамдарды есепке алу және диспансерлік бақылау;

5) профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шараларды жоспарлау.

31. Сүзек, қылау инфекцияларының алдын алу іс-шаралары қоздырғыштардың су, тамақ арқылы берілуін ескертетін

санитариялық-гигиеналық іс-шараларды өткізуге бағытталған. Объектілердің санитариялық-техникалық жағдайына:

1) сумен жабдықтау жүйелеріне, орталықтандырылған, орталықтандырылмаған сумен жабдықтау көздеріне, басты су шығару құрылыстарына, су көздерін санитариялық қорғау аймақтарына;

2) тамақ өнімдерін шығару өнеркәсіптеріне, азық-түлік саудасына, қоғамдық тамақтануға;

3) кәріз жүйелеріне мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау жүргізіледі.

32. Дәрігерлік қараудан соң халықтың декреттелген топтарына жататын адамдар жұмысқа қабылданар алдында қан сарысуын тікелей гемагглютинация әсеріне қою жолымен серологиялық тексеріледі және және бір реттік бактериологиялық зерттеуден өтеді. Адамдар серологиялық және бактериологиялық тексерудің қорытындысы теріс болып, басқа қарсы көрсетілімдер болмаса жұмысқа жіберіледі.

Тіке гемагглютинацияның әсері оң нәтиже берген жағдайда бір-екі күнтізбелік күн интервалмен дәретін бес рет бактериологиялық тексеру қосымша жүргізіледі. Бұл тексерудің нәтижесі теріс болған жағдайда өтке бір реттік бактериялық зерттеу жүргізіледі. Дәреті мен өтін бактериологиялық тексерудің нәтижесі теріс болған адамдар жұмысқа жіберіледі.

Бактериологиялық және серологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған адамдар бактерия тасымалдаушылар ретінде қарастырылады. Оларға ем жүргізіледі, есепке алынады, медициналық бақылау орнатылады. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері бактерия тасымалдаушыларды эпидемиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді.

33. "Қарсы профилактикалық егу жүргізілетін аурулардың тізбесін, оларды жүргізу ережесін және халықтың жоспарлы егілуге жатқызылатын топтарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 30 желтоқсандағы № 2295 қаулысына сәйкес кәріз және тазалау құрылыстарының жұмыскерлері іш сүзегіне қарсы вакцинациялауға жатады.

34. Іш сүзегі немесе қылау ошақтарында эпидемияға қарсы мынадай іс-шаралар жүргізіледі:

1) барлық науқастарды сұрау, тексеру, қызуын өлшеу, зертханалық тексеру арқылы анықтау;

2) іш сүзегімен, қылаумен ауыратын барлық науқастарды уақтылы оқшаулау;

3) іш сүзегімен және қылаумен бұрын ауырған адамдарды, жұқтыру қаупі туындаған адамдарды, халықтың декреттелген топтарын (жұқтыру күдігі бар

тағамдарды немесе суды қолданған, науқастармен араласқан) анықтау және зертханалық тексеру жүргізу;

4) халықтың декреттелген топтарына жататын бір рет ауырған адамдардың ошағында нәжісін бір рет бактериологиялық тексеру және қанның құрамындағы сарысуын тіке гемагглютинация әсеріне тексеру жүргізіледі. Тіке гемагглютинация әсеріне нәтижесі оң болған адамдардың зәрі мен нәжісін бес рет бактериологиялық тексеру жүргізіледі;

5) топтық ауру пайда болған жағдайда, инфекцияның болжалды көзі болып табылатын адамдарға зертханалық тексеру жүргізіледі. Зертханалық тексеру кемінде күнтізбелік екі күн сайын үш рет нәжісі мен зәрін бактериологиялық тексеруді және бір рет қан сарысуын тіке гемагглютинация әсері әдісімен тексеруді қамтиды. Тіке гемагглютинация әсеріне нәтижесі оң болған адамдар күнтізбелік екі күн сайын кемінде қосымша бес рет нәжісі мен зәрін бактериологиялық тексеруге тапсырады, ал тексерудің нәтижесі теріс болғанда бір рет өті тексеріледі;

6) іш сүзегімен немесе қылаумен ауырған науқаспен үйінде байланыста болған халықтың декреттелген топтарына жататын адамдарды науқасты ауруханаға жатқызып, үйге соңғы дезинфекция өткізіп, оның нәжісін, зәрін бір реттік бактериологиялық тексеруге және тіке гемагглютинация әсеріне теріс нәтиже алғанға дейін халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері уақытша жұмыстан шеттетеді;

7) жұқтыру қаупіне ұшыраған адамдар зертханалық тексерумен қатар медициналық қадағаланады және күн сайын дәрігерге қаралады әрі соңғы науқасты оқшаулаған кезден бастап, іш сүзегі кезінде күнтізбелік жиырма бір күн және қылау кезінде күнтізбелік он төрт күн бойы дене қызуы өлшенеді;

8) іш сүзегімен және қылаумен ауыратыны анықталған науқастар мен бактерия тасымалдаушылар тез арада оқшауланып, медициналық ұйымдарға тексеруге және емдеуге жіберіледі.

35. Іш сүзегі мен қылаудың ошақтарындағы жедел профилактика эпидемиологиялық жағдайға байланысты жүргізіледі. Іш сүзегі ошақтарында бар болса ішсүзектік бактериофаг, қылау кезінде көпвалентті сальмоноллездік бактериофаг беріледі. Бактериологиялық тексеруге материал алынғаннан кейін бактериофагты бірінші рет тағайындау жүргізіледі. Бактериофаг реконвалесценттерге де беріледі.

36. Іш сүзегі мен қылау ошақтарында дезинфекциялық іс-шаралар міндетті түрде жүргізіледі:

1) науқасты анықтаған сәттен бастап ауруханаға жатқанға дейінгі кезеңде, реконвалесценттерде ауруханадан шыққаннан кейін үш ай бойына ағымдағы дезинфекция жүргізіледі;

2) ағымдағы дезинфекцияны медициналық ұйымының медициналық қызметкері ұйымдастырады, ал оны науқасты күтуші адам, реконвалесценттің өзі немесе бактерия тасымалдаушы жүргізеді;

3) қорытынды дезинфекцияны дезинфекция станциялары немесе санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдарының (ұйымдарының) дезинфекциялау бөлімдері (бөлімшелері), ауылдық жерлерде – ауылдық дәрігерлік ауруханалар, амбулаториялар жүргізеді;

4) қорытынды дезинфекцияны қалалық елді мекендерде науқасты емге жатқызғаннан кейін алты сағаттан, ал ауылдық жерде – он екі сағаттан асырмай жүргізеді;

5) медициналық ұйымында іш сүзегімен немесе қылаумен ауыратын науқас анықталған жағдайда, науқас болған үй-жайларда оны оқшаулағаннан кейін аталған ұйым қызметкерлерінің күшімен қорытынды дезинфекциялау жүргізіледі

8. Іш сүзегімен және қылаумен ауыратын науқастарды диагностикалауға, емдеуге жатқызуға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

37. Іш сүзегімен және қылаумен ауыратын науқастарды, бактерия тасымалдаушыларды уақтылы анықтауды, оқшаулауды және емдеуді меншік нысанына қарамастан, барлық денсаулық сақтау ұйымдарының медицина қызметкерлері клиникалық және зертханалық деректердің негізінде жүзеге асырады.

38. Іш сүзегін диагностикалау кезінде ең бастысы гемоөсіндінің бөлінуі болып табылады. Гемоөсіндіні бөлу үшін қан алу аурудың барлық кезеңінде жүргізіледі. Қанның бірінші себілуі антибактериялық терапия басталғанға дейін жүргізіледі. Ауруды диагностикалау үшін нәжіс өсінділерін, зәр өсінділерін, өтті зерттеу, серологиялық диагностика жүргізіледі (Видадь әсері, тіке гемагглютинация әсері).

39. Диагнозы қойылмаған, үш және одан да көп тәулік бойы қызбасы бар науқастар іш сүзегіне тексеріледі.

40. Іш сүзегімен және қылаудың А мен В түрімен ауыратын барлық науқастар инфекциялы аурулар стационарына емдеуге жатқызылады.

41. Науқастарды ауруханадан шығару нәжісі мен зәрін үш рет бактериологиялық зерттегеннен кейін дене қызуы толық күнтізбелік жиырма бір

күн қалыпты болғанда жүзеге асырылады. Нәжісі мен зәрін бактериологиялық зерттеу антибиотикті тоқтатқаннан кейін күнтізбелік бес күннен кейін және содан соң күнтізбелік бес күн аралықпен жүргізіледі. Бұдан басқа, ауруханадан шығардан күнтізбелік жеті-он күн бұрын дуоденальды құрамды себу жүргізіледі.

9. Іш сүзегімен және қылаумен ауырып айыққан адамдарды диспансерлік бақылауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

42. Іш сүзегімен және қылаумен ауырып айыққан барлық науқастар стационардан шыққан соң, екі аптада бір рет дене қызуы өлшеніп, медициналық бақылауға алынады. Стационардан шыққаннан соң күнтізбелік он күннен кейін, реконвалесценттерді бактерия тасымалдаушылыққа тексеру басталады, ол үшін кемінде күнтізбелік екі күн сайын нәжіс пен зәр бес рет зерттеледі. Үш ай бойы ай сайын бір рет зәр мен нәжісін бактериологиялық зерттеу жүргізіледі.

Ауруханадан шыққаннан кейінгі үш ай ішіндегі бактериологиялық тексерудің нәтижесі оң болған жағдайда, қаралушы жіті тасымалдаушы болып есептеледі.

Бақылаудың төртінші айында өт пен тіке гемагглютинация әсеріне цистеинмен қан сарысуы бактериологиялық зерттеледі. Барлық зерттеулердің қорытындысы теріс болған жағдайда, ауырып айыққан адам диспансерлік бақылаудан алынады.

Серологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған кезде нәжіс пен зәрге бес рет бактериологиялық зерттеу жүргізіледі. Тексерудің нәтижесі теріс болған жағдайда бір жыл бойы бақылауда қалдырады.

Стационардан шыққан соң бір жылдан кейін бір рет бактериологиялық тексеруге нәжіс пен зәр алынады және тіке гемагглютинация әсеріне цистеинмен қан сарысуы тексеріледі. Тексерудің нәтижесі теріс болса, ауырып айыққан адамды диспансерлік бақылаудан шығарады.

43. Халықтың декреттелген топтарына жататын іш сүзегімен және қылаумен ауырып айыққан адамдар стационардан шыққан соң, оларды "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерімен эпидемиялық қауіп төндіретін жұмыстан бір айға шеттетеді. Осы уақыт аралығында бес рет бактериологиялық зерттеу (нәжіс пен зәрді зерттеу) жүргізіледі.

Зерттеудің нәтижелері теріс болған жағдайда олар жұмысқа жіберіледі және келесі екі ай ішінде ай сайын өті және цистеинмен тіке гемагглютинация әсеріне

қанның сарысуы зерттеледі. Одан әрі екі жыл бойы тоқсан сайын, ал кейіннен барлық жұмыс істеу мерзімінде жылына екі рет тексеріледі (нәжісі мен зәрін зерттеу).

Нәтижесі оң болған жағдайда (сауыққаннан кейін бір айдан соң) олар тамақ өнімдерімен және сумен байланысы жоқ жұмысқа ауыстырылады. Үш ай өткеннен соң бес рет нәжісі мен зәріне және бір рет өтіне бактериологиялық зерттеу жүргізіледі. Нәтижесі теріс болғанда жұмысқа жіберіледі және алдындағы топтар сияқты тексеруден өткізіледі.

Цистеинмен тіке гемагглютинация әсерінің нәтижесі оң болған жағдайда нәжіс пен зәрге қосымша бес рет және нәтижесі теріс болған жағдайда өтке бір рет зерттеу жүргізіледі. Нәтижесі теріс болғанда олар жұмысқа жіберіледі. Егер мұндай адамдарда сауыққаннан кейін үш ай бойына жүргізілген барлық тексеруден бір рет іш сүзегінің немесе қылаудың қоздырғышы бөлінсе, онда олар созылмалы бактерия тасымалдаушы болып есептелінеді және оларды халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесі эпидемиологиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді.

44. Іш сүзегі мен қылаудың бактерия тасымалдаушылары мына санаттарға бөлінеді:

1) транзиторлық бактерия тасымалдаушылар – іш сүзегімен және қылаумен ауырмаған, бірақ іш сүзегінің немесе қылаудың қоздырғыштарын бөлетін адамдар;

2) жіті бактерия тасымалдаушылар – ауруханадан шыққан соң үш ай бойы бактерия тасымалдаушылық байқалатын іш сүзегімен және қылаумен ауырып айыққан адамдар;

3) созылмалы бактерия тасымалдаушылар – ауруханадан шыққан соң үш ай немесе одан да көп ай бойы бактерия тасымалдаушылық байқалатын іш сүзегімен және қылаумен ауырып айыққан адамдар.

45. Іш сүзегі мен қылаудың бактерияларын тасымалдаушылар арасында мынадай іс-шаралар жүргізіледі:

1) транзиторлық бактерия тасымалдаушыларында үш ай бойы бес рет нәжісі мен зәрін бактериологиялық зерттеу қажет. Қорытындысы теріс болған жағдайда өті бір рет зерттеледі. Бақылаудың соңында бір рет цистеинмен тіке гемагглютинация әсеріне қанның сарысуы зерттеледі. Барлық зерттеудің қорытындысы теріс болған жағдайда бақылаудың үшінші айының соңында олар есептен шығарылады. Бактериологиялық және серологиялық зерттеулердің нәтижесі оң болса, жіті бактерия тасымалдаушылар ретінде саналады;

2) ауруы анықталғаннан кейін екі ай бойы жіті бактерия тасымалдаушыларға дене қызуын өлшеп тұратын медициналық бақылау және үш ай бойы нәжісі мен

зәрін бактериологиялық тексеру жүргізіледі. Үшінші айдың соңында нәжісі мен зәрін бактериологиялық зерттеу – бес рет, өтіне – бір рет және цистеинмен тіке гемагглютинация әсеріне қанның сарысуын серологиялық зерттеу жүргізіледі. Бактериологиялық және серологиялық зерттеудің нәтижесі теріс болған жағдайда қаралушы диспансерлік есептен шығарылады. Серологиялық зерттеудің нәтижесі оң және нәжіс пен зәрді зерттеудің нәтижесі теріс болғанда бір жылға бақылауға алу жалғастырылады. Бір жылдан кейін нәжіс пен зәрді цистеинмен бір рет, нәжіс пен зәрді бактериологиялық бір рет зерттеу қажет. Серологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған жағдайда нәжіс пен зәрді бес рет, өтті бір рет зерттейді. Зерттеудің нәтижесі теріс болғанда қаралушы диспансерлік бақылаудан шығарылады. Нәтижесі оң болғанда қаралушы адамдар созылмалы бактерия тасымалдаушы ретінде есептелінеді;

3) созылмалы бактерия тасымалдаушылар халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінде есепте тұрады, олардың өмір бойы тексерілу тәртібін эпидемиолог белгілейді. Созылмалы бактерия тасымалдаушылар дезинфекциялық ерітінділерді дайындау, ағымдағы дезинфекциялау, дұрыс гигиеналық тәртіпке оқытылады;

4) халықтың декреттелген топтарына жататын бактерия тасымалдаушылар халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінде тұрақты есепке алынады. Бірінші бақылау айында оларды эпидемиологиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді. Егер бір айдан соң қоздырғыштың бөлінуі жалғаса берсе, оларды тағы екі айға жұмыстан шеттетеді. Үш айдан кейін бактериологиялық тексерудің қорытындысы теріс болса, онда олар негізгі жұмыс орнына жіберіледі. Бактериологиялық зерттеудің нәтижесі оң болса, олар созылмалы тасымалдаушылар ретінде саналады және эпидемиологиялық қауіп тудыруы мүмкін жұмысқа жіберілмейді.

46. Халықтың декреттелген топтарына жататын отбасы мүшелерінің біреуінен созылмалы бактерия тасымалдаушылық анықталған жағдайда жұмыстан шеттетілмейді және арнайы бақылауға жатпайды.

10. Туберкулезбен ауыратын науқасты анықтауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

47. Туберкулезбен ауыратын науқастарды анықтауды барлық мамандықтағы медицина қызметкерлері мынадай жағдайда жүзеге асырады:

1) адамдардың амбулаториялық-емханалық және стационарлық ұйымдарда медициналық көмекке жүгіну;

- 2) стационарлық және мамандандырылған медициналық көмек көрсету;
- 3) міндетті және профилактикалық медициналық тексеру жүргізу;
- 4) туберкулезге қарсы иммундау жүргізу.

48. Медициналық ұйымға туберкулез ауруы болуының ықтималдығын көрсететін симптомдары бар пациенттер жүгінген кезде міндетті рентгенологиялық және бактериологиялық зерттей отырып (қақырық жағындысын және басқа да патологиялық материалды микроскоппен қарау), толық клиникалық және құрал-саймандық тексеру жүргізеді.

49. Тексеру кезінде туберкулез ауруы болуының ықтималдығын көрсететін белгілер анықталған кезде пациент күнтізбелік үш күннің ішінде тұрғылықты жері бойынша туберкулезге қарсы диспансерге (бөлімше, кабинет) жіберіледі.

50. Науқасты уақтылы және толық зерттеп-қарау жүргізуді бақылауды медициналық ұйымның жіберген маманы және туберкулезге қарсы ұйымның (бұдан әрі – ТҚҰ) маманы жүзеге асырады.

51. Тұрғылықты жері анықталмаған адамдар туберкулез ауруына күдікті болған жағдайда, тексеруді аяқтау үшін және "туберкулез" диагнозы расталған кезде туберкулезге қарсы стационарға емдеу үшін жатқызылады.

52. ТҚҰ маманы науқасты жіберген маманға жүргізілген зерттеп-қарау нәтижелері туралы хабардар етеді.

53. Туберкулезбен ауыратын науқастарды жұмысқа және оқуға жіберуге рұқсат беру туралы медициналық қорытындыны ТҚҰ-ның орталық дәрігерлік-консультациялық комиссиясы (бұдан әрі – ОДКК) береді.

54. ОДКК қорытындысы бойынша I, II және IV санаттағы режимдерде емдеу курсына толық аяқтаған, "емделіп шықты" немесе "емдеу аяқталды" деген нәтижесі бар туберкулезбен ауыратын науқастар оқуға немесе жұмыс істеуге жіберіледі.

55. Туберкулезбен ауырып айыққан әскери қызметшілер Қазақстан Республикасының Қарулы Күштердегі, басқа да әскерлердегі және әскери құралымдардағы қызметтер үшін адамдардың денсаулығы жағдайына сәйкес қойылатын талаптар негізінде әскери қызметке жіберіледі.

56. Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету ұйымдары, сондай-ақ ТҚҰ-ның дәрігері емделуден бас тарту, өз еркімен кетіп қалу және емделу режимін бұзу жағдайында ТҚҰ-да оған мәжбүрлеп емдеуді тағайындау туралы мәселені шешу үшін мамандандырылған ОДКК-ге жүгінеді.

57. ОДКК-ның қорытындысы бойынша алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету ұйымдары, оның ішінде ТҚҰ-ның бас дәрігері Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 17 қарашадағы № 729 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5959 болып тіркелген) бекітілген Туберкулездің

жұқпалы түрімен ауыратын науқастарды туберкулезге қарсы мамандандырылған ұйымдарда мәжбүрлеп емдеуді ұйымдастыру ережесіне қосымшаға сәйкес сотқа мәжбүрлеп емдеуді тағайындау туралы науқасқа арналған ұсынымға қол қояды.

58. Ересек тұрғындарда туберкулезді ерте анықтау мақсатында профилактикалық медициналық тексеруге Қазақстан Республикасының азаматтары, оралмандар және Қазақстан Республикасының аумағындағы басқа да адамдар жатады.

59. Халықты профилактикалық медициналық тексеру тұрғылықты жері, қызметі, оқуы немесе тергеу-изоляторларында және түзету мекемелерінде ұстау орны бойынша медициналық ұйымдарда жаппай, топтық (эпидемиялық көрсетімдер бойынша) және жеке тәртіппен жүргізіледі.

60. Медициналық ұйымдардың басшылары халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне халықты флюорографиялық тексеріп-қарау жоспарының орындалуы туралы ай сайынғы есептерді осы Санитариялық қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес нысан бойынша ұсына отырып, профилактикалық медициналық тексеріп-қарауларды жоспарлауды, ұйымдастыруды мен есепке алуды және халықты жеке есепке алу деректері бойынша флюорокартотеканы қалыптастыруды қамтамасыз етеді.

60-1. "Тәуекел" тобының адамдарын флюорографиялық тексеру жоспарын қалыптастыру аумақтық-өндірістік қағидаты бойынша терапиялық учаскелер бөлінісінде ай сайын және өсіре отырып жүргізіледі. Емхана бойынша флюорографиялық тексерудің жиынтық жоспарын осы ұйымның басшысы бекітеді және ТҚҰ-ның басшысымен, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінің басшысымен келісіледі.

Ескерту. Қағида 60-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

61. "Туберкулез" диагнозын ТҚҰ ОДКК растайды және емдеуге жатқызу, бақылау және емдеу қажеттігі туралы шешім қабылдайды.

62. Балаларда туберкулезді ерте анықтау мақсатында тері ішіне арналған туберкулині бар аллергиялық сынаманы (бұдан әрі – Манту сынамасы) қолданады. Туберкулин диагностикасын туберкулезге қарсы вакцинацияланған тәуекел тобындағы балаларға 12 айынан бастап 14 жасқа толғанға дейін жүргізеді, Манту сынамасын бұрынғы сынамалардың нәтижесіне қарамастан, жылына 1 рет салады.

63. Манту 2 ТЕ сынамасы бойынша мыналар:

1) "тәуекел" топтарындағы балалар;

- 2) туберкулез ошақтарындағы балалар мен жасөспірімдер;
 - 3) вакцинациялау алдында 2 айлықтан асқан балалар;
 - 4) ревакцинациялау алдындағы 1-сынып (6-7 жас) оқушылары жатады.
64. Вакцинацияны жүргізуге мынадай жағдайларда:

- 1) алғашқы туысқандық дәрежедегі адамдарда анықталған БЦЖ генерализацияланған инфекциясы (тұқым қуалаған иммун тапшылығының ықтималдығы);
- 2) АИТВ- инфекциясы және жұқтырылған иммун тапшылығы синдромы;
- 3) шала туғандық – дене салмағы 2000 грамнан кем немесе 33 аптадан кем гестациялық жас;
- 4) орталық жүйке жүйесінің зақымдануы – неврологиялық симптомды (ауырлығы орта және ауыр дәрежелі) туа біткен жарақат;
- 5) қынапішілік инфекциялар, жаңа туған нәрестелердегі сепсис;
- 6) жаңа туған сәбилердің гемолитиялық аурулары (ауырлығы орта және ауыр түрлері);
- 7) субфебрильді температурамен және жалпы жағдайдың бұзылуымен қоса жүретін ауырлығы орта және ауыр аурулар жағдайында жол берілмейді.

65. Манту сынамасын қоюды "Қарсы профилактикалық егу жүргізілетін аурулардың тізбесін, оларды жүргізу ережесін және халықтың жоспарлы егілуге жатқызылатын топтарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 30 желтоқсандағы № 2295 қаулысына сәйкес егулер жүргізуге рұқсаты бар, балалар, жасөспірімдер, амбулаториялық-емханалық және сауықтыру ұйымдарының медицина қызметкерлері жүзеге асырады.

