

Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний (чума, холера)"

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 ноября 2021 года № ҚР ДСМ-116. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 ноября 2021 года № 25254.

В соответствии с пунктом 4 статьи 94 Кодекса Республики Казахстан "О здоровье народа и системе здравоохранения, подпунктом 113) пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71 **ПРИКАЗЫВАЮ:**

Сноска. Преамбула - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 21.04.2025 № 39 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

2. Признать утратившим силу приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 25 февраля 2015 года № 131 "Об утверждении Санитарных правил "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний (чума, холера)" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 10644).

3. Комитету санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

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

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

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

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

Министр здравоохранения
Республики Казахстан

А. Цой

"СОГЛАСОВАНО"

Министерство сельского хозяйства
Республики Казахстан

"СОГЛАСОВАНО"

Министерство внутренних дел
Республики Казахстан

Приложение к приказу
Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 17 ноября 2021 года
№ КР ДСМ-116

Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний (чума, холера)"

Глава 1. Общие положения

1. Настоящие Санитарные правила "Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний (чума, холера)" (далее – Санитарные правила) разработаны в соответствии с подпунктом 113) пункта 15 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71 и устанавливают санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний (чума, холера), введению ограничительных мероприятий, в том числе карантина в эпидемических очагах чумы и холеры.

Сноска. Пункт 1 - в редакции приказа Министра здравоохранения РК от 21.04.2025 № 39 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

2. Противочумные станции, а при их отсутствии – территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, оказывают консультативно-методическую помощь медицинским организациям независимо от форм собственности.

3. При проведении санитарно-противоэпидемических мероприятий используют средства дезинфекции, дезинсекции, дератизации, зарегистрированные в Едином реестре свидетельств о государственной регистрации продукции Евразийского экономического союза.

4. Контроль за выполнением настоящих Санитарных правил осуществляет государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в пределах своей компетенции.

5. В настоящих Санитарных правилах использованы следующие понятия:

1) полевой материал – носители и переносчики возбудителей зоонозных инфекций, объекты окружающей среды, добытые для проведения их лабораторного исследования с целью обнаружения циркуляции возбудителя;

2) переносчики инфекции – преимущественно членистоногие, в частности кровососущие насекомые и клещи, определяющие трансмиссивный механизм передачи возбудителя чумы;

3) носители инфекции – теплокровные животные, в первую очередь грызуны и мелкие млекопитающие, являющиеся в природе резервуаром возбудителя инфекционных болезней;

4) угрожаемая территория – территория, где имеется угроза возникновения случаев заболевания людей особо опасными инфекциями;

5) защитная зона – территория вокруг населенного пункта, на которой уничтожены переносчики и (или) носители инфекции;

6) чума – особо опасный природно-очаговый зооноз, поражающий человека, диких и некоторых домашних животных, с высокой скоростью развития и тяжестью острого инфекционного процесса, характеризующиеся выраженной интоксикацией, лихорадкой, поражением лимфатических узлов, кожи и легких, максимальными уровнями летальности больных и высоким эпидемическим потенциалом при передаче инфекции от человека к человеку, вызывая при этом чрезвычайные ситуации в общественном здравоохранении;

7) природный очаг чумы – участок земной поверхности, в пределах которого осуществляется циркуляция возбудителя заболевания без заноса извне неопределенно долгое время;

8) реконвалесцент – больной человек в стадии выздоровления;

9) санитарно-противоэпидемические мероприятия – меры, принимаемые в целях локализации и ликвидации возникших очагов инфекционных, паразитарных заболеваний, отравлений среди населения;

10) санитарно-эпидемиологический мониторинг – государственная система наблюдения за состоянием здоровья населения и средой обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также определения причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействия факторов среды обитания;

11) холера – антропонозное бактериальное инфекционное заболевание с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, характеризующееся нарушением водно-солевого, белкового обмена, обезвоживанием организма, токсикозом и гастроэнтеритом, с высокой степенью контагиозности, вызванное холерным вибрионом, продуцирующим холероген и негемолизирующим эритроциты барана;

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

13) ограничительные мероприятия, в том числе карантин – меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим предпринимательской и (или) иной деятельности;

14) эпидемические осложнения – распространение возбудителя среди населения, требующее проведения комплекса противоэпидемических мероприятий;

15) эпидемический очаг – место пребывания источника инфекции (больного и (или) трупа человека) с окружающей его территорией в тех пределах, в которых возбудитель способен передаваться от источника инфекции к людям, находящимся в общении с ними;

16) эпизоотический очаг – ограниченная территория или помещение, где находятся источник возбудителя инфекции, факторы передачи и восприимчивые животные.

Глава 2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по предупреждению чумы

6. Санитарно-эпидемиологический мониторинг в природных очагах чумы на территории Республики Казахстан осуществляется территориальными подразделениями государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях и государственными организациями, осуществляющими деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

7. Юридические и физические лица, осуществляющие хозяйственную деятельность на энзоотичной по чуме территории информируют штатный персонал и привлеченных лиц о санитарно-эпидемиологической обстановке в природном очаге чумы, мерах индивидуальной защиты и действиях в случае подозрения на заболевание чумой, а также принимают меры для обеспечения безопасности людей при возникновении угрожающей эпидемической ситуации.

8. Территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях совместно с местными органами государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы и

противочумными организациями разрабатывают планы мероприятий и оперативные планы санитарно-противоэпидемических мероприятий по санитарной охране территорий, включающих:

1) меры по обеспечению постоянного санитарно-эпидемиологического мониторинга за чумой с учетом степени потенциальной опасности территории;

2) меры по обеспечению постоянной готовности и взаимодействия медицинских и противочумных станций на случай эпидемических осложнений по чуме;

3) материально-техническое обеспечение работ, направленных на предупреждение заболеваний чумой населения, проживающего на территории природных очагов чумы, выноса ее за пределы природных очагов, заноса из-за рубежа и эпидемического распространения на территории Республики Казахстан;

4) комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на своевременную локализацию и ликвидацию эпидемического очага чумы, с расчетом сил и средств при возникновении как единичных, так и массовых случаев заболеваний чумой;

5) поддержание готовности медицинских организаций к развертыванию медицинских формирований для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий по чуме;

6) подготовку медицинского персонала специализированных формирований, развертываемых для локализации и ликвидации эпидемического очага чумы;

7) проведение санитарно-просветительной работы, направленной на повышение знаний населения по вопросам профилактики чумы.

9. Планы мероприятий по предупреждению завоза и распространения особо опасных инфекций (далее – План) утверждаются местными исполнительными органами областей, городов республиканского значения и столицы в соответствии с подпунктом 1) пункта 1 статьи 27 Закона Республики Казахстан "О местном государственном управлении и самоуправлении в Республике Казахстан".

10. Медицинские организации ежегодно не позднее, чем за месяц до начала эпидемического сезона, определяемого противочумными станциями, проводят вакцинацию против чумы людей, временно или постоянно находящимся на территории природного очага.

11. Медицинские организации, независимо от их ведомственной принадлежности и форм собственности, и лица, занимающиеся частной медицинской практикой, немедленно информирует территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, противочумные станции о каждом выявленном случае заболевания (смерти) или подозрении на заболевание чумой согласно типовой схеме экстренного оповещения о подозрении или заболевании людей чумой и холерой (далее – Типовая схема оповещения), указанной в приложении 1 к настоящим Санитарным правилам.

12. Лабораторные исследования полевого, клинического и патологоанатомического материала при подозрении на чуму выполняют бактериологические лаборатории противочумных станций, имеющих разрешение на работу с микроорганизмами I-IV группы патогенности и гельминтами, в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-336/2020 "О некоторых вопросах оказания государственных услуг в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 22004) (далее – приказ № ҚР ДСМ-336/2020).

Доставка в лабораторию материала, подозрительного на наличие возбудителя чумы для исследования осуществляется в контейнерах, биксах или в сумках-холодильниках.

Транспортирование, изолированных в лаборатории культур возбудителя чумы между организациями осуществляется специальной почтой или нарочно лицами, ознакомленными с требованиями биологической безопасности, причем один из них при наличии медицинского (биологического, ветеринарного) образования и допущенный к работе с возбудителями I – II групп патогенности.

13. Противочумные станции на закрепленной за ними энзоотичной по чуме территории проводят:

1) эпизоотологическое обследование в соответствии с утвержденными государственным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения планами и контрольными цифрами с предоставлением его результатов по подчиненности, а также в территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, местные органы государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы и местный орган исполнительной власти;

2) исследование материала от больных людей при подозрении на чуму;

3) выполнение плановых санитарно-противоэпидемических мероприятий в соответствии с эпидемиологическими показаниями и контрольными цифрами;

4) проведение внеплановых (экстренных) мероприятий при регистрации экстремальных ситуаций – наличие больного чумой верблюда, выявление острых и разлитых эпизоотий чумы вблизи стационарных и временных населенных пунктов, объектов хозяйственной деятельности человека, транспортных магистралей;

5) определение групп риска заражения людей чумой на энзоотичной территории и предоставление информации в территориальное подразделение государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

6) обучающие семинары для медицинских работников на энзоотичной территории по вопросам клиники, диагностики, лечения чумы, организации и проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий, вакцинации людей;

7) семинары и инструктажи со специалистами в области ветеринарии по вопросам профилактики чумы у верблюдов и по методике их вакцинации;

8) санитарно-просветительную работу с населением по профилактике чумы.

