



Об утверждении Санитарных правил «Санитарно - эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно - противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»

Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан от 12 марта 2015 года № 194.
Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 16 апреля 2015 года № 10741

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

1. Утвердить прилагаемые Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний».

2. Комитету по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан (Матишев А.Б.) обеспечить в установленном законодательством порядке:

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

2) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа его направление на официальное опубликование в периодических печатных изданиях и в информационно-правовой системе «Әділет»;

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

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

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

Министр

Е. Досаев

«СОГЛАСОВАН»

Министр здравоохранения

и социального развития

Республики Казахстан

_____ Т. Дуйсенова

13 марта 2015 г.

Утверждены
приказом Министра
национальной экономики
Республики Казахстан
от 12 марта 2015 года № 194

Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний»

1. Общие положения

1. Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний» (далее – Санитарные правила) устанавливают требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний.

2. В настоящих Санитарных правилах применяются следующие термины и определения:

1) внутрибольничное заболевание – любое инфекционное заболевание, возникшее у больного после обращения или получения медицинской помощи в медицинской организации, во время пребывания в медицинской организации или в течение инкубационного периода после получения медицинской помощи, а также инфекционное заболевание сотрудника медицинской организации, вследствие его работы в медицинской организации;

2) тяжелые острые респираторные вирусные инфекции (далее – ТОРИ) – заболевания, требующие немедленной госпитализации пациента и характеризующиеся высокой температурой в анамнезе или лихорадкой $>38^{\circ}\text{C}$, кашлем, одышкой или затрудненным дыханием, которые наблюдаются не менее одного раза в течение 7 дней от начала заболевания;

3) бактерионосительство – форма инфекционного процесса, характеризующаяся сохранением в организме человека или животного и выделением в окружающую среду возбудителя инфекционной (паразитарной) болезни, без клинического проявления заболевания;

4) бактериофаги – вирусы бактерий, способные поражать бактериальную клетку и вызывать ее растворение;

5) отказ – отказ больного заразной формой туберкулеза от лечения, назначенного врачом, зафиксированный в медицинской документации;

6) ограничительные мероприятия на объектах воспитания и образования детей и подростков – меры, направленные на предотвращение распространения гриппа и других ОРВИ, предусматривающие отмену кабинетной системы обучения, ограничения массовых, зрелищных и спортивных мероприятий, своевременную изоляцию больных гриппом, введение масочного режима, усиление санитарно-дезинфекционного режима и соблюдение личной гигиены;

7) контактное лицо – человек, который находится и (или) находился в контакте с источником возбудителя инфекции;

8) вирусная транспортная среда (далее – ВТС) – готовая жидкая среда, предназначенная для сохранения вирусов в образцах клинического материала в процессе его транспортировки до лаборатории;

9) Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан (далее – уполномоченный орган в области здравоохранения) – является государственным органом Республики Казахстан, осуществляющим руководство в области здравоохранения и социально-трудовой сфере;

10) дизентерия – инфекционное заболевание, вызываемое микробами рода шигелла (*Shigella*), при котором преимущественно поражается слизистая оболочка толстого кишечника. Клинически заболевание характеризуется интоксикацией и наличием колитического синдрома;

11) дисбактериоз – нарушение состава микрофлоры кишечника, сопровождающееся дисфункцией и нарушениями ферментативной способности кишечника, возникающей в результате хронических заболеваний, длительного применения антибиотиков;

12) поддерживающая фаза – фаза продолжения терапии, которая воздействует на сохраняющуюся микобактериальную популяцию, и обеспечивает дальнейшее уменьшение воспалительных изменений туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей организма больного;

13) сосуд Дьюара – резервуар, предназначенный для длительного хранения и транспортировки биологических образцов в среде жидкого азота;

14) уклонение от лечения – самовольный уход, нарушение режима лечения, предписанного врачом, а также пропуск приема противотуберкулезных препаратов, суммарно составляющий три и более недели и зафиксированный в медицинской карте больного туберкулезом;

15) острый вирусный гепатит (А, Е, В, С, Д) – острое воспаление печени с длительностью меньше шести месяцев, при наличии специфических маркеров;

16) острые кишечные инфекции – инфекционные заболевания, вызываемые патогенными и условно-патогенными бактериями, вирусами, характеризующиеся поражением желудочно-кишечного тракта;

17) острая респираторная вирусная инфекция (далее – ОРВИ) – высоко контагиозная группа заболеваний, вызываемых вирусами гриппа, парагриппа, аденовирусами, респираторно-синцитиальными и другими вирусами, передающихся воздушно-капельным путем и сопровождающихся поражением слизистой оболочки дыхательных (респираторных) путей;

18) рутинный эпидемиологический надзор за ОРВИ, гриппом и их осложнениями (пневмонии) – мониторинг уровня и динамики заболеваемости и летальности от ОРВИ, гриппа и их осложнений (пневмонии) на основе учета числа зарегистрированных случаев заболеваний на всей территории республики по обращаемости населения с клиническими проявлениями острого респираторного гриппоподобного заболевания и/или пневмонии;

19) иерсиниоз – острое инфекционное заболевание из группы антропоозоозов, характеризующееся симптомами интоксикации и преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта, печени, суставов, реже других органов;

20) инкубационный период – отрезок времени от момента попадания возбудителя инфекции в организм до проявления первых симптомов болезни;

21) инвазивные методы – методы диагностики и лечения, осуществляемые путем проникновения во внутреннюю среду организма человека;

22) очаг инфекционного или паразитарного заболевания – место пребывания больного инфекционным или паразитарным заболеванием с окружающей его территорией в тех пределах, в которых возбудитель инфекции способен передаваться от больного к восприимчивым людям;

23) индикаторные показатели – показатели качества организации системы дозорного эпидемиологического надзора (далее – ДЭН) за гриппоподобными заболеваниями (далее – ГПЗ), ТОРИ и гриппом;

24) туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью (далее – ШЛУ ТБ) – туберкулез, вызванный микобактерией туберкулеза (далее – МБТ), штаммы которого устойчивы к изониазиду и рифампицину, а также к одному из фторхинолонов и к одному из трех инъекционных препаратов второго ряда (капреомицину, канамицину или амикацину);

25) туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью (далее – МЛУ ТБ) – туберкулез, вызванный МБТ, штаммы которого устойчивы к рифампицину;

26) интенсивная фаза – начальная фаза терапии, направленная на ликвидацию клинических проявлений заболевания и максимальное воздействие на популяцию МБТ;

27) легочный туберкулез с положительным результатом микроскопии мокроты (бактериовыделитель) – при микроскопии мазка мокроты до проведения лечения обнаружены кислото-устойчивые бактерии (далее – КУБ), даже при однократном выявлении;

28) паратифы – бактериальные острые инфекционные заболевания, вызываемые бактериями рода сальмонелл (*Salmonellaparatyphi*), характеризующиеся язвенным поражением лимфатической системы тонкой кишки, бактериемией, циклическим течением с явлениями общей интоксикации, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, реализуемые преимущественно пищевым и водным путями, склонные к формированию продолжительного бактерионосительства;

29) микроскопическое исследование – метод выявления КУБ в фиксированных мазках;

30) проба Манту – специфический диагностический тест, внутрикожная туберкулиновая проба Манту с двумя международными туберкулиновыми единицами (далее – Манту с 2 ТЕ);