66. Инфекциялық аурулар бойынша карантин кезеңінде балалар мен жасөспірімдер ұжымдарында Манту сынамасын жүргізуге жол берілмейді. Манту сынамасын қоюды кез келген профилактикалық егулерге дейін жүргізеді.

67. Профилактикалық егу мен Манту сынамасының арасындағы аралық екі айды құрайды. Туберкулин сынамаларын қойған күні балаларды медициналық тексеруден өткізеді. Манту сынамасын қою алдында екі айлық аралықты сақтау мақсатында қызамық, қызылша және паротитке қарсы вакцинасымен (бұдан әрі – ҚҚП) ревакцинациялау оқу жылы басталғанға дейін екі ай бұрын жүргізіледі.

68. Манту сынамасының нәтижесін миллиметрге бөлінген сызғышпен инфильтрат (папула) көлемін өлшеу арқылы жетпіс екі сағаттан кейін миллиметрмен (бұдан әрі - мм) бағалайды және инфильтрат көлемі білек осіне қатысы бойынша көлденең есеппен тіркейді. Инфильтрат болмаған кезде гиперемия өлшенеді және тіркеледі.

69. Туберкулез ауруының жоқтығы туралы фтизиатрдың қорытындысын Манту сынамасын қойған сәттен бастап ата-аналары бір айдың ішінде көрсетпеген туберкулезге қарсы диспансерге консультацияға жіберілген

балалардың мектепке дейінгі және бастауыш орта білім беру ұйымдарына баруына жол берілмейді.

70. Балаларды жеке есепке алу деректері бойынша (туберкулезді ерте анықтау мақсатында) жүргізілген Манту сынамасын жоспарлау, ұйымдастыру, уақтылы және толық есепке алу, сондай-ақ туберкулиндиагностика нәтижелері бойынша фтизиатрға толық тексеруге жіберілген балалардың уақтылы келу және тексерілу мәселесі бойынша медициналық туберкулезге қарсы ұйымдармен өзара іс-қимылды медициналық ұйымдардың басшылары қамтамасыз етеді.

70-1. Манту сынамасын салу жоспарының орындалуы бойынша есепті медициналық ұйымдар халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесіне осы Санитариялық қағидаларға 5-қосымшаға сәйкес нысан бойынша ұсынады.

Ескерту. Қағида 70-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

71. Манту сынамасының реакциясы:

1) инфильтраттың (папулдар) немесе гиперемияның толық жоқтығы және шаншу реакциясы бар болған кезінде (0-1 мм) – теріс;

2) инфильтратта көлемі 2-4 мм немесе тек инфильтратсыз кез келген көлемдегі гиперемия кезінде – күдікті;

3) 5 мм және одан да астам диаметрмен инфильтраты болған кезде – оң (нормергия);

4) 15 мм және одан да астам диаметрмен 0-14 жастағы балаларда, 17 мм және одан да астам диаметрмен 15-17 жастағы балаларда, 21 мм және одан да астам диаметрмен ересектерде инфильтраттың бар болу кезінде, сондай-ақ лимфангоитпен немесе онсыз инфильтраттың көлемінен сулы бөртпе-некроздық реакцияға тәуелсіз – гиперергиялық болып есептеледі.

72. Жоспарлы терішілік БЦЖ вакцинасымен вакцинациялау (ревакцинациялау) жағдайларында Манту туберкулин сынамасын инфекциялық аллергияға да, вакцинациялаудан кейінгі аллергияға да анықтайды. Аллергияның сипаттамасын саралап диагностикалау кезінде мынадай жиында ескеріледі:

1) оң туберкулин реакциясының қарқындылығы;

2) вакцинадан кейінгі жиектердің бар болуы және көлемі;

3) БЦЖ екпесінен өткеннен кейінгі мерзімі (вакцинациядан кейін 5 жылға дейін вакцинациядан кейінгі аллергия болмайды);

4) туберкулез ауруымен байланыста болу немесе болмау;

5) аурулардың клиникалық белгілерінің болуы.

73. Вакцинациядан кейінгі аллергияны күмәнді немесе оң реакцияның 5-11 мм папул көлемімен сипаттайды.

74. Гиперергиялық реакциялар вакцинациядан кейінгі аллергияға жатпайды.

75. Туберкулинге сезімталдық сипатын талдау қиындығы кезінде фтизиатр дәрігердің бақылауындағы созылмалы аурулар кезінде ауру бетінің қайту кезеңіне жеткенге дейін балалар қосымша тексерілуге және профилактикалық емделуге (гипосенсибилизация, инфекция ошағының санациясы, дегельминтизация) жатқызылады. Туберкулинге сезімталдық этиологиясын дифференциалды диагностикадан өткізу кезінде бір-үш айдан кейін туберкулезге қарсы ұйымда Манту сынамасын қайта салады. Өзіне тән емес аллергияның жиі клиникалық белгілері бар балаларға десенсибилизациялайтын дәрілерді қабылдағаннан кейін күнтізбелік жеті - он төрт күннің ішінде Манту сынамасын салады.

76. Манту сынамасы бойынша туберкулинге сезімталдық динамикасы туралы дұрыс деректердің болуы кезіндегі адамдар мына жағдайларда ТМБ жұқтырған деп есептеледі:

1) БЦЖ вакцинасымен иммунитеттеуге (туберкулинді сынаманың виражы) байланысты емес алғашқы рет оң реакциясы (5 мм және одан көп мөлшерлі папула);

2) 12 мм және одан да астам көлемді инфильтраты бар тұрақты түрде (4-5 жыл аралық бойы) сақтайтын реакция;

3) 1 жылдың ішінде (туберкулинді оң балалардағы) туберкулинге сезімталдықтың кенет күшеюі (6 мм және одан да астам).

77. Манту сынамасын қойған сәттен бастап күнтізбелік үш күннің ішінде баланы тұрғылықты жері бойынша туберкулезге қарсы диспансердегі фтизиатр дәрігерге кеңес алуға жібереді:

1) туберкулезге қарсы бұрынғы иммунитеттеуге байланысты емес алғашқы оң реакциямен (5 мм және одан да көп папула);

2) 12 мм және одан да көп инфильтраты бар тұрақты (төрт жыл) сақталатын реакциямен;

3) туберкулинді оң нәтижелі балаларда туберкулинге сезгіштікті дамытумен – инфильтратты 6 мм және одан да көп өсуі немесе 6 мм қарағанда артық өсуі, бірақ инфильтраттың 12 мм көлеммен пайда болуымен;

4) туберкулинге гиперреакциямен – инфильтраты 17 мм және одан көп немесе кішкентай көлемде, бірақ сулы бөртпелі-некроздық сипатта.

78. Балалардың фтизиатр-дәрігеріне толық тексерілуге туберкулинді реакцияның виражы және гиперергиясы бар балалар, кейбір жағдайларда аллергияның этиологиясы туралы мәселені шешу үшін (вакцинадан кейінгі немесе инфекциялы) бұрын жасалған туберкулин сынамасын, БЦЖ

вакцинациясы мен ревакцинациясының нақты күнін көрсететін құжаттамасы бар балалар жіберіледі. Толық тексерілудің бүкіл кезеңі бір айдан аспайды.

79. Вираз және гиперергиялық реакциясы бар балаларда белсенді туберкулин процесін жою кезінде диспансерлік есепке алудың (бұдан әрі – ДЕ) III тобы бойынша есепке алады.

80. Туберкулинге қайталама гиперергиялық реакциясы бар адамдарды жергілікті туберкулез процесін анықтау мақсатында кеңінен тексереді. Жергілікті туберкулез өзгерістері болмаған жағдайда мұндай балалар ДЕ алынбайды және химиялық профилактикадан қайтадан өтпейді.

81. Туберкулез ауруы бойынша "тәуекел" тобына мынадай:

1) әлеуметтік жағдайы қолайсыз отбасынан шыққан (аз қамтылған және көп балалы ата-аналар, жұмыссыз, маскүнемдіктен, нашақорлықтан зардап шегетін, АИТВ-жұқтырған, тұрақты мекенжайы жоқ адамдар, көшіп-қонушылар);

2) ұзақ жөтелу (екі аптадан астам) және үдемелі улану симптомдарымен (субфебрилитет, тершеңдік, тәбеттің және дене массасының төмендеуі, тітіркенгіштік, салбырлық және әлсіздік) амбулаториялық және стационарлық емделуде жатқан;

3) әртүрлі аурулардың себебі бойынша педиатрда ДЕ-де тұрған балалар;

4) жабық оқу орындарының (мектеп-интернаттар, мүгедек балаларға арналған мамандандырылған мектептер) контингенті;

5) вакцинацияланбаған және вакцинациядан кейінгі дамымаған БЦЖ тыртықтарымен;

6) гормондық терапияны қабылдайтын;

7) иммунндық супрессивті терапияны алатын (глюкокортикоидиер, иммунодепрессанттар, цитостатиктер, генді-инженерлік биологиялық препараттар);

8) егу статусы белгісіз балалар жатады.

82. Баланың даму тарихында "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 907 бұйрық) бекітілген № 112/у нысаны бойынша учаскелік педиатрмен, жалпы практика дәрігерімен (бұдан әрі - ОТД) туберкулез бойынша қауіп факторларын көрсете отырып, баланың "тәуекел" тобына алынуы жөніндегі эпикриз-негіздемеде рәсімделеді. Учаскелік педиатр (ОТД) барлық қызмет көрсетілетін бала тұрғындар үшін "Тәуекел" тобын ұйымдастырады.

83. Ұйымдастырылған ұжымдарда медициналық ұйым басшысының бұйрығымен бекітілген ұйымдарға бару кестесіне сәйкес балалар ұйымдарына

баратын арнайы оқытылған медицина персоналы туберкулин диагностикасын жүргізеді.

84. Вираз және гиперергиялық реакция анықталған жағдайда, басқа профилактикалық егулер бақыланатын химиялық профилактика курсы аяқталғаннан кейін бірден жүргізіледі.

85. Манту сынамасын жүргізуге әдістемелік басшылықты туберкулезге қарсы ұйымның балалардың дәрігер-фтизиатры жүзеге асырады.

86. Манту сынамасының нәтижелері № 907 бұйрығымен бекітілген профилактикалық екпелер картасында (№ 063/е нысаны), баланың медициналық картасында (№ 026/е нысаны), баланың даму тарихында (№ 112/е нысаны) белгіленеді. Баланың даму тарихында:

1) стандартты туберкулин шығаратын ұйым, сериясы, бақылау нөмірі және оның жарамдылық мерзімі;

2) туберкулинді сынаманы жүргізу күні;

3) Манту сынамасының нәтижесі инфильтрат болмаған кезде инфильтраттың миллиметрдегі көлемі түрінде теріс нәтижені, не болмаса гипермия көлемін көрсетеді.

87. Манту сынамасын қоюға қарсы көрсетілімдер:

1) асқыну кезіндегі тері аурулары, жіті және созылмалы инфекциялы және соматикалық аурулар (оның ішінде эпилепсия). Манту сынамасын барлық клиникалық симптомдар басылғаннан соң екі айдан кейін жүргізуге жол беріледі;

2) аллергиялық жағдай, ауру ішіндегі жіті және өткір фазалардағы ревматизм, бронх демікпесі, асқыну кезеңінде теріден көрініп айқындалған идиосинкразия. Барлық клиникалық симптомдар басылғаннан кейін 2 айдан соң Манту сынамасын жүргізуге жол беріледі.

88. Қарсы көрсетілімдерді анықтау мақсатында дәрігер (мейірбике) Манту сынамасын қою алдында медициналық құжаттаманы қарап шығады, сондай-ақ сынамаға алынатын адамдарға сұрақтар қойып, тексеру жүргізеді.

89. Балалар инфекциялары бойынша карантиндегі балалар ұжымдарында Манту сынамасын жүргізуге жол берілмейді (карантин алынғаннан кейін жүргізіледі).

90. "Тәуекел" тобына туберкулин диагностикасын әртүрлі инфекцияларға қарсы профилактикалық егулерді жүргізгенге дейін жоспарлайды.

Егер Манту сынамасын қандай да бір себептер бойынша әртүрлі профилактикалық егулерге дейін емес, кейін жүргізген жағдайда туберкулин диагностикасын екпе егілгеннен соң кемінде екі айдан кейін жүзеге асырады.

91. Үйде туберкулиндік Манту сынамасын жүргізуге жол берілмейді.

92. Туберкулез ошақтарындағы балаларға туберкулин диагностикасын туберкулезге қарсы ұйымдарда жүргізеді.

93. АИТВ-жұқтырған балалар мен жасөспірімдерге диагностикалық мақсатпен Манту сынамасы қойылмайды.

94. Жасөспірімдердегі туберкулезді ерте анықтау мақсатында профилактикалық медициналық және флюорографиялық тексерулер жүргізіледі.

95. Жасөспірімдердің профилактикалық медициналық және флюорографиялық тексерілуін оқу орны орналасқан жеріндегі емханада немесе тұрғылықты жері бойынша бастапқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі – БМСК) ұйымында жүзеге асырады.

96. Профилактикалық медициналық (флюорографиялық) тексеру 15, 16 және 17 жастағы жасөспірімдерге жүргізіледі. Көрсетілген жастарда профилактикалық тексеру туралы деректер болмаған кезде флюорографиялық тексеруді кезектен тыс тәртіппен жүргізеді.

97. Кортикостероидті, сәуле және цитостатикалық терапия емін қабылдайтын тыныс алу органдарының, асқазан-ішек жолдарының созылмалы өзіне тән емес ауруларымен, қант диабетімен ауыратын науқастарға, жасөспірімдерге туберкулезді анықтау мақсатында жылына бір рет профилактикалық медициналық тексеру (флюорографиялық тексеру) жүргізеді.

98. Наркологиялық және психиатрия мекемелерінде диспансерлік есепте тұрған, сондай-ақ АИТВ жұқтырған жасөспірімдерге жылына бір рет флюорографиялық тексеру жүргізіледі.

99. Туберкулезбен ауыру ықтималдығын көрсететін симптомдары бар жасөспірімдер (ұзаққа созылған өкпе ауруы, экссудативті плеврит, жіті және созылмалы лимфаденит, түйінді эритема, зәр шығаратын жолдың созылмалы ауруы) фтизиатрдан консультация алуға жіберіледі.

100. МСАК ұйымдарының медицина қызметкерлеріне мыналар жүктеледі:

1) клиникалық белгілері бар адамдар арасында қақырық жағындысын микроскопия әдісімен және туберкулез ауруының қаупі жоғары тұрғындар арасында флюорография әдісімен туберкулезді ерте ("тәуекел" тобы) анықтау;

2) бақыланатын химия терапияның жүзеге асуы;

3) туберкулездің алғашқы белгілері және оның алдын алу әдістері туралы халық арасында түсіндіру жұмыстарын жүргізу.

101. МСАК ұйымдарының медицина қызметкері қақырықты жинауды және оны зерттеу үшін зертханаға уақтылы жеткізуді жүзеге асырады. Қақырық жинауды ТҚҰ-да оқытылған және жыл сайын қайта даярлаудан өтетін медицина қызметкері жүргізеді.

102. МСАК ұйымдарында қақырыққа микроскопиялық зерттеу және генно-молекулярлық диагностика әдісі (Xpert MTB/RIF) қолжетімді болған кезде

екі апта бойы жалғасқан жөтел (жөтел туберкулездің өкпе (жұқпалы) формасы бар науқаста басты симптом болып табылады) және төменде көрсетілген бір немесе бірнеше клиникалық симптомдар болған жағдайда жүргізеді:

- 1) салмақ жоғалту;
- 2) кеуде қуысының ауруы;
- 3) қан түкіру;
- 4) дене қызуының ұзақ уақыт жоғарылауы.

103. Жөтелі бар науқастар МСАК желісінде кезектен тыс зерттеліп-қаралады және бір рет қолданылатын медициналық бетперделермен қамтамасыз етіледі.

104. Науқаста осы Санитарлық қағидалардың 102-тармағында жазылған клиникалық симптомдар болған жағдайларда медицина қызметкері науқасты туберкулезге тексерудің диагностикалық алгоритміне сәйкес толық іс-шаралар кешенін жүргізеді.

105. Туберкулезге рентгенологиялық күдік, бірақ өкпеге шағымдар мен улану симптомдары болмаған кезде қақырық жағындысының микроскопиясы теріс болған жағдайда диагностикалық алгоритмді жүргізбей диагнозды нақтылау үшін науқасқа фтизиатр консультация береді.

106. Туберкулезбен ауыратын науқаспен байланыс болған кезде клиникалық-рентгенологиялық күдігі бар жағдайларда диагностикалық алгоритмді жүргізбей диагнозды нақтылау үшін фтизиатр консультация береді.

107. Бактерия бөлетіні анықталған кезде науқас оған қосымша зертханалық зерттеулер жүргізу және тиісті туберкулезге қарсы ем тағайындау үшін туберкулезге қарсы ұйымға жіберіледі.

108. ТМБ-ға қақырықтың микроскоптық теріс нәтижелері болған және туберкулезге күдіктену симптомдары артқан кезде науқасқа дәрігер-фтизиатрдың консультациясы жүргізіледі.

109. Халық арасында флюорография тәсілімен туберкулезді анықтау 15 жастан бастап жүргізіледі. Флюорография нәтижесі оң адамдарды тексеру кезеңі қалалық жерде 2 аптадан аспауы және ауылдық жерде 1 айдан аспауы тиіс.

109-1. МСАК ұйымдарында флюросуретті талдау екі кезеңмен (екі рет оқу) жүргізіледі.

Ескерту. Қағида 109-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

110. Жыл сайын туберкулезге міндетті флюорографиялық тексерілуге жататын тәуекел топтарына мыналар жатады:

- 1) меншік нысанына қарамастан медициналық ұйымдардың қызметкерлері;
- 2) әскери қызметке шақырылғандар;

3) жоғары және арнаулы орта оқу орындарының студенттері, училищелердің оқушылары;

4) 15-17 жастағы жасөспірімдер;

5) өкпенің созылмалы ерекшелік емес ауруларымен, қант диабетімен, алкоголизммен, нашақорлықпен, АИТВ/ЖИТС-пен диспансерлік есепте тұрған адамдар;

6) иммундық супрессивті терапия алып жүрген адамдар;

7) өкпесінде кез келген этиологиядағы қалдық көріністер бар адамдар;

8) туберкулездің бактерия бөлмейтін түрімен ауыратын науқаспен байланыстағы адамдар;

9) мектепке дейінгі ұйымдардың, жалпы білім беру және мамандандырылған мектептердің, лицейлердің және гимназиялардың қызметкерлері;

10) Қазақстан Республикасының Қарулы Күштерінің, басқа да әскерлер мен әскери құралымдардың әскери қызметшілері;

11) табиғи және техногендік сипаттағы төтенше жағдайлардың алдын алу және жою саласындағы органдардың қызметкерлері;

12) Қазақстан Республикасына тұрақты тұруға және уақытша тұруға келген адамдар, оның ішінде еңбек көші-қоны бойынша келген адамдар;

13) тамақ өнеркәсібі, қоғамдық тамақтану және азық-түлік саудасы объектілерінің қызметкерлері;

14) халыққа қызмет көрсету саласының қызметкерлері;

15) жолаушыларды тасымалдаумен, көліктің барлық түрлерінде оларға қызмет көрсетумен айналысатын адамдар;

16) жоғары және арнаулы орта оқу орындарының қызметкерлері;

17) дәрілік заттарды дайындаумен, өлшеп-ораумен және өткізумен айналысатын дәріханалардың қызметкерлері;

18) туберкулезге қарсы вакцинациясыз перзентханадан немесе босандыру бөлімшесінен шығарылғанға дейін жаңа туған нәрестенің отбасы мүшелері.

111. 6 айда 1 рет туберкулезге флюорографиялық тексерілуге жататын тәуекел тобына мыналар жатады:

1) тергеудегі және сотталған адамдар;

2) Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігі жүйесінің қызметкерлері, оның ішінде мамандандырылған күзет қызметінің, патрульді-бекеттік, жол-патрульдік және учаскелік қызметтердің, тергеу изоляторларының және түзету мекемелерінің қызметкерлері, сондай-ақ сотталғандарды айдауылдау, түзету мекемелері мен қоғамдық тәртіпті күзетуді қамтамасыз ететін әскери қызметшілер;

3) шұғыл қызметтің әскери қызметшілері.

4) туберкулездің бактерия бөлетін түрімен ауыратын науқаспен байланыстағы адамдар.

111-1. Барлық босанған әйелдер шығарылғанға дейін босандыру ұйымында болған кезеңінде флюорография әдісімен туберкулезге міндетті түрде тексерілуге жатады. Медициналық босандыру ұйымдарының басшылары босанудан кейінгі кезеңде туберкулезге күдікті әйелдерді жеке палатаға уақтылы оқшаулауға жауапты болады және туберкулезге күдік анықталған сәттен бастап алты сағат ішінде туберкулезді растау немесе жоққа шығару мақсатында фтизиатр дәрігер консультантын шақыруды және қосымша зерттеу жүргізуді қамтамасыз етеді.

Ескерту. Қағида 111-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

11. Зертханаға қақырықты жинауға және тасымалдауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

112. Қақырық жинауды пациенттерге қызмет көрсетумен және оларды емдеумен айналысатын барлық медициналық ұйымдар жүргізеді.

113. Зертханаға жіберуге арналған қақырықты (бірінші күні – бір сынама, екінші күні – екі сынама) көлемі 50,0 миллилитр (бұдан әрі – мл), диаметрі 35 мм кең мойынды, жиналған материалдың көлемін және сапасын бақылауға болатын мөлдір герметикалық бұралатын қақпағы бар арнайы шыны контейнерлерге немесе бір рет пайдаланылатын контейнерлерге жинайды. Таңбалауды пациенттің тегін, атын және әкесінің атын және үлгінің нөмірін көрсете отырып, тек контейнердің бүйір бетінде жүргізеді. № 907 бұйрықпен бекітілген ТБ-05 нысанын қақырықтың (диагностикалау мақсатында) үш немесе (химия терапияны бақылау мақсатында) екі үлгісін толтырады.

114. Қақырығы бар контейнерлерді зертханаға тасымалдау үшін таңбаланған металл бикске орнатады. Қақырықты медициналық ұйымда жеті күнге дейін тоңазытқышта сақтауға жол беріледі. Бактериологиялық зерттеу жүргізуге жиналған қақырық бір тәулік ішінде зертханаға жеткізіледі онда тоңазытқышта 3 күннен асырмай сақталады.

115. Қақырық салынған контейнерлер қаптамалады. Бикстар тасымалдаған кезде күн сәулесі түсуінен қорғалған салқын жерде сақтайды.

116. Қақырықты тасымалдауды медициналық қызметкердің еріп жүруімен медициналық ұйымының көлігімен жүзеге асырады. Зертханалық зерттеуге жолдама бланкілері материалы бар контейнерлерден бөлек тұрады. Термоконтейнерлерге пациенттер мен сынамалар туралы мәліметтер келтірілетін ілеспе хат қоса ұсынылады. Қораптағы контейнерлердің саны тізімдегі тектердің

санына сәйкес келеді. Әрбір контейнердегі сәйкестендіру нөмірі тізімдегі сәйкестендіру нөміріне сәйкес келеді.

117. Ілеспе тізімде жолдану күні мен медициналық ұйымның атауы көрсетіледі.

118. Зертханаға қақырықтың үлгілерін қабылдау кезінде:

- 1) жеткізілген бикстің ағу белгілерінің бар-жоғын тексереді;
- 2) бикстің сыртқы бетін дезинфекциялайды;
- 3) жарық немесе зақымдануы бар контейнерлерді абайлап ашады және тексереді;
- 4) бикстің ішкі бетін дезинфекциялайды.

