

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

*Күшін жойған*

Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 жылғы 12 қаңтардағы № 33 Қаулысы.  
Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2015 жылғы 8 қыркүйектегі № 754 қаулысымен

Ескерту. Күші жойылды - ҚР Үкіметінің 08.09.2015 № 754 қаулысымен ( алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі).

БАСПАСӨЗ РЕЛИЗИ

Р Қ А О - н ы ң е с к е р т п е с і .

ҚР мемлекеттік басқару деңгейлері арасындағы өкілеттіктердің аражігін ажырату мәселелері бойынша 2014 жылғы 29 қыркүйектегі № 239-V ҚРЗ Заңына сәйкес ҚР Ұлттық экономика министрінің 2015 жылғы 12 наурыздағы № 194 бұйрығын қараңыз.

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Кодексінің 6-бабының 2) тармақшасына сәйкес Қазақстан Республикасының Үкіметі **ҚАУЛЫ ЕТЕДІ:**

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

2. Осы қаулы алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

	Қ а з а қ с т а н	Р е с п у б л и к а с ы н ы ң
<i>Премьер-Министрі</i>	<i>К. Мәсімов</i>	
Қ а з а қ с т а н	Р е с п у б л и к а с ы	
Ү к і м е т і н і ң		
2 0 1 2	ж ы л ғ ы	1 2
№ 3 3	қ а у л ы с ы м е н	қ а ң т а р д а ғ ы
бекітілген		

**"Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық)**

# іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидалары

## 1. Жалпы ережелер

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

2. Осы Санитариялық қағидаларда мынадай терминдер мен анықтамалар п а й д а л а н ы л а д ы :

1) бактерия тасымалдаушылық – аурудың клиникалық белгілерінсіз инфекциялық (паразиттік) аурулар қоздырғыштарының адам немесе жануар организмінде сақталуымен және қоршаған ортаға бөлінуімен сипатталатын инфекциялық үдерістің нысаны;

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

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

4) ауруханаішілік инфекция – науқастың ауруханаға түсуі немесе онда емдік көмекке жүгінуі нәтижесінде оны зақымдайтын кез келген инфекциялық ауру немесе медициналық ұйымда болған кезінде немесе одан шығарылғаннан кейін инкубациялық кезеңде аурудың пайда болу мерзіміне қарамастан, медициналық ұйым қызметкерінің осы мекемедегі жұмысы салдарынан болатын инфекциялық а у р у ;

5) декреттелген контингент – айналасындағылар үшін инфекциялық және паразиттік ауруларды жұқтыруға барынша қауіп төндіретін, халыққа қызмет көрсету саласында жұмыс істейтін адамдар;

6) дизентерия – көбінесе тоқ ішектің шырышты қабықшасын зақымдайтын шигелла (Shigella) текті микробынан туындайтын инфекциялық ауру. Клиникалық ауру интоксикация және түйіліп ауыру синдромының болуымен с и п а т т а л а д ы ;

7) дисбактериоз – ішек жұмысының ауытқуынан, фермент шығару қабілетінің бұзылуынан, антибиотиктерді ұзақ қабылдау нәтижесінде созылмалы аурулардың нәтижесінде туындайтын ішек микрофлорасы құрамының бұзылуы;

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

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

10) қарқынды кезең – аурудың клиникалық белгілерін жоюға және туберкулез бактериясының (бұдан әрі – ТМБ) популяциясына барынша әсер етуге бағытталған терапияның бастапқы кезеңі;

11) байланыс – туберкулезбен ауыратын науқас пен әңгімелесу үшін жеткілікті жақын аралықта немесе жабық кеңістікте болатын адамдар арасындағы өзара қарым-қатынас;

12) байланыста болған адам – инфекция қоздырғышының көзімен байланыста болатын және (немесе) байланыста болған адам;

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

14) қақырықтың микроскоппен қарағанда белгілі болған (бактерия бөлуші) оң нәтижелі өкпе туберкулезі – емдеу жүргізуге дейін қақырық жағындысын микроскоп арқылы қараған кездегі ТМБ-ның тіпті бір рет анықталу кезінде болуы;

15) микроскопиялық зерттеу – ТМБ-ны бактериоскопиялық анықтау әдісі;

16) эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша тексеру – белгілі бір аумақтағы, халықтың жекелеген топтары арасындағы эпидемиологиялық жағдайға негізделген инфекциялық немесе паразиттік аурулар туралы алынған ақпараттың негізінде және инфекциялық немесе паразиттік аурулардың жағдайына эпидемиологиялық тексеру жүргізу кезінде (жұқтыру тәуекелі факторларын, берілу жолдарын анықтау және санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды жүргізу үшін) тексеру;

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

18) жіті ішек инфекциялары – асқазан-ішек жолының бұзылуымен сипатталатын патогендік және шартты-патогендік бактериялардан, вирустардан болатын инфекциялық аурулар;

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

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

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

22) қылаулар - аш ішектің лимфа жүйесі зақымданып, шырышты қабатында жара пайда болатын, қоздырғыш қанмен араласатын, жалпы уланудың қайталануы кездесетін, қоздырғыш ауыз және нәжіс қуысы арқылы жұғатын, әсіресе су және тағам жолдарымен таралатын, ұзақ уақытқа бактерия тасымалдаушы болуға бейім сальмонелла бактериясынан (*Salmonella paratyphi*) туындайтын бактериялы жіті инфекциялық ауру. Патогенезі және клиникалық белгілері бойынша іш сүзегіне ұқсас келеді, тез басталу және ұзақ жүретін, катаральды құбылыс кезеңімен сипатталады;

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

24) жалғастыру кезеңі – әлі де сақталған микобактерия популяциясына әсер ететін және туберкулез үдерісінің қабыну өзгерістерінің одан әрі азаюын, сондай-ақ науқастың организмінің функционалдық мүмкіндіктерін қалпына келтіруді қамтамасыз ететін терапияның жалғасу кезеңі;

25) Манту сынамасы – ерекше диагностикалық тест, халықаралық екі туберкулин бірлігімен терішілік туберкулин Манту сынамасы (бұдан әрі – 2 Т Б - м е н М а н т у ) ;

26) реконвалесцент – аурудан айығу сатысындағы науқас адам;

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

28) ретроспективті эпидемиологиялық талдау – эпидемияға қарсы іс-шараларды перспективалы жоспарлауды негіздеу мақсатында уақыттың алдағы ұзақ аралығындағы инфекциялық сырқаттанушылықтың динамикасын және құрылымын, деңгейін талдау;

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

30) сальмонеллез – сальмонелла (*Salmonella*) тобына жататын қоздырғыштардың нәжіс-ауыз қуысы арқылы берілетін полиэтиологиялық жіті инфекциялық аурулардың тобы, олар белгілері білінбейтін

бактериятасымалдаушылықтан бастап, ауыр септикалық түрлеріне дейін болатын клиникалық пайда болуының көптүрлілігімен сипатталады. Көбінесе жіті гастроэнтерит түрінде өтеді;

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

32) субөнімдер – мал сою және ет қақтау кезінде алынатын тамақ азық-түлігінің өндірістік атауы (кесек еттен басқа бауыр, тіл, бүйрек, ми және тағы басқалар);

33) тауар көршілестігі – шикізаттар мен дайын өнімдерді бірге сақтауды және өткізуді болдырмайтын, тауардың сапасында көрсетілетін, олардың ластануын және бөгде иістердің енуін болдырмайтын жағдай;

34) туберкулез – патологиялық үдеріске өкпеден басқа барлық ағзалар мен организмнің тіндері қатысуы мүмкін кездегі өкпелік таратпаушылығы басым ауру;

35) туберкулинодиагностика – 2 ТБ-мен Манту сынамасы бойынша ерекше диагностикалық зерттеу;

36) көптеген дәріге көнбейтін туберкулез – бұл штамдары изониазид пен рифампицинге төзімді ТМБ-дан болған туберкулез;

37) кең көлемді дәрілерге көнбейтін туберкулез – бұл штамдары изониазид пен рифампицинге, сондай-ақ фторхинолондардың біреуіне және екінші қатардағы үш инъекциялық препараттардың біреуіне көнбейтін ТМБ-дан болған туберкулез;

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

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

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

41) энтералдық механизм – инфекцияның асқазан-ішек жолы арқылы берілуі. Вирус организмге ластанған сумен, тамақ өнімдерімен, лас қолдар арқылы енеді;

42) anti-HCV – С вирустық гепатитіне антидене;

43) HBsAg – инфекцияның жіті немесе созылмалы түрін көрсететін беткейлік антиген;

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

45) тұмау тәрізді аурулар (бұдан әрі – ТТА) – дене қызуының  $\geq 380^0\text{C}$ -қа көтерілуімен және ауру басталғаннан бастап 7 күн ішінде кемінде бір рет байқалатын жөтелмен қоса жүретін жіті респираторлық вирустық ауру жағдайлары ;

46) ауыр жіті респираторлық вирустық инфекциялар (бұдан әрі – АЖРИ) – пациентті дереу емдеуге жатқызуды қажет ететін және анамнезінде ауру басталғаннан бастап 7 күн ішінде кемінде бір рет байқалатын  $\geq 380^0\text{C}$  жоғары температурамен немесе қызумен, жөтелмен, еңтігумен немесе тыныс алудың қиындауымен сипатталатын ауру ;

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

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

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

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

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

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

53) индикаторлық көрсеткіштер – ТТА, АЖРИ және тұмауды ШЭҚ жүйесін ұйымдастырудың сапалық көрсеткіштері ;

54) вирустық көлік ортасы (бұдан әрі – ВКО) – клиникалық материал

үлгілерінде вирустарды зертханаға дейін тасымалдау үдерісінде сақтауға арналған дайын сұйық орта;

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

56) термоконтейнер – жылудан оқшаулау қасиеттері бар үлгілерді тасуға арналған және тиімді температуралық режим (плюс 2<sup>0</sup>С-тан плюс 8<sup>0</sup>С-қа дейін) қуысына салынған мұздатылған тоңазыту элементтерінің көмегімен қамтамасыз етілетін, тығыз жабылатын қақпағы бар жәшік (немесе сөмке);

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

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

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

60) таңертеңгілік сүзгі – мектепке дейінгі тәрбиелеу және білім беру объектілерінде, мектептерде, гимназияларда, лицейлерде балаларды ата-аналарынан ЖРВИ және тұмаудың белгілері мен симптомдарының болуы туралы сұрай отырып, аңқаны қарау, температураны өлшеу және деректерді журналға жазу арқылы қабылдау.

**Ескерту. 2-тармаққа өзгерістер енгізілді - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

3. Жіті ішек инфекциялық ауруларын эпидемиологиялық қадағалау мынадай санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды қамтиды:

1) профилактикалық іс-шаралардың тізбесін, көлемін және жүргізу мерзімін негіздеу, ұзақ мерзімге арналған бағдарламалық-нысаналы жоспарлау мақсатында мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары жыл сайын жүргізілетін жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты ретроспективті эпидемиологиялық талдау. Жіті ішек диареялық инфекциялардың құрылымын нозологиялық түрлер бойынша зерделеу, "тәуекел топтарын" анықтау үшін халықтың кейбір жас ерекшелік, әлеуметтік, кәсіптік топтарында және жекелеген ұжымдарда аурудың деңгейін бағалау қажет;

2) басталған аурудың өршуін уақтылы анықтау, оның себептерін анықтау және эпидемияға қарсы жедел іс-шараларды жүргізу үшін мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары жыл сайын жүргізетін жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты жедел эпидемиологиялық т а л д а у .

Ағымдық сырқаттанушылықты апталар, айлар бойынша, өсу қорытындысымен салыстыру, осы аумаққа тән аурудың бақылау деңгейімен с а л ы с т ы р у жү р г і з і л е д і .

4. Ауруханаішілік ауруларды болдырмау мақсатында мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қызмет органдары медициналық ұйымдарда, балалар үйлерінде, нәрестелер үйлерінде, қарттар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлерінде санитариялық-эпидемияға қарсы режимнің сақталуына мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау жүргізеді.

5. Ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды және күдіктілерді анықтауды меншік нысанына қарамастан барлық денсаулық сақтау ұйымдарының медицина қызметкерлері амбулаториялық қабылдау, үйге бару, медициналық қарау, ауруханаға жатқызу және басқа да медициналық ұйымдарға бару кезінде жүргізеді. Диагноз аурудың клиникалық пайда болуы, зертханалық зерттеулер деректері, эпидемиологиялық анамнезі негізінде қойылады.

6. Халықтың мына санаттарына ішек тобына бір реттік зертханалық зерттеу жү р г і з і л е д і :

1) медициналық ұйымдарға қаралған кезде жіті ішек инфекцияларына күдікті н а у қ а с т а р ;

2) стационарға түсу кезінде психиатриялық стационарлардың пациенттері;

3) мектеп-интернаттарға, балалар үйлері мен нәрестелер үйлеріне алуға р е с і м д е у к е з і н д е б а л а л а р ;

4) қарттар мен мүгедектерге арналған интернат-үйлеріне алуға р е с і м д е у к е з і н д е ж а с ы ұ л ғ а й ғ а н а д а м д а р ;

5) ішек инфекциясымен ауырып жазылған реконвалесценттер.



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

### **3. Эпидемиологиялық тексеруді ұйымдастыруға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

8. Мына ошақтарда эпидемиологиялық тексерулер жүргізіледі:

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

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

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

4) бір аурудың дамуының жасырын кезеңінде бір инфекция ошағында үш және одан да көп адамның сырқаттану жағдайы тіркелген кезде.

9. Жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықтың бақылау деңгейлері артқан кезде пәтерлік ошақтарды тексерудің қажеттілігін эпидемиологиялық жағдайды, алдын ала жасалынған талдау материалдарын ескере отырып, тиісті аумақтың бас мемлекеттік санитарлық дәрігері айқындайды.

10. Ошақтарды эпидемиологиялық тексеру кезінде зертханалық тексеру үшін тамақ өнімдерінің, судың, жуындылардың сынамаларын жинау жүргізіледі.

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

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

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

1) екі айлыққа дейінгі балалардағы аурудың барлық түрлері;

2) баланың жасына қарамастан қатты сусыздандыратын ауру түрлері;

3) қосымша патологиялы созылмалы аурудың түрлері;

4) әртүрлі деңгейдегі қатты сусыздандыратын созылмалы іш өту;

5) дизентерияның созылмалы түрлері (асқынған жағдайда).

13. Жіті ішек инфекциясымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызудың  
эпидемиологиялық айғақтары:

1) науқастың тұрғылықты жері бойынша қажетті эпидемияға қарсы режимді сақтау мүмкіндігі болмағанда (әлеуметтік жағдайы төмен отбасылар, жатақхана, казармалар, коммуналдық пәтерлер);

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

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

Дизентерия және басқа жіті диареялық инфекциялардан жазылған реконвалесценттерді бір реттік бактериологиялық тексеру амбулаториялық жағдайда емханадан шыққанынан кейін күнтізбелік жеті күн ішінде, бірақ антибиотик терапиясын аяқтағаннан кейін 2 күннен соң жүргізіледі.

## **5. Жіті ішек инфекцияларымен ауырып жазылған адамдарды диспансерлеуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

15. Жіті дизентериядан сауыққаннан кейін диспансерлік бақылауға мыналар жатады:

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

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

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

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

17. Дәрігерге бару жиілігі клиникалық айғағы бойынша айқындалады.