31) парентеральный механизм – передача инфекции при переливании крови, инъекциях и других манипуляциях, сопровождающихся нарушением целостности кожных покровов и слизистых, а также от матери ребенку при прохождении через родовые пути;

32) реконвалесцент – больной человек в стадии выздоровления;

33) ремиссия – этап течения болезни, характеризующийся временным ослаблением или исчезновением ее проявлений;

34) ретроспективный эпидемиологический анализ – анализ уровня, структуры и динамики инфекционной заболеваемости за длительный предшествующий промежуток времени с целью обоснования перспективного планирования противоэпидемических мероприятий;

35) репрезентативная выборка – выборка, в которой соблюдены основные признаки генеральной

совокупности и данные представлены в той же пропорции или с той же частотой, с которой данный признак выступает в этой генеральной совокупности;

36) ротавирусная инфекция – острое вирусное заболевание, характеризующееся поражением желудочно-кишечного тракта;

37) сальмонеллез – группа полиэтиологических острых инфекционных болезней с фекально-оральным механизмом передачи возбудителей рода сальмонелл (*Salmonella*), которые характеризуются большим полиморфизмом клинических проявлений от бессимптомного бактерионосительства до тяжелых септических вариантов. Чаще всего протекают в виде острого гастроэнтерита;

38) санация – проведение целенаправленных лечебно-профилактических мер по оздоровлению организма;

39) контрольный уровень заболеваемости – пороговый уровень заболеваемости, характерный для каждого интервала времени и для конкретной местности, складывающийся из средней величины заболеваемости за предыдущие пять лет. Вычисляется для территории в целом и для отдельных групп населения (возрастных, профессиональных). Приближение анализируемых показателей к верхнему контрольному уровню или превышение его свидетельствует об эпидемиологическом неблагополучии;

40) фильтр – организуется в поликлинике, задачей которого является сортировка пациентов на входе в поликлинику на два основных потока: лица с подозрением на инфекционное заболевание (повышенная температура, сыпь неясной этиологии, диспепсические расстройства и другие проявления инфекционных заболеваний) и здоровые лица или люди с различными функциональными отклонениями;

41) ограничительные мероприятия в стационарах – меры, направленные на предотвращение распространения гриппа и других ОРВИ, предусматривающие особый режим передвижения медработников и пациентов, своевременную изоляцию больных гриппом, введение масочного режима, усиление санитарно-дезинфекционного режима и соблюдение личной гигиены;

42) утренний фильтр – прием детей на объектах дошкольного воспитания и обучения, школах, гимназиях, лицеях с опросом родителей на наличие признаков и симптомов ОРВИ и гриппа с осмотром зева, измерением температуры;

43) термоконтейнер – ящик (или сумка) для переноса образцов с теплоизолирующими свойствами и плотно прилегающей крышкой, где оптимальный температурный режим (от плюс 2°C до плюс 8°C) обеспечивается с помощью помещенных в его полость замороженных холодильных элементов;

44) очаг туберкулезной инфекции – место проживания (частный дом, квартира, комната в общежитии и так далее), учебы, работы, отдыха больного бактериовыделителя;

45) туберкулез – заболевание, с преимущественно легочной локализацией, при которой в патологический процесс кроме легких могут быть вовлечены все органы и ткани организма;

46) туберкулинодиагностика – специфическое диагностическое исследование по пробе Манту 2 ТЕ;

47) гриппоподобные заболевания – случаи острых респираторных вирусных заболеваний, сопровождающиеся повышением температуры тела более 38°C и кашлем, которые наблюдаются не менее одного раза в течение 7 дней от начала заболевания;

48) зональная вирусологическая лаборатория по ДЭН за гриппом (зональная вирусологическая лаборатория) – вирусологическая лаборатория, осуществляющая методическую и практическую помощь вирусологическим лабораториям, участвующим в системе ДЭН за ГПЗ, ТОРИ и гриппом, подтверждение (ретестирование) образцов в целях обеспечения внешнего контроля качества;

49) фаготип – совокупность бактериальных штаммов, характеризующихся одинаковой чувствительностью к типовому набору бактериофагов;

50) флюорографическое, рентгенологическое обследование – диагностические исследования флюорографическими или рентгенологическими аппаратами;

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

52) Ведомство государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения – Комитет по защите прав потребителей Министерства национальной экономики Республики Казахстан;

53) дозорный эпидемиологический надзор – систематический сбор информации о больном ГПЗ и

образцов материала от больных ГПЗ и ТОРИ в репрезентативных группах, позволяющий сравнивать эпидемиологические и вирусологические характеристики заболеваемости гриппом, экономический ущерб от гриппа в стране с данными других стран мира;

54) дозорные регионы – административные территории, где внедрена и проводится система дозорного эпидемиологического надзора за ГПЗ, ТОРИ и гриппом;

55) дозорные центры – медицинские организации, где осуществляется система дозорного эпидемиологического надзора за ГПЗ, ТОРИ и гриппом;

56) брюшной тиф – бактериальное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода сальмонелл (*SalmonellaTyphi*), характеризующееся язвенным поражением лимфатической системы тонкой кишки, бактериемией, циклическим течением с общей интоксикацией, с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, реализуемым водным, пищевым и бытовым путями, со спорадическим распространением, а также склонностью к формированию длительного бактерионосительства;

57) энтеральный механизм – передача инфекции через желудочно-кишечный тракт;

58) обследование по эпидемиологическим показаниям – обследование на основе полученной информации об инфекционном или паразитарном заболевании, обусловленное эпидемиологической ситуацией на определенной территории, среди отдельных групп населения и при проведении эпидемиологического расследования случая инфекционного или паразитарного заболевания (для выявления факторов риска заражения, путей передачи и проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий);

59) anti-HCV – антитела к вирусному гепатиту С;

60) HBsAg – поверхностный антиген, указывающий на острую или хроническую форму инфекции.

2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению заболеваний острыми кишечными инфекциями

3. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью острыми кишечными инфекциями включает мероприятия:

1) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями, проводимый ежегодно территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения с целью обоснования перечня, объема и сроков проведения профилактических мероприятий, долгосрочного программно-целевого планирования;

2) оперативный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями, проводимый ежемесячно территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных противоэпидемических мероприятий.

Проводится сравнение текущей заболеваемости по неделям, месяцам, с нарастающим итогом, сопоставление с контрольными уровнями заболеваемости, характерными для данной территории.

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

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

6. Проводятся однократные лабораторные обследования на кишечную группу категорий населения:

1) больных с подозрением на острые кишечные инфекции при обращении в медицинские

организации;

- 2) пациентов психиатрических стационаров, при поступлении в стационар;
- 3) детей при оформлении в школы-интернаты, детские дома и дома ребенка;
- 4) лиц преклонного возраста при оформлении в дома-интернаты для престарелых и инвалидов;
- 5) реконвалесцентов после перенесенной кишечной инфекции.

7. В целях идентификации возбудителя и установления размеров очага проводятся лабораторные исследования, определяемые врачом-эпидемиологом с учетом предполагаемых факторов и путей передачи возбудителя инфекционного заболевания.