14. Объем и характер основных превентивных мероприятий, проводимых в природных очагах чумы, определяет государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

15. На объектах юридических и физических лиц, находящихся на территории природных очагов чумы, обеспечивается:

1) выполнение санитарно-эпидемиологических требований к содержанию территории населенных пунктов и организаций с целью исключения условий для проникновения и жизнедеятельности грызунов;

2) организация и проведение дератизации и дезинсекции на территории населенного пункта или на расположенных в их пределах объектах (организациях);

3) доступ на территорию организации и расположенные на ней объекты, сотрудников противочумных станций, осуществляющих санитарно-противоэпидемические мероприятия, сотрудников территориальных подразделений государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях и проведение дератизационных и дезинсекционных работ;

4) организацию и проведение силами сотрудников противочумных станций, государственных организаций, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях и организаций, имеющих соответствующую лицензию дератизации и дезинсекции с целью создания защитной зоны от границы населенного пункта или от границы отдельных объектов;

5) обязательное выполнение указаний сотрудников противочумных станций и территориальных подразделений государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, направленных на предупреждение заболеваний чумой среди населения.

16. Всем лицам, временно или постоянно находящимся на территории природного очага, при осложнении эпизоотической и эпидемической обстановки проводится профилактическая прививка против чумы.

17. Контроль сроков проведения, полноты охвата вакцинацией, групп населения, подлежащие вакцинации обеспечиваются территориальными подразделениями государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях по согласованию с противочумными станциями.

18. Вакцинация осуществляется местными органами государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы в

соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 сентября 2020 года № 612 "Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся обязательные профилактические прививки в рамках гарантированного объема медицинской помощи, правил, сроков их проведения и групп населения, подлежащих профилактическим прививкам" и согласно инструкции производителя по применению противочумной вакцины.

19. Медицинскими организациями, независимо от форм собственности и ведомственной принадлежности, обеспечиваются:

1) предоставление специалистам противочумных станций медицинских документов для выявления лиц, переболевших заболеваниями, сопровождающихся высокой температурой, лимфаденитами и симптомами, характерными для чумы;

2) готовность госпитальной базы (инфекционного стационара для больных чумой, изолятора для контактных, провизорного инфекционного стационара) к проведению противоэпидемических мероприятий на случай выявления больных чумой;

3) подготовка медицинских работников по вопросам эпидемиологии, клиники, диагностики и профилактики чумы, организации и проведения первичных противоэпидемических мероприятий при выявлении больного (подозрительного) чумой;

4) организация и проведение тренировочных учений (занятий) с вводом условного больного чумой;

5) сбор сведений о численности и распределении населения на очаговой по чуме территории, особенно декретированной группы населения, имеющих высокий риск заражения чумой в природе;

6) медицинское наблюдение за вахтовыми рабочими при их выезде к месту постоянного жительства;

7) требования к обеспеченности комплектами защитных костюмов, для забора проб, средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств и солевыми растворами в медицинских организациях, в государственном органе и организациях в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, указанными в приложении 2 к настоящим Санитарным правилам.

20. В местах выявления эпизоотий чумы среди грызунов местные исполнительные органы областей, городов республиканского значения и столицы по представлению противочумных станций вводят временные ограничения хозяйственной, поисковой деятельности на угрожаемой территории:

1) запрет на выпас и перегон скота;

2) запрет на проведение охотопромысла;

3) запрет на проведение массовых мероприятий;

4) запрет на вывоз фуража, зерна и эпидемически значимых грузов за пределы эпизоотической территории.

21. Больных и подозрительных на заболевание чумой верблюдов изолируют и уничтожают путем сжигания. Лечение верблюдов, больных чумой, не проводится. В местах падежа и вскрытия верблюдов проводится дезинфекция с применением препаратов, зарегистрированных в Республике Казахстан и (или) государствах-членах Евразийского экономического союза.

22. Трупы вынужденно забитых и павших верблюдов вскрывают при участии специалиста из противочумной станции. Секционный материал исследуют на наличие возбудителя чумы в противочумной лаборатории.

23. Шерсть от здоровых верблюдов подвергают обработке инсектицидами, упаковывают в двойную тару и после отмены ограничительных мероприятий направляют на мойку для обработки горячей водой с соответствующей отметкой в ветеринарных документах, выдаваемых в соответствии с Правилами выдачи ветеринарных документов и требований к их бланкам, утвержденными приказом Министра сельского хозяйства Республики Казахстан от 21 мая 2015 года № 453 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 11898). Кожу и шерсть, снятые с павших верблюдов без предварительного ветеринарного освидетельствования сжигают.

24. Поголовье верблюдов в период течения эпизоотий чумы подлежит ветеринарному наблюдению. В это время запрещается убой больных верблюдов, диагноз у которых не установлен. Убой здоровых верблюдов производится с разрешения ветеринарного врача после десятидневного наблюдения за верблюдами, павших и вынужденно забитых верблюдов подвергают исследованию на чуму.

25. Профилактическую вакцинацию верблюдов на всей территории Республики Казахстан проводят ветеринарные врачи государственных ветеринарных организаций, созданных местными исполнительными органами, под контролем территориальных подразделений ведомства уполномоченного органа в области ветеринарии (далее – территориальные подразделения), в порядке и сроки, предусмотренные инструкцией (наставлением) производителя по применению противочумной вакцины. Наблюдение за вакцинированными верблюдами проводится в течение 14 (четырнадцати) календарных дней.

26. Проведение вакцинации верблюдов против чумы оформляют в журнале для записи ветеринарно-профилактических мероприятий (по форме № 1-вет), утвержденный приказом Министра сельского хозяйства Республики Казахстан от 25 февраля 2014 года № 16-07/114 "Об утверждении форм ветеринарного учета и отчетности" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 9342).

27. По требованию государственных ветеринарно-санитарных инспекторов соответствующих территорий, а также подразделений местных исполнительных органов, осуществляющих деятельность в области ветеринарии, государственных

ветеринарных организаций, созданных местными исполнительными органами, верблюды предоставляются для профилактической вакцинации против чумы.

28. Запрещается вынужденный убой верблюдов без ветеринарного освидетельствования ветеринарных врачей, государственных ветеринарных организаций, созданных местными исполнительными органами.

29. О случаях заболевания, вынужденного убоя или гибели верблюдов физические и юридические лица немедленно сообщают об этом подразделения местных исполнительных органов, осуществляющих деятельность в области ветеринарии, государственные ветеринарные организации, созданные местными исполнительными органами, органы государственного ветеринарно-санитарного контроля и надзора.

30. В организациях по заготовке, переработке, реализации животноводческой продукции и сырья ежегодно и при приеме на работу проводится обучение правилам профилактики чумы работников, производственная деятельность которых связана с уходом, содержанием и разведением скота, хранением, транспортировкой, переработкой и реализацией животноводческого сырья и продукции.

31. Территориальные подразделения и подразделения местных исполнительных органов осуществляющих деятельность в области ветеринарии информируют противочумные станции обо всех случаях заболеваний верблюдов с симптомами чумы, случаях с неясной клинической картиной заболевания и падеже верблюдов от неизвестных причин.

32. Транспортное средство, на котором выявлен больной с подозрением на заражение чумой, в пунктах пропуска через государственную границу в ходе санитарно-карантинного контроля, направляется на санитарную стоянку (причал, тупик, площадку) для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий.

33. Физические и юридические лица, независимо от их организационно-правовых форм, после получения и вскрытия контейнеров и лихтеров с товарами и грузами за пределами пунктов пропуска через государственную границу при обнаружении в них грызунов или следов их жизнедеятельности, а также эктопаразитов немедленно сообщают об этом в территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях.

34. Шкурки пушных зверей, завезенные на территорию Республики Казахстан без ветеринарного сертификата, подлежат уничтожению.

35. Первичные противоэпидемические мероприятия проводятся до официального открытия очага после возникновения подозрения на чуму у больного или умершего с подозрением на чуму человека.

36. К первичным противоэпидемическим мероприятиям относятся:

1) незамедлительная информация о выявлении больного или умершего человека с подозрением на чуму по Типовой схеме оповещения, согласно приложению 1 к настоящим Санитарным правилам;

2) госпитализация больного в изолированную палату (бокс), доставка трупа в морг или (в случае невозможности их доставки в медицинскую организацию) дифференцированная изоляция больного (трупа) и лиц, контактировавших с ним, на месте;

3) транспортировка больного в инфекционное отделение для оказания специализированной медицинской помощи с соблюдением мер предосторожности для обеспечения личной безопасности (применение противочумного или защитного костюма первого типа), условий изоляции и оказанием неотложной медицинской помощи, при невозможности или нежелательности транспортировки больного (подозрение на легочную или кишечную формы чумы, тяжелое состояние, отсутствие специализированного транспорта), вызывается бригада специалистов к месту его нахождения;

4) сбор эпидемиологического анамнеза;

5) дезинфекция мест пребывания больного (трупа), в том числе средств его транспортировки, а также объектов, которые оказываются зараженными.

37. Эпидемический очаг чумы открывается после официальной постановки диагноза "чума" (подтвержденный случай) специальным решением территориальной комиссии по чрезвычайным ситуациям. Этим же решением назначается начальник очага из числа опытных работников противочумной станции или территориальных подразделений государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории, а также создается штаб очага, под руководством которого осуществляются мероприятия, изложенные ниже.

38. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в эпидемическом очаге чумы состоят из двух организационно и функционально связанных разделов – локализации и ликвидации очага.

39. Мероприятия по локализации и ликвидации эпидемического очага чумы организуются и проводятся в соответствии с утвержденным Планом соответствующей административно-территориальной единицы.

40. Объем и характер мероприятий определяется данными эпидемиологического расследования, которое проводится немедленно после получения заключения о выявлении случая чумы.

41. Ограничительные мероприятия, в том числе карантин, в зоне эпидемического очага чумы, осуществляются в порядке, предусмотренном пунктом 3 статьи 104 Кодекса.

42. Вопросы привлечения сил и средств заинтересованных ведомств для обеспечения ограничительных мероприятий в эпидемическом очаге чумы, наблюдения

за сельскохозяйственными и домашними животными находятся в ведении территориальной комиссии по чрезвычайным ситуациям и решаются в соответствии с территориальным планом мероприятий и по согласованию с органами местной исполнительной власти.

43. В целях обеспечения противоэпидемического режима работы и оперативного проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий, персонал медицинских формирований в эпидемическом очаге чумы, с момента его открытия и до официального закрытия, переводится на казарменное положение.

44. Мероприятия по локализации очага чумы направлены на предотвращение заражения человека от больного или трупа и ограничение территориального распространения зараженных объектов биологического и небиологического характера. Локализация очага осуществляется на этапах:

- 1) выявления больных чумой;
- 2) госпитализации больных чумой;
- 3) выявления умерших от чумы людей;
- 4) захоронения трупов умерших от чумы людей;
- 5) выявления и изоляции лиц, контактировавших с зараженными чумой объектами;
- 6) определения сроков и объема карантинных мероприятий и их реализации;
- 7) провизорной госпитализации лиц с симптомами, подозрительными на чуму;
- 8) медицинского наблюдения за населением по месту жительства и при обращении в медицинские учреждения для ускорения изоляции больных и диагностики чумы;
- 9) проведения текущей и заключительной дезинфекции.

45. Эпидемический очаг чумы считается ликвидированным после:

- 1) окончания лечения и выписки больного (больных) чумой;
- 2) окончания профилактического лечения и выписки лиц, контактировавших с зараженными объектами;
- 3) завершения работ по дератизации, дезинсекции и заключительной дезинфекции.

46. После окончания лечения пациента выписывают при соблюдении следующих условий:

- 1) отсутствии клинических симптомов заболевания;
- 2) нормализации лабораторных анализов крови и мочи;
- 3) стабильно нормальной температуры тела в течение 6 (шести) календарных дней при кожной, ангинозной и бубонной формах чумы или в течение 10 (десяти) календарных дней при легочной и септической формах, а также менингеальных и кишечных осложнениях;
- 4) однократном отрицательном результате бактериологического исследования материала, взятого через сутки после окончания антибиотикотерапии.

47. После выписки реконвалесцент подлежит диспансерному наблюдению в течение трех месяцев.

48. Медицинские организации в период существования эпидемического очага обеспечивают:

1) выявление больных с симптомами чумы на всех этапах оказания медицинской помощи населению при осуществлении медицинского наблюдения за населением в форме подворных обходов и проведение первичных противоэпидемических мероприятий;

2) забор материала от больного работниками медицинских организаций в присутствии специалистов противочумной станции или лаборатории особо опасных инфекций государственных организаций, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях;

3) организацию транспортировки больных санитарным автотранспортом, их госпитализацию, клинико-эпидемиологическое и лабораторное обследование, лечение, а также проведение текущей дезинфекции;

4) изоляцию, обследование и экстренную профилактику лиц, контактировавших с больными;

5) провизорную госпитализацию всех больных с сигнальными признаками чумы, изоляцию контактных с проведением медицинского наблюдения и экстренной профилактики в течение всего инкубационного периода;

6) патологоанатомическое вскрытие умерших от острых инфекционных заболеваний неясной этиологии, подозрительных на наличие заболевания чумой, а также во всех случаях скоропостижной смерти лиц, не обращавшихся за медицинской помощью, с целью установления патологоанатомического диагноза и забора соответствующего материала для исследования.

49. Вскрытие умерших от чумы, взятие от них материала для исследования на чуму и его транспортировку в специализированные лаборатории производят в присутствии специалистов противочумных станций.

50. Перевозка трупа к месту захоронения производится на выделенном транспорте в металлическом или деревянном гробу бригадой эвакуаторов в защитной одежде первого типа, укомплектованному в соответствии с приложением 2 к Санитарным правилам.

51. Захоронение умершего от чумы проводится с учетом местных религиозно-этнических обычаев на общем кладбище силами коммунальной службы территории в присутствии специалиста противочумной станции.

52. Физические и юридические лица, независимо от их организационно-правовых форм, в эпидемическом очаге чумы обеспечивают выполнение санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на предупреждение распространения заболевания чумой в эпидемическом очаге, в соответствии с настоящими Санитарными правилами.

Глава 3. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических мероприятий по предупреждению холеры

53. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводятся в соответствии с Классификацией заболеваний, обусловленных холерным вибрионом, указанной в приложении 3 к настоящим Санитарным правилам.

54. Территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения соответствующих территорий совместно с местными органами государственного управления здравоохранения и территориальными противочумными станциями участвуют в разработке санитарно-противоэпидемических (профилактических) планов мероприятий по холере, при составлении которых учитываются:

- 1) данные анализа завоза холеры и выделения холерных вибрионов из объектов окружающей среды;
- 2) климатогеографические особенности;
- 3) соседство со странами, неблагополучными по холере, с водоемами, берущими начало за рубежом;
- 4) транспортные связи;
- 5) миграционные процессы;
- 6) санитарно-гигиеническое состояние территории (водоснабжение, канализация, санитарная очистка);
- 7) характер и условия рекреационного (места отдыха, пляжи, аквапарки, бассейны и др.) и бытового водопользования;
- 8) обычаи населения.

55. Планы мероприятий по предупреждению завоза и распространения особо опасных инфекций (далее – План) утверждаются местными исполнительными органами областей, городов республиканского значения и столицы в соответствии с подпунктом 1) пункта 1 статьи 27 Закона Республики Казахстан "О местном государственном управлении и самоуправлении в Республике Казахстан".

56. Планы санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по холере включают следующее:

- 1) вопросы обеспечения готовности и взаимодействия медицинских, санитарно-профилактических, территориальных противочумных станций и ведомственных медицинских служб на случай эпидемических осложнений по холере;
- 2) обеспечение постоянного эпидемиологического слежения за холерой с учетом степени потенциальной опасности (завоза) реализации путей и факторов передачи холеры, кишечных инфекций;
- 3) комплекс санитарно-противоэпидемических мероприятий, направленных на своевременную локализацию и ликвидацию очага холеры, а также с расчетом для этого

сил и средств с учетом возможности возникновения единичных и массовых случаев холеры;

4) обеспечение готовности медицинских работников к проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по холере;

5) поддержание готовности медицинских организаций к развертыванию медицинских формирований для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий по холере;

6) подготовку медицинского персонала специализированных формирований, развертываемых для локализации и ликвидации очагов холеры;

7) выполнение всех видов работ, позволяющих осуществлять качественное слежение за загрязнением объектов внешней среды холерными вибрионами и случаями инфицирования людей этими микроорганизмами;

8) проведение санитарно-просветительной и разъяснительной работы.

57. Эпидемиологическое наблюдение по холере на территории Республики Казахстан осуществляется дифференцированно, с учетом типов территорий по комплексу факторов, обуславливающих эпидемическую опасность по этой инфекции.

58. Исследования на холеру выполняют специалисты бактериологических лабораторий государственных организаций, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях и противочумных станций, имеющих разрешение на работу с микроорганизмами I-IV группы патогенности и гельминтами, в соответствии с приказом № ҚР ДСМ-336/2020.

59. На холеру исследуется материал из объектов внешней среды, от больных острыми кишечными инфекциями (далее – ОКИ), а также от лиц, составляющих группы риска (лица, поступающие в учреждения социальной реабилитации, психоневрологические диспансеры и лица без определенного места жительства и работы).

60. Группы населения и объекты внешней среды, а также период и частоту их обследования на холеру определяет государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

61. Направленность и объекты, подлежащие исследованию на холеру, определяются сложившейся эпидемической ситуацией.

62. На всей территории Республики Казахстан независимо от сезона года подлежат обследованию на холеру:

1) больные ОКИ, имеющие водянистую диарею, рвоту в сочетании с признаками обезвоживания (судороги мышц, снижение тургора кожи);

2) умершие от ОКИ неясной этиологии.

63. По эпидемиологическим показаниям обследуются:

1) все больные ОКИ;

- 2) беженцы, прибывшие из неблагополучных по холере стран;
- 3) граждане, прибывшие из неблагополучных по этой инфекции стран и заболевшие в течение 5 (пяти) календарных дней с момента прибытия;
- 4) лица, относящиеся к группе риска (лица, поступающие в учреждения уголовно-исполнительской системы, социальной реабилитации, психоневрологические диспансеры и лица без определенного места жительства и работы).