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

19. Ауру қайталанған жағдайда немесе зертханалық тексерудің қорытындысы оң болғанда, ауырып жазылған адамның барлық санаты қайта емдеуден өтеді. Емдеу аяқталғаннан кейін осы адамдар үш ай бойы, ай сайын зертханалық тексеруден өтеді. Бактерия тасымалдаушылықпен ауыратын адамдар үш айдан

астам жалғастырады, дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын науқастар  
р е т і н д е е м д е л е д і .

20. Декреттелген контингенттің ішінен адамдарға мамандығы бойынша жұмысқа рұқсат етуді сауыққаны туралы анықтаманы ұсынған сәттен бастап жұмыс беруші жүргізеді. Сауыққаны туралы анықтаманы клиникалық және бактериологиялық тексеру нәтижелерімен расталып, толық сауыққаннан кейін ғана емдеуші дәрігер береді.

21. Дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын адамдар бір жыл бойы диспансерлік бақылауда тұрады. Бұл адамдарға бактериологиялық тексеруді және дәрігерлік қарауды дәрігер-инфекционист ай сайын жүргізеді.

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

22. Халықтың мына санаты сальмонеллезге міндетті бактериологиялық тексерілуге жатады:

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

23. Декреттелген контингентке жататын адамдар немесе екі жасқа дейінгі балалар науқастанған жағдайда, сальмонеллез ошақтарына міндетті түрде эпидемиологиялық тексеру жүргізіледі.

24. Сальмонеллезбен ауыратын науқастарды емге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткіштері бойынша жүргізіледі.

25. Реконвалесценттерді ауруханадан шығару клиникалық толық емделгеннен және нәжістің бір реттік теріс бактериологиялық зерттеуінен кейін жүргізіледі. Зерттеуді емдеу аяқталғаннан кейін үш күннен ерте жүргізбейді.

26. Диспансерлік бақылауға ауырып жазылғаннан кейін тек декреттелген контингент ғана алынады.

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

Декреттелген контингенттің ішінен адамдарға мамандығы бойынша жұмысқа рұқсат етуді сауыққаны туралы анықтаманы ұсынған сәттен бастап жұмыс беруші жүргізеді.

28. Декреттелген контингенттің ішінен реконвалесценттерге мамандығы бойынша жұмысқа рұқсат етуді сауыққаны туралы анықтаманы ұсынған сәттен бастап жұмыс беруші жүргізеді.

Емдеу аяқталғаннан кейін сальмонелла бөлуді жалғастыратын реконвалесценттерді, сондай-ақ декреттелген контингенттердің ішінен анықталған бактерия тасымалдаушыларды мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары негізгі жұмысынан күнтізбелік он бес күнге шеттетеді. Жұмыс беруші оларды эпидемиологиялық қауіп туғызбайтын басқа жұмысқа ауыстырады.

Осы кезеңде нәжісті үш рет тексеру жүргізіледі. Оң нәтиже қайталанған жағдайда, жұмыстан шеттетудің және тексерудің осы тәртібі тағы да он бес күн ішінде қайталанады.

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

Осы мерзім аяқталған соң, нәжіс пен өтке арасы бір-екі күннен үш реттік тексеру жүргізіледі. Теріс нәтижелер алынған кезде бұл адамдар негізгі жұмысына жіберіледі. Бір рет оң нәтиже алынған кезде бұл адамдар созылмалы бактерия тасымалдаушысы ретінде қарастырылады, мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары оларды эпидемиологиялық қауіп туғызуы мүмкін жұмыстарынан шеттетеді.

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

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

30. Халықтың іш сүзегі және қылау ауруларымен сырқаттанушылығын мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау мынадай санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды қамтиды:

1) елді мекендердің, әсіресе халықтың тифопаратифоздық инфекциялармен

сырқаттанушылығы бойынша қолайсыз елді мекендердің санитариялық жағдайы туралы ақпаратты талдау;

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

3) науқастардан және бактерия тасымалдаушылардан бөлінетін өсінділердің фаготиптерін айқындау;

4) бактерия тасымалдаушыларды, әсіресе тамақ кәсіпорындарының қызметкерлері мен басқа да декреттелген контингенттер арасын айқындау мен санациялау мақсатында іш сүзегімен және қылаумен ауырып жазылған адамдарды есепке алу және диспансерлік бақылау;

5) профилактикалық және эпидемияға қарсы іс-шараларды жоспарлау.

31. Сүзек, қылау инфекцияларының профилактикалық іс-шаралары қоздырғыштардың су, тамақ арқылы берілуін ескертетін санитариялық-гигиеналық іс-шараларды өткізуге бағытталады. Мына объектілердің санитариялық-техникалық жағдайына:

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

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

3) кәріз жүйелеріне мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау жүргізіледі.

32. Дәрігерлік қараудан соң декреттелген контингенттің ішіндегі адамдар жұмысқа қабылданар алдында қан сарысуын тікелей гемагглютинация әсеріне қою жолымен серологиялық тексеруге және бір реттік бактериялогиялық зерттеуге жатқызылды. Бұл адамдар серологиялық және бактериялогиялық тексерудің қорытындысы теріс болып, басқа қарсы айғақтар болмаса жұмысқа жіберіледі.

Тіке гемагглютинацияның әсері оң нәтиже берген жағдайда 1-2 күн сайын дәретін бес рет бактериологиялық тексеру қосымша жүргізіледі. Бұл тексерудің нәтижесі теріс болған жағдайда өтке бір реттік бактериялық зерттеу жүргізіледі. Дәреті мен өтін бактериялогиялық тексерудің нәтижесі теріс болған адамдар жұмысқа жіберіледі.

Бактериологиялық және серологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған адамдар бактериятасымалдаушы ретінде қарастырылады. Оларға емдеу жүргізу, есепке алу жүргізіледі, медициналық бақылау орнатылады. Осындай жағдайда, мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары бұл адамдарды эпидемиялық қауіп төндіруі мүмкін жұмыстан шеттетеді.

33. Тамақтандыру, сумен қамтамасыз ету саласының және басқа да

декреттелген контингенттің қызметкерлері осы инфекциялар бойынша эпидемиялық сау болған кезде іш сүзегі мен қылаудың қоздырғышын тасымалдаушылыққа жоспарлы профилактикалық зертханалық зерттеулерден ө т п е й д і .

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

35. Іш сүзегі немесе қылау ошақтарында мынадай эпидемияға қарсы і с - ш а р а л а р жү р г і з і л е д і :

1) барлық науқастарды сұрау, тексеру, қызуын өлшеу, зертханалық тексеру а р қ ы л ы а н ы қ т а у ;

2) іш сүзегімен және қылаумен ауыратын барлық науқастарды уақтылы о қ ш а у л а у ;

3) іш сүзегімен немесе қылаумен бұрын ауырған адамдарды, жұқтыру қаупі туындаған адамдарды, декреттелген контингентті (күдікті тағамдар мен суды қолданған; науқастармен араласқан) анықтау және зертханалық тексеру жүргізу;

4) декреттелген топтың ішінде бір рет ауырған адамдардың ошағына нәжісін бір рет бактериялогиялық тексеру және қанның құрамындағы сарысуын тіке гемагглютинация әсеріне тексеру жүргізіледі. Тіке гемагглютинация әсеріне нәтижесі оң болған адамдардың зәрі мен нәжісін бес рет бактериологиялық т е к с е р у жү р г і з і л е д і ;

5) топтық ауру пайда болған жағдайда, инфекцияның көзі болуы мүмкін адамдарға зертханалық тексеру жүргізіледі. Зертханалық тексеру кемінде 2 күн сайын үш рет нәжісі мен зәрін бактериологиялық тексеруді және бір рет қан сарысуын тіке гемагглютинация әсері әдісімен тексеруді қамтиды. Тіке гемагглютинация әсеріне нәтижесі оң болған адамдар 2 күн сайын кемінде қосымша бес рет нәжісі мен зәрін бактериологиялық тексеруге тапсырады, ал тексерудің нәтижесі теріс болғанда бір рет өті тексеріледі;

6) іш сүзегімен немесе қылаумен ауырған науқаспен үйінде араласқан декреттелген контингент ішіндегі адамдарды науқасты ауруханаға жатқызып, үйге соңғы дезинфекция өткізіп, оның нәжісін, зәрін бір реттік бактериологиялық тексеруге және тіке гемагглютинация әсеріне теріс нәтиже алғанға дейін мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары уақытша ж ұ м ы с т а н ш е т т е т е д і ;

7) жұқтыру қаупіне ұшыраған адамдар зертханалық тексерумен қатар медициналық қадағаланады және күнсайын дәрігерге қаралады әрі соңғы науқасты оңашалау сәтінен бастап, іш сүзегі кезінде жиырма бір күн және қылау

кезінде он төрт күн бойы дене қызуы өлшенеді;

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

36. Іш сүзегі мен қылаудың ошақтарындағы жедел профилактика эпидемиологиялық жағдайға байланысты эпидемиологтың тағайындауымен жүргізіледі. Іш сүзегі ошақтарында ішсүзектік бактериофаг, қылау кезінде көпвалентті сальмоноллездік бактериофаг беріледі. Бактериофагты бірінші рет беру материалды бактериялогиялық тексеруге алғаннан кейін жүргізіледі. Бактериофаг реконвалесценттерге де беріледі.

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

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

2) ағымдық дезинфекцияны емдеуді денсаулық сақтау ұйымының қызметкері ұйымдастырады, ал оны науқасты күтуші адам, реконвалесценттің өзі немесе бактерия тасымалдаушы жүргізеді;

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

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

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

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

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

39. Ауруды диагностикалағанда ең бастысы гемокультураның бөлінуі болып табылады. Гемокультураны бөлу үшін қан алу аурудың барлық кезеңінде жүргізіледі. Қанның бірінші егілуі антибактериялық терапия басталғанға дейін жүргізіледі. Ауруды диагностикалау үшін нәжіс өсірінділерін, зәр өсірінділерін, өтті зерттеу, серологиялық диагностика жүргізіледі (Видадь әсері, тіке гемагглютинация әсері).

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

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

42. Науқастарды ауруханадан шығару нәжісі мен зәрін үш рет бактериялогиялық зерттегеннен кейін дене қызуы толық жиырма бір күн қалыпты болғанда жүзеге асырылады. Нәжісі мен зәрін бактериялогиялық зерттеу антибиотикті тоқтатқаннан кейін бес күннен кейін және содан соң бес күн аралықпен жүргізіледі. Одан басқа, ауруханадан шығардан жеті-он күн бұрын дуоденальды құрамды себу жүргізіледі.

## **9. Іш сүзегімен және қылаумен ауырып жазылған адамдарды диспансерлік бақылауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

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

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

Бақылаудың төртінші айында бактериялогиялық зерттеу өт және тіке гемагглютинация әсеріне цистеинмен қан сарысуы зерттеледі. Барлық зерттеулердің қорытындысы теріс болған жағдайда, ауырып жазылған адам диспансерлік бақылаудан алынады.

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

Стационардан шыққан соң бір жылдан кейін бір рет бактериялогиялық тексеруге нәжіс пен зәр алынады және тіке гемагглютинация әсеріне цистеинмен қан сарысуы тексеріледі. Тексерудің нәтижесі теріс болса, ауырған адамды



диспансерлік

бақылаудан

шығарады.

44. Декреттелген контингентке жататын, іш сүзегімен және қылаумен ауырып жазылған адамдар стационардан шыққан соң, оларды мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары эпидемиялық қауіп төндіруі мүмкін жұмыстан бір ай бойы шеттетеді. Осы уақыт аралығында бес рет бактериялогиялық зерттеу (нәжіс пен зәрді зерттеу) жүргізіледі.

Зерттеудің нәтижелері теріс болған кезде олар жұмысқа жіберіледі және келесі екі ай ішінде ай сайын өті және цистеинмен тіке гемагглютинация әсеріне қанның сарысуы зерттеледі. Одан әрі екі жыл бойы тоқсан сайын, ал кейіннен барлық жұмыс істеу мерзімінде жылына екі рет тексеріледі (нәжісі мен зәрін з е р т т е у ) .

Нәтижесі оң болған жағдайда (сауыққаннан кейін бір айдан соң) олар тамақ пен суға байланысы жоқ жұмысқа ауыстырылады. Үш ай өткеннен соң бес рет нәжісі мен зәріне және бір рет өтіне бактериялогиялық зерттеу жүргізіледі. Нәтижесі теріс болғанда жұмысқа жіберіледі және алдындағы топтар сияқты т е к с е р у д е н ө т к і з і л е д і .

Нәтижесі оң болса, цистеинмен тіке гемагглютинация әсеріне қосымша нәжіс пен зәрге бес рет және нәтижесі теріс болған кезде өтке бір рет зерттеу жүргізіледі. Нәтижесі теріс болғанда олар жұмысқа жіберіледі. Егер мұндай адамдарда сауыққаннан кейін үш ай бойына жүргізілген барлық тексеруден бір рет іш сүзегінің немесе қылаудың қоздырғышы бөлінсе, онда олар созылмалы бактерия тасымалдаушы болып есептелінеді және оларды мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары эпидемиологиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді.

45. Іш сүзегі мен қылаудың бактерия тасымалдаушылары мынадай санаттарға б ө л і н е д і :

1) транзиттік бактерия тасымалдаушылар – іш сүзегімен және қылаумен ауырмаған, бірақ іш сүзегінің немесе қылаудың қоздырғыштарын бөлетін а д а м д а р ;

2) жіті бактерия тасымалдаушылар – ауруханадан шыққан соң үш ай бойы бактерия тасымалдаушылық байқалатын іш сүзегімен және қылаумен ауырып ж а з ы л ғ а н а д а м д а р ;

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

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

1) транзиторлық бактерия тасымалдаушыларында үш ай бойы бес рет нәжісі мен зәрін бактериялогиялық зерттеу қажет. Қорытындысы теріс болған кезде өті

бір рет зерттеледі. Бақылаудың соңында бір рет цистеинмен тіке гемагглютинация әсеріне қанның сарысуы зерттеледі. Барлық зерттеудің қорытындысы теріс болса, бақылаудың үшінші айының соңында олар есептен шығарылады. Бактериологиялық және серологиялық зерттеулердің нәтижесі оң болса, олар жіті бактерия тасымалдаушы болып саналады;

2) ауруы анықталғаннан кейін екі ай бойы жіті бактерия тасымалдаушыларға дене қызуын өлшеп тұратын медициналық бақылау және үш ай бойы нәжісі мен зәрін бактериялогиялық тексеру жүргізіледі. Үшінші айдың соңында нәжісі мен зәрін бактериологиялық зерттеу – бес рет, өтіне – бір рет және цистеинмен тіке гемагглютинация әсеріне қанның сарысуын серологиялық зерттеу жүргізіледі. Бактериологиялық және серологиялық зерттеудің нәтижесі теріс болған кезде, қаралушы диспансерлік есептен шығарылады. Серологиялық зерттеудің нәтижесі оң және нәжіс пен зәрді зерттеудің нәтижесі теріс болғанда бір жылға бақылауға алу жалғастырылады. Бір жылдан кейін нәжіс пен зәрді цистеинмен бір рет, бактериялогиялық бір рет зерттеу қажет. Серологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған кезде нәжіс пен зәрді бес рет, өтті бір рет зерттейді. Зерттеудің нәтижесі теріс болғанда қаралушы диспансерлік бақылаудан шығарылады. Нәтижесі оң болғанда қаралушы адамдар созылмалы бактерия тасымалдаушы ретінде е с е п т е л і н е д і ;

3) іш сүзегінің таяқшаларын созылмалы тасымалдаушылар аумақтық санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органында есепке тұрады, олардың өмір бойы тексерілу тәртібін эпидемиолог белгілейді. Созылмалы бактерия тасымалдаушылар дезинфекциялық ерітінділерді дайындау, ағымдық дезинфекциялау, дұрыс тазалық сақтау қағидаларына оқытылады;

4) декреттелген контингенттерден шыққан бактерия тасымалдаушылар аумақтық санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органында тұрақты есепке алынады. Бірінші бақылау айында оларды эпидемиологиялық қауіп тудыруы мүмкін жұмыстан шеттетеді. Егер бір айдан соң қоздырғыштың бөлінуі жалғаса берсе, оларды тағы екі айға жұмыстан шеттетеді. Үш айдан кейін бактериялогиялық тексерудің қорытындысы теріс болса, онда олар негізгі жұмыс орнына жіберіледі. Бактериологиялық тексерудің нәтижесі оң болса, олар созылмалы тасымалдаушылар ретінде саналып, эпидемиологиялық қауіп тудыруы ықтималдығынан жұмыстан шеттетіледі.