3. Санитарно-эпидемиологические требования к организации эпидемиологического обследования

8. Эпидемиологические обследования очагов проводятся:

1) при заболевании острыми кишечными инфекциями работников объектов общественного питания и продовольственной торговли, водоснабжения, дошкольных организаций, а также частных лиц, занимающихся предпринимательской деятельностью, связанной с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов;

2) при заболевании детей, посещающих дошкольные организации, детские дома, школы-интернаты;

3) при заболевании работников психоневрологических стационаров, детских домов, домов ребенка, домов-интернатов для престарелых и инвалидов;

4) при регистрации в одном очаге трех и более случаев заболевания в течение одного инкубационного периода.

9. Обследование квартирных очагов проводится при превышении контрольных уровней заболеваемости острыми кишечными инфекциями с учетом результатов оперативного эпидемиологического анализа.

10. При эпидемиологическом обследовании очагов проводится забор проб пищевых продуктов, воды, смывов для лабораторного обследования.

4. Санитарно-эпидемиологические требования к госпитализации больных острыми кишечными инфекциями

11. Госпитализация больных острыми кишечными инфекциями проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

12. Клинические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

- 1) все формы заболевания у детей в возрасте до двух месяцев;
- 2) формы заболевания с тяжелым обезвоживанием независимо от возраста ребенка;
- 3) формы заболевания, отягощенные сопутствующей патологией;
- 4) затяжные диареи с обезвоживанием любой степени;
- 5) хронические формы дизентерии (при обострении).

13. Эпидемиологические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

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

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

14. Выписка реконвалесцентов после дизентерии и других острых диарейных инфекций проводится после полного клинического выздоровления.

Однократное бактериологическое обследование реконвалесцентов после дизентерии и других

острых диарейных инфекций проводится в амбулаторных условиях в течение семи календарных дней после выписки, но не ранее двух календарных дней после окончания антибиотикотерапии.

5. Санитарно-эпидемиологические требования к диспансерному наблюдению за лицами, переболевшими острыми кишечными инфекциями

15. Диспансерному наблюдению после перенесенной острой дизентерии подлежат:

1) работники объектов общественного питания, продовольственной торговли, пищевой промышленности;

2) дети детских домов, домов ребенка, школ-интернатов;

3) работники психоневрологических диспансеров, детских домов, домов ребенка, домов-интернатов для престарелых и инвалидов.

16. Диспансерное наблюдение проводится в течение одного месяца, в конце которого обязательно однократное бактериологическое обследование.

17. Кратность посещения врача определяется по клиническим показаниям.

18. Диспансерное наблюдение осуществляется участковым врачом (или семейным врачом) по месту жительства или врачом кабинета инфекционных болезней.

19. При рецидиве заболевания или положительном результате лабораторного обследования, лица, переболевшие дизентерией, вновь проходят лечение. После окончания лечения, эти лица в течение трех месяцев ежемесячно проходят лабораторное обследование. Лица, у которых, бактерионосительство продолжается более трех месяцев, подвергаются лечению как больные с хронической формой дизентерии.

20. Лица из числа декретированной группы населения допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки о выздоровлении. Справка о выздоровлении выдается лечащим врачом только после полного выздоровления, подтвержденного результатами клинического и бактериологического обследования.

Лица с хронической дизентерией переводятся на работу, где они не представляют эпидемиологической опасности.

21. Лица с хронической дизентерией состоят на диспансерном наблюдении в течение года. Бактериологические обследования и осмотр врачом-инфекционистом лиц с хронической дизентерией проводится ежемесячно.

6. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению сальмонеллеза

22. Обязательному бактериологическому обследованию на сальмонеллез подлежат следующие категории лиц населения:

1) дети в возрасте до двух лет, поступающие в стационар;

2) взрослые, госпитализированные в стационар по уходу за больным ребенком;

3) роженицы, родильницы, при наличии дисфункции кишечника в момент поступления или в течение предшествующих трех недель до госпитализации;

4) все больные независимо от диагноза при появлении кишечных расстройств во время пребывания в стационаре;

5) лица из числа декретированных групп населения, которые предположительно явились источником инфекции в очаге сальмонеллеза.

23. Эпидемиологическое обследование очагов сальмонеллеза проводится в случае заболевания лиц, относящихся к декретированной группе населения или детей в возрасте до двух лет.

24. Госпитализация больных сальмонеллезом проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

25. Выписку реконвалесцентов после сальмонеллеза проводят после полного клинического выздоровления и однократного отрицательного бактериологического исследования кала. Исследование

производят не ранее трех дней после окончания лечения.

26. Диспансерному наблюдению после перенесенного заболевания подвергаются только декретированные группы населения.

27. Диспансерное наблюдение за лицами, переболевшими сальмонеллезом, осуществляют врач кабинета инфекционных болезней или участковые (семейные) врачи по месту жительства.

Лица из числа декретированных групп населения допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки о выздоровлении.

28. Реконвалесценты из числа декретированных групп населения допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки о выздоровлении.

Реконвалесцентов, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, а также выявленных бактерионосителей из числа декретированных групп населения территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения отстраняет от основной работы на пятнадцать календарных дней. Работодатель переводит их на работу, где они не представляют эпидемиологической опасности.

При отстранении в течение пятнадцати календарных дней проводят трехкратное исследование кала. При повторном положительном результате порядок отстранения от работы и обследования повторяют еще в течение пятнадцати дней.

При установлении бактерионосительства более трех месяцев, лица, как хронические носители сальмонелл, отстраняются от работы по специальности на двенадцать месяцев.

По истечении срока проводят трехкратное исследование кала и желчи с интервалом один-два календарного дня. При получении отрицательных результатов допускаются к основной работе. При получении одного положительного результата такие лица рассматриваются как хронические бактерионосители, территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения отстраняются от работы, где они представляют эпидемиологическую опасность.

29. Детей, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, лечащий врач отстраняет от посещения организации дошкольного воспитания на пятнадцать календарных дней, в этот период проводят трехкратное исследование кала с интервалом один-два дня. При повторном положительном результате такой же порядок отстранения и обследования повторяют еще в течение пятнадцати дней.

7. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению брюшного тифа и паратифов

30. Государственный санитарно-эпидемиологический надзор за заболеваемостью населения брюшным тифом и паратифами включает:

- 1) анализ информации о санитарном состоянии населенных пунктов, особенно неблагополучных по заболеваемости населения тифопаратифозными инфекциями;
- 2) осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора и определение групп риска среди населения;
- 3) определение фаготипов выделяемых культур от больных и бактерионосителей;
- 4) постановку на учет и диспансерное наблюдение за переболевшими брюшным тифом и паратифами с целью выявления и санации бактерионосителей, особенно из числа работников пищевых предприятий и других декретированных групп населения;
- 5) планирование профилактических и противоэпидемических мероприятий.

31. Профилактические мероприятия тифопаратифозных заболеваний направлены на проведение санитарно-гигиенических мероприятий, предупреждающих передачу возбудителей через воду, пищу. Проводится государственный санитарно-эпидемиологический надзор за санитарно-техническим состоянием объектов:

- 1) систем водоснабжения, централизованных, децентрализованных источников водоснабжения, головных водозаборных сооружений, зон санитарной охраны водоисточников;
- 2) пищевой перерабатывающей промышленности, продовольственной торговли, общественного

питания;

3) канализационной системы.

