

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

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2018 жылғы 27 наурыздағы № 126 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2018 жылғы 23 сәуірде № 16793 болып тіркелді.

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

      1. Осы бұйрыққа 1-қосымшаға сәйкес "Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидалары бекітілсін.

      2. Осы бұйрыққа 2-қосымшаға сәйкес Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің кейбір бұйрықтарының күші жойылды деп танылсын.

      3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Қоғамдық денсаулық сақтау комитеті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

      1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

      2) осы бұйрықты мемлекеттік тіркеген күннен бастап күнтізбелік он күннің ішінде оның қағаз және электрондық түрдегі қазақ және орыс тілдеріндегі көшірмесін Қазақстан Республикасының нормативтік құқықтық актілерінің Эталондық бақылау банкіне ресми жариялау және қосу үшін "Республикалық құқықтық ақпарат орталығы" шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорнына жіберуді;

      3) осы бұйрықты мемлекеттік тіркегеннен кейін күнтізбелік он күннің ішінде оның көшірмесін мерзімдік баспасөз басылымдарына ресми жариялауға жіберуді;

      4) осы бұйрықты ресми жариялағаннан кейін Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсында орналастыруды;

      5) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң қызметі департаментіне осы тармақтың 1), 2), 3) және 4) тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметті ұсынуды қамтамасыз етсін.

      4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау өзіме қалдырамын.

      5. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

|  |
| --- |
| *Қазақстан Республикасының* |
| *Денсаулық сақтау министрінің* |
| *міндетін атқарушы* | *А. Цой* |

      КЕЛІСІЛГЕН"  
Қазақстан Республикасының

      Білім және ғылым министрі

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Е. Сағадиев

      2018 жылғы 5 сәуір

      "КЕЛІСІЛГЕН"

      Қазақстан Республикасының

      Еңбек және халықты

      әлеуметтік қорғау министрі

      \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ М. Әбілқасымова

      2018 жылғы 2 сәуір

|  |  |
| --- | --- |
|  | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2018 жылғы 27 наурыздағы № 126 бұйрығына 1-қосымша |

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

**1-тарау. Жалпы ережелер**

      1. Осы "Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидалары (бұдан әрі – Санитариялық қағидалар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Қазақстан Республикасы Кодексінің (бұдан әрі – Кодекс) 144-бабының 6-тармағына сәйкес әзірленді және инфекциялық аурулардың (жіті ішек инфекциялар, сальмонеллез, іш сүзегі, паратиф, туберкулез, медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялар, вирустық гепатиттер, тұмау, АИТВ инфекциясы, ЖИТС, жіті респираторлық вирустық инфекциялары, менингококк инфекциясы, жыныстық жолмен берілетін инфекциялар, желшешек, скарлатина) алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын талаптарды белгілейді.

      2. Осы Санитариялық қағидаларда мынадай терминдер мен анықтамалар қолданылады:

      1) авариялық жағдай – зақымдалған немесе зақымдалмаған тері, сілемейлі қабықтарға, жарақатқа (тері жамылғысын дезинфекциялық өңдеуден өтпеген медқырылғылармен шаншу, кесу) инфекцияланған материалдың немесе биологиялық субстраттардың түсуі;

      2) АИТВ – адамның иммун тапшылығы вирусы;

      3) АИТВ инфекциясы – адамның иммун тапшылығы вирусы тудыратын ауру, иммундық жүйенің жұқтырылған иммун тапшылығы синдромына (бұдан әрі - ЖИТС) дейін біртіндеп бұзылуына алып келетін, оның ерекше зақымдалуымен сипатталатын, оппортунисттік инфекциялардың және қайталанған қатерлі ісіктердің дамуымен бірге өтетін антропонозды инфекциялық созылмалы ауру;

      4) АИТВ инфекциясының болуына клиникалық көрсетілімдер бойынша тексеру – клиникалық көрсетілімдері (оппортунисттік аурулар, АИТВ инфекциясын жұқтыру мүмкіндігін көрсететін синдромдар және симптомдар) бар адамдарды құпия медициналық тексеру;

      5) АИТВ инфекциясының көзі – аурудың кез келген сатысындағы, оның ішінде инкубация кезеңіндегі ауру жұқтырған адам;

      6) анонимді тексерілу – адамның жеке басын куәландырусыз ерікті медициналық тексерілуі;

      7) антиретровирустық препараттар (бұдан әрі - АРВ – препараттар) – АИТВ/ЖИТС профилактикасы және емдеу үшін пайдаланылатын препараттар;

      8) антиретровирустық терапия (бұдан әрі - АРТ) – вирустың көбеюін тоқтататын АИТВ инфекциясы кезіндегі этиотропты терапия, бұл иммунитетті қалпына келтіруге, қайталанған аурулардың дамуын болдырмауға немесе регрессиясына, пациенттің жұмыс қабілетінің сақталуына немесе қалыпқа келуіне және оның өлімін болдырмауға алып келеді. Тиімді ретровирусқа қарсы терапия сонымен бірге пациенттің инфекция көзі ретіндегі қаупін төмендететін профилактикалық шара да болып табылады;

      9) ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулез (бұдан әрі – АДК ТА) – штаммдары изониазид пен рифампицинге, сондай-ақ фторхинолондардың біреуіне және екінші қатардағы үш инъекциялық препараттардың біреуіне (капреомицин, канамицин немесе амикацинге) көнбейтін туберкулез микробактериясы (бұдан әрі – ТМБ) тудырған туберкулез;

      10) ауыр жіті респираторлық инфекциялар (бұдан әрі - АЖРИ) – алдыңғы күнтізбелік он күн ішінде пайда болған, анамнезінде жоғары температурамен немесе Цельсий бойынша (бұдан әрі - ºC) ≥ 38 қызумен, жөтелмен сипатталатын және дереу емдеуге жатқызуды қажет ететін ауру;

      11) байланыста болған адам – инфекция қоздырғышының көзімен байланыстағы және (немесе) байланыста болған адам;

      12) бактериофагтар – бактериялық жасушаны зақымдауға және оны ерітуге қабілетті бактерия вирустары;

      13) бактерия тасымалдаушылық – адамның немесе жануардың организмінде сақталуымен және қоршаған ортаға инфекциялық (паразиттік) аурудың қоздырғышын бөлумен сипатталатын, аурудың клиникалық белгілері жоқ инфекциялық процестің нысаны;

      14) балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу және білім беру объектілеріндегі шектеу іс-шаралары – топқа қабылдауды және бір топтан екінші топқа ауысуды тоқтату, кабинеттік оқыту жүйесін алып тастауды, көпшілік, ойын-сауық және спорт іс-шараларын шектеуді, науқасты уақтылы оқшаулауды, бетперде режимін енгізуді, санитариялық-дезинфекциялық режимді күшейтуді және жеке гигиенаны сақтауды көздейтін инфекциялық немесе паразиттік аурудың таралуын болдырмауға бағытталған шаралар;

      15) демеуші кезең – сақталған микобактерия популяциясына әсер ететін және туберкулез процесінің қабыну өзгерістерінің одан әрі азаюын, сондай-ақ науқас организмінің функционалдық мүмкіндіктерін қалпына келтіруді қамтамасыз ететін терапияның жалғасу кезеңі;

      16) дизентерия – көбіне тоқ ішектің сілемейлі қабығы зақымдалатын шигелла (Shigella) түтінің микробы тудыратын инфекциялық ауру. Клиникалық түрде ауру уланумен және түйіліп ауыру синдромының болуымен сипатталады;

      17) ерікті тексерілу – адамдардың алынған ақпарат негізінде өздерінің қалауы бойынша тексерілуі;

      18) жанасқаннан кейінгі профилактика (бұдан әрі - ЖКП) – ықтимал инфекция жұқтырудан кейін (қызметтік міндеттерді орындау кезде болған немесе жыныстық қатынас жағдайларда) АИТВ жұқтыру тәуекелін төмендету мақсатында антиретровирустық препараттарды қабылдаудың қысқа курсы;

      19) желшешек – қызба, интоксикация және дақты-везикулезді бөртпелермен сипатталатын жіті инфекциялық ауру;

      20) ЖИТС – адамның иммун жүйесінің АИТВ-дан қатты зақымдануынан болған патологиялық белгілер байқалатын АИТВ инфекциясының соңғы сатысы;

      21) жыныстық жолмен берілетін инфекциялар (бұдан әрі - ЖЖБИ) – АИТВ инфекциясы, сифилис, гонорея, жұмсақ шанкр, венериялық лимфогранулематоз, донованоз, урогениталды хламидиоз, урогениталды трихомониаз, гарднереллез, урогениталды микоплазмоз, гениталды папилломалар, гениталды герпес;

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

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

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

      25) жіті ішек инфекциялары – асқазан-ішек жолының зақымдалуымен сипатталатын, патогенді және шартты патогенді бактериялар, вирустар тудыратын инфекциялық аурулар;

      26) иммундық блоттинг (бұдан әрі – ИБ) – қоздырғыштың жекелеген белоктарына ерекше антиденелердің болуын айқындауға мүмкіндік беретін әдіс, АИТВ-ның диагностикасы кезінде растаушы тест ретінде қолданылады;

      27) иммунологиялық зерттеу әдістері: иммундық-ферменттік талдау (бұдан әрі – ИФТ), иммундық-хемилюминисцентті талдау (бұдан әрі - ИХЛТ), электрохемилюминисцентті талдау (бұдан әрі - ЭХЛТ), (ИБ) – антигендер мен антиденелердің ерекше өзара әрекеттесуіне негізделген диагностикалық зерттеу әдістері;

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

      29) инкубациялық кезең – инфекция қоздырғышы организмге түскен сәттен бастап аурудың алғашқы симптомдары пайда болғанға дейінгі уақыттың бөлігі;

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

      31) клиникалық тексеріп-қарау – ауруды анықтау мақсатында науқасты тексеріп-қарау;

      32) көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез (бұдан әрі – КДК ТА) –штаммдары рифампицинге көнбейтін ТМБ тудырған туберкулез;

      33) қан плазмасы бар преципитация микрореакциясы – сифилиске тексеру кезінде іріктеу әдісі;

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

      35) қақырық микроскопиясының нәтижесі оң өкпе туберкулезі (бактерия бөлуші) – ем жүргізілгенге дейін қақырық жағындысының микроскопиясы кезінде, тіпті бір рет анықтағанда да қышқылға төзімді бактериялардың (бұдан әрі - ҚТБ) анықталуы;

      36) құпия медициналық тексерілу – дәрігерлік құпияны және тексерілетін адам туралы ақпаратты сақтауға негізделген тексеру;

      37) Манту сынамасы – ерекше диагностикалық тест, халықаралық екі туберкулин бірлігімен теріішілік Манту туберкулин сынамасы (бұдан әрі – Манту сынамасы);

      38) медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекция – медициналық көмектің кез келген түрін көрсетумен байланысты (медициналық стационарларда және амбулаториялық-емханалық, білім беру, санаторлық-сауықтыру мекемелерінде, халықты әлеуметтік қорғау мекемелерінде, жедел медициналық көмек көрсету, үйде көмек көрсету кезінде) немесе медициналық көмекті алғаннан кейін инкубациялық кезең ішінде пайда болған инфекциялар жағдайлары, сондай-ақ медицина қызметкерлерінің кәсіптік қызметі нәтижесінде инфекция жұқтыру жағдайлары;

      39) микроскопиялық зерттеу – белгіленген жағындыларда ҚТБ-ны анықтау әдісі;

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

      41) парентералды тетік – инфекцияның қан құю кезінде, тері жабыны мен сілемейлі қабықтардың бүтіндігінің бұзылуымен қоса жүретін инъекциялар және манипуляциялар кезінде, сондай-ақ анадан балаға босану жолдары арқылы өту кезінде берілуі;

      42) превентивті емдеу – жыныстық жолмен берілетін инфекциялармен ауыратын адамдармен жыныстық қатынаста болған адамдарда аурудың пайда болуының алдын алатын емдеу;

      43) реконвалесцент – аурудан айығу сатысындағы науқас адам;

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

      45) сальмонеллез – симптомсыз бактерия тасымалдаушылықтан бастап ауыр септикалық нұсқаларына дейін клиникалық белгілерінің көптүрлілігімен сипатталатын, сальмонелла түрінің қоздырғыштары нәжіс-ауыз арқылы тетікпен берілетін полиэтиологиялық жіті инфекциялық аурулардың тобы. Көбіне жіті гастроэнтерит түрінде өтеді;

      46) санация – организмді сауықтыру бойынша мақсатқа бағытталған емдеу-профилактикалық шараларын жүргізу;

      47) сифилиске серологиялық диагностика – қанды сифилиске зеттеу;

      48) скарлатина – ұсақ бөртпелермен (экзантемамен), қызбамен, жалпы интоксикациямен, жіті тонзилит көріністерімен өтетін жіті инфекциялық ауру;

      49) стационарлардағы шектеу іс-шаралары – медқызметкерлер мен пациенттердің жүріп-тұруының ерекше режимін, науқастарды уақтылы оқшаулауды, бетперде режимін енгізуді, дезинфекциялық-стерильдеу режимін күшейтуді және жеке гигиенаны сақтауды көздейтін, инфекциялық және паразиттік аурулардың таралуын болдырмауға бағытталған шаралар;

      50) сүзгі – емханада ұйымдастырылатын, міндеті пациенттерді емханаға кіреберісте екі негізгі ағынға: инфекциялық ауруға күдігі бар адамдарға (жоғары температура, этиологиясы белгісіз бөртпе, диспепсиялық бұзылыстар және инфекциялық аурулардың белгілері) және дені сау немесе әртүрлі функционалдық ауытқулары бар адамдарға бөлу болып табылады;

      51) сырқаттанушылықтың бақылау деңгейі – алдыңғы бес жыл ішіндегі сырқаттанушылықтың орташа шамасынан құралатын әрбір уақыт интервалына және нақты елді мекенге тән сырқаттанушылықтың шекті деңгейі. Жалпы алғанда аумақ үшін және халықтың жекелеген тобы (жас ерекшелік, кәсіби) үшін саналады. Талданатын көрсеткіштердің жоғары бақылау деңгейіне жақындауы немесе одан артуы эпидемиологиялық қолайсыздықты көрсетеді;

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

      53) тестілеуге дейін консультация беру – пациентке АИТВ-ге тест жүргізуге дейін оның профилактикасы, емдеу, АИТВ-инфекциясы кезінде күтім жасау және қолдау бойынша қысқа ақпарат беру;

      54) тестілеуден кейін консультация беру – пациентке АИТВ-ге жүргізілген тесттен кейін ақпарат беру;

      55) туберкулез – Mycobacterium tuberculosis (микобактериум туберкулезис) туғызатын және науқас адамнан сөйлеген, жөтелген және түшкірген кезде өкпе тінін басымдықпен оқшаулай отырып, ауа-тамшы жолдары арқылы берілетін, патологиялық процеске өкпеден басқа организмнің барлық органдары мен тіндері ұшырауы мүмкін инфекциялық ауру;

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

      57) тұмау тәрізді аурулар (ТТА) – алдыңғы күнтізбелік жеті күн бойы пайда болған, ≥38 °C қызумен және жөтелмен сипатталатын жіті респираторлық вирусты аурулар жағдайлары;

      58) тұмауды шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау (бұдан әрі - ШЭҚ) жөніндегі аймақтық вирусологиялық зертхана – ТТА, АЖРИ және тұмауды ШЭҚ жүйесіне қатысатын вирусологиялық зертханаларға әдістемелік және практикалық көмек көрсетуді, сондай-ақ сапаны сырттай бақылауды қамтамасыз ету мақсатында үлгілерді қайта тестілеуді жүзеге асыратын вирусологиялық зертхана;

      59) фаготип – бактериофактардың типтік жиынына бірдей сезімталдықты сипаттайтын бактериялық штамдар жиынтығы;

      60) флюоорографиялық, рентгенологиялық зерттеп-қарау – флюорографиялық немесе рентгенологиялық аппараттармен диагностикалық зерттеу;

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

      62) халықтың негізгі топтары (бұдан әрі - ХНТ) – АИТВ инфекциясын жұқтыру тәуекелі жоғары топтар: инъекциялық есірткілерді тұтынатын адамдар (бұдан әрі - ИНТА), секс қызметкерлері (бұдан әрі - СҚ), ер адамдармен секс болған ер адамдар (бұдан әрі - ЕСЕ);

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

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

      65) шұғыл эпидемиологиялық талдау – қалыптасқан тенденцияны емес, пайда болатын бұрқ етулерді (эпидемияларды) анықтауға арналған эпидемиялық процес жағдайының және даму тенденциясын динамикалық бағалауы;

      66) ШЭҚ – Қазақстан республикасында тұмаумен сырқаттанушылықтың эпидемиологиялық және вирусологиялық сипаттамаларын, тұмаудың экономикалық залалын әлем елдерінің деректерімен салыстыруға мүмкіндік беретін, ТТА туралы ақпаратты және репрезентативті топтардағы ТТА және АЖРИ-мен ауыратын науқастардың материалы үлгілерін жүйелі түрде жинау;

      67) іш сүзегі – аш ішектің лимфа жүйесінің жарамен зақымдалуымен, бактериемиямен, жалпы улану белгілері бар циклдық ағымымен, қоздырғыштың су, тағам және тұрмыстық жолдарымен іске асырылатын нәжіс-ауыз арқылы берілу тетігімен, кездейсоқ таралумен сипатталатын, сондай-ақ ұзақ уақыт бактерия тасымалдаушылықты қалыптастыруға қабілетті сальмонелла түрінің (Salmonella Typhi (сальмонелла тифи) бактериялары тудыратын бактериялық инфекциялық ауру;

      68) энтералды тетік – инфекцияның асқазан-ішек жолы арқылы берілуі;

      69) эпидемиологиялық көрсетімдер бойынша зерттеп-қарау – белгілі бір аумақтағы, халықтың жекелеген топтары арасындағы эпидемиологиялық жағдайға негізделген инфекциялық немесе паразиттік ауру туралы алынған ақпараттың негізіндегі және инфекциялық немесе паразиттік аурудың жағдайына эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізу кезіндегі (жұқтыру тәуекелі факторларын, берілу жолдарын анықтау және санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу үшін) зерттеп-қарау.

**2-тарау. Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар 1-параграф. Жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанудың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

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

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

      2) сырқаттанушылықтың көтеріліп бастауын уақтылы анықтау, оның себептерін анықтау және шұғыл санитариялық-эпидемияға қарсы іс-шараларды жүргізу үшін аумақтық бөлімшелері ай сайын жүргізетін жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты шұғыл эпидемиологиялық талдау.

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

      4. Ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды және ауруға күдіктілерді анықтауды медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері амбулаториялық қабылдау, үйге бару, медициналық тексеріп-қарау, ауруханаға жатқызу және медициналық ұйымдарға бару кезінде жүргізеді. Диагноз аурудың клиникалық белгілері, зертханалық зерттеулер деректері, эпидемиологиялық анамнезі негізінде белгіленеді.

      5. Жіті ішек инфекцияларымен науқастарды уақытында анықтау үшін халықтың санаттарына:

      1) медициналық ұйымдарға жүгінген кезде жіті ішек инфекцияларына күдікті науқастарға;

      2) стационарға түсу кезінде психикалық денсаулық орталықтардың пациенттеріне;

      3) мектеп-интернаттарға, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарына мен сәбилер үйлеріне ресімдеу кезінде балаларға;

      4) медициналық-әлеуметтік мекемелерге (ұйымдарына) ресімдеу кезінде қызмет алушыларға;

      5) ішек инфекциясымен ауырып айыққан реконвалесценттерге ішек тобына бір рет зертханалық зерттеп-қарау жүргізіледі.