64. С учетом эпидемиологических и санитарно-гигиенических показаний осуществляется бактериологическое исследование на наличие холерных вибрионов воды поверхностных водоемов и источников питьевой воды:

- 1) в зонах санитарной охраны водозабора для централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения;
- 2) в местах сброса хозяйственно-бытовых сточных вод;
- 3) в местах организованного рекреационного водопользования;
- 4) источники питьевого водоснабжения.

65. При выявлении холерных вибрионов O1 (или O139), поп O1 от больных или клинически здоровых людей и из объектов окружающей среды холерных вибрионов O1 (или O139) до выяснения токсигенности штаммов санитарно-противоэпидемические мероприятия проводятся в полном объеме.

66. При выделении из воды поверхностных водоемов холерных вибрионов O1 или O139, лизирующих эритроциты барана (не продуцирующих холероген) проводятся мероприятия в ограниченном объеме:

- 1) увеличивается количество точек забора проб воды поверхностных водоемов, частота взятия до 2-3 раз в неделю – до получения трехкратного отрицательного результата;
- 2) осуществляется однократное бактериологическое обследование на холеру поступивших в стационар больных ОКИ.

67. При выделении из воды поверхностных водоемов холерных вибрионов O1 или O139, не лизирующих эритроциты барана (продуцирующих холероген) проводятся мероприятия в полном объеме:

- 1) в населенных пунктах, не имеющих централизованного водоснабжения, не допускается использование без предварительного обеззараживания воды из открытых водоемов для питья;
- 2) организуется доставка безопасной питьевой воды;
- 3) обеспечивается режим обеззараживания воды путем ее дезинфекции и (или) кипячения;
- 4) вводятся ограничения на водопользование поверхностными водоемами, загрязненными возбудителями холеры. Сроки, объем, характер ограничительных

мероприятий определяется в каждом конкретном случае территориальным подразделением государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях;

5) увеличивается количество точек забора проб воды поверхностных водоемов с ежедневным исследованием до трехкратного отрицательного результата;

6) проводится активное выявление и госпитализация больных ОКИ;

7) осуществляется бактериологическое обследование на холеру больных ОКИ, поступающих в стационар или оставленных на дому, трехкратно в течение часа;

8) вводится исследование на холеру источников питьевой воды и сточных вод с учетом данных санитарно-эпидемиологических обследований;

9) проводится эпидемиологическое обследование с целью установления источников контаминирования поверхностных водоемов;

10) проводится серологическое обследование групп риска населения с целью обнаружения потенциальных источников инфекции.

68. При обнаружении холерных вибрионов O1, non O1 или O139 в пробах питьевой воды немедленно производится ее гиперхлорирование и запрещается употребление не кипяченой воды. В случае неэффективности хлорирования осуществляют подкисление питьевой воды уксусной или муравьиной кислотой. Подкисление питьевой воды проводят под контролем pH, которая не ниже 6,0. Расчет потребности в той или иной кислоте выполняют на месте с учетом объема обрабатываемой воды.

69. При выделении токсигенных холерных вибрионов из хозяйственно-бытовых сточных вод:

1) вводятся ограничительные мероприятия на водопользование из поверхностных водоемов;

2) увеличивается количество точек забора проб воды поверхностных водоемов ниже сброса сточных вод, исследования проводятся ежедневно до трехкратного отрицательного результата;

3) проводится эпидемиологическое расследование с целью установления источников контаминирования сточных вод;

4) осуществляется бактериологическое исследование на холеру больных ОКИ, поступающих в стационары (с учетом данных эпидемиологического расследования) - трехкратно;

5) исследование на холеру трупов всех умерших с явлениями острого гастроэнтерита;

6) не допускается полив сточными водами огородов и садовых участков.

70. При обнаружении холерных вибрионов O1, non O1 или O139 в материале от больных ОКИ или клинически здоровых людей объем проводимых мероприятий определяется в соответствии с Классификацией заболеваний, обусловленных холерным вибрионом, указанной в приложении 3 к настоящим Санитарным правилам.

71. Санитарно-просветительная и разъяснительная работа осуществляется вне зависимости от эпидемической ситуации и направлена на соблюдение чистоты территорий жилых, производственных помещений, личной гигиены, своевременное обращение за медицинской помощью при появлении первых признаков желудочно-кишечных расстройств.

72. При выделении холерного вибриона O1 или O139 из проб воды информация о них и изолированные культуры направляются на исследование по установлению их эпидемической опасности. Выделенные культуры направляются в противочумные станции с паспортами, которые содержат следующие сведения:

- 1) название водоема, где обнаружены холерные вибрионы;
- 2) название населенного пункта и район, где расположен водоем;
- 3) дата забора пробы и дата выделения культуры;
- 4) установленные свойства полученной культуры.

73. При обнаружении холерных вибрионов O1, O139 или non O1 в материале от больных ОКИ или здоровых людей информация согласно схеме оповещения немедленно передается в государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения согласно Типовой схеме оповещения, согласно приложению 1 к настоящим Санитарным правилам. Информация направляется также и в том случае, если диагноз был установлен у больного только клинически.

74. Информация содержит следующие данные:

- 1) фамилия, имя, отчество (при наличии) заболевшего, возраст (год рождения);
- 2) место жительства (адрес), профессия, место работы, учебы;
- 3) дата заболевания, клинический диагноз;
- 4) дата взятия материала и бактериологического подтверждения диагноза;
- 5) сведения об эпидемиологическом анамнезе;
- 6) свойства изолированной культуры.

75. В случае регистрации повторных заболеваний холерой информация содержит сведения об источнике инфекции, факторе и пути его передачи.

76. Ретроспективный эпидемиологический анализ по холере проводится с учетом токсигенности холерных вибрионов и включает:

- 1) определение уровня инфицированности (число больных холерой на 100 тысяч населения);
- 2) интенсивность и сроки выделения холерных вибрионов из объектов окружающей среды;
- 3) причины возникновения эпидемических вспышек холеры, основные факторы и пути передачи инфекции;
- 4) условия, способствовавшие распространению холеры;
- 5) эффективность проведенных мероприятий;

6) анализ заболеваемости ОКИ и заболеваний неустановленной этиологии во взаимосвязи с санитарным фоном, условиями рекреационного водопользования для обоснования проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

77. При возникновении эпидемических осложнений по холере в зарубежных странах, с которыми Республика Казахстан имеет прямые экономические, туристические, хозяйственно-торговые связи, проводятся мероприятия в порядке, предусмотренном пунктом 1 статьи 104 Кодекса.

78. Медицинская организация, выявившая больного или подозрительного на заболевание холерой, немедленно информирует территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, противочумные станции согласно Типовой схеме оповещения, согласно приложению 1 к настоящим Санитарным правилам. В информации указываются:

- 1) место, где выявлен больной;
- 2) время его обнаружения;
- 3) диагноз – клинический или бактериологический;
- 4) количество контактных лиц;

5) принятые меры (место изоляции больных и контактных лиц, время забора у них материала для исследования на холеру).

79. Список контактных лиц составляется по предъявляемым документам, удостоверяющим личность с указанием домашнего адреса и телефона, для туристов – с указанием фирмы – организатора тура.

80. Медицинские организации, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, для проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий по холере обеспечиваются комплектами защитных костюмов в соответствии с требованиями к обеспеченности комплектами защитных костюмов, для забора проб, средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств и солевыми растворами, указанными в приложении 2 к настоящим Санитарным правилам.

81. При обнаружении холерного вибриона O1, O139 или non O1 в материале от больного ОКИ или здорового человека медицинские организации организуют и проводят санитарно-противоэпидемические мероприятия по холере.

82. При выявлении холерных вибрионов от больных или клинически здоровых людей проводится:

1) госпитализация и лечение лиц, от которых были выделены культуры холерного вибриона;

2) уточняются свойства выделенных культур. До определения эпидемической значимости штаммов санитарно-противоэпидемические мероприятия проводятся в полном объеме;

3) при установлении клинического диагноза холеры у больного ОКИ объем мероприятий зависит от свойства выделенной культуры (продуцирующий или не продуцирующий холероген).

83. В случае выделения от больных (здоровых лиц) ОКИ холерных вибрионов O1, O139 и non O1, продуцирующих холерный токсин, (холероген "+", гемолиз "-") проводятся организационные мероприятия.

84. После получения заключения организации здравоохранения о заболевании холерой, территория, где проживал или находился выявленный больной, объявляется очагом.

85. Эпидемический очаг холеры открывается после официальной постановки диагноза "холера" (подтвержденный случай) специальным решением территориальной комиссии по чрезвычайным ситуациям. Этим же решением назначается начальник очага из числа опытных работников противочумной станции или территориальных подразделений государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях, а также создается штаб очага, под руководством которого осуществляются мероприятия, изложенные ниже.

86. Государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения направляет в очаг холеры специальные медицинские формирования (специальная противоэпидемическая бригада), отдельные специализированные лаборатории, инфекционные стационары).

87. Границы территории, на которой вводятся ограничительные меры, определяются по данным эпидемиологического обследования, санитарно-гигиенических условий и коммунального благоустройства территории.

88. Для ликвидации очага холеры территориальными подразделениями государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующих территориях привлекаются специалисты местного органа государственного управления здравоохранением по профилю.

89. Для выполнения аналитических, экспертных работ по ликвидации очага могут привлекаться специалисты по профилю (по согласованию с их руководителями).