32. Перед допуском к работе лица из числа декретированных групп населения после врачебного осмотра подвергаются серологическому обследованию путем постановки сывороткой крови реакции прямой гемагглютинации и однократному бактериологическому исследованию. Лица допускаются к работе при отрицательных результатах серологического и бактериологического исследований и при отсутствии других противопоказаний.

В случае положительного результата реакции прямой гемагглютинации дополнительно проводится пятикратное бактериологическое исследование нативных испражнений с интервалом один - два календарных дня. При отрицательных результатах этого обследования проводится однократное бактериологическое исследование желчи. К работе допускаются лица, у которых получены отрицательные данные бактериологического исследования испражнений и желчи.

Лица, у которых выявлены положительные результаты серологического и бактериологического обследования рассматриваются как бактерионосители. Проводится их лечение, постановка на учет, устанавливается за ними медицинское наблюдение. Территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения бактерионосители отстраняются от работы, где представляют эпидемическую опасность.

33. Согласно постановлению Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295 «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам» вакцинации против брюшного тифа подлежат работники канализационных и очистных сооружений.

34. В очаге брюшного тифа или паратифов проводятся мероприятия: 1) выявление всех больных путем опроса, осмотра, термометрии, лабораторного обследования;

2) своевременного изолирования всех больных брюшным тифом, паратифами;

3) выявление и проведение лабораторного обследования лиц, ранее переболевших брюшным тифом и паратифами, декретированных групп населения, лиц, подвергшихся риску заражения (употреблявших подозрительные на заражение пищевые продукты или воду, контактировавших с больными);

4) в очаге с единичным заболеванием у лиц, из числа декретированных групп населения проводится однократное бактериологическое исследование испражнений и исследование сыворотки крови в реакции прямой гемагглютинации. У лиц с положительным результатом реакции прямой гемагглютинации проводится повторное пятикратное бактериологическое исследование испражнений и мочи;

5) в случае возникновения групповых заболеваний проводится лабораторное обследование лиц, которые предположительно являются источником инфекции. Лабораторное обследование включает трехкратное бактериологическое исследование испражнений и мочи с интервалом не менее двух календарных дней и однократное исследование сыворотки крови методом реакции прямой гемагглютинации. У лиц с положительным результатом реакции прямой гемагглютинации проводится дополнительное пятикратное бактериологическое исследование испражнений и мочи с интервалом не менее двух календарных дней, а при отрицательных результатах этого обследования – однократно исследуется желчь;

6) лица из числа декретированных групп населения, имеющие контакт либо общение с больным брюшным тифом или паратифами на дому, территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения временно отстраняются от работы до госпитализации больного, проведения заключительной дезинфекции и получения отрицательных результатов однократного бактериологического исследования испражнений, мочи и реакции прямой гемагглютинации;

7) лица, подвергшиеся риску заражения, наряду с лабораторным обследованием находятся под медицинским наблюдением с ежедневными врачебными осмотрами и термометрией на протяжении двадцати одного календарного дня при брюшном тифе и четырнадцати календарных дней при паратифах с момента изоляции последнего больного;

8) выявленные больные и бактерионосители брюшного тифа и паратифов немедленно изолируются, и направляются в медицинские организации для обследования и лечения.

35. Экстренная профилактика в очагах брюшного тифа и паратифов проводится в зависимости

от эпидемиологической ситуации. В очагах брюшного тифа назначается при наличии брюшнотифозный бактериофаг, при паратифах поливалентный сальмонеллезный бактериофаг. Первое назначение бактериофага проводится после забора материала для бактериологического обследования. Бактериофаг назначается также реконвалесцентам.

36. В очагах брюшного тифа и паратифов обязательно проводятся дезинфекционные мероприятия :

1) текущая дезинфекция проводится в период с момента выявления больного до госпитализации , у реконвалесцентов в течение трех месяцев после выписки из больницы;

2) текущую дезинфекцию организует медицинский работник медицинской организации, а проводит – лицо, ухаживающее за больным, сам реконвалесцент или бактерионоситель;

3) заключительную дезинфекцию проводят дезинфекционные станции или дезинфекционные отделы (отделения) органов (организаций) санитарно – эпидемиологической службы, в сельской местности – сельские врачебные больницы, амбулатории;

4) заключительную дезинфекцию в городских населенных пунктах проводят не позже шести часов, в сельской местности – двенадцати часов после госпитализации больного;

5) в случае выявления больного брюшным тифом или паратифом в медицинской организации после изоляции больного в помещениях, где он находился, проводят заключительную дезинфекцию силами персонала данной организации.

8. Санитарно-эпидемиологические требования к диагностике, госпитализации больных брюшным тифом и паратифами

37. Своевременное выявление, изоляция и лечение больных и бактерионосителей брюшного тифа и паратифов осуществляется медицинскими работниками всех медицинских организаций независимо от форм собственности на основании клинических и лабораторных данных.

38. При диагностике брюшного тифа ведущим является выделение гемокультуры. Забор крови для выделения гемокультуры проводится во все периоды болезни. Первый посев крови производится до начала антибактериальной терапии. Для диагностики также проводится исследование копрокультуры , уринокультуры, желчи, серологическая диагностика (реакция Видаля, реакция прямой гемагглютинации).

39. Больные с неустановленным диагнозом, лихорадящие в течение трех и более суток, обследуются на брюшной тиф.

40. Все больные брюшным тифом и паратифами А и В госпитализируются в инфекционный стационар.

41. Выписка больных осуществляется не ранее двадцати одного календарного дня после установления нормальной температуры после трехкратного бактериологического исследования кала и мочи. Бактериологического исследования кала и мочи проводится через пять календарных дней после отмены антибиотиков и затем с интервалом пять календарных дней. Кроме того, проводится посев дуоденального содержимого за семь-десять календарных дней до выписки.

9. Санитарно-эпидемиологические требования к диспансерному наблюдению за лицами, переболевшими брюшным тифом и паратифами

42. Все переболевшие брюшным тифом и паратифами после выписки из стационара подлежат медицинскому наблюдению с термометрией один раз в две недели. Через десять календарных дней после выписки из стационара начинается обследование реконвалесцентов на бактерионосительство, для чего пятикратно исследуются кал и моча с интервалом не менее двух календарных дней. На протяжении трех месяцев ежемесячно проводится бактериологическое однократное исследование кала и мочи.

При положительном результате бактериологического исследования в течение трех месяцев после выписки из стационара обследуемый расценивается как острый носитель.

На четвертом месяце наблюдения бактериологически исследуются желчь и сыворотка крови в

реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах всех исследований переболевшего снимают с диспансерного наблюдения.

При положительном результате серологического исследования проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. В случае отрицательных результатов оставляют под наблюдением в течение одного года.

Через один год после выписки из стационара однократно исследуют бактериологически кал, мочу и сыворотку крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах исследования переболевшего снимают с диспансерного наблюдения.

43. Лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, относящиеся к декретированным группам населения, после выписки из стационара на один месяц отстраняются от работы, где представляют эпидемическую опасность, территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения в соответствии с подпунктом 5) пункта 12 статьи 21 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс). В течение этого периода проводится их пятикратное бактериологическое обследование (исследование кала и мочи).

При отрицательных результатах исследования их допускают к работе, и в последующие два месяца ежемесячно исследуют желчь и сыворотку крови с помощью реакции прямой гемагглютинации с цистеином. Далее их обследуют в течение двух лет ежеквартально, а в последующем на протяжении всей трудовой деятельности два раза в год (исследовать кал и мочу).