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

      7. Мектепке дейінгі ұйымдарда, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарда, мектеп-интернаттарда, сәбилер үйлерінде, медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарында) жіті ішек инфекцияларымен сырқаттану тіркелген кезде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының ведомстволық бағыныстағы ұйымының филиалдары (бұдан әрі - филиалдар) қорытынды дезинфекция жүргізеді.

      8. Жіті ішек инфекциялар және сальмонеллез ошақтарды эпидемиологиялық зерттеп-қарау:

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

      2) мектепке дейінгі ұйымдарға, орта білім беру ұйымдарына, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарына, мектеп-интернаттарға баратын балалар сырқаттанған кезде;

      3) психикалық денсаулық орталықтардың, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, медициналық-әлеуметтік мекемелердің (ұйымдарының) қызметкерлері сырқаттанған кезде;

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

      9. Жіті ішек ауруларымен сырқаттанушылықтың бақылау деңгейі артқан кезде үй бойынша ошақтарын зерттеп-қарау қажеттілігін тиісті аумақтың бас мемлекеттік санитариялық дәрігері эпидемиологиялық жағдайды және шұғыл эпидемиологиялық талдау нәтижелерін ескере отырып айқындайды.

      10. Ошақтарды эпидемиологиялық зерттеп-қарау кезінде байланыста болған адамдарды айқындау және декреттелген топтағы және екі жасқа дейінгі балаларды зертханалық зерттеп-қарау, зертханалық зерттеп-қарау үшін тамақ өнімдері, су сынамаларын, шайындыларды алу жүргізіледі.

      11. Байланыста болған адамдар арасында патогенді микрофлора тасымалдаушылары анықталған кезде кейіннен бақылау зерттеп-қарау арқылы санация жүргізіледі. Патогенді микрофлора тасымалдаушылары теріс нәтиже алынғанға дейін жұмыстан шеттетіледі.

      12. Байланыста болған адамдарды медициналық бақылауды байланыста болған адамның тұрғылықты, жұмыс, оқу, демалыс орны бойынша медицина қызметкері жүргізеді. Медициналық бақылау нәтижелері Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 907 бұйрық) бекітілген амбулаториялық карталарда, баланың даму тарихында, стационарларда - сырқатнамаларда жазылады. Медициналық бақылау ұзақтығы күнтізбелік жеті күнді құрайды және сауалнама, тексеріп-қарау, термометрияны қамтиды.

      13. Зертханалық зерттеу тізбесін және көлемдерін айқындау, ошақтардан өнімдерді алуды аумақтық бөлімшелерінің маманы жүзеге асырады.

      14. Инфекциялық ауру ошағынан алынған материалды зерттеуді филиалдар жүргізеді.

      15. Байланыста болған адамдарды зертханалық тексеру емдеу тағайындалғанға дейін жүргізіледі.

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

      17. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін клиникалық көрсетімдер:

      1) екі айға толмаған балалардағы аурудың барлық түрлері;

      2) баланың жасына қарамастан қатты сусызданумен қоса жүретін ауру түрлері;

      3) ілеспелі патологиядан асқынған ауру түрлері;

      4) әртүрлі дәрежедегі сусызданумен қоса жүретін созылмалы диарея;

      5) дизентерияның созылмалы түрлері (асқынған жағдайда).

      18. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін эпидемиологиялық көрсетімдер:

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

      2) медициналық ұйымдардағы, мектеп-интернаттардағы, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдардағы, сәбилер үйлеріндегі, санаторийлердегі, медициналық-әлеуметтік мекемелердегі (ұйымдардағы), жазғы сауықтыру ұйымдарындағы, демалыс үйлеріндегі сырқаттану жағдайлары.

      19. Дизентерия және жіті ішек инфекциялардан кейінгі реконвалесценттерді ауруханадан шығару толық клиникалық сауыққаннан кейін жүргізіледі.

      Дизентерия және жіті ішек инфекциялардан кейінгі реконвалесценттерді бір рет бактериологиялық зерттеп-қарау амбулаториялық жағдайда ауруханадан шыққаннан кейін күнтізбелік жеті күн ішінде, бірақ антибиотик терапиясы (антибиотиктермен емдеу) аяқталғаннан кейін күнтізбелік екі күннен соң жүргізіледі.

      20. Жіті дизентериядан сауыққаннан кейін диспансерлік бақылауға мыналар:

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

      2) жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, мектеп-интернаттардың балалары;

      3) психикалық денсаулық орталықтардың, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, медициналық-әлеуметтік мекемелердің (ұйымдардың) қызметкерлері жатады.

      21. Медициналық бақылау емдеу аяқталғаннан кейін бір айдың ішінде жүргізіледі, оның соңында бір рет бактериологиялық зерттеп-қарау жүргізу жүргізіледі.

      22. Дәрігерге бару жиілігі клиникалық көрсетімдер бойынша айқындалады.

      23. Медициналық бақылауды тұрғылықты жері бойынша учаскелік дәрігер немесе инфекциялық аурулар кабинетінің дәрігері жүзеге асырады.

      24. Ауру қайталанған жағдайда немесе зертханалық зерттеп-қарау нәтижесі оң болғанда дизентериямен ауырып айыққан адамдар емдеуден қайта өтеді. Емдеу аяқталғаннан кейін бұл адамдар үш ай бойы ай сайын зертханалық зерттеп-қараудан өтеді. Бактерия тасымалдаушылық үш айдан астам жалғасып келе жатқан адамдар дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын науқастар ретінде емделеді.

      25. Халықтың декреттелген тобына жататын адамдарды жұмыс беруші мамандығы бойынша жұмыс жасауға клиникалық және бактериологиялық зерттеп-қарау нәтижелерімен расталған кезде толық сауыққаннан кейін жіберіледі.

      Созылмалы дизентериямен ауыратын адамдар эпидемиологиялық қауіп төндірмейтін тамақ өнімдерімен және сумен жабдықтаумен байланысты емес жұмысқа ауыстырылады.

      26. Созылмалы дизентериямен ауыратын адамдар емдеу аяқталғаннан кейін бір жыл бойы медициналық бақылауға жатады. Созылмалы дизентериямен ауыратын адамдарды бактериологиялық зерттеп-қарауды және тексеріп-қарауды ай сайын инфекционист дәрігер жүргізеді.

      27. Сальмонеллезге бактериологиялық зерттеп-қарауға халықтың мына санаттары жатады:

      1) стационарға келіп түсетін екі жасқа толмаған балалар;

      2) стационарға емдеуге жатқызылған науқас баланы күтетін ересектер;

      3) түскен кезде немесе емдеуге жатқызылғанға дейін алдыңғы үш апта бойы ішек функциясының бұзылуы болған босанатын әйелдер, босанған әйелдер;

      4) стационарда болған кезде ішек функциясының бұзылуы пайда болғанда диагнозына қарамастан барлық науқастар;

      5) сальмонеллез ошағында инфекцияның болжамды көзі болуы мүмкін, халықтың декреттелген топтарының арасындағы адамдар;

      6) сауықтыру объектілеріне баратын балалар.

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

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

      30. Сальмонеллезбен ауырып айыққаннан кейін диспансерлік бақылауға:

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

      2) жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, мектеп-интернаттардың балалары;

      3) психикалық денсаулық орталықтардың, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, медициналық-әлеуметтік мекемелердің (ұйымдардың) қызметкерлері жатады.

      31. Сальмонеллезбен ауырып айыққан адамдарды диспансерлік бақылауды жалпы жағдайын, шағымдарын, нәжісінің сипатын бағалай және термометрия жүргізе отырып, үш рет клиникалық тексеріп-қарау арқылы (оныншы, жиырмасыншы, отызыншы күні) бір ай бойы тұрғылықты жері бойынша инфекциялық аурулар кабинетінің дәрігері немесе учаскелік дәрігер жүзеге асырады.

      32. Халықтың декреттелген тобына жататын реконвалесценттерді жұмыс беруші № 907 бұйрықпен бекітілген № 035-2/е нысанға сәйкес сауыққаны туралы анықтама ұсынылған сәттен бастап мамандығы бойынша жұмыс жасауға жібереді.

      Емдеу аяқталғаннан кейін сальмонелла бөлуді жалғастыратын реконвалесценттерді, сондай-ақ халықтың декреттелген топтарына жататын анықталған бактерия тасымалдаушыларды аумақтық бөлімшелері негізгі жұмысынан күнтізбелік он бес күнге шеттетеді.

      Күнтізбелік он бес күнге шеттілген кезде нәжіс үш рет зерттеледі. Оң нәтиже қайталанған жағдайда жұмыстан шеттету және зерттеп-қарау тәртібі тағы да күнтізбелік он бес күнге ұзартылады.

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

      Мерзім аяқталған соң нәжіс пен өтке күнтізбелік бір-екі күн интервалмен үш реттік зерттеу жүргізеді. Теріс нәтижелер алынған жағдайда негізгі жұмысына жіберіледі. Бір рет оң нәтиже алынған жағдайда осындай адамдар созылмалы бактерия тасымалдаушылар ретінде қаралады және Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшелері оларды эпидемиологиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді.

      33. Емдеу аяқталған соң сальмонелла бөлуді жалғастыратын балаларды емдеуші дәрігер күнтізбелік он бес күнге мектепке дейінгі ұйымына барудан шеттетеді, осы кезеңде нәжіске бір-екі күн интервалмен үш реттік зерттеу жүргізіледі. Оң нәтиже қайталанған жағдайда шеттетудің және зерттеп-қараудың осындай тәртібі тағы он бес күн бойы қайталанады.

      34. Мектепке дейінгі ұйымдарда, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарда, мектеп-интернаттарда, сәбилер үйлерінде, медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) сальмонеллезбен сырқаттанушылық тіркелген кезде филиалдар қорытынды дезинфекция жүргізеді.

**2-параграф. Іш сүзегі мен паратифтердің алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

      35. Халықтың іш сүзегі және паратифтермен сырқаттанушылығын мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау мыналарды қамтиды:

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

      2) халық арасында тәуекел топтарын айқындау;

      3) науқастардан және бактерия тасымалдаушылардан бөлінетін өсірінділердің фаготиптерін айқындау;

      4) бактерия тасымалдаушыларды, әсіресе тамақ кәсіпорындарының қызметкерлері мен халықтың декреттелген топтарына жататын адамдар ішінен бактерия тасымалдаушыларды анықтау және санациялау мақсатында іш сүзегімен және паратифтермен ауырып айыққан адамдарды есепке қою және медициналық бақылау;

      5) санитариялық-профилактикалық және санитариялық-эпидемияға қарсы іс-шараларды жоспарлау.

      36. Іш сүзегі және паратиф ауруларды алдын алу үшін санитариялық-профилактикалық іс-шаралары қоздырғыштардың су, тамақ арқылы берілуінің алдын алатын санитариялық-гигиеналық іс-шараларды жүргізуге бағытталған.

      37. Жұмысқа жіберу алдында халықтың декреттелген топтарына жататын адамдар дәрігердің тексеріп-қарауынан кейін бір рет бактериологиялық және серологиялық тексеруге жатады. Олар бактериологиялық зерттеп-қараудың нәтижесі теріс болғанда және қарсы көрсетімдер болмаған жағдайда жұмысқа жіберіледі.

      Бактериологиялық зерттеп-қараудың оң нәтижесі анықталған адамдар бактерия тасымалдаушылар ретінде қаралады. Олар емделеді, есепке алынады, оларға медициналық бақылау қойылады. Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшелері бактерия тасымалдаушыларды эпидемиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді.

      38. Іш сүзегіне қарсы вакцинациялау "Қарсы профилактикалық егу жүргізілетін аурулардың тізбесін, оларды жүргізу ережесін және халықтың жоспарлы егілуге жатқызылатын топтарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 30 желтоқсандағы № 2295 қаулысына сәйкес жүргізіледі.

      39. Іш сүзегі немесе паратифтер ошақтарда мынадай іс-шаралар жүргізіледі:

      1) сауалнама алу, тексеріп-қарау, қызуын өлшеу және зертханалық зерттеп-қарау арқылы барлық науқастарды анықтау;

      2) іш сүзегімен және паратифтермен ауыратын барлық науқастарды уақтылы оқшаулау;

      3) бұрын іш сүзегімен және паратифтермен ауырған адамдарды, халықтың декреттелген топтарын, жұқтыру қаупіне ұшыраған (жұқтыруға күдікті тамақ өнімдерін немесе суды қолданған, науқастармен байланыста болған) адамдарды анықтау және зертханалық зерттеп-қарау жүргізу;

      4) халықтың декреттелген топтарына жататын адамдарда бір рет сырқаттану болған ошақта нәжіске бір рет бактериологиялық зерттеу және серологиялық әдіспен қанның сарысуын зерттеу жүргізіледі. Серологиялық зерттеу нәтижесі оң болған адамдардың нәжісіне және несебіне қайтадан бес рет бактериологиялық зерттеу жүргізіледі;

      5) топтық аурулар пайда болған жағдайда болжалды инфекцияның көзі болып табылатын адамдарға зертханалық зерттеп-қарау жүргізіледі. Зертханалық зерттеп-қарау кемінде күнтізбелік екі күн интервалмен нәжісі мен несебін үш рет бактериологиялық зерттеуді және серологиялық әдіспен қан сарысуын бір рет зерттеуді қамтиды. Серологиялық зерттеу нәтижесі оң болған адамдарға кемінде күнтізбелік екі күн интервалмен қосымша бес рет нәжісі мен несебін бактериологиялық зерттеу жүргізіледі, ал осы зерттеп-қарау нәтижелері теріс болғанда - өті бір рет зерттеледі;

      6) іш сүзегімен немесе паратифпен ауырған науқаспен үйінде байланыста болған, халықтың декреттелген топтарына жататын адамдарды Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшелері науқас емдеуге жатқызылғанға дейін, қорытынды дезинфекция жүргізіліп, нәжісін, несебін бір рет бактериологиялық зерттеудің және серологиялық зерттеудің теріс нәтижелері алынғанға дейін жұмыстан уақытша шеттетіледі;

      7) жұқтыру қаупіне ұшыраған адамдар зертханалық зерттеп-қараумен қатар күнделікті дәрігердің медициналық тексеріп-қарауы арқылы және іш сүзегі кезінде күнтізбелік жиырма бір күн бойы және паратиф кезінде соңғы науқас оқшауланған сәттен бастап күнтізбелік он төрт күн бойы қызуын өлшеу арқылы медициналық бақылауда болады;

      8) іш сүзегімен және паратифтермен ауыратын анықталған науқастар мен бактерия тасымалдаушылар тез арада оқшауланады және зерттеп-қарау және емдеу үшін медициналық ұйымдарға жіберіледі.

      40. Іш сүзегі мен паратифтердің ошақтарындағы жедел профилактика эпидемиологиялық жағдайға байланысты жүргізіледі. Іш сүзегі ошақтарында бар болған жағдайда іш сүзегі бактериофагы, паратифтер кезінде поливалентті сальмоноллез бактериофагы тағайындалады. Бактериофагты бірінші рет тағайындау бактериологиялық зерттеп-қарау үшін материалды алғаннан кейін жүргізіледі. Бактериофаг сондай-ақ реконвалесценттерге де тағайындалады.

      41. Іш сүзегі мен паратифтер ошақтарында дезинфекциялық іс-шаралар жүргізіледі:

      1) ағымдағы дезинфекция науқас анықталған сәттен бастап емдеуге жатқықылғанға дейінгі кезеңде, реконвалесценттерде ауруханадан шыққаннан кейін үш ай бойы жүргізіледі;

      2) ағымдағы дезинфекцияны медициналық ұйымның медицина қызметкері ұйымдастырады, ал оны науқасқа күтім жасайтын адам, реконвалесценттің өзі немесе бактерия тасымалдаушы жүргізеді;

      3) қорытынды дезинфекцияны филиалдар Кодекстің 144-бабы 6-тармағымен бекітілген дезинфекция, дезинсекция және дератизацияны ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптармен регламенттелген мерзімдерде жүргізеді;

      4) медициналық ұйымда іш сүзегімен немесе паратифпен ауыратын науқас анықталған жағдайда науқасты оқшаулағаннан кейін ол болған үй-жайларға осы ұйымның персоналының күшімен қорытынды дезинфекция жүргізеді.

      42. Іш сүзегімен және паратифтермен ауыратын науқастар мен бактерия тасымалдаушыларды уақтылы анықтауды, оқшаулауды және емдеуді барлық медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері клиникалық және зертханалық деректердің негізінде жүзеге асырады.

      43. Іш сүзегін диагностикалау кезінде қаннан қоздырғыштың бөлінуі (гемоөсірінді) жетекші болып табылады. Гемоөсіріндіні бөлу үшін қан алу аурудың барлық кезеңінде жүргізіледі. Қанның бірінші себілуі антибактериялық терапия басталғанға дейін жүргізіледі. Сондай-ақ диагностикалау үшін нәжіс өсірінділерін, несеп өсірінділерін, өтт және қанды зерттеу жүргізіледі.

      44. Диагнозы белгіленбеген, үш және одан да көп тәулік бойы қызбасы бар науқастар іш сүзегіне зерттеп-қаралады.

      45. Іш сүзегімен және паратифтерімен ауыратын барлық науқастар инфекциялық стационарға емдеуге жатқызылады.

      46. Науқастарды ауруханадан шығару нәжісі мен несебін үш рет бактериологиялық зерттегеннен кейін температурасы қалыпты (35 – 37 ºС) болған соң күнтізбелік жиырма бір күннен ерте емес жүзеге асырылады. Нәжіс пен несепті бактериологиялық зерттеу антибиотиктерді тоқтатқаннан кейін күнтізбелік бес күннен соң және содан соң күнтізбелік бес күн интервалмен екі рет жүргізіледі. Бұдан басқа, ауруханадан шыққанға дейін күнтізбелік жеті күн бұрын дуоденальды құрамды себу жүргізіледі.

      47. Іш сүзегімен және паратифтермен ауырып айыққан барлық науқастар стационардан шыққан соң екі аптада бір рет дене қызуын өлшеу арқылы медициналық бақылауға жатады. Стационардан шыққаннан кейін күнтізбелік он күннен соң реконваленценттерді бактерия тасымалдаушылыққа зерттеп-қарау басталады, ол үшін кемінде күнтізбелік екі күн интервалмен нәжіс пен несеп бес рет зерттеледі. Үш ай бойы ай сайын бір рет несеп пен нәжіске бактериологиялық зерттеу жүргізіледі.

      Стационардан шыққаннан кейін үш ай ішінде бактериологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған жағдайда зерттеп-қаралушы адам жіті тасымалдаушы ретінде бағаланады.

      Бақылаудың төртiншi айында өт және қан сарысуы зерттеледі. Барлық зерттеулердің нәтижелері теріс болған жағдайда ауырып айыққан адам диспансерлік бақылаудан алынады.

      Серологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған кезде нәжіс пен несепке бес рет бактериологиялық зерттеу жүргізіледі. Нәтижесі теріс болған жағдайда ауырып айыққан адамдарды бір жыл бойы бақылауда қалдырады.

      Стационардан шыққан соң бір жылдан кейін бір рет нәжіс, несеп және қан сарысуын бактериологиялық зерттейді. Зерттеу нәтижесі теріс болса ауырып айыққан адамды диспансерлік бақылаудан алады.

      48. Халықтың декреттелген топтарына жататын іш сүзегімен және паратифтермен ауырып айыққан адамдар стационардан шыққан соң оларды Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшелері жұмыстан бір айға шеттетеді, себебі олар эпидемиялық қауіп төндіреді. Осы кезең ішінде оларға бес рет бактериологиялық зерттеу (нәжіс пен несепті) жүргізіледі.