47. Декреттелген контингенттің ішінде отбасы мүшелерінің біреуінен созылмалы бактерия тасымалдаушылық анықталған жағдайда, жұмыстан шеттетілмейді және арнайы бақылауға жатпайды.

## 10. Туберкулезбен ауыратын науқасты анықтауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

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

- 1) амбулаториялық-емханалық және стационарлық ұйымдарда медициналық көмекке жүгіну;
- 2) стационарлық және мамандандырылған медициналық көмек көрсету;
- 3) міндетті және профилактикалық медициналық тексеру жүргізу;
- 4) туберкулезге қарсы иммундау жүргізу.

49. Медициналық ұйымға туберкулез ауруы мүмкіндігін көрсететін белгілері бар пациенттер келіп қаралған кезде міндетті рентгенологиялық және бактериологиялық зерттей отырып (қақырық жағындысын және басқа да патологиялық материалды микроскопиямен қарау), толық клиникалық және құрал-саймандық тексеру жүргізеді.

50. Тексеру кезінде туберкулез ауруы мүмкіндігін көрсететін белгілерді анықтаған кезде пациентті үш күннің ішінде тұрғылықты жері бойынша туберкулезге қарсы диспансерге (бөлімше, кабинет) жібереді.

51. Науқасты уақтылы және толық тексеру жүргізуді бақылауды медициналық ұйымның жіберген маманы және туберкулезге қарсы ұйымның (бұдан әрі – ТҚҰ) маманы жүзеге асырады.

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

53. ТҚҰ науқасты жіберген маманға жүргізілген тексеру нәтижелері туралы хабардар етеді.

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

55. Мынадай жағдайларда:

- 1) «айықтырылды» немесе «емдеу аяқталды» деген нәтижесі бар I, II, III және IV санаттағы режимдерде емдеу курсы ойдағыдай аяқтаған;
- 2) емдеудің қарқынды кезеңін ойдағыдай аяқтағаннан кейін (ОДКК шешімімен) бактерия бөлмейтін шектеулі үдерістері болатын туберкулезбен ауыратын науқастар оқуға және жұмысқа жіберіледі.

**Ескерту. 55-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

55-1. ОДКК қорытындысы бойынша туберкулезбен ауырып айыққан адамдар:

перзентханаларға (бөлімшелерге), балалар ауруханаларына (бөлімшелеріне), жаңа туған нәрестелер мен шала туған нәрестелер патологиясы бөлімшелеріне; мектепке дейінгі ұйымдарға (бөбектер үйлері – балабақшалар, сәбилер үйлері, балалар үйлері, балалар санаторийлері) және мектеп ұйымдарының төменгі сыныптарына жұмысқа жіберілмейді.

**Ескерту. 10-бөлім 55-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

55-2. Туберкулезбен ауырып айыққан ведомстволық ұйымдардың (Қорғаныс министрлігі, Ішкі істер министрлігі, қылмыстық-атқару жүйесі, Қазақстан Республикасының Президенті жанындағы Республикалық гвардия, табиғи және техногендік сипаттағы төтенше жағдайлардың алдын алу және жою саласындағы уәкілетті орган, Қарулы Күштердің, басқа да әскерлер мен әскери құралымдарының жұмыскерлері мен қызметшілері) қызметкерлері, арнайы мемлекеттік органдардың (Ұлттық қауіпсіздік комитеті, сыртқы барлау саласындағы уәкілетті орган, Қазақстан Республикасы Президентінің Күзет қызметі) жұмыскерлері мен қызметкерлері мерзімі 1 жылға арналған ішкі тәртіп ережесін және диспансерлік есептен алып тасталғанға дейінгі жыл сайынғы қайта куәландыруды есепке ала отырып, ОДКК-ның шешімі негізінде жұмысқа жіберіледі.

**Ескерту. 10-бөлім 55-2-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

55-3. Туберкулезбен ауырып айыққан әскери қызметшілер Қазақстан Республикасының Қарулы Күштердегі, басқа да әскерлердегі және әскери құралымдардағы қызметтер үшін адамдардың денсаулығы жағдайына сәйкес қойылатын талаптар негізінде әскери қызметке жіберіледі.

**Ескерту. 10-бөлім 55-3-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

56. Туберкулездің жұқпалы түрімен ауыратын науқас емделуден бас тартқан немесе жалтарған жағдайда денсаулық сақтау органдары (ұйымдары), сондай-ақ, ТҚҰ бөлімше дәрігері оған мамандандырылған ТҚҰ-да мәжбүрлеп емдеуді тағайындау мәселесін шешу үшін ОДКК-ге шағымдана алады.

57. Денсаулық сақтау органдары (ұйымдары) ОДКК-ның қорытындысы бойынша, оның ішінде ТҚҰ бас дәрігері сотқа мәжбүрлеп емдеуді белгілеу туралы ұсынымға қол қояды.

58. Ересек тұрғындарда туберкулезді ерте анықтау мақсатында профилактикалық медициналық тексеруге Қазақстан Республикасының

азаматтары, оралмандар және Қазақстан Республикасының аумағындағы басқа да  
а д а м д а р ж а т а д ы .

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

60. Профилактикалық медициналық тексеріп-қарауларды жоспарлауды, ұйымдастыруды және есепке алуды және флюорокартотеканы қалыптастыруды халықтың жеке есепке алу деректері бойынша медициналық ұйымдардың басшылары қамтамасыз етеді.

**Ескерту. 60-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

62. Балалардағы туберкулезді ерте анықтау мақсатында туберкулинмен тері ішіне аллергиялық сынаманы (бұдан әрі – Манту сынамасы) қолданады. Туберкулин диагностикасын 12 айлықтан бастап 14 жасқа жеткен тәуекел тобындағы балаларға Манту сынамасын бұрынғы сынамалардың нәтижесіне қарамастан, жылына 1 рет салады.

Манту 2 ТЕ сынамасы бойынша мыналар тексерілуі тиіс:

- 1) «тәуекел» топтарындағы балалар;
- 2) туберкулез ошақтарындағы балалар мен жасөспірімдер;
- 3) вакцинациялау алдында 2 айлықтан асқан балалар;
- 4) ревакцинациялау алдындағы 1-сынып (6-7 жас) оқушылары.

**Ескерту. 62-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

63. Перзентханада туберкулезге қарсы вакцинациялау жүргізілмеген балалар медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) ұйымдарында вакцинацияланады, бұл ретте екі айға дейін вакцинация алдын ала туберкулин диагностикасыз жүргізіледі, ал екі айдан кейін Bacielle Calmette-Guerin (бұдан әрі – БЦЖ) Мантуға теріс сынама кезінде жүргізіледі.

Мыналар:

1) алғашқы туысқандық дәрежедегі адамдарда анықталған БЦЖ генерализацияланған инфекциясы (тұқым қуалаған иммун тапшылығының ықтималдығы);

2) А И Т В / Ж И Т С ;

3) шала туғандық – дене салмағы 2000 грамнан кем немесе 33 аптадан кем

4) орталық жүйке жүйесінің зақымдануы – неврологиялық симптомды ( ауырлығы орта және ауыр дәрежелі) туа біткен жаракат;

5) қынапішілік инфекциялар, жаңа туған нәрестелердегі сепсис;

6) жаңа туған сәбилердің гемолитиялық аурулары (ауырлығы орта және ауыр т ү р л е р і ) ;

7) субфебрильді температурамен және жалпы жағдайдың бұзылуымен қоса жүретін ауырлығы орта және ауыр аурулар кезінде БЦЖ вакцинациясын жүргізуге ж о л б е р і л м е й д і .

**Ескерту. 63-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қ о л д а н ы с қ а е н г і з і л е д і ) .**

64. Манту сынамасын қоюға егулер жүргізуге рұқсаты бар балалар, жасөспірімдер, амбулаториялық-емханалық және сауықтыру ұйымдарының медицина қызметкерлері жүзеге асырады.

65. Инфекциялық аурулар бойынша карантин кезінде балалар мен жасөспірімдер ұжымдарында Манту сынамасын жүргізуге жол берілмейді. Манту сынамасын қоюды кез келген профилактикалық егулерге дейін жүргізу о р ы н д ы .

66. Профилактикалық егу мен Манту сынамасының арасындағы аралық екі айды құрайды. Туберкулин сынамаларын қойған күні балаларды медициналық тексеруден өткізеді. Манту сынамасын қою алдында екі айлық аралықты сақтау мақсатында анатоксин дифтериялық-сіреспе (бұдан әрі – АДС) және қызамық-қызылша-паротит (бұдан әрі – ҚҚП) вакцинацияларымен ревакцинациялау оқу жылы басталғанға дейін екі ай бұрын жүргізіледі.

**Ескерту. 66-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қ о л д а н ы с қ а е н г і з і л е д і ) .**

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

68. Туберкулез ауруының жоқтығы туралы фтизиатрдың қорытындысын Манту сынамасын қойған сәттен бастап ата-аналары бір айдың ішінде көрсетпеген туберкулезге қарсы диспансерге консультацияға жіберілген балалардың мектепке дейінгі және бастауыш орта білім беру ұйымдарына б а р у ы н а ж о л б е р і л м е й д і .

69. Балаларды жеке есепке алу деректері бойынша (туберкулезді ерте

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

#### 70. Манту сынамасының реакциясы:

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

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

3) 5 мм және одан да астам диаметрмен инфильтраты болған кезде – оң (н о р м е р г и я ) ;

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

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

1) оң туберкулин реакциясының қарқындылығы;

2) вакцинадан кейінгі жиектердің бар болуы және көлемі;

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

4) туберкулез ауруымен байланыста болуы немесе болмауы;

5) аурулардың клиникалық белгілерінің болуы.

**Ескерту. 71-тармаққа өзгеріс енгізілді - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

73. Гиперергиялық реакциялар вакцинациядан кейінгі аллергияға жатпайды.

74. Туберкулинге сезімталдық сипатын талдау қиындығы кезінде фтизиатр дәрігердің бақылауындағы созылмалы аурулар кезінде ауру бетінің қайту кезеңіне жеткенге дейін балалар қосымша тексерілуге және профилактикалық емделуге (гипосенсибилизация, жұқпа ошағының санациясы, дегельминтизация) жатқызылады. Туберкулинге сезімталдық этиологиясын дифференциалды диагностикадан өткізу кезінде бір-үш айдан кейін туберкулезге қарсы ұйымда



Манту 2ТБ сынамасын қайта салады. Өзіне тән емес аллергияның жиі клиникалық анықтаумен балаларға десенсибилизациялайтын дәрілерді қабылдағаннан кейін жеті - он төрт күннің ішінде Манту сынамасын салады.

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

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

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

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

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

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

2) 12 мм және одан да көп инфильтраты бар тұрақты (4 жыл) сақталатын реакциямен;

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

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

77. Балалардың фтизиатр-дәрігеріне толық тексерілуге туберкулинді реакцияның виражы және гиперергиясы бар балалар, кейбір жағдайларда аллергияның этиологиясы туралы мәселені шешу үшін (вакцинадан кейінгі немесе жұқпалы) бұрын жасалған туберкулин сынамасын, БЦЖ вакцинациясы мен ревакцинациясының нақты күнін көрсететін құжаттамасы бар балалар жіберіледі. Толық тексерілудің барлық кезеңі бір айдан асырылмайды.

78. Вираз және гиперергиясы бар балаларда белсенді туберкулин үдерісін жою кезінде диспансерлік есепке алу (бұдан әрі – ДЕ) III тобы бойынша есепке алады.

79. Туберкулинге қайталама гиперергиялық реакциясы бар адамдарды туберкулез үдерісін анықтау мақсатында кеңінен тексереді. Жергілікті туберкулез өзгерісі жоқ болған жағдайда мұндай балалар ДЕ алынбайды және қайта химиялық профилактикадан өтпейді.

80. Туберкулез ауруы бойынша "тәуекел" тобына мынадай:



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

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

3) әртүрлі аурулардың себебі бойынша педиатрда диспансерлік тіркеуде тұрған;

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

5) вакцинацияланбаған және вакцинациядан кейінгі дамымаған БЦЖ тартықтарымен;

б) гормондық терапияны қабылдайтын балалар жатады.

81. Ұйымдастырылған ұжымдарда туберкулин диагностикасын медициналық ұйым басшысының бұйрығымен бекітілген бару кестесіне сәйкес балалар ұйымдарына баратын арнайы оқытылған медицина персоналы жүргізеді.

82. Вираз және гиперергиялық реакцияны орналастырған жағдайда, басқа профилактикалық егулерді бақылаудағы химия профилактика курсы аяқтағаннан кейін, максималды үш ай өткен соң жүргізеді.

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

84. Манту сынамасының нәтижелері профилактикалық екпе картасында (№ 063/у нысаны), баланың медициналық картасында (№ 026/у нысаны), баланың даму тарихында (№ 112/у нысаны) белгіленеді. Бұл ретте баланың даму тарихында:

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

2) туберкулинді сынаманы жүргізу күні;

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

85. Манту сынамасын қоюға қарсы айғақ:

1) асқыну кезіндегі тері аурулары, жіті және созылмалы жұқпалы, соматикалық аурулар (соның ішінде эпилепсия); Манту сынамасын барлық клиникалық белгілер кеткеннен соң екі айдан кейін жүргізуге жол беріледі;

2) аллергиялық жағдай, ауру ішіндегі жіті және өткір фазалардағы ревматизм, бронхылық демікпе, зақымдану кезінде терімен көрініп айқындалған идиосинкразия. Барлық клиникалық белгілердің жоғалуынан кейін 2 айдан соң

Манту сынамысын жүргізуге жол беріледі.

86. Қарсы көрсетімді анықтау мақсатында дәрігер (мейірбике) Манту сынамысын салу алдында медициналық құжаттаманы қарап шығады, сондай-ақ сынамаға алынатын адамдардан сұрау алу және тексеру жүргізеді.

87. Балалар инфекциялары бойынша карантин бар балалар ұжымдарында Манту сынамысын жүргізуге жол берілмейді (карантин алынғаннан кейін жүргізіледі).