90. Работа по локализации и ликвидации эпидемического очага холеры организуется и проводится в соответствии с Планами соответствующей административно-территориальной единицы Республики Казахстан.

91. Объем и характер мероприятий определяется данными эпидемиологического обследования, которое проводится немедленно после получения заключения о выявлении случая холеры. План предусматривает:

1) госпитализацию больных и подозрительных случаях на заболевание холерой в инфекционный стационар для больных холерой;

2) эпидемиологическое расследование каждого случая заболевания холерой, вибрионосительства;

3) выявление, изоляция, трехкратное взятие материала для лабораторного исследования на наличие холерного вибриона и профилактическое лечение контактных лиц (членов семей и близких родственников) и лиц, находившихся в одинаковых условиях по риску заражения;

4) активное выявление всех больных ОКИ с диареями и рвотой, их госпитализация в провизорный стационар и трехкратное взятие материала в течение одного часа для лабораторного исследования на наличие холерного вибриона;

5) вскрытие и бактериологическое обследование на холеру умерших от ОКИ;

6) увеличение объемов и кратности бактериологических исследований на холеру объектов окружающей среды, в том числе и сточных вод, а также представителей водного и околотоводного биоценоза;

7) введение ограничительных мероприятий на водопользование поверхностными водоемами в зависимости от конкретной эпидемической обстановки и санитарно-гигиенических условий территории;

8) оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости холерой с учетом миграции населения и выявлением особенностей водопользования;

9) усиление санитарно-эпидемиологического надзора за местами рекреационного водопользования, объектами общественного питания, пищевой промышленности и торговли пищевыми продуктами, водопроводными и канализационными сооружениями ;

10) лабораторное обследование на холеру отдельных групп населения по эпидемиологическим показаниям;

11) проведение экстренной профилактики антибиотиками контактных лиц;

12) текущая и заключительная дезинфекция в очагах;

13) представление текущей и заключительной информации в вышестоящие органы здравоохранения.

92. Все указанные мероприятия проводятся совместно с противочумными станциями.

93. Для эффективного и своевременного проведения мероприятий по локализации и ликвидации возникшего очага холеры, оперативным планом предусматривается обеспечение каждой медицинской организации средствами оперативной связи.

94. Очаг считается ликвидированным через 10 (десять) календарных дней после госпитализации последнего больного и проведения заключительной дезинфекции.

95. Инфекционный стационар продолжает работу до выписки последнего госпитализированного, а бактериологическая лаборатория, выполнявшая исследование материала на холеру, – до срока, определяемого сложившейся ситуацией и проведения объема исследования материала на холеру, позволяющего оценить качество выполненных санитарно-противоэпидемических мероприятий.

96. Эпидемиологическое обследование в очаге проводят эпидемиологи групп, выполняющих санитарно-противоэпидемическую работу. Каждая группа состоит из эпидемиолога и помощника эпидемиолога, за группой закрепляют автомобильный транспорт. Количество групп определяется объемом выполняемой работы.

97. Обследование проводится с целью установления источника, фактора и пути передачи инфекции, а также количества контактных лиц.

98. При эпидемиологическом обследовании проводят:

1) опрос больного, его родственников и контактных лиц для сбора эпидемиологического анамнеза;

2) организацию отбора проб для лабораторного исследования (продуктов питания, питьевой воды, смывов с предметов домашнего обихода);

3) составление списка лиц, имевших контакт с больным, а также находившихся в одинаковых условиях по риску заражения;

4) установление контактных и выбывших из очага лиц в течение последних 5 (пяти) календарных дней;

5) направление экстренных извещений о контактных и выбывших из очага лиц не позднее 5 (пяти) календарных дней с момента обнаружения больного, в территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения территории, куда они выехали;

6) инструктаж медицинских работников, выполняющих медицинское наблюдение за контактными лицами в очаге;

7) определение объема работ в очаге, порядок проведения дезинфекционных мероприятий и профилактическое лечение контактных лиц;

8) заполнение карт эпидемиологического обследования очага.

В карте отражаются следующие данные:

клиническую форму заболевания и результаты бактериологического обследования; данные о выезде обследуемого в течение последних 5 (пяти) календарных дней и информация о контактных лицах с обследуемым в указанный период;

употребление воды из открытых водоемов и купание в открытых водоемах;

наличие случаев аварий на водопроводной сети по месту жительства, их характер;

удаление продуктов жизнедеятельности человека, устройство туалетов;

результаты лабораторного обследования контактных лиц.

99. Больных с дисфункцией желудочно-кишечного тракта активно выявляют на всех этапах оказания медицинской помощи, в организованных коллективах (организациях), а на территориях с жилой застройкой организуются обходы и опрос населения с целью выявления больных (далее – обходы).

100. Обходы проводят медицинские работники первичной медико-санитарной помощи. Для выполнения обходов населенные пункты (города, села) делят на участки (

при индивидуальной застройке – до 500 человек, с многоэтажной – до 1000 человек). За каждым участком закрепляют бригаду в составе двух-трех средних медицинских работников.

101. Бригадами, выполняющими обходы (не более 10 человек), руководит врач-инфекционист. Бригады выявляют больных с клиникой желудочно-кишечных расстройств, проводят санитарно-просветительную работу с населением. Руководители бригад организуют профилактическое лечение и медицинское наблюдение за контактными лицами, а также консультируют выявленных на участке больных и принимают решение об их госпитализации.

102. Каждый выявленный больной с дисфункцией желудочно-кишечного тракта направляется машиной скорой помощи в провизорный, а при наличии симптомов обезвоживания – в инфекционный стационар. На каждого госпитализированного представляют информацию в территориальное подразделение государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения соответствующей территории.

103. Сведения о результатах активного выявления больных и проведенных мероприятий на участках и в организованных коллективах ежедневно представляются исполнителями в территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения соответствующей территории.

104. Выявленных больных холерой госпитализируют на автотранспорте, специально выделенном для этих целей, в сопровождении бригады, состоящей из врача и среднего медицинского работника.

105. Санитарный автотранспорт для госпитализации больных холерой оснащается средствами и оборудованием для проведения регидратационной терапии, а также для текущей и заключительной дезинфекции.

106. Контактные лица помещаются в изолятор или остаются под медицинским наблюдением в течение 5 (пяти) календарных дней по месту жительства, учебы, работы. Их изоляцию определяет территориальное подразделение государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения соответствующей территории с учетом характера и вида контакта с больным холерой, условий, определяющих риск заражения, санитарного состояния и благоустройства места жительства, трудовой деятельности.

107. Контактные лица из числа декретированных групп населения подлежат обязательной изоляции.

108. Контактные лица (кормящие матери и беременные женщины) подлежат обязательной госпитализации в изолятор. Они находятся под медицинским наблюдением для принятия мер по жизненным показаниям.

109. Контактные лица транспортируются в изолятор на машине скорой помощи в сопровождении среднего медицинского работника.

110. О контактных лицах составляют информацию, содержащую адрес, место работы, учебы, времени и степени контакта с больным.

111. Контактировавшие с больным холерой лица, выбывшие из очага в течение 5 (пяти) календарных дней до заболевания холерой одного из членов семьи, также вносятся в список и сведения о них передаются территориальным подразделениям государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения той территории, где они находятся в момент обследования очага.

112. В случае появления у контактных лиц рвоты или дисфункции желудочно-кишечного тракта, их немедленно помещают в отдельную палату инфекционного стационара.

113. Все контактировавшие с больным лица подлежат обследованию на холеру и профилактическому лечению. Забор материала на исследование проводится до начала профилактического (антибактериального) лечения, трехкратно в течение часа с момента выявления.

114. Для определения широты распространения возбудителя среди населения района, пораженного холерой, может быть принято решение о проведении бактериологического обследования (однократно) отдельных эпидемиологически значимых групп, обследование на холеру которых организует территориальное подразделение государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории.

115. Для профилактического лечения применяются антибиотики широкого спектра действия. Применение того или иного препарата находится в прямой зависимости от уровня чувствительности к антибиотикам холерных вибрионов, выделенных от больных.

116. При выделении от больных холерой или вибрионосителей холерных вибрионов, устойчивых к лекарственным препаратам по согласованию с территориальным подразделением государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории принимается решение о смене антибиотиков с учетом результатов чувствительности к антибиотикам изолированных культур.

117. Лечение антибактериальными препаратами (экстренная химиопрофилактика) жителей населенных пунктов, где возникли эпидемические осложнения по холере, проводят после соответствующего обоснования, утверждения территориальным подразделением государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и решения территориальной комиссии по чрезвычайным ситуациям.

118. Экстренная профилактика не проводится в тех случаях, когда источником инфицирования людей является вода поверхностного водоема, используемого для хозяйственно-бытовых нужд, а также когда не установлен источник и фактор передачи инфекции.

119. Экстренная профилактика проводится с обязательным одномоментным охватом лечением всех жителей населенного пункта.

120. На территории населенного пункта, где возникли эпидемические осложнения по холере, не допускаются все виды массовых мероприятий.

121. При выявлении случаев заноса холеры ограничиваются виды миграции населения в пункты, неблагополучные по этому заболеванию, а также транспортной и хозяйственно-бытовой связи с ними.

122. Не допускается пользование поверхностными водоемами в местах выделения холерных вибрионов и сброса хозяйственно-фекальных сточных вод (купание, рыбная ловля, организация спортивных соревнований на воде, использование воды для хозяйственно-бытовых нужд).