      Зерттеу нәтижелері теріс болғанда олар жұмысқа жіберіледі және кейінгі екі айда ай сайын өтті және қанның сарысуын зерттейді. Одан әрі оларды екі жыл бойы тоқсан сайын, ал кейіннен барлық жұмыс істеу мерзімінде жылына екі рет зерттеп-қарайды (нәжіс пен несебін зерттеу).

      Нәтижесі оң болғанда стационардан шыққаннан кейін бір айдан соң оларды тамақ өнімдерімен және сумен байланысы жоқ жұмысқа ауыстырады. Үш ай өткен соң бес рет нәжіс пен несепке және бір рет өтке бактериологиялық зерттеу жүргізіледі. Нәтижесі теріс болғанда олар жұмысқа жіберіледі және алдыңғы топ сияқты зерттеп-қаралады.

      Серологиялық зерттеу нәтижесі оң болған жағдайда нәжіс пен несепке бес рет қосымша зерттеу және нәтижесі теріс болған жағдайда өтке бір рет зерттеу жүргізіледі.

      Нәтижесі теріс болғанда олар жұмысқа жіберіледі.

      Егер стационардан шыққаннан кейін үш ай өткен соң жүргізілген зерттеп-қараудың кез келгенінде мұндай адамдарда жоқ дегенде бір рет іш сүзегінің немесе паратифтің қоздырғышы бөлінсе, олар созылмалы бактерия тасымалдаушылар болып есептеледі және Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшесі жұмыстан шеттетеді, себебі олар эпидемиялық қауіп төндіреді.

      49. Іш сүзегі мен паратифтердің бактерия тасымалдаушылары мына санаттарға бөлінеді:

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

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

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

      50. Іш сүзегі мен паратифтердің бактерия тасымалдаушылары арасында мынадай іс-шаралар жүргізіледі:

      1) транзиторлық бактерия тасымалдаушыларда үш ай бойы бес рет нәжісі мен несебіне бактериологиялық зерттеу жүргізеді. Нәтижесі теріс болғанда өті бір рет зерттеледі. Бақылаудың соңында серологиялық әдіспен қанның сарысуы бір рет зерттеледі. Барлық зерттеудің нәтижелері теріс болғанда бақылаудың үшінші айының соңында олар есептен алынады. Бактериологиялық және серологиялық зерттеулердің нәтижелері оң болғанда жіті бактерия тасымалдаушылар деп бағаланады;

      2) анықталғаннан кейін екі ай бойы жіті бактерия тасымалдаушыларға дене қызуын өлшеу арқылы медициналық бақылау жүргізіледі және үш ай бойы нәжісі мен несебіне бір рет бактериологиялық зерттеу жүргізіледі.

      Үшінші айдың соңында нәжісі мен несебін бактериологиялық зерттеу – бес рет, өтін – бір рет және қанның сарысуына серологиялық зерттеу жүргізіледі.

      Бактериологиялық және серологиялық зерттеу нәтижелері теріс болғанда зерттеп-қаралушыны диспансерлік есептен алады.

      Серологиялық зерттеу нәтижесі оң және нәжіс пен несепті бактериологиялық зерттеу нәтижелері теріс болғанда бір жыл бойы бақылауды жалғастырады. Бір жылдан кейін нәжіс пен несепті цистеинмен бір рет, нәжіс пен несепті бактериологиялық бір рет зерттеу қажет.

      Серологиялық зерттеу нәтижесі оң болғанда нәжіс пен несеп бес рет, өт бір рет зерттеледі.

      Зерттеу нәтижелері теріс болғанда зерттеп-қаралушыны диспансерлік бақылаудан алады.

      Нәтижесі оң болғанда зерттеп-қаралушы созылмалы бактерия тасымалдаушы ретінде бағаланады;

      3) созылмалы бактерия тасымалдаушылар аумақтық бөлімшесінде есепте тұрады және байланыста болған адамдар арасында және созылмалы бактерия тасымалдаушы тұратын аумақта эпидемиологиялық жағдай асқынған жағдайда тексеруге жатады. Медицина қызметкерлері созылмалы бактерия тасымалдаушыларды дезинфекциялық ерітінділерді дайындауға, ағымдағы дезинфекциялауға, дұрыс гигиеналық тәртіпке оқытылады;

      4) халықтың декреттелген топтарына жататын бактерия тасымалдаушылар аумақтық бөлімшесінде тұрақты есепке алынады.

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

**3-параграф. Туберкулездің алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

      52. Туберкулезбен ауыратын науқастарды анықтауды медициналық ұйымдардың барлық мамандықтағы медицина қызметкерлері:

      1) адамдардың медициналық көмекке жүгінуі;

      2) стационарлық және мамандандырылған медициналық көмек көрсету;

      3) медициналық тексеріп-қарауды жүргізу;

      4) туберкулезге қарсы иммундау жүргізу кезінде;

      5) АИТВ инфекциясын жұқтырған адамдар АИТВ/ЖИТС-тің профилактикасы саласында қызметті жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымдарына (бұдан әрі - АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары) медициналық көмекке жүгінген кезде жүзеге асырады.

      53. Медициналық ұйымға туберкулезбен сырқаттануын көрсететін симптомдары бар пациенттер жүгінген кезде рентгенологиялық және бактериологиялық зерттей отырып (қақырық жағындысын және патологиялық материалды микроскоппен қарау), толық клиникалық және құрал-саймандық зерттеп-қарау жүргізіледі.

      54. Зерттеп-қарау кезінде туберкулезбен сырқаттану ықтималдығын көрсететін белгілер анықталған кезде пациент күнтізбелік үш күннің ішінде тұрғылықты жері бойынша туберкулезге қарсы диспансерге (бөлімше, кабинет) жіберіледі.

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

      56. Тұрғылықты жері анықталмаған адамдар туберкулезбен сырқаттануға күдікті болған жағдайда зерттеп-қарауды аяқтау үшін және "Туберкулез" диагнозы расталған кезде емдеу үшін туберкулезге қарсы диспансерге емдеуге жатқызылады.

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

      58. Туберкулезбен ауыратын науқастарды жұмысқа және оқуға жіберуге рұқсат беру туралы медициналық қорытындыны ТҚҰ-ның орталық дәрігерлік-консультациялық комиссиясы (бұдан әрі – ОДКК) Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 25 желтоқсандағы № 994 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 16381 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 994 бұйрық) бекітілген туберкулез бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулыққа сәйкес береді.

      59. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдары, сондай-ақ ТҚҰ-ның дәрігері емделуден бас тартқан, өз еркімен кетіп қалған және емделу режимін бұзған жағдайда мамандандырылған ТҚҰ-да оған мәжбүрлеп емдеуді тағайындау туралы мәселені шешу үшін ОДКК-ге жүгінеді.

      60. ОДКК-ның қорытындысы бойынша медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдары, оның ішінде ТҚҰ-ның бас дәрігері Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 17 қарашадағы № 729 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5959 болып тіркелген) бекітілген Туберкулездің жұқпалы түрімен ауыратын науқастарды мамандандырылған туберкулезге қарсы ұйымдарда мәжбүрлеп емдеуді және болу режимін ұйымдастыру қағидаларына сәйкес сотқа мәжбүрлеп емдеуді тағайындау туралы науқасқа арналған ұсынысқа қол қояды.

      61. Халықты профилактикалық медициналық тексеріп-қарау тұрғылықты жері, жұмысы, қызметі, оқуы немесе медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда), тергеу изоляторларында және түзету мекемелерінде ұстау орны бойынша медициналық ұйымдарда жаппай, топтық (эпидемиялық көрсетімдер бойынша) және жеке тәртіппен жүргізіледі.

      62. Медициналық ұйымдардың басшылары аумақтық бөлімшелеріне осы Санитариялық қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес іс жүзіндегі тұрғылықты жері бойынша халықты флорографиялық тексеріп-қарау жоспарының орындалуы туралы ай сайынғы есептерді ұсына отырып, профилактикалық медициналық тексеріп-қарауларды жоспарлауды, ұйымдастыруды және есепке алуды, халықты жеке есепке алу деректері бойынша флюорокартотеканы қалыптастыруды (амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымымен және флюорокабинетпен салыстыра отырып) қамтамасыз етеді.

      63. "Тәуекел" тобының адамдарын флюорографиялық зерттеп-қарау жоспарын құру аумақтық–өндірістік қағидаты бойынша терапиялық учаскелер бөлінісінде ай сайын және өсіммен жүргізіледі. Емхана бойынша флюорографиялық зерттеп-қараудың жоспарын осы ұйымның басшысы бекітеді және ТҚҰ-ның басшысымен және аумақтық бөлімшесінің басшысымен келіседі.

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

      65. Балаларда туберкулезді ерте анықтау мақсатында тері ішіне арналған туберкулині бар аллергиялық сынаманы қолданады. Туберкулиндік диагностиканы туберкулезге қарсы вакцинацияланған тәуекел тобындағы балаларға 12 айынан бастап 14 жасқа толғанға дейін жүргізеді, Манту сынамасын бұрынғы сынамалардың нәтижесіне қарамастан, жылына бір рет 12 ай интервалмен № 994 бұйрығымен бекітілген туберкулез бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулыққа сәйкес салады.

      66. Ата-аналары Манту сынамасын қойған сәттен бастап бір айдың ішінде туберкулез ауруының жоқтығы туралы еркін түрде фтизиатрдың қорытындысын ұсынбаған, туберкулезге қарсы диспансерге консультацияға жіберілген балалар мектепке дейінгі және бастауыш орта білім беру ұйымдарына жіберілмейді.

      67. Балаларды жеке есепке алу деректері бойынша (туберкулезді ерте анықтау мақсатында) жүргізілген Манту сынамасын жоспарлау, ұйымдастыру, уақтылы және толық есепке алуды, сондай-ақ туберкулиндік диагностика нәтижелері бойынша фтизиатрға толық зерттеп-қарауға жіберілген балалардың уақтылы келу және зерттеп-қаралу мәселесі бойынша медициналық туберкулезге қарсы ұйымдармен өзара іс-қимылды медициналық ұйымдардың басшылары қамтамасыз етеді.

      68. Манту сынамасын қою жоспарының орындалуы туралы есепті медициналық ұйымдар ай сайын осы Санитариялық қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес нысан бойынша аумақтық бөлімшесіне ұсынады.

      69. Туберкулезді ерте анықтау мақсатында № 994 бұйрығымен бекітілген туберкулез бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулыққа сәйкес профилактикалық медициналық және флюорографиялық тексеріп-қараулар жүргізіледі.

      70. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдарының медицина қызметкерлеріне:

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

      2) бақыланатын химиялық терапияны жүзеге асыру;

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

      71. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдарының медицина қызметкері қақырықты жинауды және оны зерттеу үшін зертханаға уақтылы жеткізуді жүзеге асырады. Қақырық жинауды ТҚҰ-да оқытылған және жыл сайын қайта даярлаудан өтетін медицина қызметкері жүргізеді.

      72. Халық арасында флюорография әдісімен туберкулезді анықтау 15 жастан бастап жүргізіледі. Флюорография нәтижесі оң адамдарды толық зерттеп-қарау кезеңі қалалық жерде екі аптадан аспауы, ауылдық жерде бір айдан аспауы тиіс.

      73. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдарында және стационарларда флюросуретті талдау екі кезеңмен (екі рет оқу) жүргізіледі. Медициналық кітапшаларда жұмысқа рұқсат беру қайта (екінші) оқу нәтижесінің негізінде қойылады.

      74. Барлық босанған әйелдер шығарылған кезге дейін перинаталдық орталықта (босандыру бөлімшесінде) болған кезеңінде флюорография әдісімен туберкулезге зерттеп-қаралуға жатады. Перинаталдық орталықтың (босандыру бөлімшесінің) басшылары босанудан кейінгі кезеңде туберкулезге күдікті әйелдерді жеке палатаға уақтылы оқшаулауды және туберкулезге күдік анықталған сәттен бастап алты сағат ішінде туберкулезді растау немесе жоққа шығару мақсатында фтизиатр-дәрігер консультантын шақыруды және қосымша зерттеу жүргізуді қамтамасыз етеді.

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

      76. Бактериоскопиялық зертханаларда үш секция болады:

      1) биологиялық ішке сору шкафында жағындыларды дайындауға және жағындыларды бояуға арналған екі бөлікке бөлінген үстелі бар жағындыларды дайындауға және бояуға арналған;

      2) микроскопияға арналған;

      3) препараттарды тіркеуге және сақтауға арналған.

      77. ТҚҰ персоналы жұқтыру қаупі жоғары жерлерде қорғау дәрежесі жоғары респираторларды (кемінде 94,0 пайыз (бұдан әрі - %) қолданады. Респираторлар көп рет пайдаланылады. Бетке тығыз жабыспайтын, сүзгісі бұзылған, қан немесе биологиялық сұйықтықтармен ластанған респиторды пайдалануға жол берілмейді.

      78. Профилактикалық егулерді жоспарлау, ұйымдастыру және жүргізу медициналық ұйымдармен Кодекстің 144-бабының 6-тармағына және № 994 бұйрықпен бекітілген туберкулез бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулыққа сәйкес жүргізіледі.

      79. Туберкулезге қарсы профилактикалық егулердің жиынтық жоспары және медициналық ұйымдардың медициналық иммунобиологиялық препараттарға қажеттілігі оның басшыларымен бекітіледі және аумақтық бөлімшелерімен келіседі.

      80. Профилактикалық егулер жоспарын тұрғылықты жері бойынша перинаталдық орталықтың (босандыру бөлімшесінің) және медициналық ұйымдардың, білім беру ұйымдарының егу жұмысын жүргізуге жауапты медицина қызметкерлері жасайды.

      81. Ведомстволық тиесілігі мен меншік нысанына қарамастан, білім беру ұйымдарына, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарға, интернаттарға баратын балаларды есепке алуды жылына бір рет жүргізеді. Ұйымдарға баратын балалар туралы мәліметтерді ұйымның орналасқан орны бойынша амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымына береді.

      82. АИТВ инфекциясын жұқтырған анадан туған жаңа туған нәрестелерді туберкулезге қарсы вакцинациялау Кодекстің 144-бабының 6-тармағына сәйкес қабылданған нормативтік-құқықтық актілерге сәйкес жүргізіледі.

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

      84. Қазақстан Республикасының азаматтары, оралмандар, еңбек мигранттары және Қазақстан Республикасының аумағындағы адамдар оларда туберкулездің белсенді түрі алғаш анықталған кезде есепке алынуға жатады.

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

      86. Барлық шоғырлану түріндегі белсенді туберкулез диагнозы өмірінде алғаш рет қойылған әрбір науқасқа № 907 бұйрықпен бекітілген № 089/е нысан - хабарлама толтырылады, ол күнтізбелік үш күн ішінде туберкулезге қарсы ұйымдарға және аумақтық бөлімшелеріне жіберіледі. Өліміне себеп болған "Белсенді туберкулез" диагнозы өлгеннен кейін қойылған жағдайда диагнозды фтизиатр-дәрігердің растауы және № 089/е нысаны берілуі қажет.

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

      88. Туберкулез (сырқаттанушылық, аурушаңдық, өлім-жітім) бойынша эпидемиологиялық көрсетімдерді есептеуді тұрақты, көшіп-қонатын (ішкі және сыртқы) және түрме тұрғындарын есепке ала отырып, халықтың көрсетілген санаттары бойынша бөлек талдау арқылы жүргізеді.

      89. Туберкулезбен ауыратын науқастардың барлық өлім-жітім жағдайлары есепке алуға және тіркеуге жатады.

      90. Науқаста алғаш рет ауру анықталған кезде туберкулез диагнозының дұрыстығын бақылауды және аталған жердегі туберкулез ауруының жаңа жағдайын есепке алу және тіркеу қажеттілігі туралы соңғы шешімді қабылдауды ТҚҰ жүзеге асырады.

      91. Туберкулез ошақтарын жіктеу бактерия бөлу қарқындылығын есепке ала отырып жүргізіледі.

      92. Бактерия бөлу қарқындылығы:

      1) қышқылға төзімді бактериялардың нақты санынан 1+ -ке дейін бірқалыпты бактерия бөлу;

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

      93. Туберкулез ошақтарының бірінші эпидемиологиялық тобына:

      1) көлемді бактерия бөлетін науқастар тұратын ошақтар;

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

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

      Екінші эпидемиологиялық топқа ошақта санитариялық-гигиеналық жағдайлары қанағаттанарлық болған және ошақта балалар мен жасөспірімдер, жүкті әйелдер, маскүнемдер, нашақорлар болмаған болмаған жағдайда, бірқалыпты бактерия бөлетін туберкулезбен ауыратын науқастар тұратын туберкулез ошақтары жатады.

      Үшінші эпидемиологиялық топқа:

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

      2) туберкулезбен ауыратын ауыл шаруашылығы жануарлары анықталған туберкулез ошақтары жатады.

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

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

      1) туберкулезбен ауыратын науқасты туберкулезге қарсы препараттармен емдеу және стационарлық жағдайда оқшаулау. Амбулаториялық жағдайларда емдеуге эпидемияға қарсы режим талаптарын сақтау жағдайлары болғанда және аумақтық бөлімшелерімен келісілгенде жол беріледі;

      2) науқас анықталған күннен бастап екі апта мерзімде байланыста болған адамдарды алғашқы зерттеп-қарау (клиникалық - рентгенологиялық, Манту сынамасын қою, рекомбинантты туберкулезді аллергенмен тест, көрсетілімдер бойынша жағындының микроскопиясы);

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

      4) дезинфекциялауды ұйымдастыру және жүргізу;

      5) медициналық қызметкерлердің науқастар мен олардың отбасы мүшелерін санитариялық - эпидемияға қарсы және санитариялық-гигиеналық режимдерді сақтау, инфекция жұқтырудың алдын алуға бағытталған қорғаныш шараларына, ағымдық дезинфекция жүргізуге санитариялық оқыту.

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

      96. Байланыста болған адамдар эпидемиологиялық есептен ошақ алып тасталғаннан кейін жыл бойы бақылауда болады. Эпидемиологиялық есептен алыну алдында байланыста болған адамдар зерттеп-қараудан өтеді.

      97. Туберкулез ошақтарында ошақтың эпидемиологиялық тобына сәйкес санитариялық-эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізіледі. Ошақтарға ТҚҰ-ның және аумақтық бөлімшелерінің мамандары бірлесіп:

      1) бірінші эпидемиологиялық топқа тоқсанына бір реттен сиретпей;

      2) екінші эпидемиологиялық топқа жарты жылда бір реттен сиретпей;

      3) үшінші эпидемиологиялық топқа жылына бір реттен сиретпей барады.

      98. Туберкулез ошағын бір эпидемиологиялық топтан екіншісіне ауыстыруды ошақта оның қауіптілігін азайтатын немесе арттыратын жағдайлар өзгерген кезде аумақтық бөлімшелерінің мамандары учаскелік фтизиатрмен бірлесіп жүзеге асырады.

      99. Бактерия шығаратын науқастардың санын ТҚҰ-да есепте тұрған бактерия шығаратын науқастардың нақты санымен салыстыруды аумақтық бөлімшелерінің мамандары ай сайын жүргізеді. ТҚҰ аумақтық бөлімшелеріне туберкулезбен алғаш рет ауырғаны анықталған науқастар туралы деректерді ай сайын жібереді және туберкулез бойынша есептілікті салыстырады.