119. Зақымданған контейнерлерде, қақырықтың жеткіліксіз мөлшері болған жағдайда (3-5 мл) және тасымалдау бұзылғанда үлгілер зерттеу үшін алынбайды.

120. Қақырық жинау кабинетіндегі тікелей қақырық жинау үшін пайдаланылатын үй-жайдың бір бөлігі жуу және дезинфекциялау құралдарына төзімді материалдан жасалған толық биіктігінің бойымен қалқамен бөлінеді. Қақырық жинау бөлмесі бактерицидті экрандалған сәулелегіштермен, ингалятормен, антисептикалық сабынмен және антисептик ерітіндісімен дозаторы бар қол жууға арналған раковинамен, дезинфекциялық ерітіндісі бар сыйымдылықтармен, таза контейнерлер мен қақырығы бар контейнерлерге арналған сыйымдылықтармен жарақтандырылады, ауа алмасу жиілігі сағатына кемінде 6-12 көлем болатын жергілікті желдету жүйесімен жабдықталады.

121. Бактериоскопиялық зертханаларда үш секция болады:

- 1) биологиялық ішке сору шкафында жағындыларды дайындауға және бояуға арналған екі бөлікке бөлінген үстелі бар жағындыларды дайындауға және бояуға арналған;
- 2) микроскопияға арналған;
- 3) препараттарды тіркеуге және сақтауға арналған.

122. Туберкулезге қарсы ұйымдардың персоналы жұқтыру қаупі жоғары жерлерде қорғау дәрежесі жоғары респираторларды (кемінде 94,0 пайыз (%)) қолданады. Респираторлар көп рет пайдаланылады. Бетке тығыз, жабыспайтын, сүзгіші бұзылған, қан немесе биологиялық сұйықтықтармен ластанған респираторды пайдалануға жол берілмейді.

12. Халықты туберкулезге қарсы жоспарлы иммундауды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

123. Балаларға профилактикалық егулерді ата-анасының немесе заңды өкілдерінің келісімімен жүргізеді.

124. Профилактикалық егуді жүргізуге ерікті ақпараттандырылған келісім немесе бас тарту жазбаша түрде Кодекстің 7-1-бабы 1-тармағы 2) тармақшасына сәйкес анықтаған тәртіппен ресімделеді.

125. Балаларға қызмет көрсететін медициналық ұйымның басшылары профилактикалық егулерді жоспарлауды, ұйымдастыруды және жүргізуді, қамту толықтығын, нақтылығын есепке ала отырып қамтамасыз етеді, сондай-ақ олар туралы есептерді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне уақтылы беруді қамтамасыз етеді. Әдістемелік басшылықты ТҚҰ-ның мамандары жүзеге асырады.

126. Туберкулезге қарсы профилактикалық егулердің жиынтық жоспары және медициналық ұйымдарға иммундық-биологиялық препараттардың қажеттілігі халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерімен келісіледі.

127. Профилактикалық егулер жоспарын ведомстволық тиесілігіне және меншік нысанына қарамастан тұрғылықты жері бойынша перзентханалар (бөлімшелер) және медициналық ұйымдардың, білім беру ұйымдарының егу жұмысын жүргізуге жауапты медицина қызметкерлері жасайды.

128. Балаларды есепке алуды, егу картотекасын ұйымдастыру мен жүргізуді, профилактикалық егулер жоспарын қалыптастыруды балаларға қызмет көрсететін медициналық ұйымдар жүзеге асырады.

129. Балаларды есепке алу жылына екі рет (көктем, күз) жүргізіледі. Мекенжайы бойынша тұратын және тіркелген, іс жүзінде осы мекенжайы бойынша тұратын, бірақ тіркелмеген 15 жасқа (14 жас 11 ай, 29 күндік) дейінгі балаларды санаққа қосады. Өткізілген санақтың негізінде педиатрлық учаскелер (үй бойынша санақ) және туған жылдары бойынша балалардың санақ журналын ресімдейді. Санақтар арасында жаңа туған нәрестелер, жаңадан келген және кеткен балаларды есептен алып тастау туралы мәліметтерді енгізу жолымен балаларды есепке алуды түзетеді. Бір жылға дейін уақытша кету есептен алып тастауға негіз болып табылмайды.

130. Ведомстволық тиесілілігі мен меншік нысанына қарамастан, білім беру ұйымдарына, балалар үйіне, интернаттарға баратын балаларды есепке алуды жылына бір рет жүргізеді. Ұйымдарға баратын балалар туралы мәліметтерді ұйымның орналасқан орны бойынша МСАК ұйымына береді.

131. Туберкулезге қарсы иммундауды жүргізу үшін иммундаудың басқада түрлері, сондай-ақ туберкулиндиагностика жүргізілмейтін аптаның арнайы күнін белгілейді.

132. Туберкулезге қарсы ревакцинацияны дәрігердің (фельдшердің) медициналық тексеруінен кейін Манту сынамасының теріс нәтижесі бар декреттелген жастағы (6-7 жас) балаларға қатаң түрде жүргізеді.

133. Медициналық ұйымдарда егу жүргізу үшін Кодекстің 7-1-бабы 1-тармағы 2) тармақшасына сәйкес анықталған тәртіппен қажетті жабдықтармен жарақтандырылған арнайы егу кабинеттерін бөледі.

134. Білім беру ұйымдарына, мектеп-интернаттарға, колледждерге, лицейлерге баратын, балалар үйіндегі, сәбилер үйіндегі балаларға егулерді осы ұйымдардағы арнайы жабдықталған егу кабинеттерінде жүргізеді.

135. Иммундауды және туберкулиндиагностиканы жүзеге асыратын медицина қызметкерлері, жіті респираторлық аурулармен, ангинамен ауыратын, қолында жарақаты бар, терісі және шырышты қабатында іріңді жарақаттардың жайылуына қарамастан, осындай жарақаттары бар науқастар туберкулезге қарсы егу жүргізуден шеттетіледі.

135-1. "Акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының медицина қызметкерлері жүкті әйелдермен туберкулезге қарсы профилактикалық егу жүргізудің маңыздылығы туралы түсіндіру жұмысын жүргізеді.

Ескерту. Қағида 135-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

136. БЦЖ-вакцинасын және туберкулинді сақтау, тасымалдау және пайдалануды вакцинаға нұсқаулықтар және медициналық иммундық-биологиялық препараттарды тасымалдау және сақтау жағдайына қойылатын талаптарға сәйкес жүзеге асырады.

137. Туберкулезге қарсы вакцинациялауды, Манту сынамасын қоюды бір рет қолданылатын өздігінен бұзылатын (өздігінен блокталатын) шприцтермен жүргізеді.

138. Перзентханада нәрестенің анасының болуымен және жазбаша келісімімен вакцинацияланбаудың салдары және мүмкін болатын реакциялар мен иммундаудан кейінгі қолайсыз көріністер туралы түсіндіргеннен соң, туғаннан кейінгі алғашқы төрт күн ішінде егу кабинетінде жаңа туған нәрестелерге вакцинация Кодекстің 7-1-бабы 1-тармағы 2) тармақшасына сәйкес анықталған тәртіппен жүргізіледі.

139. Профилактикалық егу жүргізудің алдында дәрігер жаңа туған нәрестені қарайды, вакцинациялауға қарсы көрсетілімдер болмаған жағдайда, жаңа туған нәрестенің медициналық құжатында егу жүргізуге рұқсатты ресімдейді. Жаңа туған нәрестелерді вакцинациялауды егу жүргізуге рұқсаты бар егу кабинетінің мейірбикесі жүргізеді. Перзентханадан шығарылар кезде анасына перзентханада

алған егулер туралы жазбасы бар Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 8 маусымдағы № 420 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6325 болып тіркелген) бекітілген баланың Егу паспорты беріледі.

140. Перзентханада туберкулезге қарсы вакцинациялау жүргізілмеген балалар МСАК-та вакцинацияланады, бұл ретте екі айға толғанға дейін вакцинацияны алдын ала туберкулин диагностикасыз, ал екі айдан кейін Манту сынамасы теріс болған кезде жүргізеді.

141. БЦЖ вакцинасы егілмеген жаңа туған нәрестелер ата-анасымен бірге тұратын адамдардың барлығы туберкулез ауруына тексерілгеннен кейін МСАК ұйымы берген анықтамаға сәйкес перзентханадан шығарылады.

142. Анасында босанар алдында өкпе туберкулезі анықталған кезде жаңа туған нәресте (мүмкін болса сәбидің жолдасы/плацента да) туа біткен туберкулезге тексеріледі.

143. Вакцинация жасалған және перзентханадан шығысымен бактерия бөлушімен қарым-қатынас жағдайына түсетін балалар жаңа туған нәрестелерді күту бөлімшелерінде немесе сәбилер үйінде кем дегенде екі ай бойы оқшауланады (туберкулезге шалдыққан науқасты оқшаулау мүмкін болмаған жағдайда).

144. Егер сәбидің анасы туберкулездің белсенді түріне шалдыққан болса, нәрестені үш ай бойы химиялық профилактика жүргізу үшін оқшаулайды, содан кейін Манту сынамасы теріс нәтижелі болса, БЦЖ вакцинасы егіліп, иммунитет түзілгенге дейін тағы 2 ай бойы сәби анасынан оқшауланады.

145. Мыналар:

1) 6-7 жастағы (1-сынып) Манту сынамасының теріс нәтижесі бар, ауру жұқтырмаған сау балалар;

2) Мантудың теріс қайталама сынамасынан кейін үш айдан соң Манту сынамасының күмәнді реакциясы бар адамдар БЦЖ-мен ревакцинациялауға жатады;

3) Манту сынамасы мен БЦЖ ревакцинациясының арасындағы аралық кемінде күнтізбелік үш күн және екі аптадан аспауы тиіс. Медициналық қарсылықтар болған жағдайда ревакцинациялау қарсы көрсетілімдер алып тасталғаннан кейін жүргізіледі.

146. Ревакцинацияны оқу жылының алғашқы айында (қыркүйек) 6-7 жас (1-сынып) оқушылары арасында бүкіл республика бойынша бір уақытта мектептерде ұйымдастырылған балалардың дәрігер-фтизиатрымен бірге МСАК ұйымдарының медицина қызметкерлерімен жүргізеді. Осы айда мектепте басқа екпелерді жүргізуге жол берілмейді. Пайдаланылмаған БЦЖ вакциналарының қалдығы Кодектің 7-1-бабы 1-тармағы 2) тармақшасына сәйкес анықтаған

тәртіппен жоғары тұрған денсаулық сақтау ұйымына тапсырылады. Перзентханаларда (босандыру бөлімшелерінде) ғана тоңазытқышта плюс 2°C плюс 8°C аралығындағы температурада БЦЖ вакцинасын тұрақты сақтауға жол беріледі.

147. БЦЖ ревакцинациялауға қарсы көрсетілімдер:

- 1) ТМБ-ны жұқтыру немесе бұрын туберкулездің болуы;
- 2) оң және күмәнді Манту сынамасы;
- 3) БЦЖ вакцинациясы кезіндегі жанама реакциялар;
- 4) алғашқы туысқандық дәрежеде адамдарда анықталған БЦЖ-ның генерализацияланған инфекциясы;
- 5) АИТВ-инфекциясы;
- 6) иммун тапшылығы жағдайы, қатерлі ісіктер;
- 7) орталық нерв жүйесінің зақымдануы – неврологиялық симптомды (ауырлығы орта және ауыр дәрежелі) туа біткен жарақат;
- 8) субфебрильді температурамен және жалпы жағдайдың бұзылуымен қоса жүретін ауырлығы орта және ауыр ауруларда;
- 9) жіті инфекциялық және инфекциялық емес аурулар, жіті созылмалы, оның ішінде аллергиялық асқынулар. Ревакцинацияны сауыққаннан немесе ремиссия кезеңі басталғаннан кейін екі айдан соң жүргізеді;
- 10) туберкулезге қарсы вакцинациядан уақытша босатылған адамдарды есепке алады және толық сауыққаннан немесе қарсы көрсетілімі жойылғаннан кейін егеді.

148. БЦЖ вакцинасы бар ампулаларды ашу алдында мұқият көріп алады.

Мына жағдайларда препарат пайдаланылмауы тиіс:

- 1) ампулада заттаңба болмағанда немесе ол дұрыс толтырылмағанда;
- 2) вакцинаның жарамдылық мерзімі аяқталғанда;
- 3) ампулада сызат және жырық болғанда;
- 4) препараттың физикалық қасиеті өзгергенде (түсін, пішінін және басқасын өзгерту);
- 5) вакцинаға нұсқаулықта көрсетілген мерзімде араласқан препаратта бөгде қоспалар немесе бөлінбеген қауыздар болғанда.

149. Туберкулезге қарсы вакцина еріткішімен араластырылғаннан кейін вакциналардың қалдықтарын кейіннен жоя отырып, тез арада немесе егер бұл вакцинаға нұсқаулықта рұқсат берілетін болса, алты сағат ішінде пайдаланылады.

150. БЦЖ вакцинасы қатаң түрде нұсқаулықта көрсетілген көлемде сол иықтың үстіңгі және үшінші артқы бетінің ортаңғы шегіне теріішілік егіледі.

БЦЖ-ны егу организмнің барлық жағынан жалпы жауапты реакцияның дамуымен бірге жүреді.

БЦЖ вакцинасын енгізуге реакция былайша көрінеді:

1) БЦЖ-ны еккеннен кейін артынша 15-20 минуттан кейін сорылатын папула пайда болады;

2) организмнің барлық жағынан жалпы жауапты реакцияның дамуы. Қалыпты реакция ретінде бағаланатын 15-20 мм дейін аймақтық лимфа түйіндерінің ұлғаюы түрінде организмнің жалпы реакциясы көрінуі мүмкін, оның кері дамуы өз бетімен бірнеше айдан кейін болады;

3) жергілікті лимфа түйіндерінің 20 мм және одан артыққа өсуі БЦЖ вакцинасының жаңама реакциясы ретінде саналады, мұндай жағдайда ерекше терапия жүргізіледі.

4) жергілікті вакцинадан кейінгі егу реакциясының дамуы вакцинацияланған адамдарда төрт-алты аптадан соң ғана басталады, ал ревакцинацияланған адамдарда – бір аптадан соң басталуы мүмкін. Осы кезде вакцина енгізу орнында диаметрі 5-9 мм көлемінде гипермия және инфильтрат (папула) пайда болады. Кейінгі инфильтрат сулы бөртпеге, іріңді бөртпеге ауысады, содан кейін өздігінен түсіп қалатын және тыртықтың қалыптасуы басталатын қабыршақ пайда болады. Реакцияның сипаттамасы норма болып табылады және ешқандай дәрілік заттармен өңдеуді талап етпейді.

5) БЦЖ вакцинациясының және ревакцинациясының соңғы нәтижесі тыртықтың көлемі бойынша егуден кейін бір жылдан соң бағаланады. Егу техникасы мен вакцинаны сақтау дұрыс болған жағдайда енгізу орнына 95-97 процент (бұдан әрі - %) жағдайда тыртық қалыптасады. Диаметрі 5-8 мм тыртық ең оңтайлы болып есептеледі. Бірқатар жағдайларда БЦЖ вакцинасын енгізген орында апигментті дақ (2-3%) пайда болады;

Балалардың жергілікті егу реакциясы болмаған жағдайда (тыртықтың болмауы) ескереді және алты айдан кейін Мантудың алдын ала сынамасынсыз (тек бір рет) (вакциацияға дейін) қайта егеді, Мантудың теріс нәтижесі кезінде бір жылдан кейін егеді.

Қалыпты реакция сияқты бағаланатын 15-20 мм дейін аймақтық лимфа түйіндерінің ұлғаюы түрінде организмнің жалпы реакциясы көрінуі мүмкін, ал түйін 20 мм асқанда ерекше емдеуге жатады. Лимфадениттердің теріс дамуы 6-9 айдың ішінде байқалады.

151. Нәресте перзентханада болған кезінде дәрігер (мейірбике) анасына теріішілік вакцинадан кейін төрт-алты аптадан соң нәрестеде жергілікті егу реакциясы дамитынын және пайда болған жағдайда нәрестені учаскелік дәрігер-педиатрға қарату қажет екенін хабарлайды.

Вакцинацияланған (ревакцинацияланған) балаларға бақылауды МСАК дәрігер-педиатрлары жүргізеді. Сол себепті бір, үш, алты, он екі айдан соң № 907 бұйрықпен бекітілген медициналық құжаттаманың (063е, 026е, 112е) есепке алу нысандарындағы оның сипаттамасы мен көлемін тіркеумен жергілікті екпе егетін реакцияны тексеріп отырады, организмнің вакцинацияға жалпы реакциясын айқындау және аймақтық лимфаденитті уақтылы анықтау мақсатында перифериялық лимфа түйіндерінің реакциясына бақылау жүргізеді.

152. Сирек кездесетін жағдайларда БЦЖ вакцинасын енгізуге мынадай түрдегі жергілікті жанама реакциялар бақыланады:

- 1) аймақтық лимфаденит;
- 2) тері астындағы салқын абсцесс;
- 3) үстіңгі жара;
- 4) тыртық түйін;
- 5) сүйек жүйесінің зақымдануы (сүйек қабынуы).

153. Вакцинацияға жанама реакцияны кешенді клиникалық-рентгендік-зертханалық тексеру нәтижесінде фтизиатрлар белгілейді. Реакцияны анықтағаннан кейін БЦЖ вакцинасын енгізуге анықталған жанама реакциялар туралы медициналық ұйым басшысына хабарлайды және 24 сағат ішінде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне хабарлама жібереді.

154. Реакцияның сипаттамасы туралы мәліметтер № 907 бұйрықпен бекітілген 063/е, 026/е, 112/е есепке алу нысандарында тіркеледі. Реакциясы бар барлық балаларға бақылау картасы толтырылады.

155. Жанама реакциясы бар балаларды бір жылдың ішінде диспансерлік есептің III тобында бақылайды.

156. Баланы есепке алу және есептен шығару кезінде: қанның және зәрдің жалпы талдауы, кеуде қуысы органдарының рентгенографиясы, (есептен шығарған кезде) қосымша Манту сынамасы жүргізіледі.

157. Туберкулезге және туберкулин диагностикасына (вакцинациялау және БЦЖ қайталап егу) қарсы профилактикалық егуді препараттармен бірге ұсынылған нұсқаулықтарға сәйкес жүргізеді.

158. АИТВ-инфекциясының және басқа да қарсы көрсетілімнің клиникалық белгісі жоқ болған жағдайда, АИТВ-жұқтырған анадан туған нәрестелерге күнтізбелік мерзімде бір рет теріішілік БЦЖ вакцинасының стандартты дозасын салады.

159. Күнтізбелік мерзімде егу егілмеген АИТВ-жұқтырған анадан туған нәрестелерге алдын ала Манту сынамасы жасалмай, екі ай ішінде егу жүргізіледі; екі ай өткеннен кейін генерализацияланған БЦЖ-инфекциясының даму тәуекелі

себебінен БЦЖ-ны енгізуге жол берілмейді. Нәрестеге он екі айлық, кейбір жағдайларда он бес-он сегіз айлық жасқа жеткенге дейін (АИТВ жұқтыруын растау түпкілікті анықталғанға дейін) вакцинациядан кейінгі дамымаған белгілері бар (тыртығы) балаларға қайталама БЦЖ вакцинациясы жүргізілмейді. Он екі айлық, кейбір жағдайларда он бес-он сегіз айлық жаста АИТВ-инфекциясы жоққа шығарылған жағдайда БЦЖ екпесі Манту сынамасының теріс нәтижесі кезінде жүргізіледі.

160. АИТВ-жұқтырған балалар мен жасөспірімдерді БЦЖ-мен ревакцинациялау үдемелі иммунитет тапшылығының аясында генерализацияланған БЦЖ инфекциясының даму қаупінен жүргізілмейді.

161. Егер нәресте АИТВ-жұқтырған анадан туылған болса, бірақ нәрестенің өзі АИТВ-жұқтырылған болып табылмаса, онда БЦЖ-мен ревакцинациялау алдын ала қойылған Манту сынамасының теріс нәтижесінен кейін күнтізбелік мерзімде – алты жаста (1-сынып) жүргізіледі.

162. Орындалған егу, туберкулин сынамасы туралы мәліметтер (салу күні, препарат атауы, серия нөмірі, дозасы, бақылау нөмірі, жарамдылық мерзімі, енгізуге реакцияның сипаты) егу немесе туберкулин сынамасын жүргізу орны бойынша, сондай-ақ иммунизацияланған адамды (тіркеу орны бойынша медициналық ұйым) медициналық бақылау орны бойынша № 907 бұйрықпен бекітілген 063/е, 026/е, және 112/е есепке алу нысандарына енгізіледі.

163. Туберкулезге қарсы егуді және Манту сынамасын тіркеу үшін медициналық құжаттаманың есепке алу нысанына мыналар жатады:

- 1) профилактикалық егулер картасы, баланың даму тарихы;
- 2) баланың медициналық картасы;
- 3) егу паспорты.

164. Медициналық ұйымдарда қызмет көрсету ауданында тұратын он бес (14 жас 11 ай 29 күн) жасқа дейінгі барлық балаларға, сондай-ақ МСАК ұйымдары қызмет көрсететін ауданда орналасқан білім беру ұйымдарына баратын барлық балаларға профилактикалық егулердің есепке алу нысандары жүргізіледі.

165. Туберкулезге қарсы иммундаудан кейінгі жергілікті, жалпы реакцияларды және қолайсыз көрсетілімдерді есепке алу медициналық ұйымдар мен халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерінде Кодекстің 7-1-бабы 1-тармағы 2) тармақшасына сәйкес анықталған тәртіппен жүргізіледі. Иммундауды жүзеге асыратын медициналық ұйымда иммундаудан кейінгі қолайсыз көрсетілімдердің тіркелуі фактісі бойынша туберкулезге қарсы қызмет пен халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері мамандарының қатысуымен эпидемиологиялық тексеру жүргізіледі.

13. Туберкулез жағдайларын тіркеу мен есепке алуға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

166. Әрбір алғаш анықталған туберкулез жағдайы тіркелуге және есепке алынуға жатады.

167. Қазақстан Республикасының азаматтары, оралмандар және Қазақстан Республикасының аумағындағы басқа да адамдар оларда туберкулездің белсенді түрі алғаш анықталған кезде есепке алуға жатқызылады.

168. Туберкулезбен ауыратын науқастарды есепке алу және тіркеу науқастың тұрақты мекенжайына қарамастан ауру анықталған орны бойынша жүргізіледі.

169. Барлық шоғырлану түріндегі белсенді туберкулез диагнозы өмірінде алғаш рет қойылған әрбір науқасқа хабарлама - № 907 бұйрықпен бекітілген № 089/е нысаны толтырылады, ол үш күн мерзімде туберкулезге қарсы ұйымға және халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне жіберіледі. Өліміне себеп болған "белсенді туберкулез" диагнозы өлгеннен кейін қойылған жағдайда диагнозды дәрігер-фтизиатрдың растауы және № 089/е нысаны берілуі қажет.

170. Бактерия бөлетін туберкулезбен ауыратын науқас анықталған кезде № 089/е нысанындағы хабарламадан басқа, № 907 бұйрықпен бекітілген № 058/е нысанындағы хабарлама толтырылады, ол жиырма төрт сағат ішінде науқастың тұрғылықты жері бойынша халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне жіберіледі. № 058/е нысанындағы хабарлама бактерия бөлетін туберкулез жағдайын алғаш диагностикалағанда, туберкулездің белсенді емес түрімен ауыратын науқастарда бактерия бөлу пайда болғанда, тірі кезінде есепте тұрмаған науқастың туберкулезден қайтыс болған жағдайында толтырылады.