При положительном результате через один месяц после выписки из стационара их переводят на работу, не связанную с пищевыми продуктами и водой. По истечении трех месяцев проводится пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи и однократно желчи. При отрицательном результате их допускают к работе и обследуют как предыдущую группу.

При положительном результате реакции прямой гемагглютинации с цистеином проводится пятикратное дополнительное исследование кала и мочи и при отрицательных результатах – однократное исследование желчи. При отрицательном результате их допускают к работе. Если при любом из обследований, проведенном по истечении трех месяцев после выписки из стационара, у таких лиц хотя бы однократно были выделены возбудители брюшного тифа или паратифа, их считают хроническими бактерионосителями и территориальное подразделение ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения отстраняет их от работы, где они могут представлять эпидемическую опасность.

44. Бактерионосители брюшного тифа и паратифов подразделяются на категории:

1) транзиторные бактерионосители – лица, не болевшие брюшным тифом и паратифами, но выделяющие возбудителей брюшного тифа или паратифов;

2) острые бактерионосители – лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, у которых отмечается бактерионосительство в течение первых трех месяцев после выписки из больницы;

3) хронические бактерионосители – лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, у которых отмечается бактерионосительство в течение трех и более месяцев после выписки из больницы.

45. Среди бактерионосителей брюшного тифа и паратифов проводятся мероприятия:

1) у транзиторных бактерионосителей в течение трех месяцев проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. При отрицательном результате однократно исследуют желчь. В конце наблюдения однократно исследуют сыворотку крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательном результате всех исследований к концу третьего месяца наблюдения их снимают с учета. При положительных результатах бактериологического и серологического исследований расцениваются как острые бактерионосители;

2) за острыми бактерионосителями в течение двух месяцев после выявления проводится медицинское наблюдение с термометрией и в течение трех месяцев ежемесячно однократно проводится бактериологическое исследование кала и мочи. В конце третьего месяца проводят бактериологическое исследование кала и мочи – пятикратно, желчи – однократно и серологическое исследование сыворотки крови в реакции прямой гемагглютинации с цистеином. При отрицательных результатах бактериологических и серологических исследований обследуемого снимают с диспансерного наблюдения. При положительном результате серологического исследования и отрицательных результатах бактериологического исследования кала и мочи продолжают наблюдение в

течение одного года. Через один год необходимо однократно исследовать кал и мочу с цистеином, кал и мочу – бактериологически, однократно. При положительном результате серологического исследования исследуются кал и моча пятикратно, желчь однократно. При отрицательных результатах исследований обследуемого снимают с диспансерного наблюдения. При положительном результате обследуемого расценивают как хронического бактерионосителя;

3) хронические бактерионосители состоят на учете в территориальном подразделении ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, порядок их обследования в течение жизни определяется эпидемиологом. Хронических бактерионосителей обучают приготовлению дезинфицирующих растворов, текущей дезинфекции, правильного гигиенического поведения;

4) бактерионосителей из числа декретированных групп населения ставят на постоянный учет в территориальном подразделении ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В течение первого месяца наблюдения их отстраняют от работы, где представляют эпидемическую опасность. Если через месяц выделение возбудителя продолжается, обследуемые отстраняются от работы еще на два месяца. Через три месяца при отрицательных результатах бактериологического исследования они допускаются к основной работе. При положительном результате бактериологического исследования они расцениваются, как хронические носители и не допускаются к работе, где они могут представлять эпидемическую опасность.

46. Лица из числа декретированных групп населения, в случае обнаружения хронического бактерионосительства у одного из членов его семьи, от работы не отстраняются, и не подлежат специальному наблюдению.

10. Санитарно-эпидемиологические требования к выявлению больных туберкулезом

47. Выявление больных туберкулезом осуществляют медицинские работники всех специальностей при:

- 1) обращении людей за медицинской помощью в амбулаторно-поликлинические и стационарные организации;
- 2) при оказании стационарной и специализированной медицинской помощи;
- 3) проведении обязательных и профилактических медицинских осмотров;
- 4) при проведении иммунизации против туберкулеза.

48. При обращении в медицинскую организацию пациентов с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом, проводят полное клиническое и инструментальное обследование с обязательным рентгенологическим и бактериологическим исследованием (микроскопия мазка мокроты и другого патологического материала).

49. При обнаружении во время обследования признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, пациента в течение трех календарных дней направляют в противотуберкулезный диспансер (отделение, кабинет) по месту жительства.

50. Контроль за проведением своевременного и полного обследования больного осуществляют направивший специалист медицинской организации и специалист противотуберкулезной организации (далее – ПТО).

51. Лиц без определенного места жительства при подозрении на заболевание туберкулезом госпитализируют в противотуберкулезный стационар для завершения обследования и при подтверждении диагноза «туберкулез» – для лечения.

52. Специалист ПТО информирует специалиста, направившего больного, о результатах проведенного обследования.

53. Медицинское заключение о допуске больных туберкулезом на работу и учебу выдается центральной врачебно-консультативной комиссией (далее – ЦВКК) ПТО.

54. По заключению ЦВКК допускаются к учебе или работе больные туберкулезом успешно завершившие полный курс лечения в режимах I, II и IV категории, с исходом «Вылечен» или «Лечение завершено».

55. Военнослужащие, переболевшие туберкулезом, допускаются к воинской службе на основании

требований, предъявляемых к соответствию состояния здоровья лиц для службы в Вооруженных Силах, других войсках и воинских формированиях Республики Казахстан.

56. Организации первичной медико-санитарной помощи, а также врач ПТО в случае отказа от лечения, при самовольном уходе и нарушении режима лечения обращаются в ЦВКК для решения вопроса о назначении ему принудительного лечения в специализированной ПТО.

57. По заключению ЦВКК организации первичной медико-санитарной помощи, в том числе главный врач ПТО подписывают представление на больного в суд о назначении принудительного лечения согласно приложению к Правилам организации принудительного лечения больных заразной формой туберкулеза и режима пребывания в специализированных противотуберкулезных организациях, утвержденных приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 ноября 2009 года № 729 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 5959)

58. В целях раннего выявления туберкулеза у взрослого населения, профилактическим медицинским осмотрам подлежат граждане Республики Казахстан, оралманы и другие лица, находящиеся на территории Республики Казахстан.

59. Профилактические медицинские осмотры населения проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в медицинских организациях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в следственных изоляторах и исправительных учреждениях.

60. Планирование, организацию и учет профилактических медицинских осмотров и формирование флюорокартотеки по данным индивидуального учета населения обеспечивают руководители медицинских организаций с предоставлением ежемесячных отчетов о выполнении плана флюороосмотра населения по форме согласно приложению 1 к настоящим Санитарным правилам в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

60-1. Формирование плана флюорографического обследования лиц группы «риска» проводится в разрезе терапевтических участков по территориально-производственному принципу помесячно и с нарастанием. Сводный план флюорографического обследования по поликлинике утверждается руководителем данной организации и согласовывается с руководителем ПТО, руководителем территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Сноска. Санитарные правила дополнены пунктом 60-1 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

61. Диагноз «Туберкулез» подтверждает ЦВКК ПТО и принимает решение о необходимости госпитализации, наблюдения и лечения.