      100. Туберкулез ошақтарына әрбір барудың нәтижелері "Халықтың санитарлық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы есепке алу мен есеп құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 30 мамырдағы № 415 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11626 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 415 бұйрық) бекітілген № 211/е нысаны бойынша эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасына жазылады.

      101. Ошақтағы санитариялық-эпидемияға қарсы іс-шаралар алғашқы, ағымдағы және қорытынды болып бөлінеді.

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

      103. Алғашқы күнтізбелік үш күн ішінде науқасты бактерия бөлуші ретінде есепке алғаннан кейін № 415 бұйрықтың № 211/е нысаны бойынша "Тубекулездің бациллалық түрінің ошағын эпидемиологиялық зерттеп-қарау картасын" толтыра отырып, аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы ТҚҰ маманымен бірге ошаққа алғашқы эпидемиологиялық зерттеп-қарау жүргізіледі.

      104. Ошақты алғаш зерттеп-қараған кезде науқастың жұмыс орны мен сипатын қоса алғанда, науқастың және оның отбасы мүшелері туралы деректер, оларды есепке қою үшін байланыста болған адамдардың тізімін анықталады. Байланыста болған адамдардың тізімі соңғы төрт айда байланыста болған адамдарды есепке ала отырып нақтыланады. Ошаққа қайта бару аумақтық бөлімшенің бейінді маманының ұйғарымы бойынша жүргізіледі.

      105. Зерттеп-қарауға жататын контингент пен "тәуекел" тобы арасында туберкулездің белсенді түрімен ауыратын науқастардың тіркелуінің әрбір жағдайында аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы осы ұйымның фтизиатрымен және медицина қызметкерімен және оның басшысымен бірлесіп акті жасай отырып, науқастың жұмыс (оқу) орны бойынша эпидемиологиялық тергеп-тексеру жүргізеді.

      106. Қажет болғанда санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласында қызметті жүзеге асыратын мемлекеттік органдары мен ұйымдарының бейінді мамандары тартылады.

      107. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымының және ТҚҰ желісінің медицина қызметкерлері науқасты және отбасы мүшелерін жұқтырудың алдын алуға бағытталған қорғаныш шараларына оқытады.

      108. Ошақты зерттеп-қарағаннан кейін оны сауықтыру жоспарын құрады, ол:

      1) науқасты уақтылы оқшаулауды және бақылап емдеуді;

      2) көрсетімдер бойынша балалар мен жасөспірімдерге химиялық профилактика жүргізуді;

      3) тұрмыстың санитариялық-гигиеналық жағдайын жақсартуды;

      4) байланыста болған адамдарды зерттеп-қарауды;

      5) науқастар мен байланыста болған ересектерді эпидемияға қарсы және санитариялық-гигиеналық режимді сақтауға, алдымен бөлмелерді желдету, ағымдық дезинфекциялау жүргізуге оқытуды;

      6) бактерия бөлуші адамды және оның отбасы мүшелерін әлеуметтік, психологиялық және ақпараттық қолдауды;

      7) қанағаттанарлықсыз санитариялық-гигиеналық жағдайдағы ошақтар және ошақты сауықтыру үшін қажет етілетін әлеуметтік және материалдық көмек көрсетудің қажеттілігі туралы жергілікті атқарушы органдарына хабарлауды қамтиды.

      109. Науқасқа № 907 бұйрықпен бекітілген ТБ 16/е нысан бойынша "Диспансерлік конгитгентті бақылау картасы" толтырады.

      110. Ауылдық жерлерде ошақта жұмысты амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымының медицина қызметкерлері жүргізеді.

      111. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдар желісінде ұйымдастыру-консультативтік жұмысты облыстық және аудандық ТҚҰ мамандары тоқсан сайын жүргізеді.

      112. Ошақта ағымдағы іс-шаралар туберкулезбен ауыратын науқас үйде болғанда жүргізіледі. Бұл іс-шаралар санитариялық–эпидемияға қарсы, санитариялық – профилактикалық, емдеу, ветеринариялық (келісім бойынша) іс-шараларды жүйелі жоспарлы жүргізуді қамтиды.

      113. Ошақта:

      1) ағымдағы дезинфекция;

      2) балаларды, оның ішінде жаңа туған нәрестелерді және АИТВ жұқтырған адамдарды оқшаулау;

      3) байланыста болған адамдарды зерттеп-қарау;

      4) науқасты және оның отбасы мүшелерін гигиеналық тәрбиелеу;

      5) тұрмыстың санитариялық-гигиеналық жағдайын жақсарту;

      6) науқасты амбулаториялық емдеуді және байланыста болған адамдарға химиялық профилактика жүргізуге бақылау жүргізіледі.

      114. Ошақты сауықтыру жұмысын ТҚҰ-ның мейіргері учаскелік фтизиатр-дәрігердің басшылығымен жүргізеді.

      115. Байланыста болған адамдар амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымның фтизиаторында және ТҚҰ мерзімдік зерттеп-қараудан өтеді. Мейіргер байланыста болған адамдарды және алдымен балаларды, жасөспірімдерді және жүкті әйелдерді, сондай-ақ туберкулезбен ауырған ауыл шаруашылығы жануарларымен байланыста болған адамдарды зерттеп-қарау бойынша жұмысты жүргізеді.

      116. Туберкулез инфекциясы ошағындағы қорытынды санитариялық–эпидемияға қарсы іс-шара ошақты эпидемиологиялық есептен алуды көздейді.

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

      118. Науқас туралы хабар алғаннан кейін күнтізбелік он бес күннен кешіктірмей фтизиатр және аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы санитариялық–эпидемиологиялық қызметтің мемлекеттік органдары мен ұйымдарының мамандарын тарта отырып, жұмыс (оқу) орнына эпидемиологиялық зерттеп-қарау жүргізеді. Байланыста болған адамдардың ортасын және ошақ шекарасын аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы айқындайды.

      119. Жұмыс (оқу) орны бойынша байланыста болған адамдарға туберкулездің белсенді түрімен ауырған адаммен байланыста болған жұмысшылар, қызметшілер және оқушылар жатады. Барлық байланыста болған адамдарды жұмыс (оқу) орнының орналасқан жері бойынша амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдарында тексереді.

      120. Зерттеп-қарау кезінде жұмыс істеушілер, балалар мен жасөспірімдердің тізімдік құрамы, алдыңғы және ағымдағы жылдардағы флюорографиялық зерттеп-қарау күні және нәтижелері нақтыланады, ошақ шекарасы айқындалады және санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар жоспары әзірленеді.

      121. Алдыңғы зерттеп-қаралған кезден бастап алты ай өткен байланыста болған адамдарды флюорографиялық зерттеп-қарау және балаларға туберкулин сынамасы, рекомбинантты туберкулезді аллерген тесті эпидкөрсетімдер бойынша жүргізіледі. Фтизиатр көрсетімдер бойынша химиялық-профилактикалық емдеуді тағайындайды, № 907 бұйрықпен бекітілген ТБ 16/е нысан бойынша "Диспансерлік конгитгентті бақылау картасы" және бақылап емдеуге арналған препараттарды кәсіпорынның немесе ұйымның медициналық пунктіне беріледі.

      122. Барлық байланыста болған адамдар туралы мәліметтерді аумақтық бөлімшесінің бейінді маманы зерттеп-қарау үшін тұрғылықты жері бойынша амбулаториялық – емханалық көмек көрсететін ұйымына және ТҚҰ-ға береді.

      123. Туберкулездің химиялық профилактикасы № 994 бұйрықпен бекітілген туберкулез бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулыққа сәйкес жүргізіледі.

      124. Соматикалық, инфекциялық және психикалық денсаулық орталықтарда, медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) емдеудегі науқастарда туберкулездің белсенді түрінің диагнозы қойылғанда санитариялық – эпидемияға қарсы іс-шаралардың алғашқы кешенін осы ұйымның персоналы жүзеге асырады.

      125. Амбулаториялық емдеу ТҚҰ диспансерлік бөлімшелерінде, амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдарында немесе стационарды алмастыратын технологиялар жағдайында жүргізіледі. Амбулаториялық емдеу бактерия бөлмейтін науқастарға жүргізіледі. Тұрғылықты жері бойынша амбулаториялық емдеу жүргізу тәртібі № 907 бұйрықпен бекітілген № 025-5/е нысаны бойынша амбулаториялық пациенттің картасында және № 907 бұйрықпен бекітілген туберкулезбен ауыратын науқастың ТБ-01 медициналық картасында толық көрсетіледі.

      126. ТҚҰ немесе амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымға амбулаториялық емдеуге жіберген кезде № 907 бұйрықпен бекітілген ТБ-01 немесе IV санатты ТБ-01 картасы беріледі.

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

      128. Туберкулезбен сырқаттанғандарды диспансерлік есепке алу және бақылау № 994 бұйрықпен бекітілген туберкулез бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулыққа сәйкес жүргізіледі.

      129. Туберкулез ошақтарында ағымдағы дезинфекциялауды дезинфекциялық ерітіндіге жеке түкіргіштерді, тамақ қалдықтарын, жеке ыдыс аяқтарын салып қою, сонымен бірге үй-жайды жылдың жылы мезгілінде үй-жайларды тұрақты желдету және жылдың салқын уақытында әр сағат сайын 5-10 минут желдету. Іс-шаралар "Бактерия бөлетін туберкулез" диагнозы қойылған және науқасты есепке алған сәттен бастап санитариялық-гигиеналық, санитариялық-эпидемияға қарсы және дезинфекциялау режимдерін сақтауды көздейді.

      130. Ошақта жүргізілетін ағымдағы дезинфекциялауды науқастардың өздері жүзеге асырады, ТҚҰ науқастарға пайдалануға тығыз жабылатын қақпақтары бар (кемінде екеу) түкіргішті және дезинфекциялау құралдарын береді. ТҚҰ жоқ елді мекендерде дезинфекциялау құралдарын амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымы береді.

      Науқастың № 907 бұйрықпен бекітілген № 025-5/е нысаны бойынша амбулаториялық пациенттің картасында учаскелік дәрігер ағымдағы дезинфекцияны жүргізу және аяқтау күнін белгілейді. Ағымдағы дезинфекцияны жүргізуді науқасқа немесе отбасы мүшелерінің біреуіне (балалар мен жасөспірімдерден басқа) тапсырады.

      131. Учаскелік фтизиатр науқасты санитариялық-гигиеналық режимге оқытады: бетпердені пайдалану, қақырықты түкіргішке түкіру және ағымдағы дезинфекцияны жүргізу.

      132. ТҚҰ-ның басшысы уақтылы және сапалы ағымдағы дезинфекцияны қамтамасыз етеді.

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

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

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

      136. Үй-жайлар және күнделікті қолданылатын заттар күн сайын ылғалды тазартылуға жатады.

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

      138. Пайдаланылған асхана ыдыс-аяқтарын буфеттегі таңбаланған үстелде қолғаппен жинайды, оны тамақ қалдықтарынан тазартады, алдын ала жумай, бөлек ыдыста зарарсыздандырады, содан кейін жуады және кептіру шкафында немесе бөлек үстелде кептіреді.

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

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

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

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

      142. Стационарлық бактерия бөлуші науқастарға ауыр жағдайларды қоспағанда адамдардың кіруіне жол берілмейді. Бұл ретте келушілер жеке қорғаныш құралдарын (респиратор, халат) пайдаланады. Науқастар медицина персоналының рұқсатымен ғана стационардан шығады.

      143. ТҚҰ қорытынды дезинфекциялау қайта бейіндеу, көшу, реконструкциялау, жөндеу жағдайларының барлығында дезинфекциялау құралдарының бірімен, сондай-ақ жылына бір рет профилактикалық мақсатта жүргізіледі. Жабылып жатқан туберкулезге қарсы стационарлардың ғимараттарын қорытынды дезинфекция және күрделі жөндеу жүргізілгеннен кейін қоғамдық ғимаратты орналастыру үшін пайдалануға рұқсат етіледі.

      144. Ошақтарда қорытынды дезинфекциялауды филиалдар туберкулезге қарсы диспансерден өтінім алған кезден бастап алты (қала) немесе он екі сағат (ауыл) ішінде жүргізеді.

      145. Қорытынды дезинфекцияны науқастың ошақтан шығу және үйде қайтыс болу жағдайларының барлығында; көшіп кеткеннен кейін тұратын жерін ауыстырғанда (пәтерлерді немесе бөлмені заттарымен бірге өңдеу) жүргізеді.

      146. Аумақтық бөлімшелері:

      1) ТҚҰ бірлесіп туберкулезге қарсы күрес бойынша өңірлік бағдарламалар дайындауды;

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

      3) егулерді және туберкулин сынамаларын, рекомбинантты туберкулезді аллергенмен тестін жоспарлауда, БЦЖ вакцинасы мен туберкулин, Манту сынамасына қажеттілігін айқындауда медициналық ұйымдарына әдістемелік және консультативтік көмек көрсетуді;

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

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

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

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

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

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

      10) туберкулезге қарсы, медициналық ұйымдардың және денсаулық сақтау саласында уәкілетті органның ведомстволық бағынысты ұйымдарының мамандарымен бірлесіп тұрғындар арасында туберкулездің алдын алу шаралары туралы түсіндіру жұмысын;

      11) халықтың декреттелген тобы арасында микроскопия, флюорография, рекомбинантты туберкулезді аллергенмен тест және туберкулин сынамасы әдісімен міндетті контингент пен "тәуекел" тобы арасынан туберкулезді анықтауды ұйымдастыруға бақылауды;

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

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

      14) жұмыс берушілерді ішкі және сыртқы еңбек мигранттарының жыл сайынғы флюорографиялық зерттеп-қараудан өту қажеттілігі туралы ақпараттандырады.

**4-параграф. Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

      147. Медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялардың (бұдан әрі – МККИ) алдын алу жөніндегі іс-шараларды тиімді ұйымдастыру және жүргізу үшін әрбір медициналық ұйымда Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2013 жылғы 15 қаңтардағы № 19 бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 8339 болып тіркелген) (бұдан әрі - № 19 бұйрық) инфекциялық бақылауды жүргізу қағидаларына сәйкес инфекциялық бақылау бағдарламасы әзірленеді.

      148. МККИ жағдайларын уақтылы тергеп-тексеру және одан әрі пациенттерде медициналық көмек көрсетумен байланысты инфекциялардың алдын алу мақсатында:

      1) МККИ-дің әрбір жағдайы № 19 бұйрыққа сәйкес инфекциялық бақылау жөніндегі комиссия тексереді, оның негізінде медициналық ұйымдарда шұғыл санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар жоспары әзірленеді. Қажет болған жағдайда МККИ жағдайларын тергеп-тексеру үшін инфекциялық бақылау жөніндегі комиссияның шешімі бойынша аумақтық бөлімшелерінің мамандары сарапшы ретінде қатыстырылуы мүмкін;

      2) медициналық ұйымдар аумақтық бөлімшелерге тергеп-тексеру аяқталғаннан соң үш күн ішінде МККИ-дің әр жағдайын тергеп-тексеру хаттамасын ұсынады;

      3) өлім-жітім жағдайы, сепсис, сондай-ақ үш және одан көп МККИ жағдайы бір медициналық ұйымда бір инкубациялық кезең ішінде тіркелген жағдайда эпидемиологиялық тергеп-тексеруді аумақтық бөлімшелерінің мамандары жүргізеді;

      4) патологиялық-анатомиялық қызмет ай сайын емдеу көмегін көрсету орны бойынша медициналық ұйымға паталогиялық-анатомиялық сараптама, оның ішінде МККИ және қынапішілік инфекциялардан болған өлім-жітім жағдайларын зертханалық зерттеу нәтижелерінің деректерін жібереді.

      149. Пациенттерді операциядан кейінгі кезенде уақтылы және барабар емдеу үшін іріңді процестер себебі бойынша операциялар уақытында, сондай-ақ кез келген генездегі (операциялық жарақатты (қуысты) тексеру) операциядан кейінгі асқынулар себебі бойынша қайталанған операциялар кезінде бактериологиялық себуге материал алуды жүргізеді.

      150. Медициналық ұйымда болған кезеңде немесе одан шыққаннан кейін инкубациялық кезең ішінде анықталған инфекциялық аурулар осы медициналық ұйым бойынша МККИ ретінде есепке алынуға жатады:

      1) жаңа туған нәрестелердің тері инфекциялары – жеті тәулік ішінде, генерализацияланған нысандары (сепсис, остеомиелит, менингит) – шыққаннан кейін отыз тәулік ішінде;

      2) акушерлік-гинекологиялық көмек көрсетумен байланысты аурулар эндометрит, іріңді мастит, сепсис, перитонит – шыққаннан кейін отыз тәулік ішінде.

      Медициналық ұйымда болған кезеңде немесе одан шыққаннан кейін отыз тәулік ішінде анықталған хирургиялық араласудың асқынулары имплантант болған жағдайда – операция өткізілгеннен кейін бір жыл ішінде.

      151. Инфекциялық емес бейіндегі медициналық ұйымдарда пациентте айналасына эпидемиологиялық қауіп төндіретін инфекциялық ауру анықталған кезде ол изоляторға ауыстырылады. Үй-жайға қорытынды дезинфекция және төсек жабдықтарына камералық дезинфекция жүргізіледі. Изолятор болмаған жағдайда инфекциялық аурулармен ауыратын пациенттер тиісті инфекциялық ауруханаларға немесе бөлімшелерге ауыстырылуға жатады.

      152. Эпидемиялық көрсетімдер бойынша жабылатын стационарды ашу аумақтық бөлімшелерінің келісімі бойынша жүргізіледі.

      153. Терінің және сілемейлі қабықтардың тұтастығының бұзылуымен байланысты барлық медициналық манипуляциялар бір рет қолданылатын қолғаптармен жүргізіледі.

**5-параграф. Энтералдық берілу тетігі бар вирустық гепатиттердің алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

      154. Вирустық гепатиттер тіркелген кезде аумақтық бөлімшелерінің мамандары вирустық гепатиттермен ауырған науқастар ошақтарына эпидемиологиялық зерттеп-қарау, жіті вирустық гепатиттердің әрбір жағдайына эпидемиологиялық тексеру жүргізеді.

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

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

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

      156. АВГ-нің ерекше профилактикасы вакцинациялау болып табылады.

      157. ЕВГ-ке қарсы ерекше профилактикасы жоқ.

      158. АВГ-ға қарсы вакцинациялауға жататын контингенттер:

      1) екі жастағы балалар;

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

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

      159. Вакцинация алты ай интервалмен екі рет жүргізіледі.

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

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

      2) бақылау кезеңінде жаңадан балалар қабылдауға және байланыста болған балаларды бір топтан екінші топқа, бір палатадан екінші палатаға немесе бір мекемеден екінші мекемеге ауыстыруға жол берілмейді, ауру жағдайы тіркелген сынып үшін кабинетте оқыту жүйесі тоқтатылады. Сырқаттанушылық өршіген кезде соңғы жағдай тіркелген күннен бастап инкубациялық мезгілде барлық бастауыш және негізгі орта білім беру ұйымы бойынша кабинетте оқыту жүйесі тоқтатылады;

      3) байланыста болған адамдарды клиникалық көрсетімдер болған жағдайда қанның биохимиялық талдауына зертханалық зерттеп-қарауды дәрігер тағайындайды;

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

      5) ауыз суға зертханалық зерттеуді өткізеді.

      161. Ошақтық қорытынды дезинфекцияны филиалдарының дезинфекция станциясы, дезинфекция бөлімдері (бөлімшелері) жүргізеді.

      162. Ошақтық ағымдағы дезинфекцияны:

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

      2) дезинфекциялық құралдармен қамтамасыз ету вирустық гепатит ошағы тіркелген ұйымның басшысына жүктеледі;

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

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

      164. Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін эпидемиологиялық көрсетімдер жоқ.