171. Туберкулез бойынша эпидемиологиялық көрсеткіштерді есептеу (сырқаттанушылық, аурушандық, өлім-жітім) тұрақты, көшіп-қонатын (ішкі және сыртқы) және түрме тұрғындарын есепке ала отырып, тұрғындардың көрсетілген санаттары бойынша бөлек талдаумен жүргізіледі.

172. Туберкулезбен ауыратын науқастардың барлық өлім-жітім жағдайы есепке алуға және тіркеуге жатады.

173. Науқаста алғаш рет ауру анықталған кезде туберкулез диагнозының дұрыстығын бақылауды және дәрігерлік комиссияның қорытындысы негізінде осы жердегі туберкулез ауруының жаңа жағдайын есепке алу және тіркеу қажеттілігі туралы соңғы шешімді қабылдауды туберкулезге қарсы ұйымдар жүзеге асырады.

14. Туберкулездің ошақтарында эпидемияға қарсы іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

174. Туберкулездің ошақтарын жіктеу бактерия бөлу қарқындылығын есепке ала отырып жүргізіледі.

175. Бактерия бөлу қарқындылығы:

1) қышқылға төзімді бактериялардың (бұдан әрі – ҚТБ) нақты санынан 1+ -ке дейін бірқалыпты бактерия бөлу;

2) көлемді бактерия бөлу (2+ -тен 3+-ке дейін) болып бөлінеді.

176. Туберкулез ошақтарының бірінші эпидемиологиялық тобына:

1) көлемді бактерия бөлетін науқастар тұратын ошақтар;

2) балалар мен жасөспірімдер, жүкті әйелдер, маскүнемдер, нашакорлар бар бірқалыпты бактерия бөлетін науқастар тұратын ошақтар;

3) санитариялық-гигиеналық жағдайлары қанағаттанарлықсыз, тұрмыс деңгейі төмен ошақтар жатады.

Екінші эпидемиологиялық топқа ошақта осы тармақтың 1), 2), 3) тармақшаларында санамаланған факторлар болмаған жағдайда, бірқалыпты бактерия бөлетін туберкулезбен ауыратын науқастар тұратын туберкулез ошақтары жатады.

Мыналар:

1) туберкулезбен ауыратын науқастардың бактерия бөлуді, жол жүруді, тұрақты мекенжайын ауыстыруды тоқтатқан сәттен бастап немесе бактерия бөлетін туберкулезбен ауыратын науқастың қайтыс болған сәтінен бастап туберкулездің ошақтары;

2) ауыл шаруашылығы малдарының туберкулез ауруы анықталған туберкулез ошақтары үшінші эпидемиологиялық топқа жатады.

Туберкулез ошақтарының үшінші тобының байланыста болған адамдары бір жыл бойы бақылауда болады.

177. Туберкулез инфекциясының ошағындағы эпидемияға қарсы іс-шаралар мыналарды қамтиды:

1) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 15 қаңтардағы № 19 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 8339 болып тіркелген) бекітілген Инфекциялық бақылау қағидаларын сақтай отырып, туберкулезбен ауыратын науқасты туберкулезге қарсы препараттармен емдеу және стационарлық жағдайда оқшаулау. Эпидемияға қарсы режим талаптарын сақтау жағдайлары болып, халықтың

санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерімен келісілген кезде амбулаториялық жағдайларда емдеуге жол беріледі;

2) науқас анықталған күннен бастап екі апта мерзімде байланыста болған адамдарды алғашқы тексеру (клиникалық - рентгенологиялық, Манту сынамасын қою, көрсеткіш бойынша жағындының микроскопиясы);

3) байланыста болған адамдарға (балалар мен 18 жасқа дейінгі жасөспірімдерге) көрсеткіштер бойынша химиялық-профилактика жүргізу;

4) дезинфекциялауды ұйымдастыру және жүргізу;

5) науқастар мен олардың отбасы мүшелерін эпидемияға қарсы және санитариялық-гигиеналық режимдерді сақтау шараларына, жұқтырудың алдын алуға бағытталған қорғаныш қағидаларына, ағымды дезинфекция жүргізу қағидаларына санитариялық оқытуды қамтиды.

178. Ошақ науқасты емдеу "Емдеу аяқталды", "Айықтырылды", "Қайтыс болды" деп аяқталған кезде және науқас ошақтан шығарылған кезде эпидемиологиялық есептен алып тасталады.

179. Байланыста болған адамдар эпидемиологиялық есептен ошақ алып тасталғаннан кейін жыл бойы бақылауда болады. Эпидемиологиялық есептен алыну алдында байланыста болған адамдар міндетті түрде тексеруден өтеді.

180. Туберкулездің ошақтарында ошақтың эпидемиологиялық тобына сәйкес эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізіледі. Ошақтарға ТҚҰ-ның және халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерінің мамандары бірлесіп:

- 1) бірінші эпидемиологиялық топта тоқсанына бір реттен сиретпей;
- 2) екінші эпидемиологиялық топта жарты жылда бір реттен сиретпей;
- 3) үшінші эпидемиологиялық топта жылына бір реттен сиретпей барады.

181. Ошақта оның қауіптілігін азайтатын немесе арттыратын жағдайлар өзгерген кезде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерінің мамандары учаскелік фтизиатрмен бірлесіп туберкулез ошағын бірінші эпидемиологиялық топтан екіншісіне ауыстыруды жүзеге асырады.

182. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерінің мамандары ТҚҰ-да есепте тұрған бактерия бөлетін науқастардың нақты санымен бактерия бөлетін науқастардың санын ай сайын салыстырып тексереді. Туберкулезге қарсы ұйымдар халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық

бөлімшелеріне туберкулезбен ауырғаны алғаш рет анықталған науқастар туралы мәліметті ай сайын жолдап отырады және туберкулез бойынша есептілікті салыстырып тексереді.

183. Туберкулез ошақтарына әрбір барудың нәтижелері эпидемиологиялық тексеру картасына түсіріледі.

184. Ошақтағы эпидемияға қарсы іс-шаралар алғашқы, ағымды және қорытынды болып бөлінеді.

185. Алғашқы іс-шаралар туберкулезбен ауыратын науқасты оқшаулауды және оны даярланған қызметкердің тікелей бақылауымен емдеуді, ағымдағы дезинфекция жүргізуді және бақылауды, байланыста болған адамдарды анықтауды және оларды ТҚҰ-ға есепке қоя отырып, тексеруді қамтиды.

186. Алғашқы күнтізбелік үш күн ішінде науқасты бактерия бөлуші ретінде есепке алғаннан кейін "Санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдары мен ұйымдарының есепке алу құжаттамасының нысандары мен тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасының Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 30 мамырдағы № 415 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11626 болып тіркелген) бекітілген "Туберкулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық тексеру картасын" (211/е нысаны) толтыра отырып, ошаққа алғашқы эпидемиологиялық тексеру жүргізеді.

Ескерту. 186-тармақ жана редакцияда - ҚР Ұлттық экономика министрінің 29.08.2016 № 389 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

187. Ошақты алғашқы тексерген кезде науқастың және оның отбасы мүшелерінің төлқұжат деректерін, науқастың жұмыс орны мен сипатын, оларды есепке қою үшін байланыста болған адамдардың тізімін нақтылайды. Егер бактерия бөлетін адам соңғы 4 айда басқа жерде тұрған болса, байланыста болған адамдардың тізімі сол мекенжайдағы адамдарды есепке ала отырып нақтыланады. Ошаққа қайта бару халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінің бейінді маманының ұйғарымы бойынша жүргізіледі.

188. Халықтың декреттелген топтарының арасында туберкулездің белсенді түрімен ауыратын науқастардың тіркелуінің әрбір жағдайында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы осы ұйымның фтизиатрымен және медицина қызметкерімен және оның басшысымен бірлесіп акті жасай отырып, науқастың жұмыс (оқу) орны бойынша эпидемиологиялық тексеру жүргізеді. Қажет болғанда мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органдары мен ұйымдарының басқа да мамандары тартылады.

189. МСАК және ТҚҰ желісінің медицина қызметкерлері науқасты және отбасы мүшелерін жұқтырудың алдын алуға бағытталған сақтау шараларына оқытады.

190. Ошақты тексергеннен кейін оны сауықтыру жоспарын құрады, ол:

- 1) науқасты уақтылы оқшаулауды және бақылап емдеуді;
- 2) көрсетілімдер бойынша балалар мен жасөспірімдерге химиялық профилактика жүргізуді;
- 3) тұрмыстың санитариялық-гигиеналық жағдайын жақсартуды;
- 4) байланыста болған адамдарды тексеруді;
- 5) науқастар мен байланыста болған ересектерді эпидемияға қарсы және санитариялық-гигиеналық режимді сақтауға, алдымен бөлмелерді желдету, ағымдық дезинфекциялау жүргізуге оқытуды;
- 6) бактерия бөлетін адамды және оның отбасы мүшелерін әлеуметтік, психологиялық және ақпараттық қолдауды;
- 7) қанағаттанарлықсыз санитариялық-гигиеналық жағдайдағы ошақтар және ошақты сауықтыру үшін қажет етілетін әлеуметтік және материалдық көмек көрсету қажеттігі туралы жергілікті атқарушы билік органдарына хабарлауды қамтиды.

191. Науқасқа "Туберкулезге қарсы ұйым контингентінің диспансерлік картасы" деген медициналық карта толтырады.

192. Туберкулезге қарсы ұйымы немесе кабинеттері жоқ ауылдық жерлерде ошақта МСАК медицина қызметкерлері жүргізеді.

193. МСАК желісінде ұйымдастыру-консультативтік жұмысты облыстық және аудандық туберкулезге қарсы ұйымдардың мамандары тоқсан сайын жүргізеді.

194. Ошақта ағымды іс-шаралар туберкулезбен ауыратын науқас үйде болғанда жүргізіледі. Бұл іс-шаралар санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық), емдік, ветеринариялық (келісім бойынша) іс-шараларды жүйелі жоспарлы жүргізуді қамтиды.

195. Ошақта:

- 1) ағымдағы дезинфекция;
- 2) балаларды, оның ішінде жаңа туған нәрестелерді және АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдарды оқшаулау;
- 3) байланыста болғандарды тексеру;
- 4) науқасты және оның отбасы мүшелерін гигиеналық тәрбиелеу;
- 5) тұрмыстың санитариялық-гигиеналық жағдайын жақсарту;
- 6) науқасты амбулаториялық емдеуді және байланыста болған адамдарға химиялық профилактика жүргізу сапасын бақылау жүргізіледі.

196. Ошақтағы сауықтыру жұмысын ТҚҰ-ның мейірбикесі учаскелік дәрігер фтизиатрдың жетекшілігімен жүргізеді.

197. Байланыста болған адамдар туберкулезге қарсы ұйымдарда мерзімдік тексеруден өтеді. Мейірбике отбасылық және басқа байланыста болған адамдарға және алдымен балаларға, жасөспірімдерге және жүкті әйелдерге, сондай-ақ туберкулезбен ауырған ауыл шаруашылығы малдарымен байланыста болған адамдарға тексеру жұмыстарын жүргізеді.

198. Туберкулез инфекциясы ошағында эпидемияға қарсы қорытынды іс-шара ошақты эпидемиологиялық есептен алып тастауды көздейді.

199. Ошақтарға барған кезде медицина қызметкерлері жұқтыру мүмкіндігіне қарсы сақтандыру шараларын сақтайды (барабар сүзгісі бар тығыз жанасатын респиратор, медициналық халат киеді және жеке гигиенаны сақтайды).

200. Науқас туралы хабар алғаннан кейін күнтізбелік жеті күннен кешіктірмей, фтизиатр және халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органдары мен ұйымдарының басқа мамандарын тарта отырып, жұмыс (оқу) орнына эпидемиологиялық тексеру жүргізеді. Байланыста болған адамдардың ортасын және ошақ шекарасын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы айқындайды.

201. Туберкулездің белсенді түрімен ауырған адаммен байланыста болған жұмысшылар, қызметшілер және оқушылар жұмыс (оқу) орны бойынша байланыста болған адамдарға жатады. Барлық байланыста болған адамдарды жұмыс (оқу) орнының орналасуы бойынша МСАК ұйымдарында тексереді.

202. Тексеру кезінде жұмыс істеушілердің, балалардың және жасөспірімдер құрамының тізімі, алдыңғы және ағымдағы жылдардағы флюорографиялық тексерілу күні нәтижелері нақтыланады, ошақ шегі анықталады және эпидемияға қарсы және профилактикалық іс-шаралар жоспары әзірленеді.

203. Флюорографиялық тексерудің алдыңғы тексеру сәтінен бастап алты ай өткен байланыста болған адамдарды флюорографиялық тексеру және балаларға туберкулин сынамасын қою эпидкөрсетілімдер бойынша жүргізіледі. Фтизиатр көрсетілімдер бойынша химиялық-профилактикалық емдеуді тағайындайды, ТҚҰ бақылау емдеуі үшін ем-шара парағы және препараттар кәсіпорынның немесе ұйымның медициналық пунктіне береді.

204. Химиялық профилактиканы, оның әр дозасын қабылдауды МСАК жүйесінің (емхана, медициналық пункт, дәрігерлік амбулатория, жалпы дәрігерлік практика бөлімшесі), ұйымдастырылған ұжымдардың (иектеп, балабақша, орта оқу орны) және санаторийлік типтегі мекемелердің (

санаторийлік балабақша, санаторийлік топ, балалар туберкулез санаторийі), медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен жүзеге асырады.

205. Бактерия бөлетін туберкулез инфекциясы ошақтарындағы бір жасқа дейінгі балаларға БЦЖ вакцинациясынан кейін екі ай өткен соң химиялық профилактика жүргізіледі. Химиялық профилактика сонымен қатар 18 жасқа толмаған балаларға жүргізіледі.

206. Химиялық профилактика хабардар етілген пациенттің (ата-анасының немесе баланың қамқоршысының) жазбаша ерікті келісімі алынғаннан кейін жүргізіледі. Химиялық профилактика туралы деректер амбулаторлық науқастың медициналық картасына (026е нысанды), ТБ-01 туберкулез жағдайының медициналық картасына енгізіледі, "орындалған емдеуді бақылау парағы" күн сайын тіркеленеді.

207. Химиялық профилактика амбулаторлық жағдайда МСАК жүйесінің медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен жүргізіледі.

208. Химиялық профилактиканың жүргізілу ұзақтығын қарсы көрсетілімдерді ескере отырып ТҚҰ айқындайды.

209. Кешенді клиникалық-рентгенологиялық тексеру нәтижелері бойынша белсенді туберкулез анықталмаған жағдайда ғана АИТВ-инфекциясы бар адамдарға фтизиатр-дәрігер химиялық профилактика тағайындайды.

АИТВ-инфекциясы бар адамдарда химиялық профилактика МСАК және ЖИТС орталықтарының медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен жүргізіледі.

210. КДТ/ДАТ ТБ шалдыққан науқастармен қарым-қатынаста болған туберкулез микобактериялары жұққан балалар мен жасөспірімдерге изониазидпен химиялық профилактика жүргізілмейді.

211. Химиялық профилактиканы ТҚҰ тағайындайды және мониторингілейді.

212. Білім беру ұйымдарында осы ұйымның медицина қызметкері мен оның басшысының қатысуымен халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы мен фтизиатр туберкулездің белсенді түрімен ауыратын науқастардың тіркелген әрбір жағдайына эпидемиологиялық тексеру жүргізеді.

213. Тексеру кезінде жұмыскерлердің, балалар мен жасөспірімдердің тізімдік құрамын, туберкулинді диагностиканы және өткен және ағымдағы жылдың флюорографиялық тексеру күні мен нәтижелерін нақтылайды, ошақ шекарасын айқындайды және эпидемияға қарсы іс-шаралар жоспарын әзірлейді.

214. Барлық байланыста болған адамдар туралы мәліметтерді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы тексеру үшін тұрғылықты жері бойынша МСАК ұйымына және ТҚҰ-ға береді.

215. Соматикалық, инфекциялық және психоневрологиялық стационарларда емдеуде жатқан науқаста туберкулездің белсенді түрінің диагнозы қойылғанда, эпидемияға қарсы іс-шаралардың алғашқы кешенін осы ұйымның персоналы жүзеге асырады.

216. Амбулаторлық емдеу ТҚҰ диспансерлік бөлімшелерінде, МСАК ұйымдарында немесе стационарды алмастыратын технологиялар жағдайында жүргізіледі. Амбулаторлық емдеу бактерия бөлмейтін науқастарға жүргізіледі. Тұрғылықты жері бойынша амбулаторлық емдеу жүргізу тәртібі туберкулезбен ауыратын науқастың ТБ-01 амбулаторлық және медициналық картасында толық көрсетіледі.

217. ТҚҰ немесе МСАК ұйымына амбулаторлық емдеуге жіберген кезде № 907 бұйрықпен бекітілген ТБ01 немесе IV санатты ТБ01 медициналық картасы жіберіледі.

218. Туберкулезге қарсы ұйымдар туберкулезбен ауырған науқастарды емдеу кезінде жағынды микроскопиясын және қақырықты өсірінділеп зерттеуді жүргізеді: I санаттағы науқастарды емдеу кезінде 2,3,4-айдан соң; II санаттағы 3,4,5-айдан соң, қарқынды фазадағы IV санат бойынша – ай сайын, демеуші фазасында – тоқсан сайын.

219. Диспансерлік есепке алу (бұдан әрі - ДЕ) және бақылау мына топтар бойынша жүзеге асырылады:

- 1) нөлдік топ (0) – белсенділігі күмәнді туберкулезбен ауыратын адамдар;
- 2) бірінші топ (I) – белсенді туберкулезбен ауыратын адамдар;
- 3) екінші топ (II) – белсенді емес туберкулезбен ауыратын адамдар;
- 4) үшінші топ (III) – туберкулезге шалдығу қаупі жоғары адамдар.

"0" топтағы адамдарға туберкулезге қарсы препараттарды пайдалануға жол берілмейді. Бақылау мерзімі – 6 ай. Белсенді туберкулез анықталған кезде науқас "I" топқа ауыстырылады. Туберкулин сынамасының инфекциялық этиология сипаты белгілі болған жағдайда бала "III Б" тобына ауыстырылады.

"I" топта бактерия бөлетін және бактерия бөлмейтін кез келген жайылтпаушылықты туберкулездің белсенді формасымен ауыратындарды бақылайды.

"II" топта белсенді емес туберкулезді үдерісімен адамдарды емдеу курсың сәтті аяқталғаннан кейін бақылайды.

"III" топта туберкулезбен аурудың жоғары тәуекелді адамдар бақыланады және келесі топ бөлігіне бөлінеді:

III А:

- 1) туберкулездің белсенді түрімен ауыратын адамдармен байланыстағылар;
- 2) бактерия бөлетіндігіне қарамастан туберкулездің белсенді түрімен ауыратын адамдармен байланыстағы;

3) туберкулезден өлім-жітім болған бұрын белгісіз ошақтардағы балалар мен жасөспірімдер;

III Б: "туберкулез микобактериясын жұқтырған алғашқы рет анықталған";

III В: БЦЖ вакцинасын енгізуге жанама реакциясы балалар.

15. Туберкулез ошақтарындағы дезинфекциялауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

220. Туберкулез ошақтарында ағымдағы дезинфекциялау үй-жайды тиімді желдету арқылы (жылдың жылы мезгілінде үй-жайларды тұрақты желдету және жылдың салқын мезгілінде әр сағат сайын 5-10 минут желдету) жүргізіледі. Іс-шараларда "Бактерия бөлетін туберкулез" диагнозы қойылған және науқасты есепке алған сәттен бастап санитариялық-гигиеналық, эпидемияға қарсы және дезинфекциялау режимдерін сақтау көзделеді.

221. Ошақта жүргізілетін іс-шаралардың мониторингін және ағымдағы дезинфекцияны ТҚҰ-ның мамандары жүзеге асырады, олар науқасқа тығыз жабылатын қақпағымен (кемінде екеу) түкіргішті және дезинфекциялау құралдарын пайдалануға береді. ТҚҰ жоқ елді мекендерде дезинфекциялау құралдарын МСАК ұйымы береді.

Науқастың амбулаториялық картасына учаскелік дәрігер ағымдағы дезинфекциялау жүргізу және аяқтау күнін белгілейді. Ағымдағы дезинфекциялау жүргізуді науқасқа немесе отбасының бір мүшесіне (балалар мен жасөспірімдерден басқа) тапсырады.

222. Учаскелік фтизиатр науқасты санитариялық-гигиеналық тәртіпке оқытады: бетпердені қолдану, қақырықты түкіргішке түкіру және ағымдағы дезинфекциялау жүргізу.

223. ТҚҰ-ның басшысы уақтылы және сапалы ағымдағы дезинфекциялауды қамтамасыз етеді.

224. Механикалық іске қосылатын сыртқа тарату желдеткіші болмаған жағдайда, ТҚҰ-ның барлық үй-жайлары тұрақты: жылдың жылы мезгілінде тұрақты және жылдың салқын мезгілінде әр сағат сайын 5-10 минуттан желдетіледі.

225. Стационарда болған кезде науқастың сыртқы киімін арнайы үй-жайда сақтайды. Науқас сыртқы киімін күндіз таза ауаға шыққан кезде пайдаланады.

226. Науқас ауруханадан шыққаннан кейін төсек жабдықтары (стационарға тиесілі жастықтар, матрацтар, көрпелер) дезинфекциялау камерасында зарарсыздандырылады.

227. Үй-жайлар және күнделікті қолданылатын заттар күн сайын ылғалдап тазартылуға жатады.

228. Түкіргіштерді жинауды, зарарсыздандыруды және беруді арнайы бөлінген үй-жайда жеке қорғаныш құралдарын қолдана отырып, даярлықтан өткен персонал жүзеге асырады.

229. Пайдаланылған асхана ыдыстарын буфеттегі таңбаланған үстелде қолғаппен жинайды, ондағы тамақ қалдықтарын тазалап, алдын ала жумай, бөлек ыдыста зарарсыздандырады, сосын жуады және кептіргіш шкафта немесе бөлек үстелде кептіреді.

Ыдыс-аяқтарды ауа стерилизаторында зарарсыздандырады. Пайдаланылған ыдыс-аяқты жинағаннан кейін үстелді дезинфекциялау ерітіндісіне малынған шүберекпен сүртеді.

230. Тамақ қалдықтарын сыйымдылыққа (шелекке, бакқа) жинайды, 5-ке 1 қатынасында құрғақ дезинфекциялау құралын себеді.

231. Лас киім-кешекті сұрыптау қабырғаларына 1,5 метр биіктікте кафель қойылған және механикалық сыртқа тарату желдеткішімен жабдықталған бөлмеде арнайы киімде, респираторларда, қолғаппен, резеңке аяқ киіммен жүргізіледі.

232. Киімді клеенка қапта жинайды, кір жуатын орынға жібереді. Бөлек кір жуатын орын болмаған жағдайда, киім-кешекті кір жуатын жерге жіберер алдында алдын ала зарарсыздандырады және белгіленген күндері бөлек машиналарда жуады.

233. Стационарлық бактерия бөлгіш науқастарға ауыр жағдайларды қоспағанда адамдардың кіруіне жол берілмейді. Бұл ретте келушілер жеке қорғаныш құралдарын (респиратор, халат) қолданады. Науқастар медицина персоналының рұқсатымен ғана стационар аумағынан шығарылады.

