

О внесении дополнений в приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 12 марта 2015 года № 194 "Об утверждении санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний"

Утративший силу

Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 26 ноября 2015 года № 732. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 28 декабря 2015 года № 12570. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования)

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 27.03.2018 № 126 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

В соответствии с пунктом 6 статьи 144 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года "О здоровье народа и системе здравоохранения",
ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 12 марта 2015 года № 194 "Об утверждении санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний" (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10741, опубликованный в информационно-правовой системе "Эділет" 8 июня 2015 года) следующие дополнения:

Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний", утвержденные указанным приказом:

дополнить пунктом 60-1 следующего содержания:

"60-1. Формирование плана флюорографического обследования лиц группы "риска" проводится в разрезе терапевтических участков по территориально-производственному принципу ежемесячно и с нарастанием. Сводный план флюорографического обследования по поликлинике утверждается

руководителем данной организации и согласовывается с руководителем ПТО, руководителем территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.";

дополнить пунктом 70-1 следующего содержания:

"70-1. Отчет о выполнении плана постановки пробы Манту медицинские организации представляют в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения ежемесячно по форме согласно приложению 1-1 к настоящим Санитарным правилам.";

дополнить пунктом 109-1 следующего содержания:

"109-1. В организациях ПМСП анализ флюороснимка производится в два этапа (двойная читка).";

дополнить пунктом 111-1 следующего содержания:

"111-1. Все родильницы, в течении периода нахождения в организации родовспоможения до момента выписки подлежат обязательному обследованию на туберкулез методом флюорографии. Руководители медицинских организаций родовспоможения обеспечивают своевременную изоляцию в отдельную палату женщин в послеродовом периоде с подозрением на туберкулез и в течение шести часов с момента выявления подозрения на туберкулез вызов консультанта врача-фтизиатра и проведение дополнительных исследований с целью подтверждения или исключения туберкулеза.";

дополнить пунктом 135-1 следующего содержания:

"135-1. Медицинские работники организации здравоохранения, оказывающие акушерско-гинекологическую помощь проводят разъяснительную работу с беременными женщинами о значимости проведения профилактических прививок против туберкулеза.";

дополнить главами 24, 25, 26, 27, 28 следующего содержания:

"24. Санитарно-эпидемиологические требования к организации проведения санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению менингококковой инфекции

314. В клиническом течении менингококковой инфекции выделяют локализованные (менингококконосительство, назофарингит) и генерализованные (менингит, менингококкцемия, смешанные и другие) формы. Инкубационный период при менингококковой инфекции длится от 2 до 20 дней, чаще 2-4 дня.

315. Острый назофарингит – протекающая с умеренной лихорадкой в течение 3-5 дней, слабо выраженными симптомами интоксикации и ринофарингитом и не отличается по клиническим симптомам от острого респираторного заболевания

другой этиологии, в связи с чем диагноз устанавливается только на основании положительного результата бактериологического исследования носоглоточной слизи.

316. Менингит начинается остро, с озноба и лихорадки, сильной головной боли и рвоты. У больных развивается светобоязнь, гиперакузия, гиперестезия кожи, затем присоединяются возбуждение и двигательное беспокойство, нарушение сознания от сопора до комы, нарастают менингеальные симптомы. Резко выраженная интоксикация, нарушение сознания, судороги, припадки, парезы черепно-мозговых нервов, атаксия, гемипарезы и параличи, нистагм, мозжечковые нарушения свидетельствуют о менингоэнцефалите. Спинномозговая жидкость при менингите и менингоэнцефалите мутная, содержит большое количество клеток цитоз $0,01 \times 10^9/\text{л}$ и выше, за счет нейтрофилов, содержание белка выше $0,33 \text{ г/л}$, реакции Панди и Нонне-Апельта положительные.

317. Менингококцемия (менингококковый сепсис) начинается остро, у части больных с назофарингита. Температура тела повышается до 40 градусов Цельсия (далее – $^{\circ}\text{C}$) и выше, выражены симптомы интоксикации. Характерный симптом – геморрагическая сыпь на туловище, конечностях, ягодицах появляется через 12 – 48 часов от начала заболевания. Элементы сыпи могут быть различной формы от едва заметных петехий до крупных кровоизлияний в кожу багрового цвета, выступающие над поверхностью. В центре кровоизлияния может быть некроз. Менингококцемия может носить молниеносный характер, когда имеет место бурное начало, резкий озноб, появление чувства страха. Температура тела поднимается до 40 – 41°C , затем быстро снижается по мере развития инфекционно-токсического шока (далее - ИТШ). Нарастают одышка, тахикардия, артериальное давление падает, смерть наступает через 6 – 48 часов от начала заболевания.