88. "Тәуекел" тобына туберкулин диагностикасын әртүрлі инфекцияларға қарсы алдын алу егулерін жүргізгенге дейін жоспарлайды.

Егер Манту сынамысын қандай да бір себептер бойынша әртүрлі алдын алу егулеріне дейін емес, кейін жүргізген жағдайда туберкулин диагностикасын егулер екеннен 2 айдан кейін жүзеге асырады.

89. Үйде туберкулиндік Манту сынамысын жүргізуге жол берілмейді.

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

91. АИТВ-жұқтырған балалар мен жасөспірімдерге диагностикалық мақсатпен Манту сынамысы қойылмайды.

92. Жасөспірімдердегі туберкулезді ерте анықтау мақсатында профилактикалық медициналық және флюорографиялық тексеру жүргізеді.

93. Жасөспірімдердің профилактикалық медициналық және флюорографиялық тексерілуін орналасқан оқу орны бойынша емханада немесе тұрғылықты жері бойынша БМСК ұйымында жүзеге асырады.

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

**Ескерту. 94-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

96. Наркологиялық және психиатрия мекемелерінде ДЕ тұрған, сондай-ақ АИТВ-жұқтырған жасөспірімдерге жылына бір рет флюорографиялық тексеру жүргізеді.

97. Туберкулезбен ауыру ықтималдығын көрсететін белгілері бар жасөспірімдер (ұзаққа созылған өкпе ауруы, экссудативті плеврит, жіті және

созылмалы лимфаденит, түйінді эритема, зәр шығаратын жолдың созылмалы ауруы) фтизиатрдан консультация алуға жіберіледі.

98. БМСК ұйымдарының медициналық қызметкерлеріне мыналар жүктеледі:

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

2) бақыланатын химия терапияның жүзеге асуы;

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

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

**Ескерту. 99-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

100. БМСК ұйымдарында қақырыққа микроскопиялық зерттеуді екі апта бойы жалғасқан жөтел (жөтел туберкулездің өкпе (жұқпалы) формасы бар ауруда басты белгі болып табылады) және бір немесе бірнеше төменде көрсетілген клиникалық белгілер болған жағдайда жүргізеді:

1) салмақ жоғалту;

2) тершеңдік;

3) кеуде жасушаларындағы ауырлық;

4) қан түкіру;

5) дене қызуының ұзақ уақыт жоғарылауы.

101. Жоғарыда көрсетілген белгілер науқаста болған жағдайда медицина қызметкері туберкулезге науқасты диагностикалық алгоритммен тексеруге сәйкес толық іс-шаралар кешенін жүргізеді.

102. Пациентте кеуде қуысы ағзаларының зақымдануының клиникалық белгілері және интоксикация болмаған, бірақ ТМБ-ға қақырық жағындысының микроскоптық теріс нәтижесі және тексерудің диагностикалық алгоритмін жүргізгеннен кейін кеуде қуысының ағзаларын рентгендік зерттеу деректері бойынша активті туберкулезге күдіктену сақталған жағдайларда диагнозды нақтылау үшін дәрігер-фтизиатрдың консультациясы жүзеге асырылады.

**Ескерту. 102-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

103. Активті туберкулезге клиникалық-рентгенологиялық күдіктену болған пациентті туберкулезбен ауыратын науқаспен байланыста болғаны анықталған

кезде диагностикалық тексеру алгоритмін жүргізгеннен кейін диагнозын нақтылау үшін дәрігер-фтизиатрға жібереді.

**Ескерту. 103-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

104. Бацилла бөлетіні анықталған кезде науқас оған қосымша зертханалық зерттеу жүргізу және тиісті туберкулезге қарсы ем тағайындау үшін туберкулезге қарсы ұйымға жіберіледі.

105. ТМБ-ға қақырықтың микроскоптық теріс нәтижелері болған және туберкулезге күдіктену белгілері артқан кезде науқасқа міндетті түрде дәрігер-фтизиатрдың консультациясы жүргізіледі.

**Ескерту. 105-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

105-1. Халық арасында флюорография тәсілімен туберкулезді анықтау 15 жастан бастап жүргізіледі. Флюорография нәтижесі оң адамдарды тексеру кезеңі қалалық жерде 2 аптадан аспауы және ауылдық жерде 1 айдан аспауы тиіс. МСАК ұйымдарында флюоротүсірімді талдау екі кезеңмен жүргізіледі (екі рет о қ у ) .

**Ескерту. 10-бөлім 105-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

105-2. Жыл сайын туберкулезге міндетті флюорографиялық тексерілуге жататын тәуекел топтарына мыналар жатады:

1) перзентханалардың (бөлімшелердің), балалар ауруханаларының (бөлімшелерінің), жаңа туған нәрестелер мен шала туған нәрестелер патологиясы бөлімшелерінің медицина қызметкерлері;

2) ТҚҰ қызметкерлері;

3) әскери қызметке шақырылғандар;

4) жоғары және арнаулы орта оқу орындарының студенттері, училищелердің о қ у ш ы л а р ы ;

5) 15-17 жастағы жасөспірімдер;

6) өкпенің созылмалы ерекшелік емес ауруларымен, қант диабетімен, алкоголизммен, нашақорлықпен, АИТВ/ЖИТС-пен диспансерлік есепте тұрған а д а м д а р ;

7) кортикостероидты терапия алып жүрген адамдар;

8) өкпесінде кез келген этиологиядағы қалдық көріністер бар адамдар;

9) туберкулезбен ауыратын науқаспен байланыстағы адамдар;

10) мектепке дейінгі ұйымдардың, жалпы білім беру және мамандандырылған

- мектептердің, лицейлердің және гимназиялардың қызметкерлері;
- 11) медициналық ұйымдардың қызметкерлері;
  - 12) Қазақстан Республикасының Қарулы Күштерінің, басқа да әскерлер мен әскери құралымдардың қызметшілері;
  - 13) табиғи және техногендік сипаттағы төтенше жағдайлардың алдын алу және жою саласындағы органдардың қызметкерлері;
  - 14) Қазақстан Республикасына тұрақты тұруға келген адамдар;
  - 15) тамақ өнеркәсібі, қоғамдық тамақтану және азық-түлік саудасы объектілерінің қызметкерлері;
  - 16) халыққа қызмет көрсету саласының қызметкерлері;
  - 17) жолаушыларды тасымалдаумен, көліктің барлық түрлерінде оларға қызмет көрсетумен айналысатын адамдар;
  - 18) жоғары және арнаулы орта оқу орындарының қызметкерлері;
  - 19) дәрілік заттарды дайындаумен, өлшеп-ораумен және өткізумен айналысатын дәріханалардың қызметкерлері;
  - 20) Қазақстан Республикасына уақытша тұруға, оның ішінде еңбек көші-қоны бойынша келген адамдар;
  - 21) туберкулезге қарсы вакцинациясыз перзентханадан немесе босандыру бөлімшесінен шығарылғанға дейін жаңа туған нәрестенің отбасы мүшелері.

**Ескерту. 10-бөлім 105-2-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

105-3. 6 айда 1 рет туберкулезге міндетті флюорографиялық тексерілуге жататын тәуекел тобына мыналар жатады:

- 1) тергеудегі және сотталған адамдар;
- 2) Ішкі істер министрлігі жүйесінің қызметкерлері, оның ішінде мамандандырылған күзет қызметінің, патрульдік-өткізу, жол-патрульдік және учаскелік қызметтердің, тергеу изоляторларының және түзету мекемелерінің қызметкерлері, сондай-ақ сотталғандарды конвоирлеуді, түзету мекемелері мен қоғамдық тәртіпті күзетуді қамтамасыз ететін әскери қызметшілер;
- 3) шұғыл қызметтің әскери қызметшілері.

**Ескерту. 10-бөлім 105-3-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

105-4. Барлық босанған әйелдер шығарылғанға дейін босандыру ұйымында болған кезеңінде флюорография тәсілімен туберкулезге міндетті тексеруге ж а т қ ы з ы л а д ы .

**Ескерту. 10-бөлім 105-4-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013**

№ 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

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

106. Қақырық жинауды пациенттерге қызмет көрсетумен және оларды емдеумен айналысатын барлық медициналық ұйымдар жүргізеді. Егер осы ұйымда ТМБ-ны анықтауға бактериологиялық зерттеу жүргізілмесе, жиналған қақырықты базалық бактериологиялық зертханаға жеткізеді.

107. Зертханаға жіберуге арналған қақырықты (бірінші күні – бір сынама, екінші күні – екі сынама) көлемі 50,0 миллилитр (бұдан әрі – мл), диаметрі 35 мм ұзын мойынды, көлемін және жиналған материалдың сапасын бақылауға болатын тұнық әйнектей, герметикалық бұралатын қақпағы бар арнайы шыны контейнерлерге немесе бір рет пайдаланылатын контейнерлерге жинайды. Таңбалауды пациенттің тегін, атын және әкесінің атын және үлгінің нөмірін көрсете отырып, тек контейнердің бүйір бетінде жүргізеді. ТБ-05 нысанын қақырықтың (диагностикалау мақсатында) үш немесе (химия терапияны бақылау мақсатында) екі үлгісін толтырады.

108. Қақырығы бар контейнерлерді зертханаға тасымалдау үшін таңбаланған металл бикске орнатады. Қақырық бір тәулік ішінде зертханаға жеткізіледі, қақырықты медициналық ұйымда жеті күнге дейін тоңазытқышта сақтауға жол беріледі.

109. Қақырық салынған контейнерлер сенімді қапталуы тиіс. Бикстарды (жәшіктерді) тасымалдаған кезде күн сәулесі түсуінен қорғалған салқын жерде сақтайды.

110. Қақырықты тасымалдауды медициналық қызметкердің еріп жүруімен медициналық көлікте жүзеге асырады. Зертханалық зерттеуге жіберілген бланктар материалы бар контейнерден бөлек тұруы керек. Бикске пациент және сынама туралы мәлімет беретін ілеспе хат қоса ұсынылады. Қораптағы контейнерлер саны тізімдегі фамилия санына сәйкес келуі керек. Сәйкестендіру нөмірі тізімнің сәйкестендіру нөміріне сәйкес келуі тиіс.

111. Зертханаға қақырықтың үлгісін қабылдау кезінде:

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

112. Зақымданған контейнерлерде қақырықтың жеткіліксіз мөлшері болған



жағдайда (3-5 мл) және тасымалдау қағидалары бұзылғанда үлгілер зерттеу үшін а л ы н б а й д ы .

112-1. Қақырық жинау кабинетіндегі тікелей қақырық жинау үшін пайдаланылатын үй-жайдың бір бөлігі жуу және дезинфекциялау құралдарына төзімді материалдан орындалған қалқамен барлық биіктігіне 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.

**Ескерту. 11-бөлім 112-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

112-2. Бактериоскопиялық зертханаларда үш секция болуы тиіс: біріншісі – мынадай: биологиялық ішке сору шкафында жұғындыларды дайындауға және бояуға арналған екі бөлікке бөлінген үстелі бар жұғындыларды дайындауға және бояуға арналған; екіншісі – микроскопияға арналған; үшіншісі – препараттарды тіркеуге және сақтауға арналған.

**Ескерту. 11-бөлім 112-2-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

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

114. Егу жүргізуден бас тартуды медициналық құжаттамаға жазып ресімдейді және ата-анасының біреуі немесе басқа заңды өкілдері, сонымен қатар медицина қызметкері қол қояды.

115. Балаларға қызмет көрсететін медициналық ұйымның басшылары профилактикалық егулерді жоспарлауды, ұйымдастыруды және жүргізуді, қамту толықтығын, нақтылығын есепке ала отырып қамтамасыз етеді, сондай-ақ олар туралы есептерді тиісті аумақтағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органына уақтылы беруді қамтамасыз етеді. Әдістемелік басшылықты ТҚҰ-ның мамандары жүзеге асырады.

116. Туберкулезге қарсы профилактикалық егудің жиынтық жоспары және

медициналық ұйымдарға иммундық-биологиялық препараттардың қажеттілігі тиісті аумақтағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органымен келіседі.

117. Профилактикалық егудің жоспарын ведомстволық тиесілігіне және меншік нысанына қарамастан тұрғылықты жері бойынша перзентхана (бөлімше) және медициналық ұйымдардың, білім беру ұйымдарының егу жұмысын жүргізуге жауапты медицина қызметкерлері құрайды.

118. Балаларды есепке алуды, егу картотекасын ұйымдастыру және жүргізуді, профилактикалық егу жоспарын қалыптастыруды нормативтік құжаттар талаптарына сәйкес балаларға қызмет көрсететін медициналық ұйымдар жүзеге асырады.

119. Балаларды есепке алуды жылына екі рет жүргізеді (маусым, желтоқсан). Санаққа мекенжайы бойынша тұратын және тіркелген, іс жүзінде осы мекенжайы бойынша тұратын, бірақ тіркелмеген 15 жасқа (14 жас 11 ай, 29 күндік) дейінгі балаларды қосады. Өткізілген санақтың негізінде педиатрлық учаске (үй бойынша санақ) және туылған жылы бойынша балалар тұрғынын есепке алу журналын ресімдейді. Санақ арасында балалар тұрғынын есепке алуды жаңа туылған нәресте, жаңадан келген балалар және бұрынғыларын есептен алып тастау туралы мәліметтерді енгізу жолымен түзетеді. Бір жылға дейін уақытша кету есептен алып тастауға негіз болып табылмайды.

120. Ведомстволық тиесілігіне және меншік нысанына қарамастан, білім беру ұйымдарына, балалар үйіне, интернаттарға баратын балаларды есепке алуды жылына 1 рет жүргізеді. Жоғарыда көрсетілген ұйымдарға баратын балалар туралы мәліметті ұйымның орналасқан орны бойынша БМСК ұйымына береді.

121. Туберкулезге қарсы иммундауды жүргізу үшін басқа иммундау түрлері, сондай-ақ туберкулиндиагностика жүргізілмейтін аптаның арнайы күнін белгілейді.

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

123. Медицина ұйымдарында егу жүргізу үшін "Профилактикалық егулерді жүргізу бойынша санитариялық-эпидемиологиялық талаптар" санитариялық қағидаларына сәйкес қажетті жабдықтармен жабдықталған арнайы егу кабинеттерін бөледі.

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

125. Иммундауды және туберкулиндиагностиканы жүзеге асыратын медицина қызметкерлері, жіті респираторлық аурулармен, ангинамен ауыратын,



қолында жарақаты бар, терісі және шырышты қабаты іріндік зақымданған науқастар олардың таратылмауына қарамастан, туберкулезге қарсы егу жүргізуден шеттетіледі.

126. БЦЖ-вакцинасын және туберкулинді сақтау, тасымалдау және пайдалануды медициналық иммундық-биологиялық препараттарды тасымалдау және сақтау жағдайында қойылатын нұсқаулықтар мен талаптарға сәйкес жүзеге асырады.

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

128. Перзентханада жаңа туған нәрестелерге вакцинацияны нәрестенің анасының қасында болуымен және жазбаша келісімімен вакцинацияланбаудың салдары және мүмкін болатын реакциялар мен асқынулар туралы түсіндіру жұмыстарынан соң туылғаннан кейінгі алғашқы төрт күн ішінде егу кабинетінде жүргізіледі.