234. Туберкулезге қарсы ұйымдарда қорытынды дезинфекциялау қайта бейіндеу, көшу, реконструкциялау, жөндеу жағдайларының барлығында дезинфекциялау құралдарының бірімен, сондай-ақ жылына 1 рет профилактикалық мақсатта жүргізіледі.

235. Ошақтардағы қорытынды дезинфекциялауды дезинфекция станциясының, мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдарының дезинфекция бөлімінің (бөлімшесінің) қызметкерлері туберкулезге қарсы диспансерден өтінім алған кезден бастап алты (қала) немесе он екі сағат (ауыл) ішінде жүргізеді.

236. Қорытынды дезинфекциялауды науқастың ошақтан шығу және үйде қайтыс болу жағдайларының барлығында; көшіп кеткеннен кейін мекенжайын ауыстырғанда (пәтерлерді немесе бөлмені заттарымен бірге өңдеу) жүргізіледі.

16. Туберкулездің таралуының алдын алу саласында мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

237. Халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері:

1) туберкулезге қарсы қызметпен бірлесе отырып, туберкулезге қарсы күрес бойынша өңірлік бағдарламалар дайындауды;

2) туберкулезге қарсы егілген егулер мен контингенттер туралы мемлекеттік есепке алуды және есептілікті;

3) егулерді және туберкулин сынамаларын жоспарлауда, БЦЖ вакцинасы мен туберкулин, 2 ТБ-мен Манту сынамасы қажеттілігін айқындауда денсаулық сақтау ұйымдарына әдістемелік және консультативтік көмек көрсетуді;

4) БЦЖ вакцинасы мен туберкулинді тасымалдауды, сақтауды және есепке алуды қадағалауды;

5) профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың уақтылы жүргізілуін, бациллярлық науқастардың уақтылы емдеуге жатқызылуын, туберкулез ошақтарында эпидтопқа сәйкес эпидемияға қарсы іс-шаралардың жүргізілуін, ТБҰ-да санитариялық-эпидемияға қарсы режимнің сақталуын бақылауды;

6) туберкулез бойынша қолайсыз шаруашылықтардағы малдарға қызмет көрсетуді жүзеге асыратын адамдардың жұқтыруының алдын алу бойынша іс-шаралардың сақталуын, мал шаруашылығы қызметкерлері еңбегінің қорғалуын, шаруашылықтарда және фермаларда профилактикалық іс-шаралардың орындалуын бақылауды;

7) туберкулезге қарсы күрес саласындағы басқа мемлекеттік органдармен және ұйымдармен өзара іс-қимылды;

8) туберкулезге қарсы және емдеу-профилактикалық ұйымдардың мамандарымен бірлесіп, кейіннен аттестаттау жүргізу арқылы медициналық қызметкерлерді БЦЖ вакцинасымен және туберкулинмен жұмыс істеу, туберкулезге қарсы профилактикалық егулерді және туберкулиндік диагностиканы жүргізу, инфекциялық бақылау шараларын сақтау бойынша даярлауды;

9) есепті жылы алғашқы рет анықталған туберкулезбен ауыратын науқастарды № 907 бұйрықпен бекітілген № 089/е н. хабарламасы негізінде және № 058/е н. шұғыл хабарламасы негізінде бактерия бөлетін науқастарды есепке алуды;

10) туберкулезге қарсы және емдеу-профилактикалық ұйымдардың және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің

"Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемаларының ұлттық орталығы" ШЖҚ РМК мамандарымен бірлесіп тұрғындар арасында туберкулездің алдын алу шаралары туралы санитариялық-түсіндіру жұмысын;

11) декреттелген контингент арасында туберкулезді микроскопия, флюорография және туберкулин сынамасы әдісі арқылы анықтауды ұйымдастыруға бақылауды;

12) туберкулезге қарсы және емдеу-профилактикалық ұйымдардың мамандарымен бірлесіп амбулаториялық емдеудегі туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеуге бақылауды жүргізеді, "Айықтырылды" немесе "Емдеу аяқталды" деген нәтижеге дейін БК+ туберкулез ошақтарында іс-шаралар жүргізілуіне мониторингті жүзеге асырады;

13) типі, инфекциялық мәртебесі және көптеген дәрілерге төзімділігінің болуы бойынша туберкулезбен ауыратын науқастарды жеке емдеуге жатқызуға бақылауды жүргізеді.

17. Ауруханашілік инфекциялық аурулардың алдын алу жөніндегі санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

238. Ауруханашілік инфекциялық аурулардың (бұдан әрі – АИИА) алдын алу жөніндегі іс-шараларды тиімді ұйымдастыру және жүргізу үшін әрбір медициналық ұйымда инфекциялық бақылау бағдарламасы әзірленеді, ол:

- 1) ауруханашілік инфекцияларды есепке алу мен тіркеуді;
- 2) АИИА-мен сырқаттанушылықты талдауды, тәуекел факторларын анықтауды, АИИА-ның белең алуын тексеруді және оларды таратпау бойынша шаралар қабылдауды;
- 3) микробиологиялық мониторингті ұйымдастыруды және жүргізуді;
- 4) антибиотикалық-профилактикалық және антибиотикалық-терапия тәсілдерін әзірлеуді;
- 5) кәсіптік аурулардың алдын алу жөніндегі іс-шараларды ұйымдастыруды;
- 6) инфекциялық бақылау мәселелері бойынша персоналды оқытуды;
- 7) санитариялық-эпидемияға қарсы режимді ұйымдастыруды және бақылауды;
- 8) медициналық қалдықтарды жинауды, зарарсыздандыруды, уақытша сақтауды, тасымалдауды және кәдеге жаратуды ұйымдастыруды көздейді.

239. Медициналық ұйымдарда инфекциялық бақылау денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган айқындайтын тәртіппен жүргізіледі.

240. Инфекциялық емес бейіндегі медициналық ұйымдарда пациентте айналасына эпидемиологиялық қауіп төндіретін инфекциялық ауру анықталған кезде ол изоляторға ауыстырылады. Изолятор болмаған жағдайда инфекциялық аурулармен ауыратын пациенттер тиісті инфекциялық ауруханаларға ауыстырылуы тиіс.

241. Эпидемиялық көрсетілімдер бойынша жабылатын стационарды ашу тиісті аумақтағы халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерімен келісім бойынша жүргізіледі.

242. Терінің және сілемейлі қабықтардың тұтастығының бұзылуымен байланысты барлық медициналық манипуляциялар бір рет пайдаланылатын қолғаптармен жүргізіледі.

243. Медициналық персонал әрбір медициналық манипуляцияның алдында қолдарын өңдейді.

18. Вирустық гепатиттердің алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

244. Вирустық гепатиттермен ауыратын адамдарды немесе күдіктілерді анықтауды амбулаториялық қабылдаулар, стационарға жатқызу, үйге келу кезінде, медициналық тексеріп-қараулар, диспансерлеу және басқа да медициналық ұйымдарға бару кезінде меншік нысанына қарамастан медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері жүргізеді.

245. Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарды диагностикалау, емдеуге жатқызу және диспансерлеу вирустық гепатиттердің сыныптамасы, емдеуге жатқызу және диспансерлеу жағдайларымен сәйкес осы Санитариялық қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

246. Вирустық гепатиттер тіркелген кезде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерінің мамандары вирустық гепатиттермен ауырған науқастар ошақтарына эпидемиологиялық зерттеп-қарау және В мен С жіті вирустық гепатиттерінің, алғаш анықталған В мен С созылмалы вирустық гепатиттерінің әрбір жағдайына эпидемиологиялық тексеру, берілу жолдарын анықтау және медициналық және басқа да ұйымдарда жұқтырудың тәуекел факторларына бағалау жүргізеді.

247. Вирустық гепатиттермен анықталған науқастар медициналық ұйымдарға зерттеліп-қарауға және емделуге жіберіледі.

Медициналық ұйымдарда вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарды тексеру және емдеу денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган айқындайтын тәртіппен жүргізіледі.

248. Вирустық гепатиттер ошақтарында дезинфекциялау іс-шаралары жүргізіледі.

19. Энтералдық берілу механизмі бар А және Е вирустық гепатиттері кезіндегі санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

249. А және Е вирустық гепатиттері (бұдан әрі – АВГ және ЕВГ) кезіндегі санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар мыналарды қамтиды:

1) қоғамдық тамақтандыру объектілерінде, санитариялық тораптарда, сынып бөлмелерінде және рекреацияларда жүргізу техникалық персоналға жүктелген күнделікті ағымдағы жинау кезінде санитариялық-гигиеналық талаптарды сақтауды қамтамасыз ету;

2) бастауыш, негізгі орта білім беру ұйымдарындағы оқушыларды мектептің үй-жайларын жинауға тартуға жол бермеу.

250. АВГ-нің өзіндік профилактикасы – вакцинациялау.

251. ЕВГ-нің өзіндік профилактикасы жоқ.

252. АВГ-ға қарсы вакцинациялауға жататын контингенттер мыналар:

1) екі жастағы балалар;

2) АВГ ошағында байланыста болған күннен бастап алғашқы екі аптаны қоса алғанда, он төрт жасқа дейінгі байланыста болған адамдар;

3) 14 жасқа дейінгі балалар, В және С созылмалы вирустық гепатиттерімен ауыратын ремиссия кезеңіндегі науқастар.

253. Вакцинация алты ай аралықпен екі рет жүргізіледі. Вакцинаны енгізуге жанама әсерлер тән емес. АВГ-ге қарсы вакцинаны бөлек енгізген жағдайда басқа вакциналармен бір уақытта енгізуге жол беріледі.

254. АВГ және ЕВГ-мен ауыратын науқастар ошақтарындағы іс-шаралар:

1) науқаспен байланыста болған адамдар онымен қарым-қатынасты үзгеннен кейін күнтізбелік отыз бес күн бойы апта сайын дәрігердің қарауымен (сауалнама, тері мен шырыштыларды тексеріп-қарау, қызу өлшеу, бауырды қолмен зерттеу) медициналық бақылауға жатады;

2) бақылау кезеңінде жаңадан балалар қабылдауға және байланыста болған балаларды басқа топтарға, палаталарға немесе мекемелерге ауыстыруға жол берілмейді, ауру жағдайы тіркелген сынып үшін кабинетте оқыту жүйесі

тоқтатылады. Сырқаттанушылық өршіген кезде соңғы жағдай тіркелген күннен бастап инкубациялық мезгілде барлық бастауыш және негізгі орта білім беру ұйымы бойынша кабинетте оқыту жүйесі тоқтатылады;

3) науқаспен байланыста болған адамдарды клиникалық көрсетілімдер болған жағдайда қанның биохимиялық талдауына зертханалық зерттеп-қарау дәрігердің тағайындауы бойынша жүргізіледі;

4) науқасты ұжымнан оқшаулағаннан кейін балалар бірге тамақтанған, болған және ұйықтаған болса, мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту, жабық типті бастауыш және негізгі орта білім беру ұйымдарында қорытынды ошақтық дезинфекция жүргізіледі.

255. Ошақтық қорытынды дезинфекциялауды дезинфекция станциялары немесе халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы қызметті жүзеге асыратын мемлекеттік ұйымдардың дезинфекция бөлімдері (бөлімшелері) жүргізеді.

256. Ошақтық ағымдағы дезинфекцияны:

1) мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту, бастауыш, негізгі орта білім беру ұйымдарының және емдеу-сауықтыру ұйымдарының басшыларының бұйрығымен белгіленген адам науқасты оқшаулаған сәттен бастап осы ұйымның медицина қызметкерінің бақылауымен отыз бес күн бойы жүргізеді;

2) дезинфекциялау құралдарымен қамтамасыз ету вирустық гепатит ошағы тіркелген ұйымның әкімшілігіне жүктеледі;

3) ошақтық қорытынды және ағымдық дезинфекциялауды ұйымдастыру және жүргізу ұйымның басшысына жүктеледі.

20. Парентеральдық берілу механизмі бар В, С және Д вирустық гепатиттері кезінде санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

257. С вирустық гепатитінің (бұдан әрі – СВГ) өзіндік профилактикасы жоқ.

258. В және Д вирустық гепатиттерінің (бұдан әрі – ВВГ және ДВГ) өзіндік профилактикасы – вакцинациялау. ВВГ-ге қарсы вакцинациялаудың басты мақсаты аурудың созылмалы түрлерін қоса алғанда В және Д гепатиттерінің алдын алу болып табылады.

259. ВВГ-ге қарсы моноваленттік вакцина құтыларда сұйық түрінде, бір дозалы немесе бірнеше дозалы қаптамада шығарылады. ВВГ-ге қарсы моноваленттік вакцина тек ВВГ-ден ғана қорғайды. ВВГ-ге қарсы вакцина басқа да бірден бірнеше инфекциялық ауруларға қарсы қорғанышты қамтамасыз ететін құрама вакциналардың құрамында шығарылады.

260. Туған кезде алғашқы доза ретінде ВВГ-ге қарсы моноваленттік вакцина қолданылады, себебі поливаленттік вакциналарды балаларға туылған кезде енгізуге болмайды.

261. Вакциналық кешен үш дозадан тұрады. Вакцинациялау схемасы:

1) жаңа туған нәрестелер үшін – 0-2-4 айда (туғаннан кейін он екі сағат ішінде – өмірінің екі айында – өмірінің төрт айында);

2) туған кезінде вакцинацияланбаған 1 жасқа дейінгі балалар үшін – бірінші мен екінші егулердің арасы екі ай және екінші мен үшіншінің арасы төрт ай аралықпен 0-2-6;

3) туған кезінде вакцинацияланбаған бір жастан асқан балалар мен ересектер үшін – бірінші мен екінші егулердің арасы бір ай және екінші мен үшіншінің арасы бес ай аралықпен 0-1-6.

262. ВВГ-ге қарсы вакцинаны басқа вакциналармен бір мезгілде бөлек шприцтермен және дененің басқа жерлеріне салған жағдайда енгізуге жол беріледі. ВВГ-ге қарсы вакцинаның шығарылған типі мен формасы бойынша бір-бірін толығымен алмастыра алатын жағдайларда, ВВГ-ге қарсы вакцинаның кейінгі дозаларын енгізу үшін әртүрлі өндірушілер шығарған әр типтегі препараттарды пайдалануға жол беріледі.

263. 15 жастан асқан адамдарды вакцинациялау алдын ала ВВГ-ге маркерлік диагностикалаудан кейін жүргізіледі. ВВГ-ге зерттеп-қараудың оң нәтижесі бар адамдар вакцинациялауға жіберілмейді.

264. Вакциналарды енгізуге қарсы көрсетілімдер мыналар болып саналады:

1) шала туғандық, туылған кездегі салмағы 2000 грамнан кем;

2) препараттың компоненттеріне сезгіштіктің артуымен байланысты алдындағы дозаға күшті аллергиялық әсер (жайылып кеткен бөртпе – есекжем, тыныс алудың ауырлауы, өңеш пен ауыз қуысының ісінуі, гипертензия, шок). Бұл ретте осы вакцинаны одан әрі қолдану тоқтатылады;

3) 38,5°C жоғары температурамен және/немесе жалпы жай-күйдің айтарлықтай бұзылуларымен білінетін ауырлығы орташа және ауыр науқастар. Вакцинациялауға денсаулық қалыпқа келгеннен кейін екі-төрт аптадан соң жүргізіледі;

4) жүктілік;

5) ауыр емес жіті респираторлық вирустық инфекциялар, ішек және басқа да жіті инфекциялық аурулар (сауыққаннан кейін бірден вакцинациялауға рұқсат етіледі).

265. ВВГ-ге қарсы вакцинациялауға жататын контингенттер мыналар:

1) жаңа туған нәрестелер өмірінің алғашқы он екі сағатында перинатальдық берілудің алдын алу мақсатында;

2) жыныстық қатынас және тұрмыстық жолмен берілудің алдын алу үшін ВВГ ошағындағы науқаспен байланыста болған адамдар;

3) меншік нысанына қарамастан медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері (дәрігерлер, орта және кіші медицина персоналы);

4) меншік нысанына қарамастан медициналық бейіндегі барлық жоғары және орта білім беру ұйымдарында оқитын адамдар;

5) қан құю жиілігіне қарамастан қан, оның компоненттері мен препараттарының реципиенттері;

6) алғаш анықталған АИТВ инфекциясын жұқтырғандар;

7) жиілікке қарамастан гемодиализіне және тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктерінің) трансплантаттауға жататын алғаш анықталған адамдар;

8) онкогематологиялық науқастар, сондай-ақ әлсіз иммундық жауапқа байланысты вакцинаның екі есе дозасы енгізілетін иммундық-супрессиялық препараттарды қабылдайтын науқастар және аяқталған вакцинациялаудан кейін алты айдан соң қосымша ревакцинациялау жүргізіледі.

266. Қан құюды жүргізген медициналық ұйымы ұсынған тізімге сәйкес тұрғылықты жері бойынша аумақтық медициналық ұйымдарда қан және оның компоненттері мен препараттары, тіндердің және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктерінің) реципиенттеріне егулер жүргізіледі.

267. Қан және оның компоненттері мен препараттары, ағзалар (ағзалардың бөліктері), тіндер, жыныстық, фетальды, дің жасушылары мен басқа да биологиялық материалдар донорының биологиялық донорлық материалының қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында мынадай адамдар:

1) вирустық гепатиттермен ауырып айыққан және ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижелері бар адамдар өмір бойы;

2) ВГ-мен ауыратын науқаспен қарым-қатынаста болған адамдар инкубациялық кезеңде;

3) қан және оның құрауыштары құйылған, ағзалар (ағзалардың бөліктері), тіндер, жыныстық, фетальды, дің жасушылары мен басқа да биологиялық материалдар трансплантатталған адамдар бір жыл донорлыққа жіберілмейді.

268. ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелері бар донорларды анықтау мақсатында донорлар әрбір қан тапсыру, ағзаларды (ағзалардың бөліктерін), тіндерді, жыныстық, фетальды, дің жасушылары мен басқа да биологиялық материалдарды трансплантаттау алдында ВВГ мен СВГ маркерлеріне тексерілуі тиіс.

269. Қан қызметі ұйымдары Қазақстанның бүкіл аумағында донорларды донорлыққа жібермеу мақсатында барлық деңгейде олардағы оң нәтижелер туралы өзара ақпарат алмасуды қамтамасыз етеді.

270. Тексерілетін адамдарда, оның ішінде донорларда ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелер анықталған кезде медицина ұйымдары тексерілетін адамдарда ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелер туралы ақпаратты диагноз қою үшін тұрғылықты жері бойынша аумақтық медициналық ұйымға береді.

271. Құрамында ВВГ мен СВГ маркерлері бар қан, оның құрауыштары және препараттар жойылуы тиіс.

21. Медицина қызметкерлерінде ВВГ, ДВГ және СВГ жұқтырудың алдын алуға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

272. Пациенттердің биологиялық сұйықтықтары ВГВ және ВГС вирустарын әлеуетті жұқтырған ретінде қаралады. Медициналық ұйымдардың, оның ішінде зертханалардың медицина қызметкерлері және денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымдарында оқитын адамдар ВГВ және ВГС вирустарын жұқтыру бойынша тәуекел топтарына жатады.

273. Инфекцияларды жұқтыру жолдары мынадай:

- 1) терінің зақымдалуы (инемен шаншу немесе өткір аспаппен кесу);
- 2) шырышты қабықтарға немесе зақымдалған теріге биологиялық сұйықтықтардың түсуі;
- 3) зақымдалмаған терінің тіндермен және биологиялық сұйықтықтармен ұзақ немесе ауданы бойынша көлемді жанасуы.

274. Биологиялық сұйықтықтармен, оның ішінде мыналармен:

- 1) қанмен;
- 2) шәуетпен;
- 3) қынаптық бөлінділермен;
- 4) синовиялық сұйықтықпен;
- 5) ми-жұлындық сұйықтықпен;
- 6) плевралық сұйықтықпен;
- 7) перитонеалдық сұйықтықпен;
- 8) перикардтық сұйықтықпен;
- 9) амниотиялық сұйықтықпен;
- 10) сілекеймен жұмыс істегенде сақтандыру шаралары сақталады.

275. Сақтық шаралары мынадай:

- 1) тірі кезінде немесе аутопсияда, кез келген кесіліп алынғандармен (немесе басқа тәсілмен алынып тасталғандармен), адам тіндері мен ағзаларымен (зақымдалмаған теріден басқа);
- 2) қанмен берілетін инфекцияларды жұқтырған тәжірибелік жануарлардың тіндерімен және ағзаларымен;

- 3) қанның көрініп тұрған қоспасы бар кез келген сұйықтықтармен;
- 4) кез келген белгісіз биологиялық сұйықтықпен жұмыс кезінде сақтандыру шаралары сақталады.

276. Мынадай:

- 1) ластанған инелерді және өткір құралдарды абайламай ұстаудан алынған жарақаттар кезінде;
- 2) ауыздың, көздің, мұрынның шырышты қабықтарына және зақымдалған теріге (кесілулер, сызаттар, дерматит, безеулер) қанның және басқа да биологиялық сұйықтықтардың түсуі кезінде;
- 3) биологиялық сұйықтықтармен және олармен ластанған беттермен жұмыс істеу кезінде көз, мұрын, ауыздың шырышты қабықшаларына және зақымдалған теріге тиіп кету кезінде;
- 4) қан мен басқа да биологиялық сұйықтықтардың жайылуынан, шайқалуы және шашырауы кезінде жұқтыру қаупі артады.

277. Инфекция жұқтырудан қорғану мақсатында мыналар:

- 1) пайдаланудың барлық уақытында тері жамылғысын, көзді, ауызды және басқа да шырышты қабықтарды биологиялық сұйықтықтармен жанасудан қорғайтын жеке қорғаныш құралдары;
- 2) жұмыс берушілер қамтамасыз ететін қорғаныш құрылғылары мен қауіпсіз технологиялар пайдаланылады.

278. Медициналық ұйымдарда мыналар қамтамасыз етіледі:

- 1) биологиялық сұйықтықтармен немесе олармен ластанған беттермен тікелей жұмыс істеу алдында киілетін қолғаптармен. Бір реттік қолғаптарды қайта қолдануды, қолғаптар жасалған латексті бүлдіретін вазелин негізіндегі смаздалуларды қолдануды болдырмау;
- 2) жұқтырылған материалмен жанасу мүмкін болатын барлық жағдайларда халаттарда, хирургиялық қалпақта немесе телпектерде, аяқ киім үстінен киетін бахиллалармен жұмыс істеу;
- 3) қанның және басқа да биологиялық сұйықтықтардың шашырауы мүмкін болатын манипуляциялар кезінде бетперделер, қорғаныш көзілдіріктерін немесе бетті иекке дейін жабатын экранды, немесе қорғаныш көзілдіріктермен, бүйір қалқаншалармен үйлескен бетперделерді кию. Қарапайым көзілдіріктер қан арқылы берілетін инфекциядан жеткілікті қорғауды қамтамасыз етпейді;
- 4) жұмыс берушінің жеке қорғаныш құралдарын беруі;
- 5) жеке қорғаныш құралдарын қолжетімді жерде сақтау;
- 6) қанның және биологиялық сұйықтықтардың тері мен шырышты қабаттарға түсуімен персоналдың шағын жарақат алуы жағдайларын, апат жағдайларын есепке алу.