123. Выезд из очага осуществляется только по разрешению территориального подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения соответствующей территории на основании документов, удостоверяющих временное нахождение в населенном пункте, в котором обнаружен больной холерой.

Ограничение на выезд вводится после принятия соответствующего решения территориальной комиссии по чрезвычайным ситуациям.

124. При введении карантина территориальной комиссией по чрезвычайным ситуациям совместно с местным исполнительным органом организуются санитарно-контрольные и контрольно-пропускные пункты на узлах транспортной связи, контролируемые въезд и выезд из очага населения, а также транспорта с различными видами груза, включая и пищевые продукты. На санитарно-контрольном пункте регистрируют всех прошедших через него лиц и транспортные средства с указанием документов, послуживших основанием для их пропуска.

125. Члены семьи заболевшего и его родственники из числа декретированных групп населения за период их нахождения в изоляторе или под медицинским наблюдением на дому, получают листы временной нетрудоспособности.

126. В очаге холеры обязательному бактериологическому исследованию на холеру подлежат:

- 1) вода поверхностных водоемов, используемых для централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения;
- 2) вода поверхностных водоемов в местах массового водопользования;
- 3) пищевые продукты – по эпидемиологическим показаниям;
- 4) смывы с объектов внешней среды – по эпидемиологическим показаниям;

- 5) сточные воды в местах их сброса;
- 6) представители водного и околотоводного биоценоза.

127. Пробы из объектов внешней среды забирают на исследование один раз в сутки до локализации очага. В зависимости от эпидемической обстановки количество объектов, периодичность забора проб и частота исследования меняется.

128. Санитарно-противоэпидемические мероприятия в очаге холеры, направленные на предотвращение возникновения условий, способствующих распространению инфекции, осуществляются путем контроля за:

- 1) качеством очистки и обеззараживания сточных вод;
- 2) качеством санитарной очистки территории;

3) состоянием дошкольных, общеобразовательных, детских оздоровительных организаций, домов отдыха, санаториев, пансионатов, кемпингов, домов инвалидов и престарелых;

4) соблюдением требований действующих нормативных правовых актов на объектах пищевой промышленности, общественного питания и торговли пищевыми продуктами, рынков;

5) состоянием аэропортов, морских и речных портов, железнодорожных и автомобильных вокзалов, железнодорожных станций;

6) состоянием водозаборов для централизованного хозяйственно-питьевого водоснабжения, разводящей сети и систем обеззараживания питьевой воды;

7) обеспечением населения безопасной питьевой водой, что достигается путем ее хлорирования. Содержание остаточного хлора в водопроводной воде не менее 0,3-0,5 миллиграмм на литр (далее – мг/л) по свободному хлору или 0,8-1,2 мг/л - по связанному хлору;

8) санитарно-просветительной работы среди всех категорий населения по профилактике холеры.

129. Заключительная дезинфекция по месту выявления больного проводится государственной организацией, осуществляющей деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории, имеющей соответствующую лицензию.

130. По прибытии в очаг персонал, выполняющий дезинфекцию, надевает защитный или противочумный костюм четвертого типа, дополненный клеенчатыми нарукавниками, фартуком и ватно-марлевым респиратором, резиновыми сапогами и проводит обработку в следующей последовательности:

- 1) орошает дезинфицирующим раствором пол, начиная от входа;
- 2) обеззараживает выделения больного и остатки пищи;
- 3) обеззараживает посуду, находящуюся в доме;

4) белье, верхнюю одежду, постельные принадлежности обеззараживает в дезинфекционной камере;

5) обеззараживает предметы обстановки, стены;

6) по окончании обработки помещений, где находились больной холерой и контактные лица, приступает к обработке подсобных помещений, кухни, коридора, после чего повторно обрабатывает пол;

7) обеззараживает санитарные узлы и санитарно-дворовые установки (уборную, помойную яму, мусороприемники).

131. При обнаружении больного по месту работы (учебы), в дошкольных и медицинских организациях в обязательном порядке обеззараживают помещения, где он находился, а также места общего пользования. Дезинфекция в медицинских организациях проводится их персоналом. Обеззараживанию подлежат также одежда персонала, проводившего осмотр больного и медицинский инструментарий.

132. В помещении, где оставлены лица для медицинского наблюдения по поводу их контакта с больным холерой, на период их изоляции проводят текущую дезинфекцию.

133. Заключительную дезинфекцию в доме заболевшего проводят не позднее трех часов с момента госпитализации, а по месту работы или учебы – не позднее первых суток после обнаружения.

134. Для обеззараживания сточных вод применяют химические методы дезинфекции.

135. Сточные воды обеззараживают в контактных резервуарах (отстойниках), а при их отсутствии в канализационных коллекторах. Режим обеззараживания определяют в зависимости от происхождения сточных вод, степени их очистки и возможной продолжительности контакта с дезинфицирующими средствами.

136. При выборе метода подкисления в качестве обеззараживания величина кислотности (рН) сточных вод составляет 4,0 в течение 45 минут.

137. Профилактические дезинфекционные работы по показаниям (включая обеззараживание санитарно-дворовых установок), а также дезинсекционные мероприятия в населенных пунктах проводят организации, имеющие лицензию на проведение указанных мероприятий.

138. Проведение дезинфекционных мероприятий, а также визуальный, бактериологический, химический вид контроля за их выполнением проводят специалисты служб, привлекаемых для этой цели.

139. Для обоснования тактики, объема санитарно-противоэпидемических мероприятий и оценки работы в очаге эпидемиологами проводится эпидемиологический анализ, в ходе которого устанавливаются причины, условия возникновения заболеваний холерой, факторы и пути передачи инфекции.

140. Для эпидемиологического анализа используют карты эпидемиологического обследования каждого случая заболевания холерой, истории болезни, результаты бактериологических и серологических исследований материала на холеру, санитарно-бактериологические исследования воды поверхностных водоемов, а также

источников и водоводов питьевой воды; пищевых продуктов, смывов с предметов обихода в окружении больного, смывов с оборудования на пищевых объектах, рынках.

141. Материалы эпидемиологического анализа ежедневно представляют на рассмотрение территориальной комиссии по чрезвычайным ситуациям. Они содержат обобщенные данные об эпидемической обстановке, эффективности активного выявления больных ОКИ, их госпитализации, выполнении профилактического лечения, заключительной и текущей дезинфекции в выявленных очагах холеры, а также бактериологического исследования материала на холеру.

142. Результаты эпидемиологического анализа оформляются руководителем группы, ежедневно представляются в территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории и являются основанием для внесения корректив в тактику проведения санитарно-противоэпидемических мероприятий, а также изменения объема и формы организационной работы.

143. Результаты эпидемиологического анализа содержат следующие данные:

1) характеристику населенного пункта: число жителей, анализ их хозяйственной деятельности (наличие мигрирующих групп - сезонные рабочие, беженцы, переселенцы, военные), жилищные условия, наличие объектов по переработке продуктов питания, их реализации и транспортировке, система водоснабжения и очистки, а также их санитарное состояние;

2) анализ заболеваемости ОКИ (по дням, неделям, месяцам, профессиям, возрасту, месту жительства, территориальному распределению);

3) характер заболеваемости холерой (очаговость, периоды с максимальной регистрацией больных, их привязанность к различным организациям: объектам общественного питания, узлам транспортной связи, местам общественного пользования);

4) причины возникновения заболеваний холерой (приезд заболевшего или его родственников из неблагополучного пункта, водопользование: рыбная ловля, купание);

5) заключение о причине возникновения заболеваний.

144. Переболевшие холерой выписываются из госпиталя, после окончания лечения и клинического выздоровления и трех отрицательных результатов лабораторных исследований на наличие холерного вибриона, забор материала производится через сутки (24 часа) после окончания лечения в течение 3 (трех) календарных дней подряд перед выпиской из инфекционного стационара.

145. О выписке переболевшего холерой ставят в известность территориальное подразделение государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения соответствующей территории и медицинскую организацию для динамического наблюдения. Диспансерное наблюдение проводится врачом кабинета инфекционных заболеваний, а при его отсутствии участковым врачом. Для

продления лечения в амбулаторных условиях по поводу сопутствующих заболеваний выписку из инфекционного стационара проводят с открытым больничным листом.

146. Динамическое наблюдение осуществляется в течение одного месяца, во время которого переболевшие холерой обследуются на холеру только в том случае, если у них отмечается дисфункция желудочно-кишечного тракта.

147. Переболевшие холерой из декретированных групп населения выписываются на работу в зависимости от их состояния здоровья, определяемого участковым врачом.

148. Дети, переболевшие холерой, допускаются в дошкольные организации после выписки из стационара с учетом общего состояния здоровья и по согласованию с территориальным подразделением государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения соответствующей территории.

149. При обнаружении холерного вибриона у лиц, находившихся на диспансерном наблюдении, они помещаются в инфекционный стационар.

150. При выявлении на любом этапе оказания населению медицинской помощи больные с дисфункцией желудочно-кишечного тракта госпитализируются и трехкратно обследуются на холеру. Больные с тяжелой клиникой без установления у них этиологического фактора заболевания обследуются серологическими методами на наличие антител к возбудителю холеры.

151. Территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории осуществляют контроль за:

1) соблюдением санитарно-противоэпидемического режима на объектах общественного питания, пищевой промышленности, продовольственной торговли и обеспечением населения безопасной питьевой водой;

2) своевременной и качественной санитарной очисткой населенных пунктов, дезинсекционными мероприятиями;

3) систематическим проведением санитарно-просветительной работы среди населения.

152. В случае регистрации среди населения холеры неэпидемической проводятся санитарно-противоэпидемические мероприятия в ограниченном объеме.

153. Госпитализация выявленных больных холерой неэпидемической проводится в инфекционный стационар (больницу или отделение), обеспечивающий условия изоляции от остальных больных.

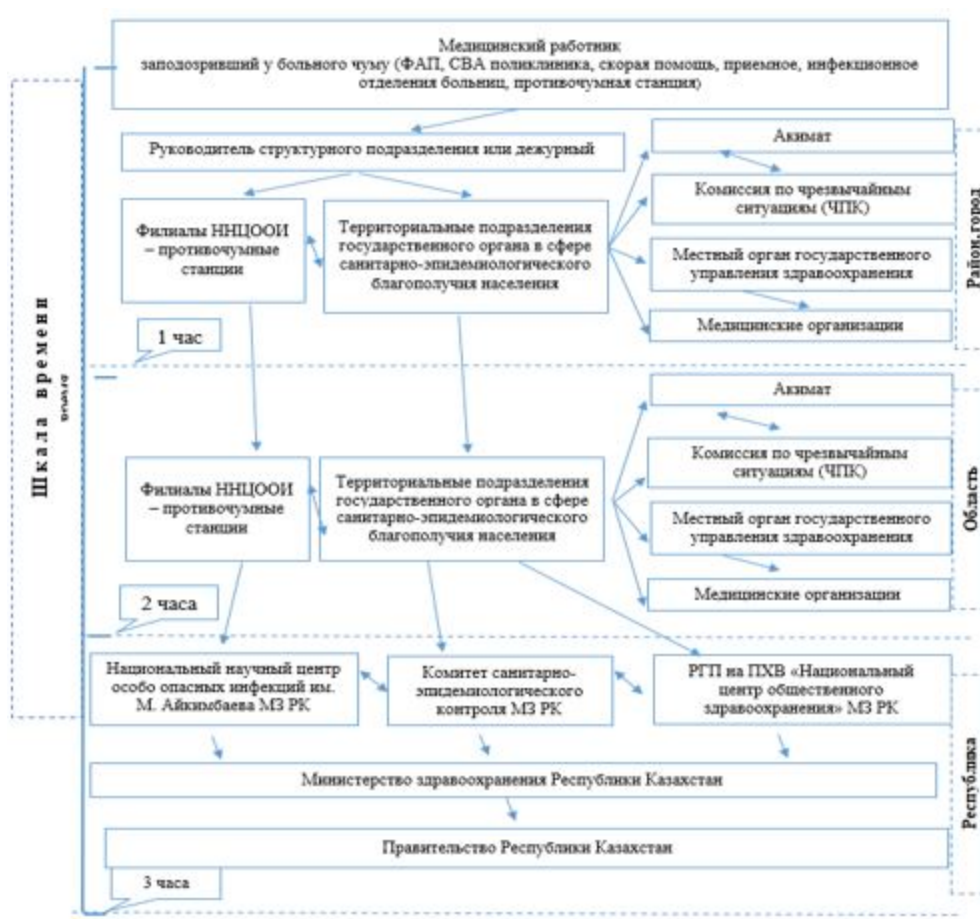
154. Территориальные подразделения государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории проводят эпидемиологическое расследование каждого выявленного случая для определения источников инфицирования, а также факторов и путей передачи инфекции (члены семей обследуются на холеру однократно).

155. Противочумными станциями, а при их отсутствии государственными органами, осуществляющими деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения соответствующей территории, осуществляется бактериологическое исследование на холеру материала от госпитализированных больных с клиническими проявлениями ОКИ, вне зависимости от времени года и принадлежности территории по ее эпидемиологической значимости, однократно.

156. Территориальными подразделениями государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории увеличивается объем и частота бактериологических исследований на холеру объектов окружающей среды, включая источники питьевой воды и сточные воды.

Приложение 1
к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и
проведению санитарно-
противоэпидемических мероприятий
по предупреждению инфекционных
заболеваний (чума, холера)"

Типовая схема экстренного оповещения о подозрении или заболевании людей чумой и холерой



Расшифровка аббревиатур:

ННЦООИ – Национальный научный центр особо опасных инфекций имени М. Айкимбаева;

ФАП – фельдшерско-акушерские пункты;

СВА – семейно-врачебные амбулатории;

РГП на ПХВ – республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения;

МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан.

Приложение 2
к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и
проведению санитарно-
противоэпидемических мероприятий
по предупреждению
инфекционных заболеваний
(чума, холера)"

Требования к обеспеченности комплектами защитных костюмов, для забора проб, средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств и солевыми растворами в медицинских организациях, в государственном органе и организациях в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения

№	Организац ии	Комплект защитных костюмов первого типа*, не менее	Комплект одноразов о й защитной одежды, не менее	Комплект для забора проб на		Комплект средств индивиду альной профилакти ки и медицинск о г о работника (на 3 человек), не менее	Комплект дезинфици рующих средств, не менее	Солевые растворы, литр
				чуму	холеру			
1.	Фельдшер ско-акуше рские, фельдшер ские пункты	2	20	1	1	1	1	5
2.	Санитарно - карантинн ые пункты	2	20	1	1	1	1	5
3.	Морги	2	20	1	1	1	1	—
4.	Организац и и первичной медико-са нитарной помощи	2	20	1	1	1	1	5
5.	Стационар ы неинфекци онного профиля	2	20	-	-	1	1	2
6.	Станции скорой и неотложно й медицинск о й помощи	5	50	1	2	1	1	20
7.	Больницы скорой медицинск о й помощи	20	100	1	2	1	1	30
8.	Инфекцио нные больницы районного и	50	500	2	4	2		20

	городског о уровня* *						1	
9.	Инфекцио нны е больницы областног о уровня и городов республик анского значения Нур-Султа н, Алматы и Шымкент	75	1000	2	4	2	1	50
10.	Территори альные подраздел ения государств енного органа в сфере санитарно - эпидемиол огическог о благополу чия населения на транспорт е	4	100	x	x	x	x	x
11.	Территори альные подраздел ения государств енного органа в сфере санитарно - эпидемиол огическог о благополу чия населения районов	5	100	x	x	x	x	x

12.	Лаборатории и Национального центра экспертизы районного уровня	10	40	1	2	1	1	x
13.	Лаборатории особо опасных инфекций Национального центра экспертизы областного уровня	20	500	1	2	1	1	x
14.	Отделы особо опасных инфекций территориальных подразделений государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения областей и городов Нур-Султан, Алматы и Шымкент	10	500	x	x	x	x	x

Примечание:

1. В состав комплекта защитного костюма первого типа входит: носки, пижама, противочумный халат, ватно-марлевая маска, противочумная косынка или капюшон, косынка или медицинский колпак, очки (без вентиляционных отверстий), полотенце, перчатки 2 (две) пары (латексные и виниловые), нарукавники, фартук, сапоги

резиновые, четвертого типа – пижама, шапочка (малая косынка), противочумный халат (хирургический), носки, тапочки.

2. Для оперативных бригад реагирования (отделы и лаборатории особо опасных инфекций, противочумные станции, санитарно-карантинные пункты, изоляторы инфекционных больниц, станций скорой помощи) допускается использование:

одноразовых и многоразовых комплектов противочумной защиты с комбинезоном; костюмов высокого уровня защиты, с автономными или внешними источниками подачи воздуха.

3. В отношении изолирующих средств индивидуальной защиты органов дыхания соблюдаются следующие правила:

каждое изделие имеет идентификационный номер, наносимый на изделие, упаковку и в эксплуатационную документацию;

ограничение площади поля зрения допускается не более чем на 30 (тридцать) процентов для всех средств индивидуальной защиты органов дыхания данного типа, кроме шлемов-масок и дыхательных аппаратов, укомплектованных очками и маской;

средства индивидуальной защиты органов дыхания обеспечивают возможность определения факта первичного приведения изделия в рабочее состояние или вскрытия;

температура вдыхаемой из средства индивидуальной защиты органов дыхания смеси не выше 60°C, для средств индивидуальной защиты органов дыхания с временем защитного действия до 15 минут и 55°C – с временем защитного действия более 15 минут;

средства индивидуальной защиты органов дыхания после воздействия открытого пламени с температурой 800°C в течение 5 секунд не воспламеняются и не горят после извлечения из пламени;

объемная доля кислорода во вдыхаемой смеси составляет не менее 21 процента, в начальный период использования допускается кратковременное понижение объемной доли кислорода до 19 процентов на время не более 3 минут;

средства индивидуальной защиты органов дыхания и их составные компоненты герметичны;

уровень звука, создаваемого потоком воздуха при его принудительной подаче, не превышают 70 дБ, а при наличии сигнального устройства уровень звука, издаваемый им, не менее 80 дБ;

эластичные компоненты при их наличии в конструкции средств индивидуальной защиты органов дыхания не слипаются при длительном хранении в свернутом состоянии;

средства индивидуальной защиты органов дыхания стойкие к нагрузкам, таким же, как возникающим при падении средства индивидуальной защиты органов дыхания с высоты 1,5 м на бетонный пол;

органы управления средств индивидуальной защиты органов дыхания – дыхательных аппаратов (вентили, рычаги, кнопки и др.) доступны для приведения их в действие, защищены от механических повреждений и от случайного срабатывания и срабатывать при усилии не более 80 Н, для дыхательных аппаратов, предназначенных для подземных работ – не более 196 Н.