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

1) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости менингококковыми инфекциями, проводимый ежегодно территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий, долгосрочного программно-целевого планирования. Необходимо изучить структуру менингококковых инфекций по нозологическим формам, оценить уровень заболеваемости в отдельных возрастных, социальных,

профессиональных группах населения и отдельных коллективов для выявления " групп риска";

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

319. С целью недопущения внутрибольничных заболеваний территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводится государственный санитарно-эпидемиологический надзор за соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в медицинских организациях, детских домах, домах ребенка, психоневрологических диспансерах, домах-интернатах.

320. Выявление больных и подозрительных на заболевание менингококковыми инфекциями проводится медицинскими работниками всех организаций здравоохранения, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, во время амбулаторных приемов, посещений на дому, медицинских осмотров, диспансеризации и других посещений медицинских организаций. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза.

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

1) больных с подозрением на менингококковую инфекцию при обращении в медицинские организации;

2) пациентов психиатрических стационаров, при поступлении в стационар;

3) детей при оформлении в школы-интернаты, детские дома и дома ребенка;

4) лиц старше 60 лет при оформлении в дома-интернаты для престарелых и инвалидов;

5) реконвалесцентов после перенесенной менингококковой инфекции;

6) лиц, находившихся в контакте с больным менингококковой инфекцией в инкубационный период. Лабораторное обследование контактных лиц в детских дошкольных учреждениях, детские дома и дома ребенка проводятся не менее двух раз с интервалом в 3 – 7 дней.

322. С диагностической целью лабораторное обследование на менингококковую инфекцию лиц указанных в подпунктах 1), 5) пункта 321 настоящих Санитарных правил проводится медицинскими организациями.

323. С профилактической целью лабораторное обследование на менингококковую инфекцию лиц указанных в подпунктах 2), 3), 4), 6) пункта 321 настоящих Санитарных правил проводится организациями, осуществляющими деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

324. При осложнении эпидемиологической ситуации и превышении уровня заболеваемости среднереспубликанского показателя заболеваемости на 100 тысяч населения проводится лабораторное обследование определенных групп населения. Объем и структура обследования определяется должностными лицами органов (организаций) санитарно-эпидемиологической службы по постановлениям или предписаниям.

25. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению эпидемиологического обследования и противоэпидемических мероприятий

325. Эпидемиологическое обследование проводится при регистрации каждого случая заболевания.

326. В детских дошкольных учреждениях, в том числе в учреждениях закрытого типа, школах, школах интернатах, где зарегистрирован случай менингококковой инфекции, устанавливается карантин на 10 календарных дней с момента изоляции последнего больного. В течение этого срока запрещается прием новых и временно отсутствующих детей, а также переводы детей и персонала из одной группы в другую.

327. Все лица, находившиеся в контакте с больным подвергаются медицинскому наблюдению с ежедневным клиническим осмотром и термометрией в течении 10 календарных дней с момента изоляции последнего больного. К проведению осмотра привлекаются оториноларингологи. Лицам, общавшимся с больными и имеющими катаральные явления в носоглотке, проводят профилактическое лечение.

328. Лица, у которых выявлены положительные результаты лабораторного обследования рассматриваются как носители. Проводится их лечение, постановка на учет, устанавливается за ними медицинское наблюдение. Носители, представляющие эпидемическую опасность для окружающих отстраняются от работы территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия

населения и допускаются в коллективы при однократном отрицательном результате, материал для исследования берется из носоглотки через 3 календарных дня после окончания лечения.

329. При превышении уровня заболеваемости среднереспубликанского показателя заболеваемости на 100 тысяч населения проводится вакцинации по эпидемиологическим показаниям лиц с высоким риском заболеваемости на основании постановления Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан.