62. В целях раннего выявления туберкулеза у детей применяют внутрикожную аллергическую пробу с туберкулином (далее – проба Манту). Туберкулинодиагностику проводят вакцинированным против туберкулеза детям группы риска с 12-месячного возраста и до достижения возраста 14 лет, пробу Манту ставят 1 раз в год, независимо от результата предыдущих проб.

63. Обследованию по пробе Манту 2 ТЕ подлежат:

- 1) дети групп «риска»;
- 2) дети и подростки из очагов туберкулеза;
- 3) дети старше 2 месяцев перед вакцинацией;
- 4) учащиеся 1 классов (6-7 лет) перед ревакцинацией.

64. Не допускается проведение вакцинации при:

- 1) генерализованной инфекции БЦЖ, выявленной у лиц первой степени родства (возможность наследственного иммунодефицита);
- 2) ВИЧ-инфекции и синдроме приобретенного иммунодефицита;
- 3) недоношенности – масса тела менее 2000 грамм или гестационный возраст менее 33 недель;
- 4) поражении центральной нервной системы – родовые травмы с неврологической симптоматикой (среднетяжелой и тяжелой степени);
- 5) внутриутробной инфекции, сепсисе новорожденных;
- 6) гемолитической болезни новорожденных (тяжелые и среднетяжелые формы);
- 7) среднетяжелых и тяжелых заболеваниях, сопровождающихся субфебрильной температурой и

нарушением общего состояния.

65. Постановку пробы Манту осуществляют медицинские работники детских, подростковых, амбулаторно - поликлинических и оздоровительных организаций, имеющие допуск к проведению прививок в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295 «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам».

66. Не допускается проведение пробы Манту в детских и подростковых коллективах в период карантина по инфекционным заболеваниям. Постановку пробы Манту проводят до любых профилактических прививок.

67. Интервал между профилактической прививкой и пробой Манту составляет два месяца. В день постановки туберкулиновых проб проводят медицинский осмотр детей. В целях соблюдения двухмесячного интервала перед постановкой пробы Манту, ревакцинация вакциной против кори, краснухи и паротита (далее – ККП) проводится за два месяца до начала учебного года.

68. Результат пробы Манту оценивают через семьдесят два часа путем измерения размера инфильтрата (папулы) в миллиметрах (далее – мм) линейкой с миллиметровыми делениями и регистрируют поперечный по отношению к оси предплечья размер инфильтрата. При отсутствии инфильтрата измеряется и регистрируется гиперемия.

69. Детей, направленных на консультацию в противотуберкулезный диспансер, родители которых не представили в течение одного месяца с момента постановки пробы Манту заключение фтизиатра об отсутствии заболевания туберкулезом, не допускают в организации дошкольного и начального среднего образования.

70. Планирование, организацию, своевременный и полный учет проведенных проб Манту (с целью раннего выявления туберкулеза) по данным индивидуального учета детского населения, а также взаимодействие с медицинскими противотуберкулезными организациями по вопросу своевременной явки и обследования детей, направленных на дообследование к фтизиатру по результатам туберкулинодиагностики, обеспечивают руководители медицинских организаций.

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

Сноска. Санитарные правила дополнены пунктом 70-1 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

71. Реакция пробы Манту считается:

- 1) отрицательной – при полном отсутствии инфильтрата (папулы) или гиперемии, или при наличии уколочной реакции (0-1 мм);
- 2) сомнительной – при инфильтрате размером 2-4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата;
- 3) положительной (нормергия) – при наличии инфильтрата диаметром 5 мм и более;
- 4) гиперергической – при наличии у детей 0-14 лет инфильтрата диаметром 15 мм и более, у детей 15-17 лет – 17 мм и более, у взрослых – 21 мм и более, а также везикуло-некротические реакции независимо от размера инфильтрата с лимфангоитом или без него.

72. В условиях плановой внутрикожной вакцинации (ревакцинации) вакциной БЦЖ, туберкулиновая проба Манту выявляет как инфекционную, так и поствакцинальную аллергию. При дифференциальной диагностике характера аллергии учитываются в комплексе:

- 1) интенсивность положительной туберкулиновой реакции;
- 2) наличие и размер поствакцинных рубчиков;
- 3) срок, прошедший после прививки БЦЖ (до 5 лет после вакцинации не исключается поствакцинальная аллергия);
- 4) наличие или отсутствие контакта с больным туберкулезом;
- 5) наличие клинических признаков заболевания.

73. Поствакцинальную аллергию характеризуют сомнительные или положительные реакции размерами папул 5-11 мм.

74. Гиперергические реакции не относятся к поствакцинальной аллергии.

75. При трудности интерпретации характера чувствительности к туберкулину, для исключения парааллергических реакций, дети подлежат дополнительному обследованию и профилактическому лечению (гипосенсибилизация, санация очагов инфекции, дегельминтизация) до достижения периода ремиссии при хронических заболеваниях под контролем врача-фтизиатра. При проведении дифференциальной диагностики этиологии туберкулиновой чувствительности, повторно пробу Манту ставят в противотуберкулезной организации через один-три месяца. Детям с частыми клиническими проявлениями неспецифической аллергии, пробу Манту ставят после приема десенсибилизирующих средств в течение семи-четырнадцати календарных дней.

76. Инфицированными МБТ считают лиц, у которых при наличии достоверных данных о динамике чувствительности к туберкулину по пробе Манту отмечают:

- 1) впервые положительную реакцию (папула размером 5 мм и более), не связанную с иммунизацией вакциной БЦЖ (вираж туберкулиновой пробы);
- 2) стойко (на протяжении четырех-пяти лет) сохраняющуюся реакцию с инфильтратом размером 12 мм и более;
- 3) резкое усиление чувствительности к туберкулину (на 6 мм и более) в течение 1 года (у туберкулиноположительных детей).

77. В течение трех календарных дней с момента постановки пробы Манту ребенка направляют на консультацию к врачу фтизиатру в противотуберкулезный диспансер по месту жительства:

- 1) с впервые положительной реакцией (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулеза;
- 2) со стойко (четыре года) сохраняющейся реакцией с инфильтратом 12 мм и более;
- 3) с нарастанием чувствительности к туберкулину у туберкулиноположительных детей – увеличение инфильтрата на 6 мм и более или увеличение менее чем на 6 мм, но с образованием инфильтрата размером 12 мм и более;
- 4) с гиперреакцией на туберкулин – инфильтрат 17 мм и более или меньших размеров, но везикуло-некротического характера.

78. К детскому врачу-фтизиатру на дообследование направляют детей с виражом и гиперергией туберкулиновой реакции, а в ряде случаев для решения вопроса об этиологии аллергии (поствакцинальная или инфекционная) с документацией, в которой указывают точные даты ранее сделанных туберкулиновых проб, вакцинации и ревакцинации БЦЖ. Весь период дообследования не превышает одного месяца.

79. При исключении активного туберкулезного процесса детей с виражом и гиперергической реакцией ставят на учет по III группе диспансерного учета (далее – ДУ).

80. Лиц, с повторными гиперергическими реакциями на туберкулин, углубленно обследуют с целью выявления локального туберкулезного процесса. При отсутствии локальных туберкулезных изменений, такие дети не подлежат ДУ и повторному проведению химиопрофилактики.