129. Вакцинациялауға жаңа туған нәрестенің тарихында егуге рұқсатты ресімдей отырып, дәрігер-педиатрдың тексеруінен кейін нәрестелерге жол беріледі. Жаңа туған нәрестелерді вакцинациялауды егу жүргізуге рұқсаты бар егу кабинетінің мейірбикесі жүргізеді. Егер денсаулық жағдайына байланысты анасы екпе кабинетінің ішінде бола алмаса, онда оның жазбаша келісімімен медицина қызметкері ішінде болады. Перзентханадан шығарылар кезде анасына перзентханада алған егулер туралы жазбасы бар баланың Егу паспорты беріледі.

130. Перзентханада БЦЖ вакцинациясы жүргізілмеген балалар БМСК ұйымдарында вакцинацияланады, бұл ретте екі айлыққа жеткенге дейін вакцинацияны алдын ала туберкулиндиагностикасыз, екі айдан кейін Манту сынамасының теріс нәтижесі кезінде жүргізеді.

131. Бактерия бөлумен ауыратын науқастармен байланыс жағдайында перзентханадан келіп түскен вакцинацияланған балаларды жаңадан туған нәрестелерді күтетін бөлімшеде немесе сәбилер үйінде (туберкулез ауруымен ауыратын науқасты оқшаулау мүмкіншілігі жағдайында) кемінде екі ай мерзіммен оқшаулайды.

132. Егер анасы туберкулездің активті формасымен ауыратын болса, онда баланы химиялық профилактика алу үшін анасынан үш айға оқшаулайды, содан соң Манту сынамасының нәтижесі теріс болғанда БЦЖ вакцинасын егеді және иммунитет пайда болуы кезеңіне тағы 2 айға анасынан оқшаулайды.

**Ескерту. 132-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

133. БЦЖ-мен ревакцинациялауға:

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

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

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

134. Ревакцинацияны оқу жылының алғашқы айында (қыркүйек) 6-7 жас (1-сынып) оқушылары арасында барлық республика бойынша бір уақытта мектептерде ұйымдастырылған балалардың дәрігер-фтизиатрымен бірге БМСК ұйымының медицина қызметкері жүргізеді. Осы айда мектепте басқа екпелерді жүргізуге жол берілмейді. Пайдаланылмаған БЦЖ вакциналарының қалдықтары жоғары деңгейдегі денсаулық сақтау ұйымына тапсырылады. БЦЖ вакцинасын тұрақты сақтау тек перзентханада (босандыру бөлімшелерінде) қапсырмамен жабылатын биксте сақтауға рұқсат етіледі және тоңазытқышта сақталады.

135. БЦЖ ревакцинациялауға қарсы көрсетім:

1) ТМБ-ны жұқтыру немесе бұрын туберкулездің болуы;

2) оң және күмәнді Манту сынамасы;

3) БЦЖ вакцинациясы кезіндегі жанама реакциялар;

4) алғашқы туысқандық дәрежеде адамдарда анықталған БЦЖ-ның генерализацияланған инфекциясы;

5) А И Т В - и н ф е к ц и я с ы ;

6) иммун тапшылығы жағдайы, қатерлі ісіктер;

7) орталық нерв жүйесінің зақымдануы – неврологиялық симптомды (ауырлығы орта және ауыр дәрежелі) туа біткен жарақат;

8) субфебрильді температурамен және жалпы жағдайдың бұзылуымен қоса жүретін ауырлығы орта және ауыр ауруларда;

9) жіті инфекциялық және инфекциялық емес аурулар, жіті созылмалы, оның ішінде аллергиялық асқынулар. Ревакцинацияны сауыққаннан немесе ремиссия кезеңі басталғаннан кейін екі айдан соң жүргізеді;

10) туберкулезге қарсы вакцинациядан уақытша босатылған адамдарды есепке алады және толық сауыққаннан немесе қарсы көрсетімі жойылғаннан кейін е г е д і .

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

Мына жағдайларда препарат пайдаланылмауы тиіс:

1) ампулада заттаңба болмағанда немесе ол дұрыс толтырылмағанда;

2) вакцинаның жарамдылық мерзімі аяқталғанда;

3) ампулада сызат және жырық болғанда;

4) препараттың физикалық қасиеті өзгергенде (түсін, пішінін және басқасын

ө з г е р т у ) ;

5) вакцинаға нұсқаулықта көрсетілген мерзімде араласқан препаратта бөгде қоспалар немесе бөлінбеген қауыздар болғанда.

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

138. БЦЖ вакцинасы қатаң түрде нұсқаулықта көрсетілген көлемде сол иықтың үстіңгі және үшінші артқы бетінің ортаңғы шегіне терішілік егіледі. БЦЖ-ны егу организмнің барлық жағына жалпы жауапты реакцияның дамуымен б і р г е ж ү р е д і .

БЦЖ вакцинасын енгізуге реакция мынаны көрсетеді:

1) БЦЖ-ны еккеннен кейін артынша 15-20 минуттан кейін сорылатын папула п а й д а б о л а д ы ;

2) жергілікті вакцинадан кейінгі егу реакциясының дамуы вакцинацияланған адамдарда тек 4-6 аптадан соң басталады, ал ревакцинацияланған адамдарда – бір аптадан соң басталуы мүмкін. Осы кезде вакцина енгізу орнында диаметрі 5-9 мм көлемінде гипермия және инфильтрат (папула) пайда болады. Кейінгі инфильтрат сулы бөртпеге, ірінді бөртпеге ауысады, содан кейін өздігінен түсіп қалатын және тыртықтың қалыптасуы басталатын қабыршақ пайда болады. Реакцияның сипаттамасы нормалы болып табылады және ешқандай дәрілік заттармен өңдеуді талап етпейді.

3) БЦЖ вакцинациясының және ревакцинациясының соңғы нәтижесі тыртықтың көлемі бойынша егуден кейін 1 жылдан соң бағаланады. Егу техникасының және вакцинаны сақтау дұрыстығы кезінде енгізу орнына 95-97 процент жағдайда тыртық қалыптасады. Диаметрі 5-8 мм тыртық ең оңтайлы болып есептеледі. Бірқатар жағдайларда БЦЖ вакцинасын енгізген орында а пигментті дақ (2-3%) пайда болады;

Балалардың жергілікті егу реакциясы болмаған жағдайда (тыртықтың болмауы) ескереді және алты айдан кейін Мантудың алдын ала сынамасынсыз ( тек бір рет) (вакцианцияға дейін) қайта егеді, Мантудың теріс нәтижесі кезінде б і р ж ы л д а н к е й і н е г е д і .

Қалыпты реакция сияқты бағаланатын 15-20 мм дейін аймақтық лимфа түйіндерінің көбеюі түрінде организмнің жалпы реакциясы көрінуі мүмкін, ал түйін жағынан 20 мм көбі өзіндік емделуге жатады. Лимфадениттердің теріс дамуы 6-9 айдың ішінде бақыланады;

139. Перзентханада нәрестенің болуы кезеңінде дәрігер (мейірбике) анасына терішілік вакцинадан кейін 4-6 аптадан соң нәрестеде жергілікті егу реакциясының дамуы мүмкіндігін және пайда болған жағдайда нәрестені учаскелік дәрігер-педиатрға қарату қажет екенін хабарлайды.

Вакцинацияланған (ревакцинацияланған) балаларға бақылауды БМСК дәрігер-педиатрлары жүргізеді. Сол себепті бір, үш, алты, он екі айдан соң мерзімдік медициналық құжаттаманың (063у, 026у, 112у) есепке алу нысанындағы оның сипаттамасын және көлемін тіркеумен жергілікті екпе егетін реакцияны тексеріп отырады, вакцинацияға және аймақтық лимфаденитті уақтылы анықтауға организмнің жалпы реакциясын анықтау мақсатында шет лимфа түйіндерінің реакциясына бақылау жүргізеді.

140. Сирек кездесетін жағдайларда, БЦЖ вакцинасын енгізуге мынадай форма түрінде жанама жергілікті реакциялар бақыланады:

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

141. Вакцинацияға жанама реакцияны кешенді клиникалық-рентгендік-зертханалық тексеру нәтижесінде фтизиатр белгілейді. Реакцияны белгілегеннен кейін БЦЖ вакцинасын енгізуге анықталған жанама реакциялар туралы медициналық ұйым басшыларына хабарлайды және тиісті аумақтағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органына х а б а р л а м а ж і б е р е д і .

142. Реакцияның сипаттамасы туралы мәлімет 063/у, 026/у, 112/у есепке алу нысандарында белгіленеді. Реакциясы бар барлық балаларға бақылау картасы т о л т ы р ы л а д ы .

143. Жанама реакциясы бар балаларды 1 жылдың ішінде диспансерлік есептің ІІІ т о б ы н д а б а қ ы л а й д ы .

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

145. Туберкулезге және туберкулиндиагностикаға (вакцинациялау және БЦЖ қайталап егу) қарсы профилактикалық егуді препараттармен бірге ұсынылған н ұ с қ а у л ы қ қ а с ә й к е с жү р г і з е д і .

146. АИТВ-инфекциясының және басқа да қарсы көрсетімнің клиникалық белгісі жоқ болған жағдайда, АИТВ-жұқтырған анадан туған нәрестелерге күнтізбелік мерзімде бір рет теріішілік БЦЖ вакцинасының стандартты дозасын с а л а д ы .

147. Күнтізбелік мерзімде егу егілмеген АИТВ-жұқтырған анадан туған нәрестелерге алдын ала Манту сынамасынсыз өмірінің төрт аптасы ішінде ( жаңадан туылу кезеңінде) егеді. Өмірінің төртінші аптасы біткеннен кейін БЦЖ-ның генерализацияланған жұқпаның даму мүмкіндігі салдарынан балаларға

БЦЖ вакцинасын енгізуге рұқсат етілмейді. Нәрестеге он екі айлық, кейбір жағдайларда он бес-он сегіз айлық жасқа жеткенге дейін вакцинациядан кейінгі жетілмеген белгісі бар (тыртығы) балаларға қайталама БЦЖ вакцинациясы жүргізілмейді. АИТВ-жұқпасын шығарған жағдайда он екі айлық, кейбір жағдайларда он бес-он сегіз айлық жасқа БЦЖ екпесі Манту сынамасының теріс нәтижесі кезінде жүргізіледі.

148. АИТВ-жұқтырған балалар мен жасөспірімдерді ревакцинациялау үдемелі иммунитет тапшылығының аясында БЦЖ генерализацияланған инфекцияның даму қауіпсіздігі салдарынан БЦЖ жүргізілмейді.

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

150. Орындалған егу, туберкулин сынамасы туралы мәліметтер (салу күні, препарат атауы, серия нөмірі, дозасы, бақылау нөмірі, жарамдылық мерзімі, салу реакциясының сипаты) егу немесе туберкулин сынамасын жүргізу орны бойынша, сондай-ақ иммунизацияланған адамды (тіркеу орны бойынша медициналық ұйым) медициналық бақылау орны бойынша медициналық құжаттаманың белгіленген есепке алу нысанына енгізіледі.

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

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

152. Медициналық ұйымдарда профилактикалық егулерді есепке алу нысаны қызмет көрсету ауданында тұратын он төрт (он төрт жас он бір ай жиырма тоғыз күн) жасқа дейінгі барлық балаларға, сондай-ақ БМСК ұйымдарына қызмет көрсету ауданында орналасқан білім беру ұйымдарына баратын барлық балаларға енгізіледі.

153. Медициналық ұйымдар мен мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдарында туберкулезге қарсы егу жергілікті, жалпы реакциясын және вакцинадан кейінгі асқынуларды есептеу белгіленген тәртіппен жүргізіледі. Медициналық ұйымда иммунизацияны жүзеге асыратын вакцинадан кейінгі асқынуды тіркеу фактісі бойынша туберкулезге қарсы қызмет және тиісті аумақтағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органы мамандарының қатысуымен эпидемиологиялық тексеру жүргізіледі.

### **13. Туберкулез жағдайларын тіркеу және есепке алуға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

154. Әрбір алғаш анықталған туберкулез жағдайы тіркелуге және есепке алынуда жатады.

155. Есепке алуға Қазақстан Республикасының азаматтары, оралмандар және Қазақстан Республикасының аумағындағы басқа да адамдар оларда туберкулездің активті нысаны алғаш анықталған кезде жатқызылады.

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

157. Өмірінде алғаш рет таратпаудың барлық түрінің активті туберкулез диагнозы қойылған әр науқасқа хабарлама - № 089/у нысаны толтырылады, олар үш күн мерзімде тиісті аумақтағы туберкулезге қарсы ұйымға және мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органына жіберіледі. Өліміне себеп болған активті туберкулез диагнозын өлгеннен кейін қойған жағдайда дәрігер-фтизиатрдың диагнозымен расталуы және № 089/у нысаны берілуі қажет.

158. Бактерия бөлетін туберкулезбен ауыратын науқас анықталған кезде № 089/у нысандағы хабарламадан басқа, № 058/у нысандағы хабарлама толтырылады, ол жиырма төрт сағат ішінде науқастың мекенжайы бойынша мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органына жіберіледі. № 058/у нысандағы хабарламаны бактерия бөлетін туберкулездың жағдайын алғаш диагностикалағанда ғана емес, сонымен қатар туберкулездің белсенді емес түрімен ауыратын науқастарда бактерия бөлу пайда болғанда, сондай-ақ өмірінде есепте тұрмаған науқастың туберкулезден қайтыс болған жағдайында толтырылады.

159. Туберкулез бойынша эпидемиологиялық көрсеткіштерді есептеу (сырқаттанушылық, ауырсыну, өлім-жітім) тұрақты, көші-қон (ішкі және сыртқы) және түрме тұрғындарын есепке ала отырып, тұрғындардың көрсетілген санаттары бойынша бөлек талдаумен жүргізіледі.

160. Есепке алуға және тіркеуге туберкулезбен ауыратын науқастардың барлық жағдайы жатады.

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

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

162. Туберкулездің ошақтарын сыныптау бактерия бөлу қарқындылығын есепке ала отырып жүргізіледі.

163. Бактерия бөлу қарқындылығы:

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

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

164. Туберкулез ошақтарының бірінші эпидемиологиялық тобына мыналар жатады:

1) көлемді бактерия бөлетін науқастар тұратын ошақтар;

2) балалар мен жасөспірімдерде, жүкті әйелдерде, маскүнемдерде, нашакорларда көлемді бактерия бөлетін науқастар тұратын ошақтар;

3) төмен деңгейде тұратын, санитариялық-гигиеналық жағдайлары қанағаттанғысыз ошақтар.

165. Екінші топқа осы Санитариялық қағидаларға 164-тармақта санамаланған факторлар ошақта болмаған жағдайда, көлемді бактерия бөлетін туберкулезбен ауыратын науқастар тұратын туберкулез ошақтары жатады.

166. Үшінші топқа мыналар жатады:

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

2) ауыл шаруашылығы малдарының туберкулез ауруы анықталған туберкулез ошақтары.

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

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

1) туберкулезбен ауыратын науқасты туберкулезге қарсы препараттармен емдеу және стационарлық жағдайда инфекциялық бақылау ережелерін сақтай отырып, оқшаулау. Амбулаториялық жағдайларда емдеуге эпидемияға қарсы режим талаптарын сақтау жағдайлары болған және тиісті аумақтағы мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органымен келісілген кезде жол беріледі;

2) науқас анықталған күннен екі апта мерзімде байланыста болған адамдарды

алғашқы тексеру (клиникалық - рентгенологиялық, Манту сынамасын қою, көрсеткіш бойынша сүртінді микроскопиясы);

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

4) дезинфекциялауды ұйымдастыру және жүргізу;

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

167-1. Ошақ науқас емдеуден «Емдеу аяқталды», «Айықтырылды», «Қайтыс болды» деп шығарылған кезде және науқас ошақтан шығарылған кезде эпидемиологиялық есептен алып тасталады.