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

331. В помещениях организуется частое проветривание, влажная уборка, максимальное разуплотнение лиц, находившихся в контакте с больным в спальных, учебных помещениях, игровых комнатах.

332. В период сезонного подъема заболеваемости запрещается проведение мероприятий с большим скоплением людей.

333. Среди населения постоянно проводится широкая разъяснительная работа о необходимости раннего обращения к врачу.

26. Санитарно-эпидемиологические требования к госпитализации больных менингококковой инфекцией

334. Обязательной и немедленной госпитализации подлежат больные с генерализованными формами.

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

336. Клинические показания для госпитализации больных менингококковой инфекцией:

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

337. Эпидемиологические показания для госпитализации больных менингококковой инфекцией:

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

2) случаи заболевания в медицинских организациях, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка, санаториях, домах-интернатах для престарелых и инвалидов, летних оздоровительных организациях, домах отдыха.

338. Выписка реконвалесцентов после менингококковой инфекции проводится:

1) при локализованной форме – после клинического выздоровления и однократного отрицательного бактериологического исследования слизи из

носоглотки через 3 календарных дня после окончания антибактериальной терапии;

2) при генерализованной форме – после клинического выздоровления и двукратного отрицательного бактериологического исследования слизи из носо-глотки через 3 календарных дня после окончания антибактериальной терапии с интервалом в 2 календарных дня.

27. Санитарно-эпидемиологические требования к диспансерному наблюдению за лицами, переболевшими менингококковой инфекцией

339. В школы, дошкольные учреждения, санатории, учебные заведения лица перенесшие менингококковую инфекцию, допускаются после однократного отрицательного бактериологического исследования, проведенного через 5 календарных дней после выписки из стационара или выздоровления больного назофарингитом на дому.

340. Реконвалесценты менингита и менингоэнцефалита наблюдаются невропатологом в течение двух лет (в течение первого года 1 раз в 3 месяца, в последующем году 1 раз в 6 месяцев).

28. Санитарно-эпидемиологические требования к лабораторной диагностике менингококковой инфекции

341. Лабораторная диагностика менингококковой инфекции и гнойных менингитов осуществляется бактериологическим методом путем выделения и идентификации возбудителя (слизь из носо-глотки), бактериоскопическим методом путем окрашиванием по Граму, серологическим путем выявления специфических антигенов в жидкостях организма (ликвор, кровь, синусоидальная жидкость) или антител в сыворотке крови, методом полимеразной цепной реакции (далее – ПЦР), позволяющий добиться значительного увеличения малых концентраций определенных фрагментов нуклеиновой кислоты в биологическом материале (пробе). ПЦР является наиболее чувствительным и специфичным из существующих экспресс-методов детекции возбудителей в биологическом материале: достаточно нескольких молекул дезоксирибонуклеиновой кислоты (далее – ДНК) в образце, чтобы обнаружить большинство известных микроорганизмов, в том числе некультивируемых. Такие факторы, как хранение спинномозговой жидкости (далее – СМЖ) при комнатной температуре, замораживание-оттаивание (до 3 раз) не влияет на чувствительность метода. Для молекулярно-биологических методов характерна высокая воспроизводимость, быстрота получения результата (в течение нескольких часов, позволяет проводить идентификацию без выделения чистых культур).

342. По классификационной систематике менингококки принадлежат к семейству Neisseriaceae роду Neisseria (далее – N), род N включает два вида

патогенных микроорганизмов: *N. meningitidis* и *N. gonorrhoeae*, остальные представители этого рода являются резидентной флорой слизистых оболочек. К последним относятся пигментообразующие, объединенные в один вид *N. subflava*, а также *N. sicca*, *N. mucosa*, *N. flavescens*, *N. lactamica*. Катаральный диплококк выделен в род *Branhamella* (далее – *B.*), включающий: *B. catarrhalis*, *B. caviae*, *B. ovis* и *B. cuniculi* и другие.

343. Менингококки требовательны к условиям культивирования. При росте требуют повышенной влажности и 5-10 процентов (далее – %) содержания диоксида углерода (далее – CO_2) в воздухе, чувствительны к малейшим отклонениям температуры. В качестве источника нативного белка рекомендуется применять сыворотку крупного рогатого скота, лошадиную или кровь любого другого животного, сухой питательный агар специального назначения.