      Вирустық гепатиттермен ауыратын жүкті әйелдер клиникалық көрсетімдері бойынша инфекциялық аурулар стационарларына, отызыншы аптадан бастап жүкті әйелдер және босанған әйелдер перинаталдық орталықтың (босандыру бөлімшесінің) оқшауланған палаталарына (бокстарына) жатқызылады.

      165. Вирустық гепатиттермен ауырып айыққан науқастарды ауруханадан шығару толық клиникалық сауығудан кейін, клиникалық-зертханалық көрсеткіштер бойынша жүргізіледі.

      166. Жіті вирустық гепатиттермен (бұдан әрі - ЖВГ) ауырып айыққан науқастарды динамикалық бақылау клиникалық көрсетімдер бойынша гепатологиялық орталықтарда немесе емдеуші дәрігер науқастың қолына беретін еркін түрдегі ұсынымдармен денсаулық сақтау ұйымының аумақтық бөлімшесінің инфекциялық аурулар кабинеттерінде жүзеге асырылады.

      АВГ-нің орташа ауыр және ауыр түрлерімен ауырғандарды динамикалық бақылау емдеу аяқталғаннан кейін үш ай.

      Динамикалық бақылау ұзақтығы гепатит пен ферментемия клиникасының болуымен анықталады.

      Вирустық гепатиттер реконвалесценттері сақталатын ферментемиялармен ауруханадан шыққаннан кейін бір айдан соң қаралған кезде динамикалық бақылауға қойылады.

      Есептен шығару клиникалық белгілер болмаған кезде жүргізіледі.

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

**6-параграф. Парентеральдық берілу тетігі бар инфекциялар кезінде санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар (В, С және Д вирустық гепатиттері, АИТВ инфекциясы және ЖИТС)**

      167. Вирустық гепатиттер тіркелген кезде аумақтық бөлімшелерінің мамандары вирустық гепатиттермен ауырған науқастар ошақтарына эпидемиологиялық зерттеп-қарау, алғашқы анықталған В және С созылмалы вирустық гепатиттердің әрбір жағдайына эпидемиологиялық тергеп-тексеруді, берілу жолдарын және медициналық ұйымдарда жұқтыру қаупінің факторларын бағалау жүргізеді.

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

      169. Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін эпидемиологиялық көрсетімдер жоқ.

      Вирустық гепатиттермен ауыратын жүкті әйелдер клиникалық көрсетімдері бойынша инфекциялық аурулар стационарларына, отызыншы аптадан бастап жүкті әйелдер және босанған әйелдер перинаталдық орталықтың (босандыру бөлімшесінің) оқшауланған палаталарына (бокстарына) жатқызылады.

      170. Вирустық гепатиттермен ауырып айыққан науқастарды ауруханадан шығару толық клиникалық сауығудан кейін, клиникалық-зертханалық көрсеткіштер бойынша жүргізіледі.

      171. В вирустық гепатиттің (бұдан әрі - ВГВ) орташа ауыр және ауыр түрлерімен ауырғандарды динамикалық бақылау емдеу аяқталғаннан кейін алты ай, жіті СВГ-мен – созылмалылықтың жоғары ықтималдығын ескере отырып, тұрақты жүргізіледі (оның ішінде биологиялық-химиялық сынамалардың қалыпты көрсеткіштері кезінде және қанда вирус репликациясы болмаған кезде).

      ВВГ-мен ауыратын науқастарды диспансерлеу Д инфекцияның ықтимал суперинфекциялануына байланысты көрсетілген.

      Динамикалық бақылау ұзақтығы жалғасатын гепатит пен ферментемия клиникасының болуымен анықталады.

      Вирустық гепатиттер реконвалесценттері сақталатын ферментемиялармен ауруханадан шыққаннан кейін бір айдан соң қаралған кезде динамикалық бақылауға қойылады.

      Есептен шығару клиникалық белгілер болмаған кезде жүргізіледі.

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

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

      173. С вирустық гепатитінің (бұдан әрі – СВГ) ерекше профилактикасы жоқ.

      174. В және Д вирустық гепатиттерінің ерекше профилактикасы – вакцинациялау, ол Кодекстің 144-бабының 6-тармағына сәйкес қабылданған нормативтік-құқықтық актілерге сәйкес жүргізіледі. ВВГ-ге қарсы вакцинациялаудың мақсаты аурудың созылмалы түрлерін қоса алғанда ВВГ және ВГД-нің алдын алу болып табылады.

      175. 15 жастан асқан адамдарды вакцинациялау алдын ала ВВГ-ге маркерлік диагностикалаудан кейін жүргізіледі. ВВГ-ге зерттеудің оң нәтижесі бар адамдар вакцинациялауға жіберілмейді.

      176. ВВГ-ге қарсы вакцинациялауға жататын контингенттер:

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

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

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

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

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

      6) алғаш анықталған АИТВ инфекциясын жұқтырғандар;

      7) жиілікке қарамастан гемодиализге және тіндерді және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктерін) транспланттауға жататын алғаш анықталған адамдар;

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

      177. Қан, оның компоненттері мен препараттары, тіндердің (тіндердің бөліктерінің) және (немесе) ағзалардың (ағзалардың бөліктерінің) реципиенттерін егуді қан, оның компоненттері мен препараттарын құюды және тіндердің (тіндердің бөліктерінің) және (немесе) ағзаларды (ағзалардың бөліктерін) транспланттауды жүргізген медициналық ұйым ұсынған тізімге сәйкес тұрғылықты жері бойынша медициналық ұйымдарда жүргізіледі.

      178. Қан, оның компоненттері мен препараттары, ағзалар (ағзалардың бөліктері), тіндер (тіндердің бөліктері), жыныстық, фетальды, дің жасушалары мен биологиялық материалдар донорларының биологиялық донорлық материалының қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында мынадай адамдар:

      1) АИТВ инфекциясына оң нәтижесі бар, вирустық гепатиттермен ауырып айыққан және ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижелері бар адамдар - өмір бойы;

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

      3) қан және оның компоненттері құйылған, ағзалар (ағзалардың бөліктері), тіндер (тіндердің бөліктері), жыныстық, фетальды, дің жасушалары мен биологиялық материалдар ауыстырылған адамдар бір жыл донорлыққа жіберілмейді.

      179. АИТВ инфекциясына, ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелері бар донорларды анықтау мақсатында донорлар әрбір қан тапсыру, ағзаларды (ағзалардың бөліктерін), тіндерді (тіндердің бөліктерін), жыныстық, фетальды, тің жасушалары мен биологиялық материалдарды беру алдында АИТВ инфекциясына, ВВГ мен СВГ маркерлеріне зерттеп-қарауға жатады.

      180. Қан қызметі ұйымдары Қазақстан Республикасының бүкіл аумағында донорларды донорлыққа жібермеу мақсатында барлық деңгейлерде оларда оң нәтиже анықталған жағдайда медициналық ұйымдарды және қан қызметі саласында жұмысты жүзеге асыратын ұйымдарды ақпараттандыруды қамтамасыз етеді.

      181. Зерттеп-қаралатын адамдарда, оның ішінде донорларда ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелер анықталған кезде медицина ұйымдары зерттеп-қаралған адамдардағы ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелер туралы ақпаратты диагноз қою үшін тұрғылықты жері бойынша медициналық ұйымға береді.

      182. Иммунологиялық әдістермен (ИФТ, ИХЛТ, ЭХЛТ) АИТВ инфекциясының зертханалық диагностикасын жүзеге асыратын зертханалар қан үлгісін қайта зерттеу кезінде АИТВ инфекциясына күмәнді немесе алғашқы-оң нәтиже алған кезде осы үлгі АИТВ/ЖИТС денсаулық сақтау ұйымына қосымша зерттеу жүргізу және растау үшін жіберілуге жатады.

      183. АИТВ инфекциясына алғаш оң нәтижесі бар немесе ВВГ мен СВГ вирустық гепатиттерінің маркерлері бар қан, оның компоненттері және препараттары жойылуға жатады.

      184. Пациенттердің биологиялық сұйықтықтары парентеральдық жолмен берілетін аурулар қоздырғыштарын әлеуетті жұқтырған ретінде қаралады. Медициналық ұйымдардың, оның ішінде зертханалардың медицина қызметкерлері және денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымдарында оқитын адамдар парентеральдық берілу тетігі бар инфекцияларды жұқтыру бойынша тәуекел топтарына жатады.

      185. Инфекцияларды жұқтыру жолдары:

      1) терінің зақымдалуы (инемен шаншу немесе өткір аспаппен кесу);

      2) сілемейлі қабықтарға немесе зақымдалған теріге биологиялық сұйықтықтардың түсуі;

      3) зақымдалмаған терінің тіндермен және биологиялық сұйықтықтармен ұзақ немесе ауданы бойынша көлемді жанасуы.

      186. Биологиялық сұйықтықтармен, оның ішінде:

      1) қанмен;

      2) шәуетпен;

      3) қынап бөлінділерімен;

      4) синовиялық сұйықтықпен;

      5) ми-жұлындық сұйықтықпен;

      6) плевралық сұйықтықпен;

      7) перитонеалдық сұйықтықпен;

      8) перикардтық сұйықтықпен;

      9) амниотиялық сұйықтықпен;

      10) сілекеймен жұмыс істегенде сақтандыру шаралары сақталады.

      187. Сақтандыру шаралары:

      1) тірі кезінде немесе аутопсияда, кез келген кесіліп алынғандармен (немесе алынып тасталғандармен), адам тіндері мен ағзаларымен (зақымдалмаған теріден басқа);

      2) қанмен берілетін инфекцияларды жұқтырған тәжірибелік жануарлардың тіндерімен және ағзаларымен;

      3) қанның көрініп тұрған қоспасы бар кез келген сұйықтықтармен;

      4) кез келген белгісіз биологиялық сұйықтықпен жұмыс кезінде сақталады.

      188. Жұқтыру тәуекелі:

      1) ластанған инелермен және өткір аспаптармен мұқият жұмыс істемегеннен алынған жарақаттар;

      2) ауыздың, көздің, мұрынның сілемейлі қабықтарына және зақымдалған теріге (кесілген жерлер, сызаттар, дерматит, безеулер) қанның және биологиялық сұйықтықтардың түсуі;

      3) биологиялық сұйықтықтармен және олармен ластанған беттермен жұмыс істеу кезінде көз, мұрын, ауыздың сілемейлі қабықтарына және зақымдалған теріге жанасуы;

      4) қан мен биологиялық сұйықтықтардың жайылуы, шайқалуы және шашырауы кезінде артады.

      189. Инфекция жұқтырудан қорғану мақсатында:

      1) осы құралдарды пайдаланудың барлық уақытында тері жамылғысын, көзді, ауызды және сілемейлі қабықтарды биологиялық сұйықтықтармен жанасудан қорғайтын жеке қорғаныш құралдары;

      2) жұмыс берушілер қамтамасыз ететін қорғаныш құрылғылары мен қауіпсіз технологиялар қолданылады.

      190. Медициналық ұйымдарда мыналар қамтамасыз етіледі:

      1) биологиялық сұйықтықтармен немесе олармен ластанған беттермен тікелей жұмыс істеу алдында киілетін қолғаптармен. Бір рет қолданылатын қолғаптарды қайта пайдалануды, қолғаптар жасалған латексті бүлдіретін вазелин негізіндегі любриканттарды қолдануды болдырмау;

      2) халаттарда, хирургиялық қалпақта немесе телпектерде, ауысымдық аяқ киіммен жұмыс істеу;

      3) қанның және биологиялық сұйықтықтардың шашырауы мүмкін болатын манипуляциялар кезінде бетперделер, қорғаныш көзілдіріктерін немесе бетті иекке дейін жабатын экранды кию немесе қорғаныш көзілдіріктері бар, бүйір қалқаншаларымен жарақталған бетперделерді кию керек;

      4) жұмыс берушінің жеке қорғаныш құралдарын беруі;

      5) жеке қорғаныш құралдарын қолжетімді жерде сақтау;

      6) қанның және биологиялық сұйықтықтардың тері мен сілемейлі қабаттарға түсуімен персоналдың шағын жарақат алу жағдайларын, апат жағдайларын есепке алу.

      191. Биологиялық сұйықтықтармен жұмыс істеу кезіндегі сақтандыру шаралары:

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

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

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

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

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

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

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

      192. Мыналарға:

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

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

      3) биологиялық сұйықтықтарды ауызбен тамшуырға соруға;

      4) биологиялық сұйықтықтармен ластанған сынықтарын қолмен көтеруге;

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

      6) көп рет қолданылатын түйрейтін және кесетін аспаптарға арналған контейнерлерден қолмен бірдеңе алуға, қолмен ашуға, контейнерлерді босатуға жол берілмейді.

      193. Жеке қорғаныш құралдарына биологиялық сұйықтықтар түскен жағдайда, оларды тез арада шешу, терінің ластанған орындарын сабынды сумен жуу қажет. Жұмыс орнынан кету алдында барлық жеке қорғаныш құралдарын шешу және оларды бұл үшін бөлінген ыдысқа салу қажет.

      194. Медициналық ұйымдардың басшылары медицина персоналын ВВГ, ДВГ, СВГ және АИТВ инфекциясын кәсіби жұқтырудың алдын алу бойынша оқытуды қамтамасыз етеді.

      195. Медициналық ұйымдардың персоналы (медициналық та, медициналық емес те) жұмысқа қабылдану алдында және жыл сайын қауіпсіздік техникасы жөніндегі нұсқамадан өтеді.

      196. Науқастарды емдеу кезінде кез келген қажетсіз инвазивті араласуды болдырмау қажет.

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

      198. Ауруды анықтау, емдеуді ұйымдастыру, АИТВ инфекциясына, ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижесі бар адамдар үшін еңбек режимін айқындау мақсатында жұмысқа кіру алдында және алты айда бір рет АИТВ инфекциясына, ВВГ және СВГ маркерлеріне мыналар зерттеп-қаралуға жатады:

      1) инвазивті емшараларды жүргізетін, қанды қайта өңдеуге қатысатын қан қызметі ұйымдарының медицина қызметкерлері;

      2) гемодиализбен айналысатын медицина қызметкерлері;

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

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

      199. Қан қызметі ұйымының қан және оның компонентін дайындау бөлімінің медицина қызметкерлері, хирургиялық, стоматологиялық, гинекологиялық, акушерлік, гематологиялық бейіндегі және гемодиализбен айналысатын медицина қызметкерлері, сондай-ақ диагностика мен емдеудің инвазиялық әдістерін жүргізетін медицина қызметкерлері ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижелері болғанда диагноз нақтыланғанға дейін жұмысқа жіберілмейді.

      Тері жамылғысы немесе сілемейлі қабықтың тұтастығы бұзылуымен байланысты АИТВ, ВВГ және СВГ жұқтырған медицина қызметкерлері тері жамылғысы немесе сілемейлі қабықтың тұтастығы бұзылуымен байланысты емес жұмысқа ауыстырылуға жатады.

      200. Инфекцияны анықтау, оның таралу қаупін төмендету мақсатында мыналар ВВГ және СВГ маркерлеріне зерттеп-қаралуға жатады:

      1) стационарларға емдеуге жатқызылу кезінде: жоспарлы және шұғыл операциялық араласуға жататындар, гемодиализ, гематология, онкология, транспланттау, жүрек-қан тамыры және өкпе хирургиясы орталықтары мен бөлімшелерінің пациенттері;

      2) гемодиализ, гематология және транспланттау бөлімшелерінің пациенттері стационарда бір айдан артық болған кезде - ай сайын;

      3) тіркеуге алынғаннан кейін және үшінші триместрдегі жүкті әйелдер.

      201. Ауруды анықтау, оны емдеуді ұйымдастыру мақсатында гемотрансфузия, транспланттау және ағзаларды (ағзалардың бөліктерін), тіндерді, жыныстық, фетальды, дің жасушаларын және биологиялық материалдарды алғанға дейін және одан кейін алты айдан соң пациенттер ВВГ және СВГ маркерлеріне зерттеп-қаралуға жатады.

      Адамдарда АИТВ инфекциясының болуын клиникалық көрсетілімдер бойыншы зерттеп-қарау Клиникалық және эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша адамдарды АИТВ инфекциясының болуына міндетті құпия медициналық зерттеп-қарау қағидаларына сәйкес Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 23 маусымдағы № 508 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11803 болып тіркелген) (бұдан әрі - № 508 бұйрық) сәйкес жүргізіледі.

      202. АИТВ инфекциясына, ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтиже болғанда медицина қызметкерлері қан және оның препараттарын дайындау процесіне жіберілмейді.

      203. Медициналық ұйымдарда оның басшымен белгіленген тәртіппен АИТВ және парентеральды жолмен берілетін вирустық гепатиттерді жұқтырудың алдын алуға бағытталған нұсқаманы және іс-шаралардың жүргізілуін бақылауды жүзеге асыратын жауапты адам тағайындалады.

      204. АИТВ жұқтырудың кәсіби қаупі бар медициналық ұйымдарда тәулік бойы қолжетімді жанасқаннан кейін профилактиканы жүргізу үшін антиретровирусты препараттар және экспресс-тесттер қоры болуы қажет.

      205. АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары медициналық ұйымдарға жанасқаннан кейінгі профилактика мәселелері бойынша консультативтік көмек көрсетеді.

      206. Антиретровирусты препараттармен жанасқаннан кейінгі профилактиканы жүргізуді алғашқы екі сағат ішінде, бірақ биологиялық материалмен жанасқаннан кейін 72 сағаттан кешіктірмей бастайды.

      207. Авариялық жағдайлар туындаған жағдайда медицина қызметкерлері тез арада бұл жағдай туралы № 907 бұйрықпен бекітілген № 135/е нысан бойынша тіркеп, басшыға хабарлайды.

      208. АИТВ жұқтыру қаупіне ұшыраған медицина қызметкеріне бақылау кезеңінде мыналар ұсынылады:

      1) серіктестің жұқтыруының алдын алу үшін жыныстық қатынасты болдырмау немесе презерватив пайдалану;

      2) контрацепция әдістерін пайдалану;

      3) қан, оның компоненттері және препараттары, ағзалар (ағзалардың бөліктері), жыныстық, фетальды және дің жасушалары, тіндер доноры болмау;

      4) баланы емшекпен тамақтандыруды тоқтату.

      209. Авариялық жағдайға қатысушыда сероконверсия пайда болғанда бұл жағдайдың АИТВ және (немесе) парентеральды жолмен берілетін вирустық гепатиттерді кәсіби жұқтыру тұрғысынан тергеп-тексеру жүргізіледі.

      210. Бір рет қолданылатын медициналық құрал-саймандар алдын ала дезинфекцияланбай және бөлшектелмей жойылады.

      211. Көп рет қолданылатын медициналық мақсаттағы бұйымдар пайдаланылғаннан кейін дезинфекциялауға, стерильдеу алдында тазартуға, кептіруге, қаптамалауға және стерилизациялауға жатады.

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

      213. Медициналық бұйымдарды дезинфекциялау үшін екі сыйымдылық пайдаланылады. Бірінші сыйымдылықта құрал-сайман қанның, сілемейдің, дәрілік препараттардың қалдықтарынан жуылады, сосын экспозиция үшін екінші сыйымдылыққа батырылады. Алмалы-салмалы бөлшектер алынған күйінде өңделеді.

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

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

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

      217. Құрал-сайманды стерильдеу алдында тазарту және стерильдеу медициналық ұйымның әр бөлімшесіндегі арнайы бөлінген жерде немесе орталықтандырылған стерильдеу бөлімшесінде жүргізіледі.