**Ескерту. 14-бөлім 167-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

167-2. Байланыста болған адамдар эпидемиологиялық есептен ошақтан алып тасталғаннан кейін жыл бойы бақылауда болады.

**Ескерту. 14-бөлім 167-2-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

168. Туберкулездің ошақтарында ошақтың эпидемиологиялық тобына сәйкес эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізіледі. Ошақтарға ТҚҰ-ның және мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органының мамандары бірлесіп:

1) бірінші эпидемиологиялық топта тоқсанына кемінде бір рет;

2) екінші эпидемиологиялық топта жарты жылда кемінде бір рет;

3) үшінші эпидемиологиялық топта жылына кемінде бір рет барады.

169. Ошақта оның қауіптілігін азайтатын немесе арттыратын жағдайлар өзгерген кезде туберкулез ошағын бірінші эпидемиологиялық топтан екіншісіне ауыстыруды мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органының мамандары учаскелік фтизиатрмен бірлесіп жүзеге асырады.

170. Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органының мамандары ТҚҰ-да есепте тұрған бактерия бөлетін науқастардың нақты санымен бактерия бөлетін науқастардың санын ай сайын салыстырып тексереді.

171. Туберкулез ошақтарына әр барған нәтижелері эпидемиологиялық тексеру картасына түсіріледі.

172. Ошақтағы эпидемияға қарсы іс-шаралар алғашқы, ағымдық және қорытынды болып бөлінеді.

173. Алғашқы іс-шаралар туберкулезбен ауыратын науқасты оқшаулауды және оны даярланған қызметкердің тікелей бақылауымен емдеуді, ағымдағы



дезинфекция жүргізуді және бақылауды, байланыста болған адамдарды анықтауды және оларды ТҚҰ-ға есепке қоя отырып, тексеруді қамтиды.

**Ескерту. 173-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

174. Алғашқы үш күн ішінде науқасты есепке алғаннан кейін бактерия бөлуші ретінде, эпидемиологиялық тексеру картасын толтырған кезде ошаққа алғашқы эпидемиологиялық тексеру жүргізеді.

175. Ошақты алғашқы тексерген кезде науқастың және оның отбасы мүшелерінің паспорт деректерін, науқастың жұмыс орны мен сипатын, оларды есепке қою үшін байланыста болған адамдардың тізімін нақтылайды. Егер бактерия бөлетін адам соңғы 4 айда басқа жерде тұрған болса, байланыста болған адамдардың тізімі сол мекенжайдағы адамдарды есепке ала отырып нақтыланады.

**Ескерту. 175-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

175-1. Халықтың декреттелген топтарының арасында туберкулездің активті түрімен ауыратын науқастардың тіркелуінің әрбір жағдайында дәрігер-эпидемиолог осы ұйымның фтизиаторымен және медицина қызметкерімен және оның басшысымен бірлесіп акті жасай отырып, науқастың жұмыс (оқу) орны бойынша эпидемиологиялық тексеру жүргізеді. Қажет болғанда мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдарының басқа мамандары тартылады.

**Ескерту. 14-бөлім 175-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

177. Ошақты тексергеннен кейін оның сауықтыру жоспарын құрады, ол:

1) науқасты уақтылы оқшаулауды және бақылап емдеуді;  
2) көрсеткіштер бойынша балалар мен жасөспірімдерге химиялық-профилактика жүргізуді;

3) санитариялық-гигиеналық тұру жағдайын жақсартуды;

4) байланыста болған адамдарды тексеруді;

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

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

7) қанағаттанғысыз санитариялық-гигиеналық жағдайдағы ошақтар және ошақты сауықтыру үшін қажет етілетін әлеуметтік және материалдық көмек көрсету қажеттілігі туралы жергілікті атқарушы билік органдарына хабарлауды қ а м т и д ы .

**Ескерту. 177-тармаққа өзгерістер енгізілді - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

179. Туберкулезге қарсы ұйымы немесе кабинеттері жоқ селолық жерлерде ошақта БМСК медицина қызметкерлері жұмыс жүргізеді.

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

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

182. Ошақта мыналар жүргізіледі:

1) ағымдағы дезинфекция; балаларды, оның ішінде жаңа туған нәрестелерді және АИТВ-инфекциясын жұқтырған адамдарды оқшаулау;

2) байланыста болғандарды тексеру;

3) науқасты және оның отбасы мүшелерін гигиеналық тәрбиелеу;

4) санитариялық-гигиеналық тұру жағдайын жақсарту;

5) науқасты амбулаториялық емдеуді және байланыста болған адамдарға химиялық профилактика жүргізу сапасын бақылау.

**Ескерту. 182-тармаққа өзгерістер енгізілді - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

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

185. Туберкулез инфекциясы ошағында эпидемияға қарсы қорытынды

іс-шаралар ошақты эпидемиологиялық есептен алып тастауды көздейді.

**Ескерту. 185-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

**Ескерту. 186-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

187. Науқас туралы хабар алғаннан кейін жеті күннен кешіктірмей, фтизиатр мен эпидемиолог мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органының мамандарын тарта отырып, жұмыс (оқу) орнына эпидемиологиялық тексеру жүргізеді. Байланыста болған адамдардың ортасын және ошақ шекарасын дәрігер-эпидемиолог айқындайды.

188. Жұмыс (оқу) орны бойынша байланыста болған адамдарға бактерия бөлетін адаммен байланыста болған жұмысшылар, қызметшілер және оқушылар жатады. Барлық байланыста болған адамдарды жұмыс (оқу) орнының орналасуы бойынша МСАК ұйымдарында тексереді.

**Ескерту. 188-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

188-1. Тексеру кезінде жұмыс істеушілердің, балалардың және жасөспірімдер құрамының тізімі, алдыңғы және ағымдағы жылдардағы флюорографиялық тексерілу күні нәтижелері нақтыланады, ошақ шегі анықталады және эпидемияға қарсы және профилактикалық іс-шаралар жоспары әзірленеді.

**Ескерту. 14-бөлім 188-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

189. Флюорографиялық тексерілудің алдыңғы тексеру сәтінен бастап 6 ай өткен байланыста болған адамдарды флюорографиялық тексеру және балаларға туберкулин сынамасын қою міндетті түрде эпидкөрсеткіш бойынша жүргізілуі тиіс. Фтизиатр эпидкөрсеткіштер бойынша химиялық-профилактикалық емдеу тағайындауы тиіс, бақылау емдеуі үшін ем-шара парағы және препараттар кәсіпорынның немесе ұйымның медициналық пунктіне ТҚҰ-на берілуі тиіс. Химиялық профилактиканы ұйымдардың, медициналық ұйымдар мен білім беру ұйымдарының медициналық пункттерінің медицина қызметкерлері жүзеге асырады.

**Ескерту. 189-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627**

қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

190. Балалар ұйымдарында эпидемиологиялық тексеру осы ұйымның медициналық қызметкері мен оның басшысының қатысуымен дәрігер-эпидемиолог және фтизиатр туберкулездің активті формасымен ауыратын науқастардың тіркелген әрбір жағдайына жүргізіледі.

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

192. Барлық байланыста болған адамдар туралы мәліметтерді дәрігер-эпидемиолог тексеру үшін тұрғылықты жері бойынша МСАК ұйымына ж ә н е Т Қ Ұ - ғ а б е р е д і .

Ескерту. 192-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

193. Соматикалық, инфекциялық және психоневрологиялық стационарларда емде жатқан науқаста туберкулездің активті формасының диагнозы қойылғанда, эпидемияға қарсы іс-шаралардың алғашқы кешенін осы ұйымның персоналы жүзеге асырады.

## **15. Туберкулез ошақтарындағы дезинфекциялауға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

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

Ескерту. 194-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

195. Ошақта жүргізілетін іс-шаралардың мониторингін және ағымдық дезинфекцияны ТҚҰ-ның мамандары жүзеге асырады, олар науқасқа тығыз жабылатын қақпағымен (кемінде 2) түкіргішті және дезинфекциялау құралдарын пайдалануға береді. ТҚҰ жоқ елді мекендерде дезинфекциялау құралдарын Б М С К ұ й ы м ы б е р е д і .

Науқастың амбулаториялық картасына учаскелік дәрігер ағымдық

дезинфекциялау жүргізу және аяқтау күнін белгілейді. Ағымдық дезинфекциялау жүргізуді науқасқа немесе отбасының бір мүшесіне (балалар мен жасөспірімдерден басқа) тапсырады.

196. Учаскелік фтизиатр науқасты санитариялық-гигиеналық тәртіп қағидаларына оқытады: маскаларды қолдану, қақырықты түкіргішке түкіру және ағымдық дезинфекциялау жүргізу.

197. ТҚҰ-ның басшысы уақтылы және сапалы ағымдық дезинфекциялауды қамтамасыз етеді.

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

Ескерту. 198-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

199. Науқас стационарда болған кезде, оның сыртқы киімін арнайы үй-жайда сақтайды. Оны науқас күндіз таза ауаға шыққан кезде пайдаланады.

200. Науқас ауруханадан шыққаннан кейін төсек жабдықтары (стационарға тиесілі жастықтар, матрац, көрпе) дезинфекциялау камерасында залалсыздандырылады.

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

202. Түкіргіштерді жинау, залалсыздандыру және беру арнайы бөлінген үй-жайда жеке қорғаныш құралдарын қолдана отырып, даярлықтан өткен персонал жүзеге асырады.

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

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

204. Тамақ қалдықтарын ыдысқа (шелекке, бакқа) жинайды, 5-ке 1 қатынасындағы құрғақ дезинфекциялау құралын себеді. Зарарсыздандырудың термикалық әдісі кезінде (бу қайнатқыш қазанда қайнату) тамақты мал жеміне қолдануға болады.

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

ж ү р г і з і л е д і .

206. Киімді клеҰнка қапта жинайды, кір жуатын орынға жібереді. Бөлек кір жуатын орын болмағанда, кір жуатын жерге жіберер алдында алдын ала зарарсыздандырады және белгіленген күнде жеке машинаға жуады.

207. Стационарлық науқасқа ауыр жағдайларды қоспағанда, бактерия бөлетін адамдардың кіруіне жол берілмейді. Бұл ретте келушілер жеке қорғаныш құралдарын (респиратор, халат) пайдалануы тиіс. Науқастар медицина персоналының рұқсатымен ғана стационар аумағынан шығарылады.

**Ескерту. 207-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

**Ескерту. 208-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

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

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

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

211. Мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдары:

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

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

3) егулерді және туберкулин сынамаларын жоспарлауда, БЦЖ вакцинасы мен туберкулин қажеттілігін анықтауда денсаулық сақтау ұйымдарына әдістемелік және консультативтік көмек көрсетуді;



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

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

6) туберкулезге қарсы ұйымдармен бірлесе отырып, туберкулезді анықтау және емдеу мақсатында туберкулездің жұқпалы формаларымен ауыратын, тексерілуден әдейі жалтаратын және санитариялық-эпидемияға қарсы режимді бірнеше рет бұзған науқастарды емге жатқызуға сотқа құжаттар жіберу туралы ұсыныстар дайындауды ;

7) туберкулез бойынша қолайсыз шаруашылықтағы малдарға қарауға адамдарға рұқсат беру қағидаларының сақталуын, мал өсірушілерге профилактикалық емдеу жүргізілуі және мал шаруашылығы қызметкерлері еңбегінің қорғалуын, шаруашылықтарда және фермаларда міндетті профилактикалық іс-шаралардың орындалуын бақылауды;

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

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

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

11) туберкулезге қарсы және емдеу-профилактикалық ұйымдардың мамандарымен және Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары орталығымен бірлесіп тұрғындар арасында туберкулездің алдын алу шаралары туралы санитариялық-түсіндіру жұмысын ;

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

13) туберкулезге қарсы және емдеу-профилактикалық ұйымдардың мамандарымен бірлесіп амбулаториялық емдеудегі туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеуге бақылауды жүргізеді, «Айықтырылды» немесе «Емдеу аяқталды» деген нәтижеге дейін БК+ туберкулез ошақтарында іс-шаралар жүргізілуіне мониторинг жүзеге асырылады ;

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

Ескерту. 211-тармаққа өзгерістер енгізілді - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

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

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

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

8) медициналық қалдықтарды жинауды, зарарсыздандыруды, уақытша сақтауды, тасымалдауды және кәдеге жаратуды ұйымдастыруды көздейді.

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

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

215. Эпидемиялық көрсеткіштері бойынша жабылатын стационарды ашу тиісті аумақтағы халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік органмен келісім бойынша жүргізіледі.

216. Терінің және сілемейлі қабықтардың тұтастығының бұзылуымен



байланысты барлық медициналық манипуляциялар бір рет пайдаланылатын қолғаптармен жүргізіледі.

217. Медициналық персонал әрбір медициналық манипуляцияның алдында қолдарын өңдеуі тиіс.

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

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

219. Вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарды диагностикалау, емдеуге жатқызу және диспансерлеу осы Санитариялық қағидаларға 1-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

**Ескерту. 219-тармақ жаңа редакцияда - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

220. Вирустық гепатиттер тіркелген кезде мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдарының мамандары вирустық гепатиттермен ауырған науқастар ошақтарына эпидемиологиялық зерттеп-қарау және В мен С жіті вирустық гепатиттерінің, С созылмалы вирустық гепатитінің және алғаш анықталған В созылмалы вирустық гепатитінің әр жағдайына эпидемиологиялық тексеру, берілу жолдарына анықтау және медициналық және басқа да ұйымдарда жұқтырудың тәуекел факторларына бағалау жүргізеді.

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

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

222. Вирустық гепатиттер ошақтарында дезинфекциялау іс-шаралары жүргізіледі.

## **19. Энтералдық берілу механизмі бар А және Е вирустық гепатиттері кезіндегі санитариялық-эпидемияға қарсы**

## **(профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

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

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

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

224. АВГ-нің өзіндік профилактикасы – вакцинациялау.

225. ЕВГ-нің өзіндік профилактикасы жоқ.

226. АВГ-ға қарсы вакцинациялауға жататын контингенттер мыналар:

1) екі жастағы балалар;

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

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

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

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

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

2) бақылау кезеңінде жаңадан балалар қабылдауға және байланыста болған балаларды басқа топтарға, палаталарға немесе мекемелерге ауыстыруға жол берілмейді, ауру жағдайы тіркелген сынып үшін кабинетте оқыту жүйесі тоқтатылады. Сырқаттанушылық өршіген кезде соңғы жағдай тіркелген күннен бастап инкубациялық мезгілде барлық бастауыш және негізгі білім беру ұйымы бойынша кабинетте оқыту жүйесі тоқтатылады;

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

4) науқасты ұжымнан оқшаулағаннан кейін балалар бірге тамақтанған, болған және ұйықтаған болса, мектепке дейінгі тәрбиелеу және оқыту, жабық типті

бастауыш және негізгі орта білім беру ұйымдарында қорытынды дезинфекциялау жүргізіледі.

229. Ошақтық қорытынды дезинфекцияны медициналық қызметтің көрсетілген түріне лицензиясы бар ұйымдар жүргізеді.