344. Идентификация вида *N. meningitidis* основана на комплексе морфологических, тинкториальных, культуральных и биохимических признаков указанных в приложении 5 настоящих Санитарных правил.

345. Менингококки делятся на следующие 13 серогрупп: А, В, С, Х, Y, Z, 29Е, D, W135, K, H, L, I. Проведение серологического группирования менингококков является обязательным для практических лабораторий, как одна из мер эпидемиологического надзора за менингококковой инфекцией.";

дополнить приложениями 1-1, 5 согласно приложениям 1, 2 к настоящему приказу.

2. Комитету по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан обеспечить в установленном законодательством порядке:

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

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление его копии на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и в информационно-правовой системе нормативных правовых актов Республики Казахстан "Әділет";

3) размещение настоящего приказа на официальном интернет-ресурсе Министерства национальной экономики Республики Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра национальной экономики Республики Казахстан.

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

Министр

национальной экономики

"СОГЛАСОВАН"

Министр здравоохранения

и социального развития

Республики Казахстан

_____ Т. Дуйсенова

3 декабря 2015 г.

Приложение 1
к приказу Министра
национальной экономики
Республики Казахстан
от 26 ноября 2015 года № 732
Приложение 1-1
к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий по
предупреждению инфекционных
заболеваний"

Форма

Отчет о выполнении плана постановки пробы Манту

за _____ 20 ____ года по _____

(месяц) (наименование медицинской организации)

Контингент	план	выполнение плана за отчетный месяц	выполнение плана с нарастанием	удельный вес охвата (%)	выявлено с выражом и гиперергической реакцией	из них охвачено химиопрофилактикой
Обследование по пробе Манту всего, в том числе:						
детей и подростков из очагов туберкулеза (данные ПТО)						
детей старше двух месяцев перед вакцинацией БЦЖ						
учащихся 1-х классов (в возрасте 6-7 лет) перед ревакцинацией						
детям группы "риска" всего, в том числе:						

дети из социально неблагополучных семей (малообеспеченные и многодетные, родители - неработающие, из мест лишения свободы, страдающие алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ-инфицированные, не имеющие постоянного места жительства, мигранты) ;						
дети, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении с длительным кашлем (более 2-х недель) и с симптомами нарастающей интоксикации, (субфебрилитет, потливость, снижение аппетита и массы тела, раздражительность, вялость)						
дети, состоящие на диспансерном учете у педиатра по поводу различных заболеваний						
контингент закрытых учебных заведений (школы-интернаты, специализированные школы для детей инвалидов)						
д е т и , невакцинированные и с неразвившимися поствакцинальными рубчиками БЦЖ						
дети, получающие гормональную терапию						
дети, получающие иммуносупрессивную терапию (глюкокортикоиды,						

иммунодепрессанты, цитостатики, генно-инженерные биологические препараты)						
дети, с неизвестным прививочным статусом						

Приложение 2
к приказу Министра
национальной экономики
Республики Казахстан
от 26 ноября 2015 года № 732
Приложение 5
к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий по
предупреждению инфекционных
заболеваний"

Культуральные и биохимические свойства *Neisseria* и *Br. Catarrhalis*

Возбудитель	отношение к условиям культивирования, рост на		зависимость роста от CO ₂ при первичном выделении		образование пигмента	сахаролитическая активность				обра поли на а сахара
	сывороточном агаре 37 °С	бессывороточном агаре 37 °С	среде с 0,2 % желчи			глюкоза	мальтоза	сахароза	лактоза	
N . Gonorrhoeae	+	-	-	+	-	К	-	-	-	--
N . Meningitidis	+	-	-	+	-	К	К	-	-	--
N. Subflava	+	+	(-)	+	-	+	К	К	-	-
N. Perflava	+	-		+	-	+	К	К	К	-
N. Flava	+	+	(-)	+	-	+	К	К	-	-
N. Sicca	+	+	(-)	+	-	+	(-)	К	К	К
N. Mucosa	+	+		+	-	-	К	К	К	-
N . Flavescens	+	+	(-)	+	-	+	К	-	-	-
N. Lactamica	+	+		+	-	+	К	К	-	К
B r . Catarrhalis	+	+		+	-	-	-	-	-	-

Обозначения:

К - образование кислоты

(-) - редко

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