      218. Дезинфекциялық құралдың құрамында жуу компоненті болған жағдайда стерильдеу алдында өңдеу жүргізілмейді.

      219. АИТВ инфекциясының берілу жолдары:

      1) қарым-қатынас (жыныстық);

      2) парентеральды (қан, құрамында АИТВ-ы бар қанмен ластанған шприцтер, инелер және кесу құралдары);

      3) вертикальды (анадан ұрыққа).

      220. АИТВ инфекциясы кезіндегі тәуекел факторлары:

      1) жыныстық жолмен берілетін аурулардың болуы;

      2) қорғалмаған жыныстық қатынастар;

      3) инвазивтік араласушылықтар кезінде залалсыздандырылмаған медицииналық және медициналық емес құралдарды пайдалану;

      4) тері бетінің және шырышты қабаттардың зақымдалуы кезінде АИТВ жұқтырған адамның биоматериалымен қатынаста болу;

      5) гемотрансфузиялар, ағзалардың, тіндердің, жасушалардың трансплантациясы;

      6) гестация, босану және емшек сүтімен тамақтандыру кезеңінде АИТВ жұқтырған анасының баласымен перинатальды байланысы.

      221. АИТВ жұқтырған адамдарды анықтау мақсатында зерттеуді меншік түріне қарамастан медициналық ұйымдар жүзеге асырады.

      222. АИТВ инфекциясына тексерілу (соның ішінде құпия түрде) қатаң құпиялылық жағдайында пациенттің ақпараттық келісімі арқылы жүзеге асырылады, егер 14 жасқа дейінгі кәмелеттік жасқа толмағандарды тексерген жағдайда – оның заңды өкілінің өтініші бойынша немесе келісімімен жүргізіледі.

      223. Мәжбүрлеу арқылы медициналық тексеру прокуратура, тергеу және сот органдарының сұрауларының негізінде жүргізіледі.

      224. Эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша АИТВ инфекциясына медициналық зерттеп-қарау № 508 бұйрыққа сәйкес жүргізеді.

      225. АИТВ инфекциясына зерттеп-қарау кезде тестіленетін адамдарға тестілеуге дейінгі және тестілеуден кейінгі консультацияға жататын ақпарат беріледі.

      226. Тестілеуге дейінгі консультация беру күту бөлмелерде көрсетілетін плакаттар, кітапшалар, веб-сайттар және қысқа бейнеклиптер сияқты көрнекі үгіт құралдары арқылы беріледі.

      227. Тестілеуге дейінгі консультация беруге жататын ақпарат:

      1) АИТВ-ға тестілеудің пайдасы;

      2) АИТВ-ға оң және АИТВ-ға теріс диагноздарының мағынасы;

      3) АИТВ-ға оң диагноз болған жағдайда АРТ-ны алу туралы түсіндіруді қоса алғанда, қолда бар көрсетілетін қызмет туралы түсіндіру;

      4) профилактика нұсқаларының қысқа сипаттамасы және серіктесті тестілеуге қатысты ұсынымдар;

      5) тест нәтижелерінің және кез келген ақпараттың құпиялылығына кепілдік беру.

      228. Тестілеуден кейінгі консультация беру кеңес алатын адамды тестілеу нәтижелерінен (теріс, оң және белгісіз), сол нәтиженің мағынасынан, АИТВ-ны жұқтыру қаупін төмендетуді қамтамасыз ететін мінез-құлықтың уәждемесінен хабардар ету мақсатында жүргізіледі.

      229. Тестілеуден кейінгі консультация беру мынадай ақпаратты қамтиды:

      1) пациентке тестілеу нәтижелерін хабарлау және оның мағынасын түсіндіру;

      2) серонегативті терезеде болу ықтималдылығы жайлы (белгісіз және теріс нәтиже кезінде) және АИТВ инфекциясына қайта тестілеуден өтудің қажеттілігі жайлы ақпараттандыру;

      3) мінезінің өзгеруінен жұқтыру қаупін төмендету мүмкіндіктерін талқылау;

      4) халықтың негізгі топтары үшін қосымша медициналық көмек мүмкіндіктері, психологиялық-әлеуметтік көмек мүмкіндіктері туралы ақпараттандыру;

      5) психологиялық көмек пен қолдау.

      230. АИТВ жұқтырған адамның ахуалы анықталған жағдайда, АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдарының дәрігері, психолог тексерілген адамды жазбаша түрде АИТВ инфекциясының оң нәтижелері туралы хабарландырады, пациентке мыналардан тұратын дағдарыстық кеңес беруді жүргізеді:

      1) психологиялық көмек көрсету;

      2) АИТВ инфекциясының ерекшеліктері мен клиникалық сатылары туралы, антиретровирустық препараттармен емдеу мүмкіндіктері, АИТВ-ның үшінші адамға берілу жолдары мен оның алдын алу шаралары туралы ақпараттандыру;

      3) емдеуге жатқызуға, емделудің уақытылы басталуына уәждемелеу;

      4) денсаулық сақтау ұйымдарында қосымша медициналық-әлеуметтік көмекті, психологиялық-әлеуметтік көмекті, үкіметтік емес ұйымдардағы әлеуметтік қолдауды алу мүмкіндіктері бойынша қажеттіліктер мен ұсынымдарды бағалау;

      5) АИТВ инфекциясын таратпау жөніндегі сақтық шараларын сақтаудың қажеттілігі, сондай-ақ, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес біле тұра бір адамға жұқтыру немесе жұқтыру қаупін тудыруға жауапкершілік туралы ескерту.

      231. Жасы 18 дейінгі АИТВ жұқтырған адам анықталса, оның ата-анасы мен заңды өкілдері хабарландырылады.

      232. АИТВ инфекциясының болуына тексерілуге хабарласқан адамдарға кеңес беру үшінші адамның болмауы жағдайында еріктілік пен құпиялылық қағидаларын сақтай отырып жүргізіледі.

      233. АИТВ инфекциясына қан алу меншік нысанына және ведомстволық тиесілігіне қарамастан медициналық ұйымдарда жүргізіледі.

      234. Құпия зерттеп-қарау кезінде сынама алу кезеңінде пациентті верификациялау жеке басын куәландыратын құжат бойынша жүзеге асырылады.

      235. АИТВ инфекциясының болуына анонимдік медициналық тексерілу қызметін алған кезде құжаттар талап етілмейді, тексерілетін адамға код беріледі.

      236. Зерттеудің талдауалды кезеңі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 қыркүйектегі № 758 бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 12207 болып тіркелген) Зертханалық диагностиканы жүзеге асыратын денсаулық сақтау ұйымдарының және (немесе) осы ұйымдардың құрылымдық бөлімшелерінің қызметі, сондай-ақ олар жүргізетін зерттеулердің көлемі мен түрлері туралы ережемен қамтамасыз етіледі.

      237. Қан үлгілерімен бірге № 907 бұйрықпен бекітілген № 264/е нысан бойынша жолдама жүреді.

      238. АИТВ инфекциясына теріс нәтижесі бар зерттеу туралы нәтиже тексерілетін адам тестілеуден өткен жерден алады.

      239. АИТВ антиденелеріне тексерілу туралы анықтама-сертификатты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 22 сәуірдегі № 246 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11145 болып тіркелген) бекітілген АИТВ инфекциясы мәселелері бойынша тегін негізде Қазақстан Республикасы азаматтарды және оралмандарды ерікті түрде анонимдік және (немесе) құпия медициналық зерттеліп-қаралу және консультация алу қағидаларының нысаны бойынша жеке басын куәландыратын құжатты көрсеткен жағдайда тексерілетін адамның талабы бойынша АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары береді. Әрбір анықтама – сертификатты беру № 907 бұйрықпен бекітілген № 272/е нысан бойынша АИТВ антиденелерге тексерілгені туралы сертификаттарды беру журналына тіркеледі. Анықтама – сертификат тексерілген сәттен бастап үш ай бойы жарамды.

      240. Жедел тесттерді қолдану арқылы АИТВ жұқтырған адамдарды анықтауға, кейіннен қанның сол порциясын иммунологиялық әдістердің біреуімен (ИФТ, ИХЛТ, ЭХЛТ) зерттеуге мыналар жатады:

      1) АИТВ инфекциясына екі рет тексерілу нәтижелерінсіз босануға келгендер немесе бір рет тексерілгендер - босанатын әйелдерге перинаталдық орталықтарға (босаны бөліміне) түскенге дейін үш аптадан асқанда келген жүкті әйелдер, негізгі топқа жататын босануға келгендер немесе жыныстық серіктесі АИТВ жұқтырған болса, немес инъекциялық есірткі тұтынатындар болған жағдайда – перинаталдық орталыққа (босану бөліміне) келгенге дейін тексерілгендігіне үш аптадан асқандар;

      2) жұқтырылған биологиялық сұйықтықпен байланыс кезінде апатты жағдайларда зардап шеккендер;

      3) тұрғындардың негізгі топтары.

      241. АИТВ инфекциясына жедел тестілеудің оң нәтижесі АИТВ жұқтырған адамның мәртебесін белгілеу үшін негіз болып табылмайды. Ерекше иммунологиялық әдістермен және ПТР әдісімен зертханалық зерттеу жүргізу арқылы АИТВ инфекциясы диагнозын растау талап етіледі.

      242. АИТВ-ны жұқтыру, таралушылығы, С вирустық гепатиті, мерезді жұқтыру қаупінің факторларын зерттеу үшін АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары халықтың негізгі топтары арасында (ИЕТ, СЖ, ЕЖЕ) био мінез-құлықтық зерттеулерді жүргізеді.

      243. Санитариялық-эпидемияға қарсы іс шараларға АИТВ инфекциясының берілуінің алдын алу жөніндегі шаралар жатады:

      1) анадан балаға табиғи жолмен (вертикальды) перинатальді (жүктілік кезінде анасының қаны арқылы);

      2) интранатальді (босану кезінде қан арқылы немесе анасының вагинальді сөлі), емшек сүтімен тамақтандыру кезінде;

      3) жыныстық қатынастар кезінде қатынасты-гемоқатынасты жолмен (қан, шәует, вагинальді сөл арқылы), зақымдалған тері беті және (немесе) шырышты қабатының қанмен тікелей байланысы арқылы;

      4) жұқтырылған донорлық қан және оның компоненттері, адамның органдары (органдардың бөліктері) және (немесе) тіндері (тіндердің бөліктері), арқылы артифициальді (жасанды), есірткі құралдары немесе оның ұқсас заттарын парентеральды пайдаланғанда, тері бетінің және шырышты қабаттың зақымдалу кезінде медициналық және медициналық емес араласушылықтар кезінде.

      244. АИТВ инфекциясы анықталған жағдайда эпидемиологиялық тексеруді АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдарының эпидемиологтары жүргізеді. Медицина қызметкерлерінің ауруханаішілік жұқтыруына, кәсіби жұқтыруына, пенитенциарлық мекемелерде жұқтыруға күмән туындағанда эпидемиологиялық тексеру АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары аумақтық бөлімшелері мамандарымен бірлесе жүргізіледі.

      245. Эпидемиологиялық тексеру нәтижелерінің негізінде ықтимал жұқтыру көзі, жолдары және аурудың туындауына негіз болған берілу факторлары туралы қорытынды беріледі. Сол қорытындыны назарға ала отырып, АИТВ жұқтырған адамдар мен байланыстағы адамдарды оқытуды қамтитын алдын алу және эпидемияға қарсы кешенді іс-шаралар әзірленеді және іске асырылады.

      246. Пенитенциарлық мекемелерде жұқтыру, пациенттің ауруханаішілік жұқтыруы, белгісіз жолдармен, балаларда, жүкті әйелдерде, донорларда, реципиенттерде, медқызметкерлерде анықталған АИТВ инфекциясының берілу жағдайларына АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары ЖИТС-тың алдын алу және оған қарсы күрес жөніндегі республикалық орталығына хабарлама береді.

      247. АИТВ инфекциясының анықталған көзіне қатысты АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары мынадай іс-шаралар қолданылады:

      1) АИТВ-инфкциясын уақтылы анықтау және диагнозын қою;

      2) дәрігердің тағайындауы бойынша антиретровирустік препараттарының ерекше терапиясы (соның ішінде жүкті әйелдерде, АИТВ жұқтырған аналардан жаңа туылған балаларда);

      3) АИТВ жұқтырған адамды ЖЖБИ-ға қаралу және емдеуге жіберу жыныстық жолмен берілетін тәуекелді азайтады;

      4) инъекциялық есірткі қолданатын адамдарды алмастырушы терапияны қолдайтын залалды төмендету бағдарламасына, қызмет және әлеуметтік қолдау алуға арналған үкіметтік емес ұйымдарға есірткіге тәуелділіктен емдеуге жіберу есірткілерді пайдалану кезінде вирустың берілу көзінің белсенділігін төмендетеді.

      248. Берілу механизмдері, жолдары және факторларына қатысты іс-шаралар:

      1) медициналық мекемелерде медициналық құрылғылар мен жабдықтарды залалсыздандыруды жүргізу, сондай-ақ, шаштараз, косметологиялық салондарда, пирсинг пен татуаж жасайтын салондарда, бір рет қолданылатын құралдарды пайдаланатын құралдарды залалсыздандыру;

      2) медициналық араласушылықтар практикасының қауіпсіздігін қамтамасыз ету және қадағалау және қорғанудың тосқауылды әдістерін пайдалану;

      3) әрбір донорлық материалды тапсырған кезде АИТВ антиденелерінің болуына қан донорларын және донорлық материалдарды тексеру, қан препарттарын карантинизациялау және жұқтырылған донорлық материалдың жарамсызын шығару. Референс-зерттеу кезінде АИТВ жұқтырғандар мен ИФТ оң адамдарды қан, плазма, органдарды және тіндерді тапсырудан өмірлік шектеу;

      4) кеңес беру мен тұрғындарды оқыту – тез қабылдаушы контингентті де, инфекция көздерін де – қауіпсіз және немесе қауіптілігі төмен мінез-құлыққа үйрету;

      5) тұрғындардың негізгі топтарымен профилактикалық жұмыс жасау (ИЕТ, СЖ, ЕЖЕ, тергеліп сотталғандар және қамалғандар);

      6) баланың анасының биологиялық сұйықтығымен байланысының алдын алу үшін АРВ препараттары тағайындалады және қол жеткізіледі:

      АИТВ-ны жұқтырған әйелде босану кезінде операцияны кесарь тілігімен жоспарлы жасауды жүргізу;

      босанудан кейін АИТВ-ны жұқтырған анасы емшекпен тамақтандыруды жасанды тамақтандыруға ауыстыру жолы арқылы.

      АИТВ жұқтырған әйелдің қалауы бойынша қаламаған жүктіліктің алдын алу бойынша көмек көрсетіледі.

      249. АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары жүзеге асыратын тез қабылдағыш контингентке қатысты шаралар:

      1) АИТВ инфекциясы кезінде байланысқан адамдар болып инфекция қоздырғышының белгілі механизмдері, жолдары, факторларынан ала отырып жұқтыру мүмкіндігінде болған адамдар есептеледі. АИТВ-ны жұқтырған адаммен байланысқандардың толық тізімін барынша анықтау тестілеуге дейінгі кеңес беру мен АИТВ инфекциясына тексеру барысында АИТВ-дан сақтану жолдары мен әдістері туралы ақпараттандырады;

      2) АИТВ инфекциясын жұқтыру тұрғысынан қауіпсіз мінез-құлыққа оқыту;

      3) превентивті химиялық-профилактиканы жүргізу. АИТВ инфекциясын жұқтыру тәуекеліне ұшыраған адамдардың ауруының шұғыл алдын алу үшін, соның ішінде: АИТВ жұқтырған әйелдерден туылған нәрестелерге, медқызметкерлерге және АИТВ жұқтырғандарға көмек көрсету кезінде зардап шеккен адамдарға, АИТВ-ны жұқтыру тәуекелін тудырып, байланыста болды деп болжанған негізі бар азаматтарға антиретровирустық препараттар тағайындайды.

      250. Профилактикалық іс-шаралар әрбір пациент гемобайланыс инфекциясының (B, C гепатиттері, АИТВ) әлеуетті көзі ретінде бағалануы ережесіне қарай жүргізіледі.

      251. АИТВ инфекциясының ауруханаішілік берілуінің алдын алу мақсатында:

      1) дезинфекциялауға, алдын ала залалсыздандыру арқылы тазартуға, медициналық мақсаттағы бұйымдарды залалсыздандыруға, сондай-ақ, медициналық ұйымдарда пайда болатын медициналық қалдықтарды жинауға, уақытша сақтауға, залалсыздандыруға және тасымалдауға қойылатын талаптарды сақтау;

      2) медициналық және санитариялық техникалық жабдықтармен, заманауи атравматикалық медициналық, дезинфекциялау, залалсыздандыру және жеке бастың қорғану құралдарымен жабдықтау қамтамасыз етіледі.

      252. АИТВ инфекциясын ауруханаішілік жұқтыруға күдіктену кезінде медициналық ұйымдарда кешенді профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізіледі.

      253. Эпидемиологиялық тексеру жұқтыру көзін, берілу факторларын, ықтимал жұқтыру қаупін есепке алғанда тең жағдайларда болған персоналдар арасында да, пациенттер арасында да байланысқан адамдар тізімін белгілеу мақсатында жүргізіледі және медициналық ұйымдар жағдайында жұқтырудың алдын алу жөніндегі профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шаралар кешенін жүзеге асыру мақсатында жүргізіледі.

      254. АИТВ жұқтырған адаммен байланыста болғандарды тексеруді ұйымдастыруды АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары жүзеге асырады. АИТВ инфекциясын анықтауға байланыста болғандарды зертханалық тексеру нәтижелері диспансерлік есепте тұратын (дискордантты жұптар) АИТВ жұқтырғанның амбулаториялық картасында жазылады.

      255. Байланыста болған адамдарды бақылау ұзақтығы контингентке байланысты болады және мыналар белгіленеді:

      1) АИТВ жұқтырған аналарда туылған балалар үшін – он сегіз ай;

      2) нозокомиальді көзден шыққан адамдар үшін – медициналық ұйымнан пациенттің шыққанына үш айдан асса, жұқтыру көзінің адамдар байланыста болғандар ретінде АИТВ инфекциясының болуына бір рет тексерілуден өтеді және теріс нәтиже кезінде бақылау тоқтатылады;

      3) апатты жағдайлар кезінде медициналық жұмысшылар үшін – апаттан кейін үш ай;

      4) донорлық биоматериалдың реципиенттері үшін – үш ай. АИТВ инфекциясының ИФТ, ИХЛТ, ЭХЛТ нәтижелері теріс болғанда – бір айдан соң және үш айдан соң гемотрансфузия немесе трансплантациядан кейін бақылаудан алынады;

      5) АИТВ-мен өмір сүретін адамдардың серонегативті жыныстық серіктестері үшін және есірткілерді бірге тұтыну бойынша байланыста болғандар үшін бақылау мерзімі шектелмеген. АИТВ инфекциясына тексерілу жиілігі – кемінде жылына екі рет.

      256. АИТВ инфекциясының алдын алу мәселелері бойынша тұрғындардың хабардарлығын арттыру жөніндегі іс-шаралар жүргізіледі: аумақтық бөлімшелер, АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары, амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдар.

      257. Ведомствоаралық және сектораралық өзара іс-әрекетті үйлестіруді АИТВ/ЖИТС-тің денсаулық сақтау ұйымдары мен аумақтық бөлімшелер жүзеге асырады.