81. К группе «риска» по заболеванию туберкулезом относятся дети:

- 1) из социально неблагополучных семей (малообеспеченные и многодетные, родители – неработающие, из мест лишения свободы, страдающие алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ-инфицированные, не имеющие постоянного места жительства, мигранты);
- 2) находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении с длительным кашлем (более двух недель) и с симптомами нарастающей интоксикации (субфебрилитет, потливость, снижение аппетита и массы тела, раздражительность, вялость);
- 3) дети, состоящие на ДУ у педиатра по поводу различных заболеваний;
- 4) контингент закрытых учебных заведений (школы-интернаты, специализированные школы для детей инвалидов);
- 5) невакцинированные и с неразвившимися поствакцинальными рубчиками БЦЖ;
- 6) получающие гормональную терапию;
- 7) получающие иммуносупрессивную терапию (глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, цитостатики, генно-инженерные биологические препараты);
- 8) дети с неизвестным прививочным статусом.

82. В истории развития ребенка по форме №112/у, утвержденной приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре

государственной регистрации нормативных правовых актов № 6697) (далее – приказ № 907) участковым педиатром, врачом общей практики (далее – ВОП) оформляется эпикриз – обоснование взятия ребенка в группу «риска» по туберкулезу с указанием факторов риска. Группа «риска» формируется участковым педиатром (ВОП) на все обслуживаемое детское население.

83. В организованных коллективах туберкулинодиагностику проводит специально обученный медицинский персонал, который выезжает в детские организации в соответствии с графиком выезда, утвержденным приказом руководителя медицинской организации.

84. В случае установления виража и гиперергической реакции, другие профилактические прививки проводят сразу после завершения курса контролируемой химиопрофилактики.

85. Методическое руководство за проведением пробы Манту осуществляет детский врач-фтизиатр противотуберкулезной организации.

86. Результаты пробы Манту фиксируют в карте профилактических прививок (форма № 063/у), в медицинской карте ребенка (форма № 026/у), в истории развития ребенка (форма № 112/у), утвержденные приказом № 907. В историях развития ребенка отмечаются:

1) организация, выпустившая стандартный туберкулин, серия, контрольный номер и срок его годности;

2) дата проведения туберкулиновой пробы;

3) результат пробы Манту в виде размера инфильтрата в миллиметрах, при отсутствии инфильтрата указывать отрицательный результат, либо размер гиперемии.

87. Противопоказания к постановке пробы Манту:

1) кожные заболевания, острые и хронические инфекционные и соматические заболевания (в том числе эпилепсия) в период обострения. Допускается проведение пробы Манту не менее чем через два месяца после исчезновения всех клинических симптомов;

2) аллергические состояния, ревматизм в острой и подострой фазах течения заболевания, бронхиальная астма, идиосинкразии с выраженными кожными проявлениями в период обострения. Пробу Манту разрешается проводить через два месяца после исчезновения всех клинических симптомов.

88. С целью выявления противопоказаний врач (медицинская сестра) перед постановкой пробы Манту изучает медицинскую документацию, а также проводит опрос и осмотр подвергаемых пробе лиц.

89. Не допускается проведение пробы Манту в детских коллективах, где имеется карантин по детским инфекциям (проводится после снятия карантина).

90. Туберкулинодиагностику группам «риска» планируют до проведения профилактических прививок против различных инфекций.

В случаях, если по тем или иным причинам пробу Манту проводят не до, а после проведения различных профилактических прививок, туберкулинодиагностику осуществляют не ранее, чем через два месяца после прививки.

91. Не допускается проведение туберкулиновой пробы Манту на дому.

92. Детям из очагов туберкулеза туберкулинодиагностику проводят в противотуберкулезных организациях.

93. ВИЧ-инфицированным детям и подросткам проба Манту с диагностической целью не ставится

94. В целях раннего выявления туберкулеза у подростков проводят профилактические медицинские и флюорографические осмотры.

95. Профилактический медицинский и флюорографический осмотры подростков осуществляют в поликлинике по месту расположения учебного заведения или в организации первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП) по месту жительства.

96. Профилактический медицинский (флюорографический) осмотр проводят подросткам в возрасте 15, 16 и 17 лет. При отсутствии данных о профилактических осмотрах в указанных возрастах флюорографический осмотр проводят во внеочередном порядке.

97. Подросткам, больным хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, сахарным диабетом, получающим кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию проводят профилактический медицинский осмотр с целью выявления туберкулеза один раз в год (флюорографическое обследование).

98. Подросткам, состоящим на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях, а также ВИЧ – инфицированным, проводят флюорографическое обследование один раз в

год.

99. Подростков с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом (легочные заболевания затяжного течения, экссудативный плеврит, подострый и хронический лимфаденит, узловатая эритема, хронические заболевания мочевыводящих путей), направляют на консультацию к фтизиатру.

100. На медицинских работников организаций ПМСП возлагается:

- 1) раннее выявление туберкулеза методом микроскопии мазка мокроты среди лиц с клиническими признаками заболевания и методом флюорографии среди населения с высоким риском заболевания туберкулезом (группа «риска»);
- 2) осуществление контролируемой химиотерапии;
- 3) проведение разъяснительной работы среди населения о первых признаках туберкулеза и методах его профилактики.

101. Медицинский работник организаций ПМСП осуществляет сбор мокроты и ее своевременную доставку в лабораторию для исследования. Забор мокроты производит медицинский работник, обученный в ПТО и проходящий переподготовку ежегодно.

102. Микроскопическое исследование мокроты и, при наличии доступа к генно-молекулярному методу диагностики (Xpert MTB/RIF) в организациях ПМСП проводится лицам при наличии кашля, продолжающегося более двух недель (кашель является главным симптомом у больных легочной (заразной) формой туберкулеза) и одного или нескольких нижеперечисленных клинических симптомов:

- 1) потеря веса;
- 2) потливость;
- 3) боли в грудной клетке;
- 4) кровохарканье;
- 5) длительное повышение температуры тела.

103. В сети ПМСП кашляющие больные обследуются вне очереди и обеспечиваются медицинскими одноразовыми масками.

104. В случаях, когда у больного имеются клинические симптомы, изложенные в пункте 102 настоящих Санитарных правил, медицинский работник проводит полный комплекс мероприятий в соответствии с диагностическим алгоритмом обследования больного на туберкулез.

105. В случаях, когда имеется рентгенологическое подозрение на туберкулез, но микроскопия мазка мокроты отрицательная при отсутствии грудных жалоб и симптомов интоксикации больному осуществляется консультация фтизиатра для уточнения диагноза без проведения диагностического алгоритма.

106. Случаи с клинико-рентгенологическим подозрением на туберкулез при установленном контакте с больным туберкулезом консультируются фтизиатром для уточнения диагноза без проведения диагностического алгоритма.

107. При обнаружении бактериовыделения больного направляют в противотуберкулезную организацию для проведения дополнительных лабораторных исследований, и назначения соответствующего лечения.

108. При отрицательных результатах микроскопии мокроты на МБТ и нарастании симптомов, подозрительных на туберкулез, больному проводится консультация врача-фтизиатра.

109. Выявление туберкулеза методом флюорографии среди населения проводится с 15 лет. Период дообследования флюороположительного лица в городской местности не должен превышать 2 недели, в сельской - 1 месяц.