279. Биологиялық сұйықтықтармен жұмыс істеу кезіндегі сақтандыру шаралары мыналар:

1) биологиялық сұйықтық теріге түскен кезде, қолғапты немесе басқа жеке қорғаныш құралын шешкеннен кейін, дереу қолды сабынды сумен жуып, одан кейін ластанған жерді жуады. Қолды ағынды сумен жуады. Ағынды су болмаған жағдайда, қолға арналған антисептикалық ерітіндіні және бір реттік қағаз орамалдарды немесе антисептикалық сулықтарлы қолдану қажет;

2) инелері бар бір рет қолданылатын шприцтер пайдаланғаннан кейін алдын ала жуылмастан, дезинфекцияланбай, бөлшектелмей және деформацияланбай дереу қауіпсіз кәдеге жарату қорабына (бұдан әрі – ҚКЖҚ) тасталады;

3) көп рет қолданылатын ластанған, кесетін және шаншитын аспаптар кейіннен өңдеу үшін қатты, ылғал өткізбейтін (түбі мен қабырғасы), таңбаланған контейнерлерге бірден салынады;

4) қолданылған құрал-саймандарға арналған ҚКЖҚ және таңбаланған контейнерлер пайдалануға қолайлы жерде орналастырылады, олардың толтырылуына (төрттен үш бөлігіне дейін толтыру) жол берілмейді және тек мұқият жабық күйінде тасымалданады;

5) биологиялық сұйықтықтардың үлгілері тиісті таңбасы бар герметикалық контейнерлерге салынады. Егер үлгілері бар контейнер ластанса немесе зақымдалса, оны басқа контейнердің ішіне салу қажет;

6) биологиялық сұйықтықтармен ластанған жабдыққа техникалық қызмет көрсету және тасымалдау алдында дезинфекциялау қажет;

7) ластанған төсек-орынға жанасуды мейлінше азайтып, оны таңбаланған қаптарға немесе контейнерлерге салады, ылғал заттарды ылғалданбайтын қаптар мен контейнерлерде тасымалдайды.

280. Мыналарға:

1) биологиялық сұйықтықтармен жанасу мүмкіндігі бар жұмыс орындарында тамақ ішуге, темекі шегуге, макияж жасауға, контактілі линзаларды шешуге немесе киюге;

2) биологиялық сұйықтықтар мен тіндердің үлгілері сақталатын тоңазытқыштарда немесе басқа да орындарда тамақ және сусындар сақтауға;

3) биологиялық сұйықтықтарды ауызбен тамшуырға соруға;

4) биологиялық сұйықтықтармен ластануы мүмкін шыны сынықтарын қолмен көтеруге;

5) шприцтерден қолданылған инелерді шешуге, майыстыруға, сындыруға, оларға қалпақшаларын кигізуге және ластанған өткір құралдармен осындай әрекет жасауға;

6) көп рет пайдаланылатын түйреуіш және кескіш құралдарға арналған контейнерлерден қолмен бірдеңе алуға, қолмен ашуға, контейнерлерді босатуға жол берілмейді.

281. Жеке қорғаныш құралдарына биологиялық сұйықтықтар түскен жағдайда, оны неғұрлым тезірек шешіп, терінің ластанған орындарын сабынды сумен жуу қажет. Жұмыс орнынан кетер алдында барлық жеке қорғаныш құралдарын шешіп, оларды бұл үшін бөлінген ыдысқа салу қажет. Жұмыс беруші жеке қорғаныш құралдарын тазалауды, жууды, жөндеуді, ауыстыруды және пайдаланылған жеке қорғаныш құралдарын кәдеге жаратуды қамтамасыз етеді.

282. Медициналық ұйымдардың басшылары медицина персоналын ВВГ, ДВГ және СВГ кәсіптік жұқтырудың алдын алу бойынша оқытуды қамтамасыз етеді.

283. Медициналық ұйымдардың персоналы (медициналық та, медициналық емес те) жұмысқа кірер алдында және жыл сайын қауіпсіздік техникасы жөніндегі нұсқаулықтан өтеді.

284. Науқастарды емдеу кезінде кез келген қажетсіз инвазивтік араласуды болдырмау қажет.

285. Медициналық ұйымдар қажетті жабдықпен және шығыс материалдарымен (оның ішінде бір реттік шприцтермен, катетерлермен, инелермен және инфузияға арналған жүйелермен, дезинфектанттармен, контейнерлермен, ҚКЖҚ-мен) жеткілікті мөлшерде және ассортиментте қамтамасыз етіледі.

286. Медициналық ұйымдар медициналық қалдықтарды кәдеге жарату жөніндегі жоспарларды, персоналдың нұсқаулықтан өту тәртібі мен бақылау тәртібін әзірлейді және бекітеді.

287. Ауруды анықтау, емдеуді ұйымдастыру, ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижесі бар адамдар үшін еңбек режимін айқындау мақсатында жұмысқа кірер алдында және алты айда бір рет ВВГ және СВГ маркерлеріне мыналар зерттеліп-қарауға жатады:

1) қан қызметі ұйымдарының медицина қызметкерлері;

2) гемодиализбен айналысатын медицина қызметкерлері;

3) хирургиялық, стоматологиялық, гинекологиялық, акушерлік, гематологиялық бейінді медицина қызметкерлері, сондай-ақ диагностика мен емдеудің инвазиялық әдістерін жүргізетін медицина қызметкерлері;

4) клиникалық, иммунологиялық, вирусологиялық, бактериологиялық, паразитологиялық зертханалардың медицина қызметкерлері.

288. Хирургиялық, стоматологиялық, гинекологиялық, акушерлік, гематологиялық бейіндердің және гемодиализбен айналысатын медицина қызметкерлері, сондай-ақ диагностика мен емдеудің инвазиялық әдістерін

жүргізетін медицина қызметкерлері ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижелері болғанда диагноз нақтыланғанға дейін жұмыс жасауға жіберілмейді.

289. Инфекцияны анықтау, оның таралу қаупін кеміту мақсатында мыналар стационарларға емдеуге жатқызылу кезінде ВВГ және СВГ маркерлеріне зерттеліп-қаралуы тиіс:

1) жоспарлы ота жасауға келіп түсушілер;

2) гемодиализ, гематология, онкология, трансплантаттау, жүрек-қан тамыр және өкпе хирургиясы орталықтары мен бөлімшелерінің пациенттері;

3) гемодиализ, гематология және трансплантаттау бөлімшелері пациенттерінің стационарда 1 айдан артық болуы кезінде - ай сайын.

290. Ауруды анықтау, оны емдеуді ұйымдастыру мақсатында гемотрансфузия, трансплантаттау және ағзаларды (ағзалардың бөліктерін), тіндерді, жыныстық, фетальды, дің жасушаларын және басқа да биологиялық материалдарды ауыстыру алдында және одан кейін 6 айдан соң пациенттер ВВГ және СВГ маркерлеріне тексеріледі.

291. ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтиже кезінде медицина қызметкерлері қан және оның препараттарын дайындау үдерісіне жіберілмейді.

22. ВВГ, ДВГ және СВГ кезінде дезинфекциялауды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

292. Бір рет қолданылатын медициналық құрал-саймандар алдын ала дезинфекцияланбай және бөлшектелмей жойылады (өрттеледі, қиратылады).

293. Көп рет қолданылатын медициналық мақсаттағы бұйымдар пайдаланылғаннан кейін дезинфекцияланады, стерильдеу алдында тазартылады, кептіріледі, оралады және стерильденеді.

294. Құрал-сайманды дезинфекциялау оны пайдаланған жерде дезинфекциялық ерітіндіге батыру немесе ультрадыбыстық және басқа да жуу машиналарына салу жолымен жүргізіледі.

295. Медициналық бұйымдарды дезинфекциялау үшін екі сыйымдылық пайдаланылады. Бірінші сыйымдылықта құрал-сайман қанның, шырыштың, дәрілік препараттардың қалдықтарынан жуылады, сосын экспозиция үшін екінші сыйымдылыққа батырылады. Бөлінетін бөлшектер бөлінген күйінде өңделеді.

296. Дезинфекциялық ерітінділер ластануына, түсінің өзгеруіне немесе тұнбаның пайда болуына, жарамдылық және сақтау мерзімінің өтуіне қарай ауыстырылады.

297. Биологиялық сұйықтыққа қатысты бекіту әсері бар дезинфекциялық ерітіндіні пайдаланған кезде құрал-сайман алдын ала бөлек суы бар сыйымдылықта жуылады, кейіннен ол зарарсыздандырылады.

298. Жуатын ерітінді егер ерітіндінің түсі өзгермесе, дайындалған сәтінен бастап тәулік бойы пайдаланылады. Стерильдеу алдында өңдеудің сапасы қан мен синтетикалық жуу заттарының сілтілі компоненттерінің қалдық мөлшеріне, сондай-ақ аспаптағы майлы дәрілік заттардың қалдықтарына оң сынаманың жоқ болуымен бағаланады.

299. Құрал-сайманды стерильдеу алдында тазалау және стерильдеу медициналық ұйымның әр бөлімшесіндегі арнайы бөлінген жерде немесе орталық стерильдеу бөлімшесінде жүргізіледі. Дезинфекциялық құралдың құрамында жуу компоненті болған жағдайда стерильдеу алдында өңдеу жүргізілмейді.

23. Жіті респираторлық вирустық инфекциялар, тұмау және олардың асқынулары (пневмониялар) кезінде санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

300. Халықтың ЖРВИ (ТТА, АЖРИ), тұмау және олардың асқынуларымен (пневмониялар) сырқаттанушылығын мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық бақылау жыл бойы мониторинг түрінде жүзеге асырылады және санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар жүргізуді қамтиды.

301. ЖРВИ, тұмау және олардың асқынуларын (пневмониялар) эпидемиологиялық қадағалаудың әдеттегі жүйесі кезінде санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар 1 қазаннан бастап 1 желтоқсан аралығындағы эпидемия алдындағы кезеңдерге және 1 желтоқсаннан бастап 30 сәуір аралығындағы эпидемиялық маусымға бөлінеді.

302. Тұмау, ЖРВИ, ТТА және АЖРИ-ды шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жыл бойы жүргізіледі, оның мақсаты амбулаториялық және стационарлық науқастардың тұмаумен сырқаттанушылығына мониторинг жүргізу, халық арасында айналымдағы вирустардың типтерін ерте түсіндіру және тұмау вирусының жаңа, өзгерген түрлерін анықтау болып табылады.

303. Эпидемия алдындағы кезеңде мынадай іс-шараларды жүргізу қамтамасыз етіледі:

1) денсаулық сақтау басқармалары, мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдары және өзге де мүдделі

мемлекеттік органдар басшыларының ЖРВИ-ге және тұмауға қарсы күрес жөніндегі ведомствоаралық жедел кешенді іс-шаралар жоспарларын әзірлеуі;

2) төсек қорының қажетті көлемін, негізгі тұмауға қарсы препараттар мен құралдардың (вирусқа қарсы препараттар, оксолин майы, қызуды төмендететін құралдар, иммундық модульдеуші дәрі-дәрмектер, витаминдер мен минералдар), қарқынды терапия көрсетуге арналған жабдықтың және құралдардың, дезинфекциялау препараттарының, жеке қорғаныш құралдарының резервін құруды көздей отырып, медициналық ұйымдардың эпидемиялық маусымда сырқаттанушылықтың көтерілуі кезінде ЖРВИ және тұмаумен ауыратын адамдарды қабылдауға дайындығы;

3) меншік нысанына қарамастан денсаулық сақтау ұйымдарындағы вирусқа қарсы препараттар мен құралдардың резерві мынадай есеппен құралады:

МСАК ұйымдарында кемінде 10 науқасқа;

стационарларда – кемінде 35 науқасқа;

4) медициналық ұйымдардың, балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу және білім беру объектілерінің, халыққа қызмет көрсету саласының, туристік фирмалардың персоналына, көші-қон полициясының, шекара және кеден қызметтерінің қызметкерлеріне тұмаудың клиникасы, диагностикасы, оны емдеу және алдын алу мәселелері бойынша семинарлар және нұсқамалар өткізу;

5) медицина қызметкерлерін, медицина ұйымдарында диспансерлік есепте тұрған балаларды, әлсіз және алты айдан асқан көп ауыратын балаларды, балалар үйлері, сәбилер үйлері балаларын, қарттар үйі контингентін және мүгедектерді, жүктіліктің екінші немесе үшінші триместрінде және эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша жүкті әйелдерді жыл сайын тұмауға қарсы вакцинациялауды жүргізу.

304. Эпидемиялық кезеңде мынадай іс-шараларды жүргізу қамтамасыз етіледі :

1) ЖРВИ, тұмау және олардың асқынуларын (пневмонияларды), сондай-ақ биоматериалды тұмауға және басқа да ЖРВИ вирустарына зерделей отырып, оларға байланысты өлім-жітім жағдайларын есепке алу;

2) аумақтар, жас ерекшелік, тәуекел топтары бойынша ЖРВИ-мен, тұмаумен сырқаттанушылыққа және олардың асқынуларына (пневмонияларды), сондай-ақ олардан болған өлім-жітімге, тұмауға қарсы вакцинацияланғандар арасында, жүкті әйелдер мен бір жасқа дейінгі балалар арасында ЖРВИ-мен және тұмаумен сырқаттанушылыққа жүйелі түрде мониторинг (1 қазаннан бастап апта сайын, 1 желтоқсаннан бастап күн сайын);

3) халықты жас ерекшелігі, тәуекел топтарының санаттары бойынша тұмауға қарсы иммундауға мониторинг;

4) медициналық ұйымдар ЖРВИ, тұмаумен сырқаттанушылық және олардың асқынулары (пневмониялар), сондай-ақ олардан болған өлім-жітім жағдайлары туралы ақпаратты халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне береді ;

5) тұмауға қарсы иммундау, ЖРВИ және тұмау, ТТА және АЖРИ бойынша күнделікті және апталық есептілік нысанын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосы бекітеді;

6) жергілікті атқарушы органдарға ЖРВИ-мен, тұмаумен сырқаттанушылық және олардың асқынулары (пневмониялар) мен олардан болған өлім-жітім, өңірдегі айналымдағы вирус типтерінің белсенділігі және тұмау мен басқа да ЖРВИ-дің алдын алу және оған қарсы күресудің қажетті шаралары туралы ақпарат жүйелі түрде беріліп отырады;

7) тұмау мен басқа да ЖРВИ-дің алдын алу және оған қарсы күрес шаралары туралы тұрғындар арасында санитариялық-ағарту жұмысын жүргізу;

8) медициналық ұйымдарда (МСАК пен стационарлар), балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу және білім беру ұйымдарында эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар осы Санитариялық қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

305. ЖРВИ-мен, тұмаумен сырқаттанушылықтың апталық бақылау деңгейі немесе сырқаттанушылық көрсеткіштері өткен аптамен салыстырғанда 1,5 немесе одан да көп есеге артқан кезде аумақтарда шектеу іс-шаралары халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органымен белгіленген тәртіп бойынша енгізіледі.

306. ЖРВИ-мен, тұмаумен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсетімдер бойынша жүргізіледі.

307. Емдеуге жатқызу үшін клиникалық көрсетімдер:

1) 14 жасқа дейінгі балаларда, 65 жастан асқан адамдар мен жүктіліктің кез келген мерзіміндегі жүкті әйелдерде аурудың өтуі орташа ауыр және ауыр, асқынған түрлерімен өтетін ЖРВИ және тұмау;

2) орташа ауыр және ауыр өтетін ЖРВИ және тұмау белгілері, жүрек-қан тамыр, өкпе, бөліп шығару, эндокриндік жүйе тарапынан қоса жүретін созылмалы аурулары мен гематологиялық патологиясы бар науқастар.

308. Науқастарды емдеуге жатқызу үшін эпидемиологиялық көрсетімдер олардың сәбилер үйлерінде, балалар үйлерінде, интернаттарда, мүгедектер үйлерінде, жатақханаларда, казармаларда тұруы болып табылады.

309. Зертханалық зерттеулер үшін биоматериалдарды алуды, сақтауды және жеткізуді Кодекстің 7-1-бабы 1-тармағы 2) тармақшасына сәйкес белгілеген

тәртіппен медициналық ұйымның оқытылған медицина қызметкері қамтамасыз етеді.

310. ЖРВИ-мен (ТТА, АЖРИ), тұмаумен және олардың асқынуларымен (пневмониялар) ауыратын науқастардан алынған материалды зерттеуді санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің ұйымдары жүргізеді.

311. Эпидемиологиялық қадағалаудың әдеттегі жүйесі кезінде зертханалық зерттеу үшін биоматериал алуды ЖРВИ-мен және тұмаумен сырқаттанушылықтың эпидемия алдындағы және эпидемиялық маусымдарында ай сайын клиникасы айқын ЖРВИ-мен, тұмаумен ауыратын кемінде 10 науқастан әр медициналық ұйымның жауапты медицина қызметкері жүргізеді; шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жүйесінде осы Санитариялық қағидаларға 4-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

312. ТТА және АЖРИ шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жүйесі кезінде шолғыншы орталықтардың тізбесін, олардың жұмыс кестесі мен ШЭҚ аясында жұмысты ұйымдастыруға жауапты адамның функционалдық міндеттерін шолғыншы өңірлердің денсаулық сақтау басқармалары мен халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерінің басшылары айқындайды және бекітеді.

313. Осы Санитариялық қағидаларға 4-қосымшаға сәйкес ШЭҚ кезінде ТТА жағдайларына үлгілерді алуды шолғыншы орталықтар айына кемінде бір рет; АЖРИ – стационарлардың қабылдау бөлімдерінде іріктеудің репрезентативті қағидатын қамтамасыз ете отырып жүргізеді.

24. Менингококк инфекциясының алдын алу бойынша санитариялық–эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізуді ұйымдастыруға қойылатын санитариялық–эпидемиологиялық талаптар

Ескерту. Қағида 24-тараумен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

314. Менингококк инфекциясының клиникалық ағымында оқшауланған (менингококк тасымалдаушылық, назофарингит) және генерализацияланған (менингит, менингококкцемия, аралас және басқа) түрлері бөлінеді. Менингококк инфекциясы кезінде инкубациялық кезең 2 күннен 20 күнге дейін, көбіне 2-4 күн жалғасады.

315. Жіті назофарингит – 3-5 күн бойы бірқалыпты қызбамен өтетін, улану симптомдары және ринофарингит әлсіз көрінетін және клиникалық симптомдары

бойынша этиологиясы басқа жіті респираторлық аурулардан айырмашылығы жоқ, осыған байланысты диагноз тек мұрын-жұтқыншақ сілемейін бактериологиялық зерттеудің оң нәтижесі негізінде қойылады.

316. Менингит – жіті, қалтыраудан және қызбадан, бастың қатты ауыруынан және құсудан басталады. Науқастарда жарықтан қорқу, гиперакузия, терінің гиперестезиясы дамиды, содан кейін қозу және қозғалыс мазасыздығы, сананың ессіз күйден комаға дейін бұзылуы қосылады, менингеалды симптомдар өршиді. Айқын білінетін улану, сананың бұзылуы, құрысу, талықсу, бас сүйек-ми нервтерінің парезі, атаксия, гемипарездер және параличтер, нистагм, мишықтың бұзылуы менингоэнцефалитті көрсетеді. Менингит және менингоэнцефалит кезінде жұлын сұйықтығы бұлыңғыр, нейтрофилдер есебінен құрамындағы цитоз жасушаларының саны $0,01 \times 10^9/\text{л}$ және одан жоғары, құрамындағы ақуыз $0,33 \text{ г/л}$ -ден артық, Панди және Нонне-Апельта реакциялары оң болады.

317. Менингококкемия (менингококкты сепсис) – науқастарда көбінде назофарингиттен жіті басталады. Дене температурасы Цельсийдің 40 градусына (бұдан әрі – $^{\circ}\text{C}$) дейін және одан жоғары көтеріледі, улану симптомдары айқын көрінеді. Ауруға тән симптом – денеде, аяқ-қолдарда, бөкседе ауру басталғаннан $12\text{-}48$ сағаттан кейін геморрагиялық бөртпе пайда болады. Бөртпе элементтері әртүрлі түрде болар-болмас байқалатын петехиядан үстіңгі бетке шығып тұратын қып-қызыл түсті теріге ірі қан құйылуға дейін болуы мүмкін. Қан құйылу ортасында некроз болуы мүмкін. Менингококкемия кенеттен болатын сипатқа ие болуы мүмкін, ол кезде қатты басталады, кенеттен қалтырау, қорқыныш сезімі пайда болады. Дене температурасы $40 - 41^{\circ}\text{C}$ дейін көтеріледі, содан кейін инфекциялық-уытты шок (бұдан әрі – ИУШ) дамуына қарай жылдам төмендейді. Демікпе, тахикардия артады, артериялық қысым төмендейді, ауру басталғаннан $6\text{-}48$ сағаттан кейін өлім жағдайы болады.

318. Менингококк инфекцияларымен сырқаттанушылықты эпидемиологиялық қадағалау мынадай санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды қамтиды:

1) профилактикалық іс-шаралардың, ұзақ мерзімдік бағдарламалық-нысаналы жоспарлаудың тізбесін, көлемін және өткізу мерзімдерін негіздеу мақсатында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылық саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері жыл сайын өткізетін менингококк инфекцияларымен сырқаттанушылықты ретроспективті эпидемиологиялық талдау. Менингококк инфекцияларының құрылымын нозологиялық түрлер бойынша зерделеу, "тәуекел топтарын" анықтау үшін халықтың жеке жас, әлеуметтік, кәсіби топтарындағы және жеке ұжымдардағы сырқаттанушылық деңгейін бағалау қажет;

2) сырқаттанушылықтың басталған көтерілуін уақтылы анықтау, оның себептерін анықтау және жедел эпидемияға қарсы іс-шараларды өткізу үшін халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылық саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері ай сайын өткізетін менингококк инфекцияларымен сырқаттанушылықты жедел эпидемиологиялық талдау. Апталар, айлар бойынша, өсу қорытындысымен ағымдағы сырқаттанушылықты салыстыру, осы аумаққа тән сырқаттанушылықтың бақылау деңгейлерімен салыстыру жүргізіледі.

319. Ауруханаішілік ауруларды болдырмау мақсатында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері медициналық ұйымдарда, балалар үйлерінде, нәрестелер үйлерінде, психикалық-неврологиялық диспансерлерде, интернат үйлерінде санитариялық-эпидемияға қарсы режимнің сақталуына мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау жүргізеді.

320. Науқастарды және менингококк инфекциясымен сырқат күдіктілерді анықтауды ведомстволық тиістілігіне және меншік нысанына қарамастан барлық денсаулық сақтау ұйымдарының медицина қызметкерлері амбулаториялық қабылдау, үйге бару, медициналық тексеріп қарау, ауруханаға жатқызу және медициналық ұйымдардың басқа қабылдаулары кезінде жүргізеді. Диагноз аурудың клиникалық көріністері, зертханалық зерттеу, эпидемиологиялық анамнез деректері негізінде қойылады.

321. Менингококк инфекциясына бір реттік зертханалық тексеру халықтың мынадай санаттарына:

1) медициналық ұйымдарға жүтінген кезде менингококк инфекциясына күдікті науқастарға;

2) стационарға түскен кезде психиатриялық стационарлардың пациенттеріне;

3) мектеп-интернаттарға, балалар үйлеріне және нәрестелер үйлеріне ресімдеген кезде балаларға;

4) қарттарға және мүгедектерге арналған интернат-үйлерге ресімдеген кезде 60 жастан асқан адамдарға;

5) ауырып айыққан менингококк инфекциясынан кейін реконвалесценттерге;

6) инкубациялық кезеңде менингококк инфекциясымен ауыратын науқаспен қарым-қатынаста болған адамдарға жүргізіледі. Балалардың мектепке дейінгі мекемелерінде, балалар үйлерінде және нәрестелер үйлерінде байланыста болған адамдарды зертханалық тексеру 3-7 күн интервалмен кемінде екі рет жүргізіледі.