      258. Тұрғындардың хабардарлығын арттыру мыналарды қамтиды: АИТВ инфекциясы туралы толық ақпаратты тұрғындарға ұсыну, АИТВ инфекциясының алдын алу шаралары, аурудың негізгі белгілері, ауырған адамдарды уақытылы анықтаудың маңыздылығы, оларды диспансерлік есепке алудың қажеттілігі және бұқаралық ақпарат құралдарын пайдалана отырып іс-шараларды жүргізу, парақшалар, плакаттар, кітапшалар тарату, заманауи ақпараттық және телекоммуникациялық технологиялар, әлеуметтік желілерді қоса алғанда тірі журналдар, ұялы телефон көмегімен мәтіндік хабарламалар, АИТВ-ны жұқтыруға қатысты қауіпсізі мінез-құлықты қалыптастыруға бағытталған жеке жұмыстарды жүргізу.

      259. Тұрғындарды оқыту АИТВ инфекциясын жұқтыру тұрғысынан қауіпсіз және қауіптілігі төмен мінез-құлықтың барлық тәсілдерімен таныстырудан тұрады: қауіпсіз сексуалдық мінез-құлық, парентеральды араласушылықтардың қауіпсіздігі, кәсіби қауіпсіздік.

      260. Медициналық ұйымдарда келушілер үшін қолжетімді орындарда АИТВ-ны жұқтыруды болдырмау, есірткіні тұтынудың алдын алу, қауіпсіз секс, денсаулық сақтау ұйымдарында тұрғындардың негізгі топтарына, АИТВ-мен өмір сүретін адамдарға көмек көрсететін қосымша медициналық-әлеуметтік көмек туралы ақпараттар, сенім телефондарының нөмірлерінің болуы.

      261. Білім беретін мекемелердің оқу бағдарламалары (жоғарғы оқу орындары, орта арнайы білім беретін мекемелер, жалпы орта мектептер) АИТВ инфекциясының алдын алу мәселелерінен тұрады.

      262. Жұмыс істейтін тұрғындар арасында АИТВ инфекциясы бойынша профилактикалық бағдарламаларды енгізуді қамтамасыз ету қажет.

      263. Денсаулық сақтау ұйымдарында, сенім пункттерінде, достық кабинеттерінде тұрғындардың негізгі топтарына медициналық көмек көрсету кезінде мыналарды қамтитын консультация жүргізіледі:

      1) АИТВ инфекциясын ерте анықтау үшін және АИТВ-ны жұқтырған жағдайда емдеуді уақытылы бастау үшін АИТВ инфекциясына тестілеуден өтудің қажеттілігі туралы пациентті ақпараттандыру;

      2) пациент үшін АИТВ-ны жұқтыру қаупін төмендету жолдарын, жыныстық серіктесімен өзара қарым-қатынастың ашықтығын, медициналық көмекті алу мүмкіндіктерін талқылау;

      3) денсаулық сақтау ұйымдарында қосымша медициналық-әлеуметтік көмекті алу мүмкіндіктері туралы, үкіметтік емес ұйымдар базасында психологиялық-әлеуметтік көмек пен әлеуметтік қолдауды алу мүмкіндіктері туралы ақпараттандыру.

      264. АИТВ инфекциясының алдын алу жөніндегі іс-шараларды жүзеге асыратын сенім пункттері мен достық кабинеттері мыналарды қоса алғанда халықтың негізгі топтарының арасында АИТВ-ның берілу қаупін төмендету жөніндегі іс-шараларды жүргізеді:

      1) тестілеуге дейінгі және тестілеуден кейінгі кеңес берумен қоса жедел-тестілеуді қолдана отырып АИТВ-ға ерікті тестілеуді жүргізу;

      2) парентеральды гепатиттер, ЖЖБИ-ға жедел тестілеуді қолданумен қоса ерікті тестілеуді жүргізу;

      3) туберкулез инфекциясы ауруының жеке тәуекелін бағалай отырып, консультация беру (сауалнама көмегімен), флюорографиялық тексерілуден өтуге уәждеме беру, қажеттілігі болған жағдайда денсаулық сақтау ұйымына бірге бару;

      4) АИТВ-ға, парентеральды гепатиттерге, ЖЖБИ-ға жедел тестілердің оң нәтижелері бар адамдарды медициналық көмекті алуға, емдеуге жатқызуға уәждемелеу, қажет болған жағдайда денсаулық сақтау ұйымдарға олармен бірге бару;

      5) АИТВ инфекциясына, туберкулезге, ЖЖБИ-ға тестілеуден тұрақты түрде ерікті өтуге уәждемелеу (әрбір алты ай сайын);

      6) қауіпсіз мінез-құлық дағдыларын қалыптастыратын уәждемелеуші шығын материалдарын берумен қоса есірткіні, психологиялық-ынталандырушы заттарды пайдаланған кезде қауіптілігі төмен мінез-құлықтар, қауіпсіз сексуалдық мінез-құлық мәселелері бойынша, оның ішінде топтық кеңес беру (презервативтер, стерильді шприцтер мен инелер, спиртті майлықтар, ақпараттық-танымдық материалдар);

      7) кеңес беру, соның ішінде, инфекционист-дәрігерді, наркологты, фтизиатрды, психологты, тең консультантты тарта отырып кеңес беру, АИТВ-ны, парентеральды гепатиттерді, ЖЖБИ, туберкулезді жеке жұқтыру қаупін бағалау бойынша, сол қауіпті барынша азайту үшін мінез-құлықты өзгерту мүмкіндіктері бойынша баға беру;

      8) сексуалдық серіктестеріне, отбасының мүшелеріне, туысқандарына, жақын адамдарға әлеуметтік-психологиялық қолдау көрсету;

      9) психологиялық қолдау топтарының, өзара көмек көрсету топтарының жұмысы;

      10) негізгі топтардың нақты болған орындарындағы жұмыс;

      11) АИТВ инфекциясы, парентеральды гепатиттер, ЖЖБИ, туберкулездің алдын алу жөніндегі ақпараттық-танымдық материалдарды тарату.

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

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

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

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

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

      1) денсаулық сақтау басқармалары, мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдары және мүдделі мемлекеттік органдар басшыларының ЖРВИ-ге және тұмауға қарсы күрес жөніндегі ведомствоаралық жедел кешенді іс-шаралар жоспарларын әзірлеуі;

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

      3) медициналық ұйымдардағы тұмауға қарсы препараттар мен құралдардың резерві мынадай есеппен құралады:

      амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдарында кемінде 10 науқасқа;

      стационарларда – кемінде 35 науқасқа;

      4) медициналық ұйымдардың және білім беру ұйымдарының қызметкерлеріне тұмаудың клиникасы, диагностикасы, оны емдеу және алдын алу мәселелері бойынша семинарлар және нұсқамалар өткізу;

      5) медицина қызметкерлерін, медициналық ұйымдарда медициналық бақылауға жататын балаларды, алты айдан асқан көп ауыратын балаларды, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдары, сәбилер үйлері балаларын, медициналық-әлеуметтік мекемелердің (ұйымдардың) қызмет алушыларын, жүктіліктің екінші немесе үшінші триместрінде жүкті әйелдерді, жүрек - қантамырлық жүйесінің және тыныс алу мүшелерінің созылмалы аурулары бар және эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша жыл сайын тұмауға қарсы вакцинациялау жүргізу.

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

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

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

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

      4) медициналық ұйымдар ЖРВИ, тұмаумен сырқаттанушылық және олардың асқынулары (пневмониялар), сондай-ақ олардан болған өлім-жітім жағдайлары туралы ақпаратты аумақтық бөлімшелеріне береді;

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

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

      7) санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар жүргізіледі.

      270. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін медициналық ұйымдарда мынадай санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар өткізіледі:

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

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

      3) дәрігер тексеріп-қарағаннан кейін сүзгі мейіргері дәрігердің нұсқауын орындайды (зерттеуге жағынды алады, инъекциялар жасайды) және пациент одан әрі амбулаториялық емдеуге немесе стационарға жіберіледі;

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

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

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

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

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

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

      10) әрбір 3 сағат сайын бетперделерді ауыстыру есебімен, қолданылған жеке гигиена заттарын уақтылы кәдеге жарату арқылы қызметкерлерді бір рет қолданылатын бетперделермен қамтамасыз ету;

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

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

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

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

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

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

      271. Медициналық ұйымдарда (стационарлар, перзентханалар мен бөлімшелер) санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық мынадай іс-шаралар өткізіледі:

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

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

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

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

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

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

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

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

      9) ауаны зарарсыздандыруға арналған құрылғыларды пайдалану;

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

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

      12) тұмаумен ауруханаішілік сырқаттанушылық жағдайларын есепке алуды және тіркеуді жүргізу, тұмаудың өршу себептерін тергеп-тексеру және оны шоғырландыру бойынша шаралар қабылдау.

      272. Білім беру ұйымдарында келесі санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық мынадай іс-шаралар өткізіледі:

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

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

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

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

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

      6) шұғыл жағдайларда балаларды медициналық ұйымдарға емдеуге жатқызу;

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

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

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

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

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

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

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

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

      бір сыныпта сынып санынның балалардың 20 %-ға дейін ЖРВИ-мен топтық сырқаттанған жағдайда сыныпта (топта) оқу процесін уақытша тоқтату, жеті күнге дейін мерзімге байланыста болған адамдарға медициналық бақылау орнату, білім беру ұйымдарда кабинеттік оқыту жүйесін тоқтату, ЖРВИ-мен соңғы анықталған науқастан кейін инкубациялық кезеңде топқа (сыныпқа) жаңа балаларды қабылдауды болдырмау ұсынылады;

      білім беру және тәрбиелеу ұйымдарда эпидемиялық процеске ЖРВИ-мен ауырған науқастардың жалпы саны 30 % және одан жоғары жағдайда тәрбиелеу және білім беру ұйымдарда оқу процесін уақытша тоқтату ұсынылады.

      273. ЖРВИ-мен, тұмаумен сырқаттанушылықтың апталық бақылау деңгейі немесе сырқаттанушылық көрсеткіштері өткен аптамен салыстырғанда 1,5 немесе одан да көп есеге артқан кезде аумақтарда шектеу іс-шаралары аумақтық бөлімшелері бекіткен тәртіппен және инфекциялық аурулар тізбесіне сәйкес енгізіледі.

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

      275. Емдеуге жатқызу үшін клиникалық көрсетімдер:

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

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

      276. Науқастарды емдеуге жатқызу үшін эпидемиологиялық көрсетімдер олардың сәбилер үйлерінде, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарда, интернаттарда, медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда), жатақханаларда тұруы болып табылады.

      277. Зертханалық зерттеулер үшін биоматериалдарды алуды, сақтауды және жеткізуді Кодекстің 144-бабы 6-тармағына сәйкес белгілеген тәртіппен медициналық ұйымның оқытылған медицина қызметкері қамтамасыз етеді.

      278. ЖРВИ-мен (ТТА, АЖРИ), тұмаумен және олардың асқынуларымен (пневмониялар) ауыратын науқастардан алынған материалды зерттеуді, тұмауға және тұмау емес вирустарға зеттеу көлемін анықтауды, зертханалық шығыс құраларының қорын қамтамасыз етуді санитариялық-эпидемиологиялық қызмет ұйымдары жүргізеді.

      279. Эпидемиологиялық қадағалаудың әдеттегі жүйесі кезінде зертханалық зерттеу үшін биоматериал алуды ЖРВИ-мен және тұмаумен сырқаттанушылықтың эпидемия алдындағы және эпидемиялық маусымдарында ай сайын клиникасы айқын ЖРВИ-мен, тұмаумен ауыратын кемінде он науқастан медициналық ұйымның жауапты медицина қызметкері жүргізеді; шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жүйесінде үлгілерді әдеттегі алуға жол берілмейді.

      280. ТТА және АЖРИ шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жүйесі кезінде шолғыншы орталықтардың тізімін, олардың жұмыс кестесі мен ШЭҚ аясында жұмысты ұйымдастыруға жауапты адамның функционалдық мiндеттерiн шолғыншы өңірлердің денсаулық сақтау басқармалары мен аумақтық бөлімшелерінің басшылары айқындайды және бекітеді.

      Жоспарлы зерттеп-қарау кезінде шолғыншы орталықтар басшыларында қорытындыларын бағалауды талқылай отырып, әдістемелік және практикалық көмек көрсету кезінде эпидемия алдындағы және эпидемиялық маусымдарда медицина қызметкерлерінің іс-әрекеттеріне сауалнама жүргізу және көзбен шолып бақылау жолымен шолғыншы орталықтардың жұмыс сапасын бағалау жүргізіледі.

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

      282. ТТА-ШЭҚ жүйесі мыналарды қамтиды:

      1) 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары және науқастарды зертханалық зерттеп-қарау бойынша тұрғындардың ЖРВИ және ТТА себебі бойынша жүгінуі туралы деректерді аумақтық бөлімшелеріне апта сайын ұсыну;

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

      3) дәрігерде қабылдау кезінде және (немесе) үйге шақырту бойынша қызмет көрсету кезінде ауру ұзақтығы күнтізбелік жеті күннен аспаған жас ерекшелік тобын, жынысын, ЖРВИ және (немесе) ТТА диагнозын көрсете отырып, ЖРВИ диагнозы бар науқастар бойынша ақпаратын күнделікті жинау;

      4) ТТА-мен ауыратын науқастардан үлгілерді жинау науқастың үйіне бару арқылы жүргізіледі. Бір айда төрт апта болғанда әр емхананың клиницисі бар бригадасы зертханалық зерттеп-қарауға жататын науқасқа бір рет, бес апта болғанда – айына екі рет барады;

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

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

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

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

      9) материал алынған әрбір ТТА-мен ауыратын науқасқа сәйкестендіру нөмірін және науқас туралы ақпаратты көрсете отырып, зертханаға жолдама толтырылады;

      10) ТТА-мен ауыратын науқастар туралы ақпарат аумақтық бөлімшелерінің эпидемиологтары (сауалнаманың эпидемиологиялық бөлігін) және филиалдарының вирусологтары (сауалнаманың зертханалық бөлігін) тұрақты түрде онлайн режимінде электрондық жүйе базасына енгізеді.

      283. АЖРИ-ді ШЭҚ жүйесі:

      1) АЖРИ-мен ауыратын науқастарды толық және уақтылы анықтау мақсатында шолғыншы орталықтар мынаны қамтамасыз етеді: апта сайынғы деректерді аумақтық бөлімшелеріне ұсына отырып, науқастардың барлық жүгінуі кезінде стандартты анықтамаға сәйкес келетін және аурудың ұзақтығы күнтізбелік он күннен аспайтын АЖРИ жағдайларына есептеу жүргізу;

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

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

      4) есеп мыналарды қамтиды: ЖРВИ вирустары тудырған барлық диагноздармен (ЖРВИ және (немесе) жіті өкпе ауруы және (немесе) өкпенің созылмалы ауруының асқынуы) ауырған сәтінен бастап күнтізбелік он күн ішінде: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары бойынша шолғыншы бөлімшеге емдеуге жатқызылған науқастар саны, оның ішінде АЖРИ "Иә": 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары бойынша; 1000 адамға шаққанда АЖРИ "Иә" көрсеткіші: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары бойынша; 1-4, 5-14 жас ерекшелік топтары бойынша ауырған сәтінен бастап күнтізбелік үш күн ішінде және 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары бойынша ауырған сәтінен бастап күнтізбелік жеті күн ішінде зертханалық зерттеп-қаралған АЖРИ жағдайларының саны және олардың нәтижелері;

      5) зертханалық зерттеп-қарау үшін АЖРИ-мен ауыратын науқастарды іріктеу өлшемшарттары мыналар болып табылады: АЖРИ жағдайының стандартты анықтамасына сәйкес келуі; жасы – 1 жастан асқан балаларға ауру басталғаннан бастап 72 сағаттан аспауы; 15 жастан асқан адамдарға ауру басталғаннан бастап күнтізбелік жеті күннен аспауы;

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

      7) зертханалық зерттеп-қаралған АЖРИ жағдайларының сырқатнамасының ыңғайлы жеріне келесі деректерді белгілейді: науқас реанимация бөлімінде болды "-" "+"; ӨЖЖ-ні алды "-" "+"; оттекті терапияны (бетперде немесе мұрын катетері арқылы) алды "-" "+"; аурудан айықты "-" "+"; қайтыс болды "-" "+"; қайтыс болған күні;

      8) науқас стационардан шыққаннан кейін осы Санитариялық ережелердің 283 тармақтың 7)-тармақшада көрсетілген деректер аумақтық бөлімшелеріне беріледі;

      9) әрбір зертханалық зерттеп-қаралған АЖРИ жағдайы үшін сауалнама және вирусологиялық зертханаға жолдама толтырылады.

**8-параграф. Менингококк инфекциясының алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізуді ұйымдастыруға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

      284. Менингококк инфекциясының клиникалық ағымында оқшауланған (менингококк тасымалдаушылық, назофарингит) және генерализацияланған (менингит, менингококкцемия, аралас) түрлері бөлінеді. Менингококк инфекциясы кезінде инкубациялық кезең екі күннен жиырма күнге дейін, көбіне екі-төрт күн жалғасады.

      285. Жіті назофарингит – үш-бес күн бойы бірқалыпты қызбамен өтетін, улану симптомдары және ринофарингит әлсіз көрінетін және клиникалық симптомдары бойынша жіті респираторлық аурулардан айырмашылығы жоқ, осыған байланысты диагноз тек мұрын-жұтқыншақ сілемейін бактериологиялық зерттеудің оң нәтижесі негізінде қойылады.

      286. Менингит – жіті, қалтыраудан және қызбадан, бастың қатты ауыруынан және құсудан басталады. Науқастарда жарықтан қорқу, гиперакузия, терінің гиперестезиясы дамиды, содан кейін қозу және қозғалыс мазасыздығы, сананың ессіз күйден комаға дейін бұзылуы қосылады, менингеалды симптомдар өршиді. Айқын білінетін улану, сананың бұзылуы, құрысу, талықсу, бас сүйек-ми нервтерінің парезі, атаксия, гемипарездер және параличтер, нистагм, мишықтың бұзылуы менингоэнцефалитті көрсетеді.

      287. Менингококцемия (менингококкты сепсис) – науқастарда көбіне назофарингиттен жіті басталады. Дене температурасы 40 °С дейін және одан жоғары көтеріледі, улану симптомдары айқын көрінеді. Ауруға тән симптом – денеде, аяқ-қолдарда, бөкседе ауру басталғаннан 12-48 сағаттан кейін геморрагиялық бөртпе пайда болады. Бөртпе элементтері әртүрлі түрде болар-болмас байқалатын петехиядан үстіңгі бетке шығып тұратын қып-қызыл түсті теріге ірі қан құйылуға дейін болады. Қан құйылу ортасында некроз. Менингококцемия кенеттен болатын сипатқа ие болады, ол кезде қатты басталады, кенеттен қалтырау, қорқыныш сезімі пайда болады. Дене температурасы 40 – 41 °С дейін көтеріледі, содан кейін инфекциялық-уытты шок дамуына қарай жылдам төмендейді. Демікпе, тахикардия артады, артериялық қысым төмендейді, ауру басталғаннан 6-48 сағаттан кейін өлім жағдайы болады.

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

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

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

      289. Ауруханаішілік ауруларды болдырмау мақсатында аумақтық бөлімшелері медициналық ұйымдарда, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарда, сәбилер үйлерінде, психикалық денсаулық орталықтарда, медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) санитариялық-эпидемияға қарсы режимнің сақталуына мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау жүргізеді.