230. Ошақтық ағымдық дезинфекцияны:

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

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

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

## **20. Парентеральдық берілу механизмі бар В, С және**

**Д вирустық гепатиттері кезінде санитариялық-эпидемияға**

**қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және**

**жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар**

231. С вирустық гепатитінің (бұдан әрі – СВГ) спецификалық профилактикасы жоқ.

232. В және Д вирустық гепатиттерінің (бұдан әрі – ВВГ және ДВГ) өзіндік профилактикасы – вакцинациялау. ВВГ-ге қарсы вакцинациялаудың басты мақсаты созылмалы гепатиттерді қоса алғанда В және Д гепатиттерінің барлық түрлерінің алдын алу.

233. ВВГ-ге қарсы моноваленттік вакцина құтыларда сұйық түрінде, бір дозалы немесе бірнеше дозалы қаптамада шығарылады. ВВГ-ге қарсы моноваленттік вакцина тек ВВГ-ден ғана қорғайды. ВВГ-ге қарсы вакцина басқа да бірнеше ауруларға (ВВГ, көкжөтел, дифтерия, сіреспе, гемофильдік инфекция) қарсы қорғанышты дереу қамтамасыз ететін құрама вакциналардың (адсорбцияланған көкжөтелге-дифтерияға-сіреспеге қарсы вакцинамен және/немесе гемофильдік инфекцияға қарсы вакцинамен бірге) құрамында шығарылады.

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

235. Вакциналық кешен үш дозадан тұрады. Вакцинациялау схемасы мынадай:

1) жаңа туған нәрестелер үшін – 0-2-4 айда (туғаннан кейін он екі сағат

ішінде – өмірінің екі айында – өмірінің төрт айында);

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

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

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

237. 15 жастан асқан адамдарды вакцинациялау алдын ала ВВГ-ге маркерлік диагностикалаудан кейін жүргізіледі. ВВГ-ге зерттеп-қараудың оң нәтижесі бар адамдар вакцинациялауға жіберілмейді.

238. Вакциналарды енгізуге қарсы көрсетімдер мыналар болып саналады:

1) шала туғандық, туған кездегі салмағы 2000 грамнан кем;  
2) препараттың компоненттеріне сезгіштіктің артуымен байланысты алдындағы дозаға күшті аллергиялық әсер (жайылып кеткен бөртпе – есекжем, тыныс алудың ауырлауы, өңеш пен ауыз қуысының ісінуі, гипертензия, шок). Бұл ретте осы вакцинаны одан әрі қолдану тоқтатылады;

3) 38<sup>0</sup>С-тан жоғары температурамен немесе жалпы жай-күйдің айтарлықтай бұзылуларымен білінетін ауырлығы орташа және ауыр науқастар. Вакцинациялауға денсаулық қалыпқа келгеннен кейін екі-төрт аптадан соң рұқсат етіледі;

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

239. ВВГ-ге қарсы вакцинациялауға жататын контингенттер мыналар:

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

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

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

4) меншік нысанына қарамастан медициналық бейіндегі барлық жоғары және

орта білім беру ұйымдарында оқитын адамдар;

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

6) алғаш анықталған АИТВ инфекциясын жұқтырғандар;

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

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

240. Қан құюды жүргізген денсаулық сақтау ұйымы ұсынған тізімге сәйкес аумақтық емханаларда қан және оның компоненттері мен препараттары реципиенттеріне егулер жүргізіледі.

240-1. Донор қанының қауіпсіздігін қамтамасыз ету мақсатында мынадай адамдар:

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

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

3) қан құю және оның компоненттерін алған адамдар бір жыл донорлыққа жіберілмейді.

**Ескерту. 20-бөлім 240-1-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

240-2. ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелері бар донорларды анықтау мақсатында донорлар әрбір қан тапсыру алдында тексерілуге тиіс.

**Ескерту. 20-бөлім 240-2-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

240-3. Қан қызметі ұйымдары Қазақстанның бүкіл аумағында донорларды донорлыққа жібермеу үшін барлық деңгейде олардағы оң нәтижелер туралы өзара ақпарат алмасуды қамтамасыз етеді.

**Ескерту. 20-бөлім 240-3-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).**

240-4. Тексерілетін адамдарда, оның ішінде донорларда ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелер анықталған кезде медицина ұйымдары тексерілетін адамдарда ВВГ мен СВГ маркерлеріне оң нәтижелер туралы ақпаратты диагноз

кою үшін тұрғылықты жері бойынша аумақтық денсаулық сақтау ұйымына  
б е р е д і .

Ескерту. 20-бөлім 240-4-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013  
№ 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн  
өткен соң қолданысқа енгізіледі).

240-5. Құрамында HBsAg және anti-HCV бар қан, оның компоненттері және  
препараттар кәдеге жаратылуға тиіс.

Ескерту. 20-бөлім 240-5-тармақпен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013  
№ 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн  
өткен соң қолданысқа енгізіледі).

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

241. Медицина қызметкерлерін гепатит вирустарынан қорғау бойынша  
іс-шаралардың негізіне барлық пациенттердің биологиялық сұйықтықтарын  
элеуетті инфекция жұқтырғандар ретінде қарау принципі жатады. Медициналық  
ұйымдардың, оның ішінде зертханалардың медицина қызметкерлерінің және  
денсаулық сақтау саласындағы білім беру ұйымдарында оқитындардың  
и н ф е к ц и я ж ұ қ т ы р у қа у п і бар.

242. Инфекция жұқтыру жолдары мынадай:  
1) терінің зақымдалуы (инемен шаншу немесе өткір аспаппен кесу);  
2) шырышты қабықтарға немесе зақымдалған теріге биологиялық  
с ұ й ы қ т ы қ т а р д ы ң түсуі;

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

243. Биологиялық сұйықтықтармен, оның ішінде мыналармен:  
1 ) қ а н м е н ;  
2 ) ш ә у е т п е н ;  
3) қынаптық бөлінділермен;  
4) синовиялық сұйықтықпен;  
5) ми-жұлындық сұйықтықпен;  
6) плевралық сұйықтықпен;  
7) перитонеалдық сұйықтықпен;  
8) перикардтық сұйықтықпен;  
9) амниотиялық сұйықтықпен;  
10) сілекеймен жұмыс істегенде сақтандыру шаралары сақталады.

244. Сақтық шаралары мынадай:

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

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

3) қанның көрініп тұрған қоспасы бар кез келген сұйықтықтармен;

4) кез келген белгісіз биологиялық сұйықтықпен жұмыс кезінде сақтандыру шарттары сақталады.

2 4 5 . М ы н а д а й :

1) ластанған инелерді және өткір құралдарды абайламай ұстаудан алынған жарاقاتтар кезінде;

2) ауыздың, көздің, мұрынның шырышты қабықтарына және зақымдалған теріге (кесілулер, сызаттар, дерматит, безеулер) қанның және басқа да биологиялық сұйықтықтардың түсуі кезінде;

3) биологиялық сұйықтықтармен және олармен ластанған беттермен жұмыс істеу кезінде көз, мұрын, ауыздың шырышты қабықшаларына және зақымдалған теріге тиіп кету кезінде;

4) қан мен басқа да биологиялық сұйықтықтардың жайылуынан, шайқалуы және шашырауы кезінде жұқтыру қаупі артады.

246. Инфекция жұқтырудан қорғану мақсатында мыналар:

1) пайдаланудың барлық уақытында тері жамылғысын, көзді, ауызды және басқа да шырышты қабықтарды биологиялық сұйықтықтармен жанасудан қорғайтын жеке қорғаныш құралдары;

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

247. Медициналық ұйымдарда мыналар қамтамасыз етіледі:

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

2) жұқтырылған материалмен жанасу мүмкін болатын барлық жағдайларда халаттарда, хирургиялық қалпақта немесе телпектерде, аяқ киім үстінен киетін бахиллалармен жұмыс істеу;

3) қанның және басқа да биологиялық сұйықтықтардың шашырауы мүмкін болатын манипуляциялар кезінде маскалар, қорғаныш көзілдіріктерін немесе бетті иекке дейін жабатын экранды, немесе қорғаныш көзілдіріктермен, бүйір қалқаншалармен үйлескен маскаларды кию. Қарапайым көзілдіріктер қан арқылы берілетін инфекциядан жеткілікті қорғауды қамтамасыз етпейді;

4) жұмыс берушінің жеке қорғаныш құралдарын тегін беру;

5) жеке қорғаныш құралдарын қолжетімді жерде сақтау.  
248. Биологиялық сұйықтықтармен жұмыс істеу кезіндегі сақтандыру  
ш а р л а р ы м ы н а л а р :

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

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

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

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

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

6) биологиялық сұйықтықтармен ластанған жабдықты техникалық қызмет көрсету және тасымалдау алдында дезинфекциялау қажет. Егер дезинфекциялау мүмкін болмаса, онда ластанған элементтер ілеспе қағазда көрсетіледі;

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

2 4 9 . М ы н а л а р ғ а :

1) биологиялық сұйықтықтармен жанасу мүмкіндігі бар жұмыс орындарында тамақ ішуге, темекі шегуге, макияж жасауға, контактілі линзаларды шешуге немесе к и ю г е ;

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

3) биологиялық сұйықтықтарды ауызбен тамшуырға соруға;

4) биологиялық сұйықтықтармен ластануы мүмкін шыны сынықтарын қ о л м е н к ө т е р у г е ;

5) шприцтерден қолданылған ижелерді шешуге, майыстыруға, сындыруға, оларға қалпақшаларын кигізуге және ластанған өткір құралдармен осындай ә р е к е т ж а с а у ғ а ;



б) көп рет пайдаланылатын түйреуіш және кескіш құралдарға арналған контейнерлерден қолмен бірдеңе алуға, қолмен ашуға, контейнерлерді босатуға  
ж о л б е р і л м е й д і .

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

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

252. Медициналық ұйымдардың персоналы (медициналық та, медициналық емес те) қауіпсіздік техникасы бойынша жұмысқа кірер алдында және жыл сайын н ұ с қ а у л ы қ т а н ө т е д і .

253. Науқастарды емдеу кезінде кез келген қажетсіз инвазивтік араласуды б о л д ы р м а у қ а ж е т .

254. Медициналық ұйымдар қажетті жабдықпен және шығыс материалдарымен (оның ішінде бір реттік қолғаптармен, катетерлермен, инелермен және инфузияға арналған жүйелермен, дезинфектанттармен, контейнерлермен, ҚКЖҚ-мен) жеткілікті мөлшерде және ассортиментте қ а м т а м а с ы з е т і л е д і .

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

256. Ауруды анықтау, емдеуді ұйымдастыру, ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижесі бар адамдар үшін еңбек режимін айқындау мақсатында жұмысқа кірер алдында және алты айда бір рет ВВГ және СВГ маркерлеріне мыналар з е р т т е л і п - қ а р а у ғ а ж а т а д ы :

1) қан қызметі ұйымдарының медицина қызметкерлері;

2) гемодиализбен айналысатын медицина қызметкерлері;

3) хирургиялық, стоматологиялық, гинекологиялық, акушерлік, гематологиялық бейінді медицина қызметкерлері, сондай-ақ клиникалық, иммунологиялық, вирусологиялық, бактериологиялық, паразитологиялық зертханалардың медицина қызметкерлері.

257. Хирургиялық, стоматологиялық, гинекологиялық, акушерлік, гематологиялық бейінді және гемодиализбен айналысатын медицина қызметкерлері ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижесі болғанда диагнозы нақтылағанға дейін жұмысқа жіберілмейді.

258. Медицина қызметкерлерінің ВВГ және СВГ маркерлеріне оң нәтижесі

болғанда қан және оның препараттарын дайындау үдерііне жіберілмейді.

259. Алынып тасталды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен ( алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа е н г і з і л е д і ) .

260. Алынып тасталды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен ( алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

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

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

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

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

264. Қуысы бар медициналық бұйымдарды дезинфекциялау үшін екі сыйымдылық пайдаланылады. Бірінші сыйымдылықта құрал-сайман қанның, шырыштың, дәрілік препараттардың қалдықтарынан жуылады, сосын экспозиция үшін екінші сыйымдылыққа батырылады. Бөлінетін бөлшектер бөлінген күйінде ө н д е л е д і .

265. Дезинфекциялық ерітінділер ластануына, түсінің өзгеруіне немесе тұнбаның пайда болуына қарай ауыстырылады.

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

267. Жуатын ерітінді егер ерітіндінің түсі өзгермесе, дайындалған сәтінен бастап тәулік бойы пайдаланылады. Стерильдеу алдында өндеудің сапасы қан мен синтетикалық жуу заттарының сілтілі компоненттерінің қалдық мөлшеріне, сондай-ақ аспаптағы майлы дәрілік заттардың қалдықтарына оң сынаманың жоқ б о л у ы м е н б а ғ а л а н а д ы .

268. Құрал-сайманды стерильдеу алдында тазалау және стерильдеу медициналық ұйымның әр бөлімшесіндегі арнайы бөлінген жерде немесе

орталық стерильдеу бөлімшесінде жүргізіледі. Дезинфекциялық құралдың құрамында жуу компоненті болған жағдайда стерильдеу алдында өңдеу жүргізілмейді.

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

Ескерту. Қағида 23-бөліммен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

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

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

271. 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.

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

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

2) төсек қорының қажетті көлемін, негізгі тұмауға қарсы препараттар мен құралдардың (вирусқа қарсы препараттар, оксолин майы, қызуды төмендететін құралдар, иммундық модульдеуші дәрі-дәрмектер, витаминдер мен минералдар), қарқынды терапия көрсетуге арналған жабдықтың және құралдардың, дезинфекциялау препараттарының, жеке қорғаныш құралдарының резервін

құруды көздей отырып, медициналық ұйымдардың эпидемиялық маусымда сырқаттанушылықтың көтерілуі кезінде ЖРВИ және тұмаумен ауыратын адамдарды қабылдауға дайындығы;

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

МСАК ұйымдарында кемінде 10 науқасқа;  
стационарларда – кемінде 35 науқасқа;

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

5) медицина қызметкерлеріне, денсаулығына байланысты тәуекел тобына жататын 60 жастан асқан адамдарға, медициналық ұйымдарда диспансерлік есепте тұрған балаларға, әлсіз және алты айдан асқан көп ауыратын балаларға, балалар үйлері, сәбилер үйлері балаларын, қарттар үйі контингентін және мүгедектерді, жүктіліктің екінші немесе үшінші триместрінде және эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша жүкті әйелдерді жыл сайын тұмауға қарсы вакцинациялауды жүргізу.

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

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

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

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

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

5) тұмауға қарсы иммундау, ЖРВИ және тұмау, ТТА және АЖРИ бойынша күнделікті және апталық есептілік нысанын денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган бекітеді;

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

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

8) медициналық ұйымдарда (МСАК мен стационарлар), балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу және білім беру ұйымдарында эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шаралар осы Санитариялық қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

274. ЖРВИ-мен, тұмаумен сырқаттанушылықтың апталық бақылау деңгейі немесе сырқаттанушылық көрсеткіштері өткен аптамен салыстырғанда 1,5 немесе одан да көп есеге артқан кезде аумақтарда «Қазақстан Республикасының аумағында шектеу іс-шараларын, оның ішінде карантинді, сондай-ақ халық тұрмысының және кәсіпкерлік және (немесе) өзге де қызметті жүргізудің ерекше шарттары мен режимдерін жүзеге асыру ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 30 желтоқсандағы № 2270 қаулысына сәйкес шектеу іс-шаралары енгізіледі.