322. Осы Санитариялық қағидалардың 321-тармағының 1), 5)-тармақшаларында көрсетілген адамдарды менингококк инфекциясына диагностикалық мақсатта зертханалық тексеруді медициналық ұйымдар жүргізеді.

323. Осы Санитариялық қағидалардың 321-тармағының 2), 3), 4), 6)-тармақшаларында көрсетілген адамдарды менингококк инфекциясына профилактикалық мақсатта зертханалық тексеруді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы қызметті жүзеге асыратын ұйымдар жүргізеді.

324. Эпидемиологиялық ахуал асқынған кезде және сырқаттанушылық деңгейі 100 мың тұрғынға шаққандағы орташа республикалық сырқаттанушылық көрсеткішінен жоғарылаған жағдайда халықтың белгілі бір топтарына зертханалық тексеру жүргізіледі. Тексерудің көлемі мен құрылымын санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдарының (ұйымдарының) лауазымды тұлғалары қаулылар мен нұсқамалар бойынша айқындайды.

25. Эпидемиологиялық тексеруді және эпидемияға қарсы іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

Ескерту. Қағида 25-тараумен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

325. Эпидемиологиялық тексеру аурудың әр жағдайы тіркелген кезде жүргізіледі.

326. Менингококк инфекциясы тіркелген балалардың мектепке дейінгі мекемелерінде, оның ішінде жабық типті мекемелерде, мектептерде, мектеп интернаттарда соңғы науқас оқшауланған сәттен бастап 10 күнге карантин белгіленеді. Бұл мерзім ішінде жаңа және уақытша болмаған балаларды қабылдауға, сондай-ақ балалар мен персоналды бір топтан екінші топқа ауыстыруға тыйым салынады.

327. Науқаспен байланыста болған барлық адамдар соңғы науқас оқшауланған сәттен бастап 10 күн бойы күнделікті клиникалық тексеріп қарау және термометрия арқылы медициналық бақыланады. Тексеріп қарауды жүргізуге отоларингологтар тартылады. Науқастармен қарым-қатынаста болған және мұрын-жұтқыншақта катаральды құбылыстар бар адамдарға профилактикалық емдеу жүргізіледі.

328. Зертханалық тексерудің оң нәтижелері анықталған адамдар тасымалдаушы ретінде қаралады. Оларды емдеу, есепке алу жүргізіледі, оларға медициналық бақылау белгіленеді. Айналасындағылар үшін эпидемиялық қауіп төндіретін тасымалдаушыларды халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері жұмыстан шеттетеді және бір рет теріс нәтиже болғанда ұжымдарға

жіберіледі, зерттеуге арналған материал емдеу аяқталғаннан кейін 3 күннен соң мұрын-жұтқыншақтан алынады.

329. Сырқаттанушылық деңгейі 100 мың тұрғынға шаққандағы орташа республикалық сырқаттанушылық көрсеткішінен жоғарылаған жағдайда эпидемиологиялық көрсетімдер бойынша сырқаттанушылық тәуекелі жоғары адамдарға Қазақстан Республикасының Бас мемлекеттік санитариялық дәрігерінің қаулысының негізінде вакцинациялау жүргізіледі.

330. Ошақтарда қорытынды дезинфекция және науқастарды тасымалдайтын көлікті өңдеу жүргізілмейді.

331. Үй-жайларда жиі желдету, ылғалды жинау, жататын, оқу үй-жайларында , ойын бөлмелерінде аурумен қатынаста болған адамдарды барынша сейілту ұйымдастырылады.

332. Сырқаттанушылықтың маусымдық көтерілуі кезеңінде адамдар көп жиналатын іс-шараларды өткізуге тыйым салынады.

333. Халық арасында дәрігерге ерте жүгіну қажеттілігі туралы ауқымды түсіндіру жұмысы тұрақты түрде жүргізіледі.

26. Менингококк инфекциясымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызуға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

Ескерту. Қағида 26-тараумен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

334. Генерализацияланған түрімен ауыратын науқастар міндетті түрде және тез арада емдеуге жатқызылады.

335. Менингококк инфекциясымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша жүргізіледі.

336. Менингококк инфекциясымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін клиникалық көрсетімдер:

- 1) генерализацияланған түрі;
- 2) улану симптомдары және назофарингит өршігенде.

337. Менингококк инфекциясымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін эпидемиологиялық көрсетімдер:

1) науқастың тұратын жерінде қажетті эпидемияға қарсы режимді сақтаудың мүмкін еместігі (әлеуметтік-қолайсыз отбасылар, жатақхана, казармалар, коммуналдық пәтерлер);

2) медициналық ұйымдарда, мектеп интернаттарда, балалар үйлерінде, нәрестелер үйлерінде, санаторийлерде, қарттар мен мүгедектерге арналған

интернат-үйлерде, жазғы сауықтыру ұйымдарында, демалыс үйлеріндегі ауыру жағдайлары.

338. Менингококк инфекциясынан кейін реконвалесценттерді шығару:

1) оқшауланған түрде – клиникалық сауыққаннан кейін және бактерияға қарсы терапия аяқталғаннан 3 күннен кейін мұрын-жұтқыншақ сілемейінің бір реттік теріс бактериологиялық зерттеуінен кейін;

2) генерализацияланған түрде – клиникалық сауыққаннан кейін және бактерияға қарсы терапия аяқталғаннан 3 күннен кейін 2 күндік интервалмен мұрын-жұтқыншақ сілемейінің екі реттік теріс бактериологиялық зерттеуінен кейін.

27. Менингококк инфекциясымен ауырып сауыққан адамдарды диспансерлік бақылауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

Ескерту. Қағида 27-тараумен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

339. Мектептерге, мектепке дейінгі мекемелерге, санаторийлерге, оқу орындарына менингококк инфекциясымен ауырып сауыққан адамдар стационардан шыққан соң немесе наукас үйде назофарингитпен ауырып сауыққаннан 5 күннен кейін бір реттік теріс бактериологиялық зерттеуден кейін жіберіледі.

340. Менингит және менингоэнцефалит реконвалесценттері невропатологта екі жыл бойы бақылауда болады (бірінші жылы 3 айда 1 рет, кейінгі жылы 6 айда 1 рет).

28. Менингококк инфекциясының зертханалық диагностикасына қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

Ескерту. Қағида 28-тараумен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

341. Менингококк инфекциясының және іріңді менингиттердің зертханалық диагностикасы қоздырғышты бөлу және сәйкестендіру арқылы бактериологиялық әдіспен (мұрын-жұтқыншақтың сілемейі), Грам бойынша бояу арқылы бактериоскопиялық әдіспен, организм сұйықтықтарында (ликвор, қан, синусоидалды сұйықтық) ерекше антигендерді немесе қан сарысуында антиденелерді бөлу арқылы серологиялық әдіспен, биологиялық материалда (

сынамада) нуклеин қышқылының айқын фрагменттерінің кіші шоғырлануын елеулі арттыруға қол жеткізуге мүмкіндік беретін полимеразды тізбекті реакция (бұдан әрі – ПТР) әдісімен жүзеге асырылады. ПТР биологиялық материалдағы қоздырғыштарды анықтаудың шұғыл әдістерінің ішіндегі анағұрлым сезімтал және ерекше әдіс болып табылады: көптеген белгілі микроорганизмдерді, оның ішінде өсірілмейтін микроорганизмдерді анықтау үшін үлгіде дезоксирибонуклеин қышқылының (бұдан әрі – ДНК) бірнеше молекуласының болуы жеткілікті. Жұлын сұйықтығын (бұдан әрі – ЖС) бөлме температурасында сақтау, мұздату – еріту (3 ретке дейін) сияқты факторлар әдістің сезімталдығына әсер етпейді. Молекулярлық-биологиялық әдістер үшін жоғары өнімділік, нәтижені алу жылдамдығы (бірнеше сағат ішінде, таза өсірінділерді бөлмей сәйкестендіру жүргізуге мүмкіндік береді) тән.

342. Сыныптамалық жүйесі бойынша менингококктар *Neisseriaceae* тұқымдасына *Neisseria* (бұдан әрі – N) түріне жатады, N түрі патогенді микроорганизмдердің екі түрін қамтиды: *N.meningitidis* және *N.gonorrhoeae*, осы түрдің басқа өкілдері сілемейлі қабықшаның резидентті флорасы болып табылады. Соңғыларға пигмент түзетін, *N.subflava* бір түріне біріктірілген, сондай-ақ *N. sicca*, *N. mucosa*, *N. flavescens*, *N. Lactamica* жатады. Катаральды диплококк *Branhamella* (бұдан әрі – B) түріне бөлінеді, *B. catarrhalis*, *B. caviae*, *B. ovis* және *B. cuniculi* және басқаларын қамтиды.

343. Менингококктар өсіру жағдайларына талап қойғыш. Өсіру кезінде жоғары ылғалдылықты және ауада көміртек диоксидінің (бұдан әрі – CO₂) 5-10 пайызын (бұдан әрі – %) қажет етеді, температураның аздаған ауытқуларына сезімтал. Нативті ақуыз көзі ретінде ірі қара малдың, жылқының сарысуын немесе кез келген басқа малдың қанын, арнайы мақсаттағы қоректендіру ағарын қолдану ұсынылады.

344. *N. meningitidis* түрін сәйкестендіру морфологиялық, тинкториалдық, өсірінділік және биохимиялық белгілер осы Санитариялық қағидаларға 6-қосымшада көрсетілген кешеніне негізделген.

345. Менингококктар мынадай 13 серотопқа бөлінеді: A, B, C, X, Y, Z, 29E, D, W135, K, H, L, I. Менингококктарға серологиялық топтастыру жүргізу менингококк инфекциясын эпидемиологиялық қадағалау шараларының бірі ретінде практикалық зертханалар үшін міндетті болып табылады.

"Инфекциялық аурулардың
алдын алу бойынша санитариялық-
эпидемияға қарсы (профилактикалық)
іс-шараларды ұйымдастыруға және
жүргізуге қойылатын санитариялық-
эпидемиологиялық талаптар"
санитариялық қағидаларына 1-қосымша

(айы) (медициналық ұйым)

халықты флюорографиялық тексеру жоспарының орындалуы туралы есеп

[illegible]

Әскери қызметке шақырылғандар					Жоғарғы және орта арнайы оқу орындарының студенттері, училищелердің оқушылары					15- 17 жас аралығында: жасөспірімдер				
барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды

[illegible]

ТуберкулҰзбен ауыратын адаммен байланыста болған адамдар					Мектепке дейінгі ұйымдардың, жалпы білім беретін және арнайы мектептер мен гимназиялардың жұмыскерлері					Қазақстан Республикасына тұр тұруға келген адамдар				
барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	тубе ауу аны
Қызмет көрсету саласының жұмыскерлері					Барлық көлік түрлерінде жолаушылар таситын, оларға қызмет көрсететін адамдар					Жоғарғы және орта оқу орындар қызметкерлері				
барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	тубе ауу аны

Қазақстан Республикасына уақытша тұруға, соның ішінде еңбек миграциясы бойынша келгендер					Перзентханадан шығарғанға дейін туберкулезге қарсы вакцинацияланбаған жаңадан туылған сәбилер отбасының мүшелері					Міндетті контингент, қорытынды				
барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	тубе ауу анық

Басқа адамдар:					оның ішінде екі жыл және екі жылдан астам флюорографиялық тексеру өтпегендер					оның ішінде жүкті әйел отбасы мүшелері				
барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	туберкулез ауруымен анықталды	барлық саны	жоспар	орындау	%	тубе ауу анық

"Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын

Нысан

бойынша 20 ____ жылғы ____

(медициналық ұйымының атауы) (айы)

Манту сынамасын салу жоспарының орындалуы бойынша есеп

Ескерту. Қағида 1-1-қосымшамен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Контингент	Жоспар	Есепті айда жоспардың орындалуы	Жоспардың өсіммен орындалуы	(%) қамтудың үлес салмағы	Виразбен және гиперергиялық реакциямен аңықталды	Оның ішінде химиялық-профилактикамен қамтылды
Манту сынамасы бойынша тексеру, барлығы, оның ішінде:						
туберкулез ошақтарындағы балалар мен жасөспірімдер (ТҚҰ деректері)						
БЦЖ вакцинациялау алдында 2 айлықтан асқан балалар						
қайта вакцинациялау алдындағы 1-сынып (6-7 жас) оқушылары						
"тәуекел" тобының балалары барлығы, оның ішінде:						
әлеуметтік қолайсыз отбасының балалары (аз қамтылған және көп балалы, жұмыс істемейтін, бас бостандығынан айыру орындарынан шыққан, маскүнемдіктен, нашақорлықтан зардап шегетін, АИТВ-жұқтырған,						

тұрғылықты мекенжайы жоқ ата-аналар, мигранттар);						
ұзақ жөтелу (екі аптадан астам) және үдемелі улану симптомдары бар (субфебрилитет, тершендік, тәбеттің және дене массасының төмендеуі, ашушаң, с ы л ы р) амбулаториялық және стационарлық емделуде жатқан балалар						
әртүрлі ауруларға байланысты педиатрда диспансерлік есепте тұрған балалар						
жабық оқу орындарының (мектеп-интернаттар, мүгедек балаларға арналған мамандандырылған мектептер) контингенті						
вакцинацияланбаған және вакцинациядан кейін өспеген БЦЖ тыртықтары бар балалар						
гормондық терапия алатын балалар						
иммундық-супрессивтік терапия алатын (глюкокортикоидтер, иммундық депрессанттар, цитостатиктер, гендік-инженерлік биологиялық препараттар) балалар						
егу мәртебесі белгісіз балалар						

"Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидаларына 2-қосымша

Вирустық гепатиттердің сыныптамасы, вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу және диспансерлеу жағдайлары

Жіті вирустық гепатиттердің сыныптамасы

1. Берілу механизмі бойынша вирустық гепатиттер мыналарға бөлінеді:

1) энтеральдық берілу механизмі бар вирустық гепатиттер:

- А жіті вирустық гепатиті;

- Е жіті вирустық гепатиті.

2) парентеральдық берілу механизмі бар вирустық гепатиттер:

- В жіті вирустық гепатиті;

- Д жіті вирустық гепатиті;

- С жіті вирустық гепатиті.

3) этиологиясы анықталмаған вирустық гепатиттер.

2. Жіті вирустық гепатиттердің (бұдан әрі – ЖВГ) түрлері:

1) субклиникалық – аурудың клиникалық көріністері жоқ, науқастардың қанында аланинаминотрансферазаның (бұдан әрі – АЛТ) көп болуымен вирустардың өзіндік маркерлері анықталады;

2) инаппаранттық – клиникалық-биохимиялық белгілердің толық болмауымен өтеді, бірақ адам организмінде иммунологиялық, функциялық және морфологиялық өзгерістер байқалады. Вирустардың өзіндік маркерлері анықталады;

3) манифестік – жіті вирустық гепатитке тән субъективтік және объективтік клиникалық симптомдар негізінде диагностикаланады. ЖВГ-нің манифестік түрлерінің сарғаю алдындағы (продромалдық), сарғаю (өршіген) және сауығуды қамтитын циклдық ағымы бар. Сарғаю алдындағы кезең тұмау тәрізді, астеновегетативтік, диспепсиялық, артралгиялық және аралас синдромдармен білінетін клиникалық симптомдар жиынтығымен сипатталады. Ауру өршіген кезеңде тері қабаттары мен шырышты қабықшалардың сарғаюы, гепатомегалия пайда болады;

4) типтік сарғаю циклдық – аурудың 3 кезеңінің нақты ара жігін ажырату арқылы сарғаюдың цитолиттік синдромдармен үйлесуі;

5) холестатика компоненті бар типтік сарғаю – сарғаю барынша қарқынды, жоғары билирубинемия, елеусіз трансаминаземия, сілтілік фосфатаза (бұдан әрі – СФ) көрсеткішінің жоғарылау үрдісі бар. Аурудың сарғаю кезеңі айтарлықтай ұзақ болады;

6) типтік емес сарғаю (холестатикалық) – сирек, орта жастан асқан науқастарда байқалады. Сарғаю терінің қатты қышынуымен қарқынды болады.

Гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, СФ мен гаммаглутаминтранспептидаза жоғарылайды. Сарғаю кезеңінде эритроциттер мен субфебрилитеттің шөгу жылдамдығының арту үрдісі бар;

7) типтік емес сарғаю белгісі жоқ – аурудың әлсіз білінетін жалпы көріністерінде бауырдың ұлғаюы арқылы және оның функцияларының бұзылуының субъективті белгілері кезінде сарғаюдың толығымен болмауымен сипатталады. Вирустық гепатиттердің өзіндік маркерлері АЛТ деңгейінің жоғарылауымен үйлеседі. Көбіне олар А вирустық гепатиті кезінде байқалады;

8) жіті циклдық – 1-1,5 ай ішінде вирустың репликациясы (көбеюі) тоқтайды, ол организмнен шығарылады да толық санация басталады. А және Е гепатиттері үшін бұл аурудың типтік ағымы. В, С және Д гепатиттері кезінде – ықтимал варианттардың бірі болады;

9) ЖВГ-нің жіті прогредиенттік ағымы – вирустың белсенді репликациясы фазасы 1,5-3 ай сақталады. Инфекциялық процестің аяқталуы күрделі: не сауығумен аяқтала отырып не организмнің санациясы, не созылмалы ағымға айналуына әкеледі. В, С және Д гепатиттері кезінде негізінде прогредиенттік ағым болады. А және Е гепатиттері кезінде ауыр преморбидтік фонында созылмалы түрі байқалады, алайда науқас толығымен аурудан айығады.

3. ЖВГ-нің ағымы жеңіл, ауырлығы орташа және ауыр дәрежеде болуы мүмкін:

1) жеңіл дәреже – улану болмайды немесе ол аз ғана білінеді. Сарғаю жеңіл. Протромбиндік индекстің (бұдан әрі - ПИ) шамасы қалыпты нормада. Ішіндегі жалпы билирубин 100 микромоль/литрден аспайды.

2) орташа дәреже – бірқалыпты білінетін улану симптомдарымен сипатталады. Сарғаю орташа білінеді. ПИ 65%-ға дейін төмендейді. Ішіндегі жалпы билирубин 100 - 180 микромоль /литр шегінде.

3) ауыр дәреже – орталық жүйке жүйесінің айқын улануы, ұйқының бұзылуы, желігу немесе ұйқышылдық, селқостық, анорексия, қайталап құсу, геморрагиялық синдром, қарқынды сарғаю, тахикардия, диурездің тәуліктік азаюы, ПИ 55%-дан төмен болады. Жалпы билирубин 180 микромоль/литрден артады, жалпы билирубиннің 1/8-ін еркін фракция құрайды. Қан сарысуының альбумині 47-45%-ға дейін төмендейді, гаммаглобулиндер артады. Көбіне ауыр ағым В және Д гепатиттері кезінде байқалады. А, С және Е гепатиттері кезінде ауыр түрлердің үлесі (жүкті әйелдерден басқа) айтарлықтай аз.

4. Қатерлі ағым бар – фульминанттық гепатит. Массивті және субмассивті бауыр некрозы бар фульминанттық (қатерлі) гепатит.

Аса жіті нұсқа бауыр комасының дамуымен және аурудың 1-8 күндерінде өліммен аяқталумен ЖВГ-ның шынайы фульминанттық ағымына сәйкес келеді.

Жіті нұсқасы – ұзақтығы аурудың басталуынан бастап 28 күнге дейін.

Жітілеу (субмассивтік) нұсқа, мұнда бауыр некрозының алдында энцефалопатияға дейінгі 15 күн – 12 апта мерзімінде ЖВГ-ның қалыпты ағымы болады.

5. Асқынған ЖВГ – жіті бауыр энцефалопатияның және жаппай геморрагиялық синдромның дамуы бар жіті бауыр қызметінің жеткіліксіздігі:

- 1) ісік және бас миының ісінуі
- 2) жаппай асқазан-ішектен қан кету;
- 3) жіті бүйрек функциясының жеткіліксіздігі, жіті тыныс алу функциясының жеткіліксіздігі;
- 4) жайылған қайталама инфекция.

Вирустық гепатиттердің нақты этиологиялық диагнозы тек науқастың қан сарысуында өзіндік маркерлерді анықтау жолымен ғана белгіленеді.

Созылмалы вирустық гепатиттердің сыныптамасы

6. Созылмалы вирустық гепатиттердің түрлері:

- 1) дельта агенті бар В созылмалы вирустық гепатиті;
 - 2) дельта агенті жоқ В созылмалы вирустық гепатиті;
 - 3) С созылмалы вирустық гепатиті.
7. Вирустық гепатит фазалары: асқыну және ремиссия.

А вирустық гепатиті

8. Инкубациялық кезең орташа есеппен күнтізбелік 35 күнді құрайды (диапазоны күнтізбелік 7-50 күн).

9. АВГ-нің берілу жолдары:

- 1) тұрмыстық-қарым-қатынас (отбасыларда және ұйымдастырылған ұжымдарда);
- 2) жұқтырылған су, тамақ арқылы (алиментарлық);
- 3) парентералдық – сирек.

Е вирустық гепатиті

10. Е вирустық гепатитінің (бұдан әрі – ЕВГ) инкубациялық кезеңі орташа күнтізбелік 40 күнді құрайды (диапазоны күнтізбелік 20-60 күн).

11. ЕВГ-ның вирусының берілу жолы – су арқылы.

12. ЕВГ кезінде эпидемиялық процесс:

- 1) судан пайда болған эпидемиялық өршулер 7-8 жыл аралықтармен;
- 2) аурудың шұғыл сипатымен;
- 3) 15-29 жастағы жас адамдардың басым зақымдалуымен;

4) жүктіліктің үшінші триместрінде 20 % дейін өлім-жітіммен сипатталады.

13. Аурудың өрши бастауы жаз айларына тән, бұл суды барынша көп тұтынуға және шаруашылық-ауыз сумен жабдықтау көзі болып табылатын жерасты суының барынша ластануына байланысты.

В вирустық гепатиті

14. В вирустық гепатиті (бұдан әрі - ВВГ) инкубациялық кезеңі орташа күнтізбелік 60-90 күнді құрайды (диапазоны күнтізбелік 45-тен 180 күнге дейін).

15. Сарғаю түрлері 5 жасқа дейінгі балалардың 10%-да, 5 жастан асқан балалар мен ересектерде 30-50%-да тіркеледі.

16. ВВГ вирусы жіті де, созылмалы да ауруды туғызады.

17. Жұқтыру жолдары – табиғи және жасанды (артифициалды).

18. ВВГ вирусын жұқтырудың табиғи жолдарына:

1) перинатальдық жұқтыру (пренатальды, интранатальдық, постнатальдық);

2) жыныстық қатынас кезінде жұқтыру;

3) тұрмыста вируспен контаминацияланған гигиенаның әртүрлі заттарымен (ұстара және маникюр керек-жарақтары, тіс щеткалары, сүлгілер, қайшылар мен т.б.) жанасу есебінен жұқтыру жатады.

19. ВВГ вирусын жұқтырудың жасанды жолдарына:

1) ВГ вирусымен контаминацияланған медициналық, зертханалық құрал-саймандар мен медициналық мақсаттағы бұйымдар арқылы жұқтыру;

2) қан және/немесе оның құрауыштарын құю, ағзаларды (ағзалардың бөліктерін), тіндерді, жыныстық, фетальды, дің тіндерін және басқа да биологиялық материалдарды трансплантаттау кезінде, оларда ВГ вирусы болған жағдайда, жұқтыру;

3) медициналық емес инвазиялық емшаралар арқылы жұқтыру (психикалық белсенді препараттарды енгізу, дене әшекейін салу, діни салт жораларды және басқа да рәсімдерді орындау (қырыну, маникюр, педикюр, құлақ тесу, косметикалық рәсімдер және т.б.) жатады.