      290. Менингококк инфекциясымен ауыратын науқастарды және күдіктілерді анықтауды барлық денсаулық сақтау ұйымдарының медицина қызметкерлері амбулаториялық қабылдау, үйге бару, медициналық тексеріп-қарау, ауруханаға жатқызу және медициналық ұйымдардың қабылдаулары кезінде жүргізеді. Диагноз аурудың клиникалық белгілері, зертханалық зерттеу және эпидемиологиялық анамнез деректері негізінде қойылады.

      291. Менингококк инфекциясына бір реттік зертханалық зерттеп-қарау халықтың мынадай санаттарына:

      1) медициналық ұйымдарға жүгінген кезде менингококк инфекциясына күдікті науқастарға;

      2) стационарға түскен кезде психикалық денсаулық орталықтардың пациенттеріне;

      3) мектеп-интернаттарға, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарына және сәбилер үйлеріне ресімдеген кезде балаларға;

      4) медициналық-әлеуметтік мекемелерге (ұйымдарына) ресімдеген кезде қызмет алушылар;

      5) ауырып айыққан менингококк инфекциясынан кейін реконвалесценттерге;

      6) инкубациялық кезеңде менингококк инфекциясымен ауыратын науқаспен байланыста болған адамдарға жүргізіледі. Балалардың мектепке дейінгі мекемелерінде, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарында және сәбилер үйлерінде байланыста болған адамдарды зертханалық зерттеп-қарау үш-жеті күн интервалмен кемінде екі рет жүргізіледі.

      292. Осы Санитариялық қағидалардың 291-тармағының 1), 5) тармақшаларында көрсетілген адамдарды менингококк инфекциясына диагностикалық мақсатта зертханалық зерттеп-қарауды медициналық ұйымдар жүргізеді.

      293. Осы Санитариялық қағидалардың 291-тармағының 2), 3), 4), 6) тармақшаларында көрсетілген адамдарды менингококк инфекциясына профилактикалық мақсатта зертханалық зерттеп-қарауды филиалдар жүргізеді.

      294. Эпидемиологиялық ахуал асқынған кезде халықтың белгілі бір топтарына зертханалық зерттеп-қарау жүргізіледі. Зерттеп-қараудың көлемі мен құрылымын халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомство және аумақтық бөлімшелері айқындайды.

      295. Эпидемиологиялық зерттеп-қарау аурудың әр жағдайы тіркелген кезде жүргізіледі.

      296. Менингококк инфекциясы тіркелген балалардың мектепке дейінгі мекемелерінде, орта білім беру объектілерінде соңғы науқас оқшауланған сәттен бастап күнтізбелік он күнге карантин белгіленеді. Бұл мерзім ішінде жаңа және уақытша болмаған балаларды қабылдауға, сондай-ақ балалар мен

      персоналды бір топтан екінші топқа ауыстыруға тыйым салынады.

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

      298. Зертханалық зерттеп-қараудың оң нәтижелері анықталған адамдар тасымалдаушы ретінде қаралады. Оларды емдеу, есепке алу жүргізіледі, оларға медициналық бақылау белгіленеді. Айналасындағылар үшін эпидемиялық қауіп төндіретін тасымалдаушыларды аумақтық бөлімшелері жұмыстан шеттетеді және бір рет теріс нәтиже болғанда ұжымдарға жіберіледі, зерттеуге арналған материал емдеу аяқталғаннан кейін үш күннен соң мұрын-жұтқыншақтан алынады.

      299. Сырқаттанушылық деңгейі республикалық сырқаттанушылық көрсеткішінен жоғарылаған жағдайда эпидемиологиялық көрсетілімдер бойынша сырқаттанушылық тәуекелі жоғары адамдарға № 415 бұйрығымен бекітілген № 015/е нысаны бойынша Санитариялық - індетке қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізу туралы каулысының негізінде вакцинациялау жүргізіледі.

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

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

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

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

      1) генерализацияланған түрі;

      2) улану симптомдары және назофарингиттің өршуі.

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

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

      2) медициналық ұйымдарда, мектеп интернаттарда, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарда, сәбилер үйлерінде, санаторийлерде, медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарында), жазғы сауықтыру ұйымдарында және демалыс үйлеріндегі сырқаттану жағдайлары.

      305. Менингококк инфекциясынан кейін реконвалесценттерді шығару:

      1) оқшауланған түрі кезінде – клиникалық сауыққаннан кейін және бактерияға қарсы терапия аяқталғаннан күнтізбелік үш күннен кейін мұрын-жұтқыншақ сілемейінің бір реттік теріс бактериологиялық зерттеуінен кейін;

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

      306. Менингококк инфекциясымен ауырып айыққан адамдар білім беру ұйымдарына стационардан шыққан соң немесе науқас үйде назофарингитпен ауырып айыққаннан кейін күнтізбелік бес күн өткен соң бір рет теріс бактериологиялық зерттеуден кейін жіберіледі.

      307. Менингит және менингоэнцефалит реконвалесценттері невропатологта екі жыл бойы бақылауда болады (бірінші жылы үш айда бір рет, кейінгі жылы алты айда бір рет).

      308. Менингококк инфекциясының және іріңді менингиттердің зертханалық диагностикасы қоздырғышты бөлу және сәйкестендіру арқылы бактериологиялық әдіспен (мұрын-жұтқыншақтың сілемейі), бояу арқылы бактериоскопиялық әдіспен, организм сұйықтықтарында (ликвор, қан және синусоидалды сұйықтық) ерекше антигендерді немесе қан сарысуында антиденелерді бөлу арқылы серологиялық әдіспен, биологиялық материалда (сынамада) нуклеин қышқылының айқын фрагменттерінің кіші шоғырлануын елеулі арттыруға қол жеткізуге мүмкіндік беретін полимеразды тізбекті реакция (бұдан әрі – ПТР) әдісімен жүзеге асырылады. ПТР биологиялық материалдағы қоздырғыштарды анықтаудың шұғыл әдістерінің ішіндегі анағұрлым сезімтал және ерекше әдіс болып табылады: көптеген белгілі микроорганизмдерді, оның ішінде өсірілмейтін микроорганизмдерді анықтау үшін үлгіде дезоксирибонуклеин қышқылының бірнеше молекуласының болуы жеткілікті. Жұлын сұйықтығын бөлме температурасында сақтау, мұздату – еріту (үш ретке дейін) сияқты факторлар әдістің сезімталдығына әсер етпейді. Молекулярлық-биологиялық әдістер үшін жоғары өнімділік, нәтижені алу жылдамдығы (бірнеше сағат ішінде, таза өсірінділерді бөлмей сәйкестендіру жүргізуге мүмкіндік береді) тән.

**9-параграф. Жыныстық жолмен берілетін инфекцияларды бақылау бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды жүргізуді ұйымдастыруға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

      309. ЖЖБИ-ға адамдарды зерттеп-қарау Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2011 жылғы 23 мамырдағы № 312 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 7018 болып тіркелген) бекітілген Дерматовенерологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ережеге сәйкес жүргізіледі.

      310. Жыныстық жолмен берілетін инфекцияларға (жағынды) микроскопиялық диагностика үшін материал:

      1) акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін мекемелер және гинекологиялық кабинеттерге, тері-венерологиялық орталықтарға, сонымен бірге гинекологиялық аурулармен жатқызылғандардың әр бірінші қаралған барлық әйелдер;

      2) урологиялық кабинеттерге шағымданатын және несеп-жыныс жүйесі ауруларымен ауруханаға жатқызылатын барлық ер адамдар жатады.

      311. Әкімшілік қамалған адамдар, тұрақты мекен жайы жоқ, жұғу көзі анықталмаған жыныстық жолмен берілетін инфекциялармен ауыратындар превентивті емдеуге жатады.

      312. ЖЖБИ профилактикасы:

      1) клиникалық-зертханалық зерттеумен дәлелденген ЖЖБИ анықталғаннан кейін емдеу-профилактикалық мекеменің дәрігері ауруға сырқаттанудың инфекциялық сипаттамасы және үшінші адамдарға гигиеналық ережелер сақталмағанда жыныстық жолмен берілу мүмкіндігін түсіндіреді. Дәрігер ауруға жеке бас гигиенаның ережелері және арнайы тәртібінің сақталу қажеттілігін түсіндіреді;

      2) дәрігер ауруға ЖЖБИ-ның емдеуі міндетті екендігі және оны тек қана тері-венерологиялық орталықтарда өткізілу қажет, ауруға өздігінен емделу зиян екендігін түсіндіру қажет;

      3) балалар, перинаталдық орталықта (босандыру бөлімшесінде) және тікелей балаларға қызмет көрсететін орындарда, сондай-ақ тамақ және коммуналды өндірістерде жұмыс істейтін науқастар қайта тексеру кезінде сауыққандығы зертханалық расталғаннан кейін жұмысқа рұқсат етіледі;

      4) дерматовенеролог дәрігері жұқтыру уақыты, орнын, жұқтыру көзін және аурумен қатынаста болған адамдар туралы анықтайды. Ауруларға көрсетілген жолмен барлық аурумен қатынаста болғандар зертханалық зерттеулер пайдаланып, медициналық тексеруге жататындығы, ал анықталған аурулар дерматовенерологиялық мекемеде емдеумен қамтамасыз етілетіндігі туралы мәлемдейді. Аурумен инкубациялық кезеңде қатынаста болған адамдар дәрігердің тағайындауы бойынша мерезді превентивті емдеу немесе гонореяны профилактикалық емдеу нұсқаулыққа сәйкес жүргізіледі.

      313. ЖЖБИ-мен зақымданған адамдар ауруда диагноз анықталғаннан бастап – емдеу-профилактикалық мекемелерде, тіркеуден алынғаннан кейін барлық емдеу процесі бойы – тері-венерологиялық орталықта науқас деп саналады.

      314. Бақылауды тексеру кезеңі емдеу процесіне аурудың сауыққаны

      туралы мәселені шешу мүмкін емес бөлігі болып табылады.

      315. Мерездің жұғатын түрімен және ЖЖБИ асқынған түрімен ауырғандар емдеуді стационарлық жағдайларда емделеді, ал жіті асқынбаған ЖЖБИ түрлері амбулаториялық жағдайларда тері-венерологиялық орталықта емделеді.

      316. Науқас келесі емдеу курсын қабылдау үшін тері-венерологиялық орталыққа келу күні немесе барлық ем аяқталғаннан кейін бақылау талдауға келуі туралы ақпараттандырылады.

      317. Кәмелетке толмаған бейімдеу орталығынан жеткізілетін кәмелекте толмағандар, мекен-жайы жоқ адамдар денсаулық сақтау мекемеге жеткізген кезде, оларда венерологиялық ауру анықталғаннан кейін тері-венерологиялық орталықта стационар жағдайда емдеуге жатады.

      318. Психикалық, оның ішінде нашақорлықпен және созылмалы алкоголизммен ауырғандарда анықталған венериялық аурумен негізгі психикалық ауруды емдеуді қажет ететін, жіті инфекциялық аурумен, бацилла бөлетін немесе негізгі туберкулезді процесі өршіген туберкулезбен ауыратындарға емдеу аумақтық тері-венерологиялық орталық мамандары бақылаумен негізгі стационарларда өткізіледі.

**10-параграф. Желшешек және скарлатинаны алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

      319. Желшешекпен және скарлатинамен ауыратын науқастарды ведомстволық тиесілігіне және меншік нысанына қарамастан, барлық медициналық ұйымдарда медицина қызметкерлері амбулаториялық қабылдау кезінде, үйден қаралуда, медициналық қаралып-тексерілуде, диспансерлеуде және медициналық ұйымдарға барған кезде анықтайды. Диагноз аурудың клиникалық белгілері және (немесе) зертханалық зерттеу нәтижелері және (немесе) эпидемиологиялық анамнезі негізінде қойылады.

      320. Желшешекпен, скарлатинамен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша жүргізіледі.

      321. Желшешекпен және скарлатинамен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызудың клиникалық көрсеткіштері:

      1) екі айлыққа дейінгі балалардағы аурудың барлық түрі;

      2) ауырлығы орташа және ауыр науқастар;

      3) қосымша патологиялы созылмалы аурудың түрі.

      322. Желшешекпен және скарлатинамен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызудың эпидемиологиялық көрсеткіштері:

      1) науқастың тұрғылықты жері бойынша қажетті эпидемияға қарсы тәртіпті сақтау мүмкіндігінің болмауы (әлеуметтік жағдайы төмен отбасылар, жатақхана, казармалар, коммуналдық пәтерлер);

      2) медициналық ұйымдардағы, мектеп-интернаттардағы, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарындағы, сәбилер үйіндегі, санаторийлердегі, медициналық-әлеуметтік мекемелердегі (ұйымдарындағы), жазғы сауықтыру ұйымдарындағы, демалыс үйлеріндегі ауру жағдайлары.

      323. Науқаспен қарым-қатынаста болған адамдарды медициналық бақылауды ұйымдастырылған ұжымдарда медицина қызметкерлері қарым-қатынаста болған адамның орналасқан жері бойынша жүргізеді. Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін ұйымдарында медициналық бақылау нәтижелері № 907 бұйрықпен бекітілген № 003/е, 026/е және 112/е нысандарында байқалады. Медициналық бақылау ұзақтығы соңғы науқас анықталған сәттен бастап желшешекте күнтізбелік жиырма бір күнді, скарлатинада күнтізбелік жеті күнді құрайды және сауалнама алуды, қарап-тексеруді және термометрияны қамтиды.

      324. Науқаспен қарым-қатынаста болған адамдарды оқшаулау жүргізілмейді.

      325. Балаларды мектепке дейінгі ұйыдарда (6 жасқа дейінгі балалар үшін) желшешек тіркелген кезде соңғы науқасты оқшаулаған сәттен бастап күнтізбелік жиырма бір күнге карантин, скарлатина тіркелген кезде күнтізбелік жеті күнге карантин белгіленеді. Балаларды мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту объектілерінде желшешек, скарлатина қайтадан пайда болған жағдайда ауырып жазылған балалар жіті құбылыстар басылғаннан кейін топқа жіберіледі.

      326. Желшешекпен ауырып жазылған балалар ұйымдастырылған ұжымға сауығуына қарай, бірақ бөртпе пайда болған кезден бастап тоғыз күннен кейін жіберіледі. Карантин кезінде жаңадан келген және уақытша болмаған балаларды қабылдауға, сондай-ақ балалар мен персоналды бір топтан екінші топқа ауыстыруға жол берілмейді.

      327. Желшешекті, скарлатинаны эпидемиологиялық тексеру ұйымдастырылған бір ұжымда өзара байланысты үш және одан да көп жағдай тіркелген кезде жүргізіледі.

      328. Ұйымдастырылған бір ұжымда өзара байланысты екі және одан да көп скарлатина ауруы тіркелген кезде науқаспен қарым-қатынаста болған адамдарға бактериологиялық тексеру жүргізіледі. Тексеру кезінде анықталған бактерия тасымалдаушылар санация кезінде балаларды мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту объектілеріне барудан шеттетіледі, оларды ұжымға жіберу санациядан кейін және бактериологиялық тексерудің теріс нәтижесін алған соң жүргізіледі.

      329. Желшешек, скарлатина тіркелген кезде қорытынды дезинфекция жүргізілмейді. Үй-жайды ағымдық дезинфекциялау және желдету карантин аяқталғаннан кейін жүргізіледі.

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

**20\_\_\_ жылғы \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойынша (айы) (медициналық ұйым) халықты флюорографиялық зерттеп-қарау жоспарының орындалуы туралы есеп**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Медициналық ұйымның атауы | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 25 желтоқсандағы № 994 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 16381 болып тіркелген) бекітілген туберкулез бойынша медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулыққа сәйкес флюорографиялық зерттеп-қарауға жататын тәуекел топтар | | барлық саны | жоспар | орындау | % | туберкулез ауруымен анықталды |
|  |  | |  |  |  |  |  |
|  | |  | | | | | | |
|  | | "Инфекциялық аурулардың  алдын алу бойынша  санитариялық-эпидемияға  қарсы, санитариялық- профилактикалық іс-шараларды  ұйымдастыруға және жүргізуге  қойылатын санитариялық- эпидемиологиялық талаптар"  санитариялық қағидаларына 2-қосымша Нысан | | | | | | |

**20 \_\_\_ жылғы \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ бойынша (айы) (медициналық ұйымының атауы) Манту сынамасын салу жоспарының орындалуы бойынша есеп**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Контингент | жоспар | есепті айда жоспардың орындалуы | жоспардың өсіммен орындалуы | | (%) қамтудың үлес салмағы | виражбен және гиперергиялық реакциямен анықталды | оның ішінде химиялық-профилактикамен қамтылды |
| Манту сынамасы бойынша зерттеп-қарау, барлығы, оның ішінде: |  |  |  | |  |  |  |
| туберкулез ошақтарындағы балалар мен жасөспірімдер (туберкулезге қарсы ұйымдарының деректері) |  |  |  | |  |  |  |
| туберкулезге қарсы вакцинациялау алдында 2 айлықтан асқан балалар |  |  |  | |  |  |  |
| қайта вакцинациялау алдында 1-сынып (6-7 жас) оқушылары |  |  |  | |  |  |  |
| "тәуекел" тобының балалары барлығы, оның ішінде: |  |  |  | |  |  |  |
| әлеуметтік қолайсыз отбасының балалары (аз қамтылған және көп балалы, ата-аналары жұмыс істемейтін, бас бостандығынан айыру орындарынан, маскүнемдіктен, нашақорлықтан зардап шегетін, АИТВ жұқтырған, тұрғылықты мекенжайы жоқ, мигранттар) |  |  |  | |  |  |  |
| ұзақ жөтелу (екі аптадан астам) және үдемелі улану симптомдары бар (субфебрилитет, тершеңдік, тәбеттің және дене массасының төмендеуі, ашушаң, сылбыр) амбулаториялық және стационарлық емделуде жатқан балалар |  |  |  | |  |  |  |
| қант диабеті, бронхоөкпелік жүйесінің арнайы емес сырқаттану, тәбеттің бүзылуы (дене массасының жеткіліксіздігі), АИТВ-инфекция бойынша ДЕ-де тұрған балалар, иммуносупрессивті терапияны алатын, мүгедектер |  |  |  | |  |  |  |
| жабық оқу орындарының (мектеп-интернаттар, мүгедек балаларға арналған мамандандырылған мектептер) контингенті |  |  |  | |  |  |  |
| вакцинацияланбаған және вакцинациядан кейін дамымаған тыртықтары бар балалар |  |  |  | |  |  |  |
| егу мәртебесі белгісіз балалар |  |  |  | |  |  |  |
|  | | | | Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2018 жылғы 27 наурыздағы № 126 бұйрығына 2-қосымша | | | | |

**Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің күші жойылған кейбір бұйрықтарының тізбесі:**

      1) "Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 12 наурыздағы № 194 (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 10741 болып тіркелген, "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде 2015 жылғы 8 маусымда жарияланған) бұйрығының;

      2) "Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 12 наурыздағы № 194 бұйрығына толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 26 қарашадағы № 732 (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 12570 болып тіркелген, "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде 2016 жылғы 14 қаңтарда жарияланған) бұйрығының;

      3) Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің 2016 жылғы 29 тамыздағы № 389 бұйрығымен бекітілген Қазақстан Республикасы Ұлттық экономика министрінің өзгерістер енгізілетін кейбір бұйрықтары тізбесінің 3-тармағының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 14308 болып тіркелген, Қазақстан Республикасының Нормативтік құқықтық актілерін Эталондық бақылау банкінде 2016 жылғы 26 қазанда жарияланған) күші жойылды деп танылсын.

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің "Республикалық құқықтық ақпарат орталығы" ШЖҚ РМК