4. Изготовитель на упаковке и в эксплуатационной документации ко всем изолирующим средствам индивидуальной защиты органов дыхания указывает коэффициент защиты, минимальную температуру срабатывания регенеративного патрона (при его наличии), сопротивление дыханию на вдохе и выдохе, время защитного действия, продолжительность непрерывного использования и условия, при которых это достигается, правила безопасной эксплуатации, правила учета, хранения и транспортировки в части исключения нагрева, падения, ударов и несанкционированного доступа, правила утилизации с учетом ее проведения в указанных изготовителем специализированных организациях, общие ограничения по использованию, обусловленные возрастом, состоянием здоровья и физиологическими особенностями пользователей, которые могут оказать влияние на безопасное применение средств индивидуальной защиты органов дыхания, правила подготовки (обучения) и допуска пользователей к эксплуатации.

**** В медицинских организациях, на базе которых предусмотрено развертывание специализированного стационара, непосредственно связанных с обслуживанием больного, расчет защитных костюмов на одного работающего в стационаре по 3 (три) комплекта защитных костюмов первого типа, с учетом шестичасовой четырехсменной работы и перерывов, так как продолжительность непрерывного нахождения в таком костюме не более трех часов, минимум потребности на 3 (трех) работающих (врач, медицинская сестра, санитарка) за сутки составляет 24 (двадцать четыре) комплекта, а также 3 (три) комплекта защитной одежды для консультантов. Сапоги и очки по одной паре на каждого работающего.**

Комплект средств индивидуальной экстренной профилактики

№	Наименование предмета	Количество
1.	Клеенка медицинская (выстилается на поверхности стола, тумбочки)	1 метр
2.	Емкость (для сбора отработанного материала)	1 штука
3.	Спирт этиловый 70 %. (для обработки открытых частей тела, лица, рук, шеи, груди, полоскания полости рта)	100 мл
	Сульфацил-натрий (альбуцид) 10-20 % (для обработки слизистой)	

4.	глаз, носа) или протаргол для обработки слизистой носа	1 флакон (ампула)
5.	Стрептомицин (в разведении 250 тысяч единиц в 1 мл) - для закапывания в глаза	1 флакон
6.	Одноразовый шприц и с иглой для разведения стрептомицина	3 штуки;
7.	Вода дистиллированная в амп. по 5 мл. (для разведения стрептомицина)	10 мл;
8.	Вата медицинская (шарики) в бязевых мешках (для обработки открытых частей лица, рук, шеи, груди)	50 грамм
9.	Пинцет	1 штука
10.	Калия перманганат –в водных растворах для промывания открытых частей тела (0,1-0,5 %), полосканий полости рта и горла (0,01-0,1 %)	1 флакон (3-5 гр.)

Примечание: объем и количество средств индивидуальной защиты рассчитаны на обработку 3 (трех) человек и храниться в промаркированном биксе.

Комплект для обеззараживания

№	Наименование предмета	Количество
1.	дезинфицирующее средство	2 упаковки по 300 грамм сухого вещества
2.	Эмалированная емкость объемом 10 литров	1 штука
3.	Пластмассовая емкость вкручивающейся крышкой, объемом 20 литров, для замачивания защитных костюмов	1 штука

Комплект для забора материала от больного (трупа) подозрительного на заболевание чумой

№	Наименование предмета	Количество
1.	Пипетки одноразовые лабораторные, 2-3 мл	5 штук
2.	Пинцет анатомический	1 штук
3.	Перья-скарификаторы стерильные для соскоба кожной поверхности (язвы, папулы и др)	3 штуки
4.	Ножницы	1 штука
5.	Скальпель	1 штука
6.	Шприц 5 мл и 10 мл, разовые	по 5 штук

7.	Стерильные банки широкогорлые 200 мл., с завинчивающимися крышками	5 штук
8.	Пробирки с ватным тампоном для взятия отделяемого из зева (стерильные)	2 штуки
9.	Вакутейнеры для забора крови 10 мл.	10 штук
10.	Шпатели одноразовые	5 штук
11.	Штатив складной из 6 гнезд	1 штука
12.	Жгут резиновый	1 штука
13.	Емкость для фиксатора, 200 мл	1 штука
14.	Предметные стекла	10 штук
15.	Пенал металлический для пробирок	1 штука
16.	Спирт - ректификат 96 %	450 мл
17.	Спиртовка	1 штука
18.	Спички	1 коробок
19.	Вата (50, 0)	1 пачка
20.	Марля	5 метр
21.	Йод (10 мл)	1 флакон
22.	Тампоны ватные, марлевые (стерильные)	30 штук
23.	Нитки суровые или лигатура	0,5 метра
24.	Пласталин	15 грамм
25.	Лейкопластырь	1 упаковка
26.	Карандаш по стеклу (стеклограф)	1 штука
27.	Вода дистиллированная в амп. по 5 мл.	2 ампулы
28.	0,9 % раствор NaCl в амп. по 5 мл	3 ампулы
29.	Бульон питательный (рН 7,2) во флаконе (стерильный)	50 мл
30.	Перчатки виниловые и латексные	по 4 пары
31.	Бланки направлений	10 штук
32.	Блокнот, простой карандаш	1+1
33.	Инструкция по забору материала на чуму	1
34.	Бикс или металлический ящик для доставки проб	1 штука

Комплект для забора материала от больного (трупа) с подозрением на холеру

№	Наименование предмета	Количество
1.	Банки стерильные широкогорлые с притертыми крышками	4 штуки

2.	Стеклянные трубочки: диаметр - 5 мм, длина не менее 25 см, стерильные, с ватными тампоном с одного конца	4 штуки
3.	Резиновая груша со шлангом	1 штука
4.	Лейкопластырь	1 упаковка
5.	Карандаш	1 штука
6.	Полиэтиленовые пакеты	8 штук
7.	Марлевые салфетки (40x40 см.)	8 штук
8.	Бикс металлический	1 штука
9.	Дезинфектант	1 штука
10.	Алюминиевые петли с пробирками	3 штуки
11.	Спирт 70 %	200 грамм
12.	1 % пептонная вода	50 мл
13.	Инструкция по забору материала	1 штука
14.	Клеенка медицинская	1 метр
15.	Направление на анализ (бланки)	4 штуки

Примечание:

при выезде на вскрытие трупа человека умершего с подозрением на чуму бригада с собой дополнительно берет прозекторский набор;

подлежащие обеззараживанию предметы стерилизуется 1 раз в месяц.

Приложение 3
к Санитарным правилам
"Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и
проведению санитарно-
противоэпидемических
мероприятий по предупреждению
инфекционных заболеваний
(чума, холера)"

Классификация заболеваний, обусловленных холерным вибрионом

	Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ-10)	Эпидемиологическая классификация <i>Vibrio cholerae</i> по микробиологическим, генетическим свойствам и порядок передачи информации					
		Возбудитель	Свойства		Нозологическое определение	Объем противоэпидемических мероприятий	Порядок передачи информации
			Микробиологические	Генетическое			
	A00.0						Территориальные ПЧС;

1.	Холера, вызванная вибрионом O1, биовар cholerae	Vibrio cholerae cholerae O1	Гемолиз (-) Холероген (+)	(ctx AB +) (tcpA+)	Холера	В полном объеме	Территория льные подразделен и я государстве нного
2.	A00.1 Холера, вызванная вибрионом O1, биовар eltor;	Vibrio cholerae eltor O1	Гемолиз (-) Холероген (+)	(ctx AB +) (tcpA+)	Холера	В полном объеме	органа в сфере
		Vibrio cholerae eltor O1	Гемолиз (+) Холероген (-)	(ctx AB-)	Холера	В ограниченн ом объеме	санитарно-э пидемиолог ического благополуч ия на соответству ющих территориях
3.	A00.9 Холера неуточненн ая	Vibrio cholerae O139	Гемолиз (-) Холероген (+)	(ctx AB +) (tcpA+)	Холера	В полном объеме	; Территория льные УЗ; ННЦООИ; НЦОЗ; КСЭК;
		Vibrio cholerae non O1	Гемолиз (-) Холероген (+)	(ctx AB +)			
		Vibrio cholerae O139	Гемолиз (+) Холероген (-)	(ctx AB-)	Клинически й диагноз с указанием серогруппы холерного вибриона	В ограниченн ом объеме	Территория льные ПЧС; Территория льные подразделен и я государстве нного органа в сфере санитарно-э пидемиолог ического благополуч ия на соответству ющих территориях ; Территория льные УЗ; ННЦООИ; НЦОЗ.
		Vibrio cholerae non O1	Гемолиз (+) Холероген (-)	(ctx AB-)			

Расшифровка аббревиатур:

КСЭК – Комитет санитарно-эпидемиологического контроля Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

ПЧС – противочумные станции;

УЗ – управление здравоохранения;

ННЦООИ – Национальный научный центр особо опасных инфекций имени М. Айкимбаева;

НЦОЗ – Национальный центр общественного здравоохранения.

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