275. ЖРВИ-мен, тұмаумен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша жүргізіледі.

276. Емдеуге жатқызу үшін клиникалық көрсеткіштер:

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.

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

278. Зертханалық зерттеулер үшін биоматериалдарды алуды, сақтауды және жеткізуді халықтың санитариялық-эпидемиологиялық салауаттылығы саласындағы мемлекеттік орган белгілеген тәртіппен оқытылған медициналық ұйымның медицина қызметкері қамтамасыз етеді.

279. Тұмаудың және басқа да жіті респираторлық вирустық инфекциялардың зертханалық диагностикасы денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган айқындаған тәртіппен жүргізіледі. ЖРВИ-мен (ТТА, АЖРИ), тұмаумен және олардың асқынуларымен (пневмониялар) ауыратын науқастардан алынған

материалды зерттеуді санитариялық-эпидемиологиялық қызметтің аумақтық вирусологиялық зертханалары жүргізеді.

280. Эпидемиологиялық қадағалаудың әдеттегі жүйесі кезінде зертханалық зерттеу үшін биоматериал алуды ЖРВИ-мен және тұмаумен сырқаттанушылықтың эпидемия алдындағы және эпидемиялық маусымдарында ай сайын клиникасы айқын ЖРВИ-мен, тұмаумен ауыратын кемінде 10 науқастан әр медициналық ұйымның жауапты медицина қызметкері жүргізеді; шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жүйесінде осы Санитариялық қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

281. ТТА және АЖРИ шолғыншы эпидемиологиялық қадағалау жүйесі кезінде шолғыншы орталықтардың тізбесін, олардың жұмыс кестесі мен ШЭҚ шегінде жұмысты ұйымдастыруға жауапты адамның функционалдық міндеттерін шолғыншы өңірлердің денсаулық сақтау басқармалары мен мемлекеттік санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау комитеті департаменттерінің (МСЭҚКД) басшылары айқындайды және бекітеді.

282. Осы Санитариялық қағидаларға 3-қосымшаға сәйкес ТТА жағдайларын ШЭҚ кезінде үлгілер алуды шолғыншы орталықтар айына кемінде бір рет; АЖРИ – стационарлардың қабылдау бөлімдерінде іріктеудің репрезентативті қағидатын қамтамасыз ете отырып жүргізеді.

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

Ескерту. 1-қосымшаға өзгеріс енгізілді - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

**Вирустық гепатиттерді сыныптау, вирустық гепатиттермен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу және диспансерлеу**

**Жіті вирустық гепатиттерді сыныптау**

1. Берілу механизмі бойынша вирустық гепатиттер мыналарға бөлінеді:

1) энтеральдық берілу механизмі бар вирустық гепатиттер:

- А жіті вирустық гепатиті;

- Е жіті вирустық гепатиті.
- 2) парентеральдық берілу механизмі бар вирустық гепатиттер:
  - В жіті вирустық гепатиті;
  - Д жіті вирустық гепатиті;
  - С жіті вирустық гепатиті.

3) этиологиясы анықталмаған вирустық гепатиттер.

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

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

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

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

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

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

6) типтік емес сарғаю (холестатикалық) – сирек, орта жастан асқан науқастарда байқалады. Сарғаю терінің қатты қышынуымен қарқынды болады. Гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, СФ мен гаммаглутаминтранспептидаза жоғарылайды. Сарғаю кезеңінде эритроциттер мен субфебрилитеттің шөгу жылдамдығының арту үрдісі бар;

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

8) жіті циклдық – 1-1,5 ай ішінде вирустың репликациясы (көбеюі) тоқтайды,

ол организмнен шығарылады да толық санация басталады. А және Е гепатиттері үшін бұл аурудың типтік ағымы. В, С және Д гепатиттері кезінде – ықтимал варианттардың бірі болады;

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

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

1) жеңіл дәреже – уыттану болмайды немесе ол аз ғана білінеді. Сарғаю жеңіл. Протромбиндік индекстің (бұдан әрі - ПИ) шамасы қалыпты нормада. Ішіндегі жалпы билирубин 80-85 микромоль/литрден аспайды.

2) орташа дәреже – бірқалыпты білінетін уыттану симптомдарымен сипатталады. Сарғаю орташа білінеді. ПИ 60%-ға дейін төмендейді. Ішіндегі жалпы билирубин 100 - 180 микромоль /литр шегінде.

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

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

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

Жіті нұсқасы – ұзақтығы аурудың басталуынан бастап 28 күнге дейін.

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

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

1) ісік және бас миының ісінуі

2) жаппай асқазан-ішектен қан кету;

3) жіті бүйрек функциясының жеткіліксіздігі, жіті тыныс алу функциясының жеткіліксіздігі;



4) жайылған қайталама инфекция.

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

### **Созылмалы вирустық гепатиттерді сыныптау**

6. Созылмалы вирустық гепатиттердің түрлері:

- 1) дельта агенті бар В созылмалы вирустық гепатиті;
- 2) дельта агенті жоқ В созылмалы вирустық гепатиті;
- 3) С созылмалы вирустық гепатиті.

7. Вирустық гепатит фазалары: асқыну және ремиссия.

### **А вирустық гепатиті**

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

9. АВГ-нің берілу жолдары:

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

### **Е вирустық гепатиті**

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

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

12. ЕВГ кезінде эпидемиялық процесс:

- 1) судан пайда болған эпидемиялық өршулер 7-8 жыл аралықтармен;
- 2) аурудың шұғыл сипатымен;
- 3) 15-29 жастағы жас адамдардың басым зақымдалуымен;
- 4) жүктіліктің үшінші триместрінде 20 % дейін өлім-жітіммен сипатталады.

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

### **В вирустық гепатиті**

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

15. Сарғаю түрлері 5 жасқа дейінгі балалардың 10 %-да, 5 жастан асқан

балалар мен ересектерде 30-50%-да тіркеледі.

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

17. Жұқтыру жолдары - парентеральдық (қан құю, сілемейлі қабықтар мен тері жамылғыларының зақымдалуымен қоса жүретін манипуляциялар, шағын жарақаттар арқылы тұрмыстық жанасу), жыныстық, сондай-ақ жұқтырған анасынан балаға босану жолдарынан өту кезінде беріледі.

### **Д вирустық гепатиті**

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

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

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

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

### **С вирустық гепатиті**

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

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

22. Жұқтыру жолдары ВВГ-ге ұқсас.

23. Сарғаю түрлері жағдайдың 10-20%-да орын алады. Жағдайлардың 90%-да СВГ трансфузиядан кейінгі гепатиттер себеп болып табылады.

### **ЖВГ ауыратын науқастарды ауруханаға жатқызу**

24. Энтеральдық гепатиттермен ауыратын науқастарды ауруханаға жатқызу клиникалық көрсеткіштер бойынша (орташа-ауыр және ауыр түрлері, ілесіп жүретін патологиясы болған жағдайда жеңіл түрлері) парентеральдық гепатиттері бар науқастардан бөлек жүргізіледі. Науқастарды ауруханаға жатқызу (оқшаулау) үшін эпидемиологиялық айғақтар жоқ, себебі көбіне жағдайлар аурудың өршуі кезінде анықталады. Осы кезеңде науқастар қоршаған ортаға вирус бөлуді тоқтатады және эпидемиологиялық қауіп тудырмайды.

25. ЖВГ-мен ауыратын жүкті әйелдер клиникалық айғақтары бойынша инфекциялық аурулар стационарларына, 30 аптадан бастап жүкті әйелдер және босанған әйелдер перзентханалар мен бөлімшелердің оқшауланған палаталарына (бокстарына) жатқызылады.

26. ЖВГ-мен ауырып жазылған науқастарды ауруханадан шығару толық

клиникалық сауығудан кейін, клиникалық-зертханалық көрсеткіштер бойынша жүргізіледі.

## Диспансерлеу

27. ЖВГ-мен ауырған науқастарды диспансерлеу клиникалық көрсеткіштер бойынша гепатологиялық орталықтарда немесе емдеген дәрігер науқастың қолына берген жазбаша ұсыныммен аумақтық денсаулық сақтау ұйымының инфекциялық аурулар кабинеттерінде жүзеге асырылады.

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

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

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

Диспансерлік бақылау ұзақтығы жалғасатын гепатит пен ферментемия клиникасының болуымен анықталады.

Вирустық гепатиттер реконвалесценттері сақталатын ферментемиялармен ауруханадан шыққаннан кейін бір айдан соң қаралған кезде диспансерлік есепке қ о й ы л а д ы .

Есептен шығару клиникалық белгілер болмаған кезде жүргізіледі.

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

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

« И н ф е к ц и я л ы қ      а у р у л а р д ы ң  
алдын алу бойынша санитариялық-  
эпидемияға қарсы (профилактикалық)  
іс-шараларды ұйымдастыруға және  
жүргізуге қойылатын санитариялық-  
эпидемиологиялық талаптар»  
санитариялық қағидаларына

2-қосымша

Ескерту. Қағида 2-қосымшамен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

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

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

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

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

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

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

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 автокөлік;

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

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

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

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

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

п а й д а л а н у ғ а ж о л б е р і л м е й д і ;

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

12) санитариялық тораптарды сұйық сабыны бар дозаторлармен, электр кептіргіштермен немесе бір рет қолданылатын қағаз майлықтармен, қолданылған бетперделер мен майлықтарды жинауға арналған педаль бар қоқыс жәшіктерімен қ а м т а м а с ы з е т у ;

13) медициналық ұйымдардың үй-жайларында кемінде +18 Цельсий градус 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 т а с ы м а л д а у д ы қ а м т а м а с ы з е т у ;

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

16) пациенттер болатын жерлерде ЖРВИ мен тұмаудың профилактикасы туралы көрнекі ақпаратты орналастыру (стендтер, брошюралар, үнпарақтар, плакаттар, тұмаудың профилактикасы жөнінде бейнематериалдар көрсету және б а с қ а л а р ы ) .

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

1) ЖРВИ, тұмаумен сырқаттанушылықтың көтерілу кезеңінде соматикалық бөлімшелердегі төсектерді инфекциялық ауруларға арналған төсек ретінде қайта б е й і н д е у ж о с п а р ы н б е к і т у ;

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

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

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

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

бетперделермен қамтамасыз ету; олардың қайта қолданылуына және көп рет қолданылатын бетперделердің қолданылуына жол бермеу;

б) 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 градус Цельсий; босандыру блогының үй-жайларында кемінде +22<sup>0</sup>С температуралық режимді қ а м т а м а с ы з е т у ;

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

9) ауаны зарарсыздандыруға арналған құрылғыларды пайдалану;

10) стационарда пациенттер мен қызметкерлер арасында тұмау жағдайларын белсенді ерте 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, тұмаудың белең алу себептерін тексеру және оны шоғырландыру б о й ы н ш а ш а р а л а р қ а б ы л д а у .

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

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

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

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

4) таңертеңгілік сүзгіде анықталған ЖРВИ мен тұмаудың белгілері бар балаларды (қызметкерлерді) уақтылы сабақтан (жұмыстан) шеттетуді ұйымдастыру, медициналық пунктке немесе учаскелік дәрігерді үйге шақыру ү ш і н ү й г е ж і б е р у ;

- 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<sup>0</sup>С-қа дейін температуралық режимді қамтамасыз ету;
- 9) ерекше бейінді үй-жайларды қатаң түрде мақсаты бойынша пайдалану;
- 10) үзілістердің ұзақтығын 10 минуттан 15 минутқа дейін созу арқылы оқу кабинеттерінде; мектепке дейінгі балалар ұйымдарында балаларды басқа үй-жайларға шығару кезінде желдету режимін күшейту;
- 11) санитариялық тораптарды сұйық сабынмен, бір рет қолданылатын сүлгілермен/сулықтармен қамтамасыз ету;
- 12) пайдаланылған бетперделер мен сулықтарды жинау үшін педальмен жарақталған қоқыс жәшіктерін орнату;
- 13) оқушыларға жеке гигиена ережелерін сақтау және ЖРВИ мен тұмаудың алдын алу мәселелері бойынша тақырыптық диктанттар жаздыру;
- 14) ЖРВИ-мен және тұмаумен сырқаттанушылықтың көтерілу кезеңінде жаппай және ойын-сауық іс-шараларын өткізуді шектеу.

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

Ескерту. Қағида 3-қосымшамен толықтырылды - ҚР Үкіметінің 19.06.2013 № 627 қаулысымен (алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі).

## **ТТА және АЖРИ-ды шолғыншы эпидқадағалау жүйесін ұйымдастыру алгоритмі**

1. ШЭҚ-ты ұйымдастыру сапасын бағалау критерийлері мыналар болып табылады: шолғыншы орталықтарда ТТА-мен және АЖРИ-мен ауыратын науқастарды есепке алу қағидаттарын сақтау және олардың ТТА мен АЖРИ жағдайларының стандартты анықтамаларына сәйкес келуі, эпидемиологиялық

және клиникалық, ТТА мен АЖРИ жағдайларын зертханалық зерттеу деректерін толық жинау, ШЭҚ жүйесінің барлық сатыларында апталық есеп беруді уақтылы және толық ұсыну, деректерді сапалы талдау және олардың уақтылы таралуын қамтамасыз ету, сапаны сырттай бақылау бағдарламасына қатысу.

2. ТТА-ны шолғыншы эпидқадағалау жүйесі мыналарды қамтиды:

1) 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 және одан жоғары жас ерекшелік топтары және науқастарды зертханалық тексеру бойынша тұрғындардың ЖРВИ және ТТА себебі бойынша жүгінуі туралы деректерді аумақтық МСЭҚ басқармаларына а п т а с а й ы н ұ с ы н у ;

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

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

4) ТТА-мен ауыратын науқастардан үлгілерді жинау науқастың үйіне бару арқылы жүргізіледі. Бір айда 4 апта болғанда әр емхананың клиницисті бар бригадасы зертханалық зерттеуге жататын науқасқа 1 рет, 5 апта болғанда – а й ы н а 2 р е т б а р а д ы ;

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

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

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

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

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

10) ТТА-мен ауыратын науқастардың сауалнамасындағы жеке деректерін МСЭҚД эпидемиологтары (сауалнаманың эпидемиологиялық бөлігін) және СЭСО вирусологтары (сауалнаманың зертханалық бөлігін) тұрақты түрде он-лайн режимінде электрондық деректер базасына енгізеді.

3. АЖРИ-ді шолғыншы эпидқадағалау жүйесі:



1) АЖРИ-мен ауыратын науқастарды толық және уақтылы анықтау мақсатында шолғыншы орталықтар мынаны қамтамасыз етеді: апта сайынғы деректерді аумақтық МСЭҚ басқармаларына ұсына отырып, науқастардың барлық жүгінуі кезінде стандартты анықтамаға сәйкес келетін және аурудың ұзақтығы 7 күннен аспайтын АЖРИ жағдайларына есептеу жүргізу;

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

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

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

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

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

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

8) науқас стационардан шыққаннан кейін 7-тармақта көрсетілген деректер болған жағдайда, «√» белгісі бар «жыртылатын талон» толтырылады және оның екінші бөлігі МСЭҚКД-не беріледі;

9) әрбір зертханалық тексерілген АЖРИ жағдайы үшін сауалнама және вирусологиялық зертханаға жолдама толтырылады.