Д вирустық гепатиті

20. Д гепатитінің вирусы – ақауы бар, оның көбеюі үшін В гепатиті вирусының болуы қажет, сондықтан ДВГ мынадай түрде өтеді:

1) коинфекция (ВВГ мен ДВГ бір мезгілде жұғуы);

2) суперинфекция (ДВГ-нің ағымдағы ВВГ инфекциясына, әдетте созылмалы болған кезде қабаттасуы). ДВГ жіті және созылмалы болады

21. Асқынулар мен нәтижелері: көбіне жіті бауыр энцефалопатиясы және үдемелі бауыр циррозы жиі дамиды.

С вирустық гепатиті

22. СВГ инкубациялық кезеңі орташа күнтізбелік 180-210 күнді құрайды (күнтізбелік 14-тен 780 күн аралығында ауытқумен).

23. Инфекция көздері: аурудың жіті және созылмалы түрлері бар науқастар.

24. Жұқтыру жолдары ВВГ-ге ұқсас.

25. Сарғаю түрлері жағдайдың 10-20%-да орын алады.

ВГ ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу

26. ВГ-мен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық көрсетілімдер бойынша (орташа-ауыр және ауыр түрлері, бауыр мен асқазан-ішек жолдарының ілесіп жүретін патологиясы болған жағдайда жеңіл түрлері) нозологиялық түрлері бойынша бөлек жүргізіледі.

27. ВГ-мен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін эпидемиологиялық көрсетілімдер жоқ.

28. ВГ-мен ауыратын жүкті әйелдер клиникалық көрсетілімдері бойынша инфекциялық аурулар стационарларына, 30 аптадан бастап жүкті әйелдер және босанған әйелдер перзентханалар мен бөлімшелердің оқшауланған палаталарына (боксарына) жатқызылады.

29. ВГ-мен ауырып айыққан науқастарды ауруханадан шығару толық клиникалық сауығудан кейін, клиникалық-зертханалық көрсеткіштер бойынша жүргізіледі.

Диспансерлеу

30. ЖВГ-мен ауырып айыққан науқастарды диспансерлеу клиникалық көрсетілімдер бойынша гепатологиялық орталықтарда немесе емдеген дәрігер науқастың қолына берген жазбаша ұсыныммен аумақтық денсаулық сақтау ұйымының инфекциялық аурулар кабинеттерінде жүзеге асырылады.

АВГ-нің орташа ауыр және ауыр түрлерімен ауырғандарды диспансерлік бақылау үш ай, ВВГ-мен – алты ай, жіті СВГ-мен – созылмалылықтың жоғары ықтималдығын ескере отырып, тұрақты жүргізіледі (оның ішінде биологиялық-химиялық сынамалардың қалыпты көрсеткіштері кезінде және қанда вирус репликациясы болмаған кезде).

Созылмалы вирустық гепатит – ЖВГ нәтижелерінің бірі, алты ай бойы және одан көп айға рұқсат бермейтін бауырдағы диффузиялық қабыну процесі.

ЖВГ-мен ауыратын науқастарды диспансерлеу (әсіресе HBsAg болғанда) Д инфекцияның ықтимал суперинфекциялануына байланысты көрсетілген.

Диспансерлік бақылау ұзақтығы жалғасатын гепатит пен ферментемия клиникасының болуымен анықталады.

Вирустық гепатиттер реконвалесценттері сақталатын ферментемиялармен ауруханадан шыққаннан кейін бір айдан соң қаралған кезде диспансерлік есепке қойылады.

Есептен шығару клиникалық белгілер болмаған кезде жүргізіледі.

ЖВГ-мен ауырып айыққан адамдарға стационардан шыққаннан кейін алты ай бойы антирабиялық вакцина мен сіреспеге қарсы анатоксиннен басқа профилактикалық егуге болмайды (көрсетілімдер бар болса).

31. Қандағы В және С гепатиттері вирустарының репликациясын растайтын полимеразды тізбекті реакцияның оң нәтижелері алынғанда, хирургиялық операцияларға және манипуляцияларға қатысатын медицина қызметкерлері жұмысқа жіберілмейді.

"Инфекциялық аурулардың
алдын алу бойынша санитариялық-
эпидемияға қарсы (профилактикалық)
іс-шараларды ұйымдастыруға және
жүргізуге қойылатын санитариялық-
эпидемиологиялық талаптар"
санитариялық қағидаларына 3-қосымша

Эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыру және жүргізу алгоритмдері

1. МСАК медициналық ұйымдарында эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды қамтамасыз ету алгоритмі:

1) аумақта және ғимаратта кіреберісте тиісті көрсеткіштері бар "сүзгілер" ұйымдастыру және жабдықтау;

2) ЖРВИ, ТТА, АЖРИ және тұмау белгілері бар адамдар арнайы бөлінген бөлмеге оқшауланады, содан соң сүзгінің мейірбикесі дәрігерді шақырады;

3) дәрігер қарағаннан кейін сүзгі мейірбикесі дәрігердің нұсқауын орындайды (зерттеуге жағындыны алады, инъекциялар жасайды және басқалары) және пациент одан әрі амбулаториялық емдеуге немесе стационарға жіберіледі;

4) келушілердің емханада болу уақытын шектеу, науқастарды қабылдау үшін қосымша кабинеттер бөлу;

5) қосымша телефондар орнату және тұмауға күдігі бар және ауыр, орташа ауыр түрде өтетін ЖРВИ-мен ауыратын науқастарға консультациялық көмек көрсету және оларды ауруханаға жатқызу үшін автокөлікті бөлу;

6) үйге шақыртуға қызмет көрсету үшін жағдайлар жасау (қосымша автокөлік, жанар-жағармай материалы, тіркеу орнының ауысымдық жұмысын ұйымдастыру, 7 күнге еңбекке жарамсыздық парақтарын беру және басқалары);

7) ЖРВИ, тұмау және олардың асқынуларының (пневмониялар) белгілері бар жүкті әйелдер мен 1 жасқа дейінгі балаларға үйге шақыртуларды күн сайын патронажды, уақтылы емдеуге жатқызуды қамтамасыз ету арқылы бірінші кезекте қызмет көрсету;

8) ЖРВИ, тұмаумен сырқаттанушылықтың көтерілу кезеңінде медициналық ұйымдардағы жұмыс күнінің уақытын Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес сағат 8.00-ден 20.00-ге дейін, сенбі және жексенбі күндері сағат 9.00-ден 18.00-ге дейін ұзарту;

9) ЖРВИ, тұмау және олардың асқынулары (пневмониялар) бар амбулаториялық науқастарды емдеу үшін вирусқа қарсы препараттардың қорын құру;

10) әрбір 3 сағат сайын бетперделерді ауыстыру есебімен, қолданылған жеке гигиена заттарын уақтылы кәдеге жарату арқылы қызметкерлерді бір рет қолданылатын бетперделермен қамтамасыз ету. Көп рет қолданылатын бетперделерді пайдалануға және бір рет қолданылатын бетперделерді қайтадан пайдалануға жол берілмейді;

11) адамдар бар кезінде ауаны зарарсыздандыруды қамтамасыз ететін қазіргі заманғы құрылғыларды пайдалану;

12) санитариялық тораптарды сұйық сабыны бар дозаторлармен, электр кептіргіштермен немесе бір рет қолданылатын қағаз майлықтармен, қолданылған бетперделер мен майлықтарды жинауға арналған педаль бар қоқыс жәшіктерімен қамтамасыз ету;

13) медициналық ұйымдардың үй-жайларында кемінде +18°C температуралық режимді қамтамасыз ету;

14) тұмауға күдікті науқастардан материалды уақтылы (ауырған сәттен бастап 72 сағаттан кешіктірмей) алуды, "салқындату тізбегі" талаптарын сақтай отырып, үлгілерді уақытша сақтауды және вирусологиялық зертханаларға тасымалдауды қамтамасыз ету;

15) тұмауға күдігі бар науқастардан материал алу үшін шығыс материалдары мен көліктік орталардың қорын жасау және 7 күннен асырмай температуралық режимді сақтай отырып, көліктік ортаны уақытша сақтауды қамтамасыз ету;

16) пациенттер болатын жерлерде ЖРВИ мен тұмаудың профилактикасы туралы көрнекі ақпаратты орналастыру (стендтер, брошюралар, үнпарақтар, плакаттар, тұмаудың профилактикасы жөнінде бейнематериалдар көрсету және басқалары).

2. Медициналық ұйымдарда (стационарлар, перзентханалар мен бөлімшелер) эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды қамтамасыз ету алгоритмі:

1) ЖРВИ, тұмаумен сырқаттанушылықтың көтерілу кезеңінде соматикалық бөлімшелердегі төсектерді инфекциялық ауруларға арналған төсек ретінде қайта бейіндеу жоспарын бекіту;

2) ЖРВИ, тұмау және олардың асқынулары (пневмониялар) бар науқастарды емдеу үшін препараттардың, сондай-ақ дезинфекциялық препараттардың тізбесіне сәйкес дезинфекциялау құралдарының қорын жасау;

3) тұмауға және басқа да респираторлық вирустық инфекцияларға күдігі бар науқастардан уақтылы (ауырған сәттен бастап 72 сағаттан кешіктірмей) материал алуды, "салқындату тізбегі" талаптарын сақтай отырып, үлгілерді уақытша сақтауды және вирусологиялық зертханаларға тасымалдауды қамтамасыз ету;

4) тұмауға күдігі бар науқастардан материал алу үшін шығыс материалдары мен көліктік орталардың қорын жасау және 7 күннен асырмай температуралық режимді сақтай отырып, көліктік ортаны уақытша сақтауды қамтамасыз ету;

5) ЖРВИ және тұмау белгілері бар пациенттерге медициналық көмек көрсететін персоналды жеке қорғаныш құралдарымен (бір рет қолданылатын бетперделер, халаттар, қолғаптар) қамтамасыз ету; әрбір 3 сағат сайын бетпердені ауыстыру есебімен қызметкерлерді бір рет қолданылатын бетперделермен қамтамасыз ету; олардың қайта қолданылуына және көп рет қолданылатын бетперделердің қолданылуына жол бермеу;

6) медициналық қызметкерлердің стационар бөлімшелерінде жүруін және шектеу іс-шараларын жүргізу кезінде келушілердің санын шектеу арқылы медициналық персонал үшін бетперде режимін енгізу;

7) медициналық ұйымдардың үй-жайларында кемінде +18°C; босандыру блогының үй-жайларында кемінде +22°C температуралық режимді қамтамасыз ету;

8) палаталарды терезе ойықтары арқылы күніне кемінде 3 рет желдету;

9) ауаны зарарсыздандыруға арналған құрылғыларды пайдалану;

10) стационарда пациенттер мен қызметкерлер арасында тұмау жағдайларын ерте мерзімде белсенді түрде анықтауды ұйымдастыру;

11) ЖРВИ мен тұмауға күдігі бар пациенттерді жеке үй-жайларға немесе блоктарға (палаталар, бокстар, бөлімшелер, секциялар) оқшаулау;

12) тұмаумен ауруханаішілік сырқаттанушылық жағдайларын есепке алуды және тіркеуді жүргізі, тұмаудың белең алу себептерін тексеру және оны шоғырландыру бойынша шаралар қабылдау.

3. Балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу және білім беру ұйымдарында эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды қамтамасыз ету алгоритмі:

1) болмау себептерін анықтау және балалардың сырқаттану жағдайлары туралы аумақтық медициналық ұйымдарға хабарлау арқылы балалар мен қызметкерлердің күнделікті келуіне мониторинг жүргізу;

2) балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу және білім беру объектілерінде топтық оқшаулауды сақтай отырып, жіті респираторлық аурулар белгілері бар оқушылар мен педагогтарды сабаққа жібермеу үшін әрбір ауысымның алдында таңертеңгілік сүзгі ұйымдастыру және жүргізу;

3) жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру объектілерінде, кәмелетке толмаған балаларды бейімдеу орталықтарында, интернат ұйымдарында, пансионаттарда, медреседе, баспаналарда сұрау, сырттай қарау, көрсеткіштері бойынша – қызу өлшеу арқылы әрбір ауысымдағы сабақ басталғанға дейін балалар мен жасөспірімдерге күнделікті сүзгі ұйымдастыру; әрбір қабатта немесе сыныпта ЖРВИ мен тұмауға күдігі бар балаларды уақтылы анықтау үшін санитариялық посттардың жұмысын ұйымдастыру;

4) таңертеңгілік сүзгіде анықталған ЖРВИ мен тұмаудың белгілері бар балаларды (қызметкерлерді) уақтылы сабақтан (жұмыстан) шеттетуді ұйымдастыру, медициналық пунктке немесе учаскелік дәрігерді үйге шақыру үшін үйге жіберу;

5) бір күннің ішінде ауырған балаларды ата-аналары келгенге дейін тиісті күтімді қамтамасыз ете отырып, изоляторға ауыстыруды ұйымдастыру;

6) шұғыл жағдайларда балаларды медициналық ұйымдарға емдеуге жатқызу;

7) медициналық пункт пен изоляторларды қажетті медициналық жабдықпен және дәрі-дәрмекпен (термометрлер, қалақшалар, бетперделер, тұмауға қарсы препараттар) қамтамасыз ету;

8) үй-жайларда +18-тан +22°C-қа дейін температуралық режимді қамтамасыз ету;

9) ерекше бейінді үй-жайларды қатаң түрде мақсаты бойынша пайдалану;

10) үзілістердің ұзақтығын 10 минуттан 15 минутқа дейін созу арқылы оқу кабинеттерінде; мектепке дейінгі балалар ұйымдарында балаларды басқа үй-жайларға шығару кезінде желдету режимін күшейту;

11) санитариялық тораптарды сұйық сабынмен, бір рет қолданылатын сүлгілермен/сулықтармен қамтамасыз ету;

12) пайдаланылған бетперделер мен сулықтарды жинау үшін педальмен жарақталған қоқыс жәшіктерін орнату;

13) оқушыларға жеке гигиена ережелерін сақтау және ЖРВИ мен тұмаудың алдын алу мәселелері бойынша тақырыптық диктанттар жаздыру;

14) ЖРВИ-мен және тұмаумен сырқаттанушылықтың көтерілу кезеңінде жаппай және ойын-сауық іс-шараларын өткізуді шектеу.

"Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидаларына 4-қосымша

ТТА және АЖРИ-ды шолғыншы эпидқадағалау жүйесін ұйымдастыру алгоритмі

1. ШЭҚ-ты ұйымдастыру сапасын бағалау критерийлері мыналар болып табылады: шолғыншы орталықтарда ТТА-мен және АЖРИ-мен ауыратын науқастарды есепке алу қағидаттарын сақтау және олардың ТТА мен АЖРИ жағдайларының стандартты анықтамаларына сәйкес келуі, эпидемиологиялық және клиникалық, ТТА мен АЖРИ жағдайларын зертханалық зерттеу деректерін толық жинау, ШЭҚ жүйесінің барлық сатыларында апталық есеп беруді уақтылы және толық ұсыну, деректерді сапалы талдау және олардың уақтылы таралуын қамтамасыз ету, сапаны сырттай бақылау бағдарламасына қатысу.

2. ТТА-ны шолғыншы эпидқадағалау жүйесі мыналарды қамтиды:

1) 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары және науқастарды зертханалық тексеру бойынша тұрғындардың ЖРВИ және ТТА себебі бойынша жүгінуі туралы деректерді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне апта сайын ұсыну;

2) ЖРВИ-мен, ТТА-мен сырқаттанушылық көрсеткіштерін және ЖРВИ ішіндегі ТТА-ның үлесін есептеу үшін эпидмаусым алдында 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтарындағы қызмет көрсетілетін тұрғындар саны туралы ақпарат ұсынылады;

3) дәрігерде қабылдау кезінде және/немесе үйге шақырту бойынша қызмет көрсету кезінде жауапты дәрігерлердің ауру ұзақтығы 7 күннен аспаған ЖРВИ диагнозы бар науқастарға жас ерекшелік тобын, жынысын, ЖРВИ және/немесе ТТА диагнозын көрсете отырып, статистикалық талонды күнделікті толтыруы;

4) ТТА-мен ауыратын науқастардан үлгілерді жинау науқастың үйіне бару арқылы жүргізіледі. Бір айда 4 апта болғанда әр емхананың клиницисті бар бригадасы зертханалық зерттеуге жататын науқасқа 1 рет, 5 апта болғанда – айына 2 рет барады;

5) жылжымалы бригаданың құрамына санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің вирусологы және әрбір емхананың клиницисті кіреді;

6) үлгілерді алатын күні үйге шақыртуларды тіркейтін шолғыншы орталықтың оқытылған мейіргері ТТА жағдайының стандартты анықтамасына сәйкес келетін науқастарды белгілейді;

7) ШЭҚ бойынша жауапты дәрігер шолғыншы емханаларға жүгінген 1-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары әрбір жас ерекшелік тобының ТТА-мен ауыратын науқастарының кемінде 3 және 5-тен артық болмайтындай етіп тізімнен науқастарды таңдап алады;

8) материал аурудың ұзақтығы 72 сағаттан аспайтын ТТА жағдайының стандартты анықтамасына сәйкес келетін 1 жастан асқан науқастардан алынады;

9) материал алынған әрбір ТТА-мен ауыратын науқасқа жеке сауалнама және сәйкестендіру нөмірін бере отырып, зертханаға жолдама толтырылады;

10) ТТА-мен ауыратын науқастардың сауалнамасындағы жеке деректерін халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелерінің эпидемиологтары (сауалнаманың эпидемиологиялық бөлігін) және мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызметі ұйымның вирусологтары (сауалнаманың зертханалық бөлігін) тұрақты түрде он-лайн режимінде электрондық деректер базасына енгізеді.

3. АЖРИ-ді шолғыншы эпидқадағалау жүйесі:

1) АЖРИ-мен ауыратын науқастарды толық және уақтылы анықтау мақсатында шолғыншы орталықтар мынаны қамтамасыз етеді: апта сайынғы деректерді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне ұсына отырып, науқастардың барлық жүгінуі кезінде стандартты анықтамаға сәйкес келетін және аурудың ұзақтығы 7 күннен аспайтын АЖРИ жағдайларына есептеу жүргізу;

2) ЖРВИ және/немесе өкпенің жіті ауруларымен және/немесе ЖРВИ вирустары тудырған созылмалы аурулардың асқынуларымен аурудың алғашқы 7 күнінде келіп түскен науқастарға "АЖРИ – "иә немесе жоқ" қорытындысын ресімдеуді жеңілдету үшін науқаста болатын симптомдар "V" белгісімен көрсетілетін жерде, әрбір сырқатнаманың қолайлы орнына "АЖРИ симптомдары бар" деген мөртабан қойылады;

3) барлық диагноздармен шолғыншы бөлімшелерге (немесе барлық бөлімшелері АЖРИ-мен ауыратындарды қабылдаған жағдайда стационарға), оның ішінде тұмау маусымында қосымша бөлімше ашылған жағдайда, емдеуге жатқызылған адамдардың жалпы санынан жас ерекшелік топтары бойынша АЖРИ-мен ауыратын барлық емдеуге жатқызылған науқастарды есептеу жүргізіледі. Шолғыншы стационарларда сканерлер мен компьютерлер болған жағдайда, апта сайынғы есептер арнайы бағдарлама бойынша жасалады;

4) есеп мыналарды қамтиды: ЖРВИ вирустары тудырған барлық диагноздармен (ЖРВИ және/немесе жіті өкпе ауруы және/немесе өкпенің созылмалы ауруының асқынуы) ауырған сәтінен бастап 7 күн ішінде: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары бойынша шолғыншы бөлімшеге емдеуге жатқызылған науқастар саны, оның ішінде АЖРИ "Иә": 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары бойынша; 1000 адамға шаққанда АЖРИ "Иә" көрсеткіші: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары бойынша; 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары бойынша ауырған сәтінен бастап 3 күн ішінде зертханалық тексерілген АЖРИ жағдайларының саны және олардың нәтижелері;

5) зертханалық тексеру үшін АЖРИ-мен ауыратын науқастарды іріктеу критерийлері мыналар болып табылады: АЖРИ жағдайының стандартты анықтамасына сәйкес келуі; жасы – 1 жастан асқан балаларға ауру басталғаннан бастап 72 сағаттан аспауы; 18 жастан асқан адамдарға ауру басталғаннан бастап 7 күн аспауы;

6) материал балалар стационарларында әрбір 1-4, 5-14 жас ерекшелік топтарындағы және ересектер стационарларында 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтарындағы бір науқастан асырмай алынады. Апта ішінде тексерілгендердің саны әр жас ерекшелік тобынан 3 науқастан кем болмауы тиіс (барлығы халықтың барлық жас ерекшелік топтары бойынша апта ішіндегі жалпы саны – кемінде 15 науқас);

7) зертханалық тексерілген АЖРИ жағдайларының сырқатнамасының ыңғайлы жеріне мынадай деректері бар "жыртылатын талондар" желімделеді: науқас реанимация бөлімінде болды "-" "+"; ӨЖЖ-ні алды "-" "+"; О2 терапияны (бетперде немесе мұрын катетері арқылы) алды "-" "+"; аурудан айықты "-" "+"; қайтыс болды "-" "+"; қайтыс болған күні;

8) науқас стационардан шыққаннан кейін 7-тармақта көрсетілген деректер болған жағдайда, "V" белгісі бар "жыртылатын талон" толтырылады және оның екінші бөлігі халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелеріне беріледі;

9) әрбір зертханалық тексерілген АЖРИ жағдайы үшін сауалнама және вирусологиялық зертханаға жолдама толтырылады.

"Инфекциялық аурулардың алдын алу
бойынша санитариялық-эпидемияға
қарсы
(профилактикалық) іс-шараларды
ұйымдастыруға және жүргізуге
қойылатын

Нысан

Neisseria және Br. Catarrhalis өсірінділік және биохимиялық қасиеттері

Ескерту. Қағида 5-қосымшамен толықтырылды - ҚР Ұлттық экономика министрінің 26.11.2015 № 732 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

Қоздырғыш	Өсіру жағдайларына қатынасы,		Алғашқы бөлу кезінде өсудің СО ₂ –ге тәуелділігі		Пигменттің түзілуі	Сахаролитикалық белсенділік				5 % сахароза агарында полисахаридтің түзілуі	ред			
	37 °С сарысу агарында өсу	37 °С сарысусыз агарда өсу	0,2 % өт ортасында			глюкоза	мальтоза	сахароза	лактоза	фруктоза	нит			
N . Gonorrhoeae	+	-	-	+	-	Қ	-	-	-	--	-			
N . Meningitidis	+	-	-	+	-	Қ	Қ	-	-	--	-			
N. Subflava	+	+	(-)	+	-	+	Қ	Қ	-	-	--	-		
N. Perflava	+	-	+	-	+	Қ	Қ	Қ	-	Қ	+	-		
N. Flava	+	+	(-)	+	-	+	Қ	Қ	-	-	Қ	-		
N. Sicca	+	+	(-)	+	-	+	(-)	Қ	Қ	Қ	-	Қ	+	-
N. Mucosa	+	+	+	-	-	Қ	Қ	Қ	-	Қ	+	+		
N . Flavescens	+	+	(-)	+	-	+	Қ	-	-	-	-	+	-	
N . Lactamica	+	+	+	-	+	Қ	Қ	-	Қ	--	+			
Br . Catarrhlis	+	+	+	-	-	-	-	-	-	--	-			

Белгілер:

Қ – қышқылдың түзілуі

(-) - сирек