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

Сноска. Санитарные правила дополнены пунктом 109-1 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

110. К группам риска, подлежащим ежегодным флюорографическим обследованиям на туберкулез, относятся:

- 1) работники медицинских организаций независимо от форм собственности;
- 2) призывники на военную службу;
- 3) студенты высших и средних специальных учебных заведений, учащиеся училищ;
- 4) подростки 15-17 лет;

- 5) лица, состоящие на диспансерном учете с хроническими неспецифическими заболеваниями легких, сахарным диабетом, алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ/СПИД;
- 6) лица, получающие иммуносупрессивную терапию;
- 7) лица, имеющие остаточные явления в легких любой этиологии;
- 8) лица, контактные с больным туберкулезом без бактериовыделения;
- 9) работники дошкольных организаций, общеобразовательных и специализированных школ, лицеев и гимназий;
- 10) военнослужащие Вооруженных Сил, других войск и воинских формирований Республики Казахстан;
- 11) сотрудники органов в области предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;
- 12) лица, прибывшие в Республику Казахстан на постоянное место жительства и временное проживание, в том числе по трудовой миграции;
- 13) работники объектов пищевой промышленности, общественного питания и продовольственной торговли;
- 14) работники сферы обслуживания населения;
- 15) лица, занимающиеся перевозкой пассажиров, их обслуживанием на всех видах транспорта;
- 16) работники высших и средних специальных учебных заведений;
- 17) работники аптек, занятые изготовлением, расфасовкой и реализацией лекарственных средств;
- 18) члены семьи новорожденного, до выписки из роддома или родильного отделения без вакцинации против туберкулеза.

111. К группам риска, подлежащим флюорографическим обследованиям на туберкулез 1 раз в 6 месяцев, относятся:

- 1) подсудимые и осужденные;
- 2) сотрудники системы Министерства внутренних дел Республики Казахстан, из них сотрудники специализированной службы охраны, патрульно-постовой, дорожно-патрульной и участковой служб, следственных изоляторов и исправительных учреждений, а также военнослужащие, обеспечивающие конвоирование осужденных, охрану исправительных учреждений и общественного порядка;
- 3) военнослужащие срочной службы;
- 4) лица, контактные с больным туберкулезом с бактериовыделением.

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

Сноска. Санитарные правила дополнены пунктом 111-1 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

11. Санитарно-эпидемиологические требования к сбору и транспортировке мокроты в лабораторию

112. Забор мокроты проводят во всех медицинских организациях, занимающихся обслуживанием и лечением пациентов.

113. Мокроту (в первый день – одна проба, на второй день – две пробы) для отправки в лабораторию собирают в специальные стеклянные контейнеры или одноразовые контейнеры, объемом 50,0 миллилитров (далее – мл), с широким горлышком не менее 35 мм в диаметре, прозрачные, позволяющие контролировать объем и качество собранного материала, с герметически завинчивающимися крышками. Маркировку проводят только на боковой поверхности контейнера, с указанием фамилии, имени, отчества (при его наличии) пациента и номера образца. Форму ТБ-05, утвержденной приказом № 907 заполняют на все три (с целью диагностики) или на два (с целью

контроля химиотерапии) образца мокроты.

114. Для транспортировки в лабораторию контейнеры с мокротой устанавливают в маркированный металлический бикс. Допускается хранение мокроты в медицинской организации до семи дней в холодильнике. Мокрота для бактериологического исследования в течение суток доставляется в лабораторию, где хранится в холодильнике не более трех суток.

115. Контейнеры с мокротой упаковываются. При транспортировке биксы хранят в прохладном месте, защищенном от прямых солнечных лучей.

116. Транспортировку мокроты осуществляют на транспорте медицинской организации в сопровождении медицинского работника. Бланки направлений на лабораторное исследование находятся отдельно от контейнеров с материалом. К термokonтейнерам прилагают сопроводительный документ, в котором приводят сведения о пациентах и пробах. Количество контейнеров в коробке соответствует количеству фамилий в списке. Идентификационный номер на каждом контейнере соответствует идентификационному номеру в списке.

117. В сопровождающем списке отмечается дата отправки и название медицинской организации.

118. При приеме образцов мокроты в лаборатории:

- 1) проверяют доставленный бикс на наличие признаков утечки;
- 2) дезинфицируют внешнюю поверхность бикса;
- 3) осторожно открывают и проверяют контейнеры на наличие трещин или повреждений;
- 4) дезинфицируют внутреннюю поверхность бикса.

119. При недостаточном объеме мокроты (менее 3-5 мл), поврежденных контейнерах и нарушениях транспортировки образцы не принимают для исследования.

120. В кабинете сбора мокроты часть помещения, используемая для непосредственного сбора мокроты, отделяется на всю высоту перегородкой, выполненной из материала, устойчивого к моющим и дезинфицирующим средствам. Комната сбора мокроты оснащается бактерицидными экранированными облучателями, ингалятором, раковиной для мытья рук с дозатором с антисептическим мылом и раствором антисептика, емкостями с дезинфицирующим раствором, емкостями для чистых контейнеров и контейнеров с мокротой, оборудуется локальной системой вентиляции с кратностью воздухообмена не менее 6-12 объемов в час.

121. Бактериоскопические лаборатории, имеют три секции:

- 1) для приготовления и окрашивания мазков со столом, разделенным на две части: для приготовления мазков в биологическом вытяжном шкафу и окрашивания мазков;
- 2) для микроскопии;
- 3) для регистрации и хранения препаратов.

122. Персонал противотуберкулезных организаций в местах с высокой степенью риска заражения, используют респираторы с высокой степенью защиты (не менее 94,0 процентов (%)). Респираторы используются многократно. Не допускается использование неплотно прилегающего к лицу, с испорченным фильтром, с загрязнением кровью или биологическими жидкостями респиратора.

12. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению плановой иммунизации населения против туберкулеза

123. Профилактические прививки детям проводят с согласия родителей или законных представителей.

124. Добровольное информированное согласие или отказ на проведение профилактических прививок оформляется в письменном виде в порядке, установленном в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 7-1 Кодекса.

125. Руководители медицинских организаций, обслуживающих детское население, обеспечивают планирование, организацию и проведение, полноту охвата и достоверность учета профилактических прививок, а также своевременное представление отчетов о них в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Методическое руководство осуществляют специалисты ПТО.

126. Сводный план профилактических прививок против туберкулеза и потребность медицинских организаций в медицинских иммунобиологических препаратах согласовывают с территориальными

подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

127. План профилактических прививок составляют ответственные за проведение прививочной работы медицинские работники родильных домов (отделений) и медицинских организаций по месту жительства, организаций образования, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности.

128. Учет детского населения, организацию и ведение прививочной картотеки, формирование плана профилактических прививок осуществляют медицинские организации, обслуживающие детское население.

129. Учет детского населения проводят два раза в год (весна, осень). В перепись включают детей в возрасте до 15 лет (14 лет 11 месяцев 29 дней), проживающих и зарегистрированных по данному адресу, фактически проживающих по данному адресу, но не зарегистрированных. На основании проведенной переписи оформляется журнал переписи детского населения по педиатрическим участкам (перепись по домам) и годам рождения. Учет детского населения между переписями корректируют путем внесения сведений о новорожденных, вновь прибывших детях и снятия с учета выбывших. Временный отъезд на срок до одного года не является основанием для снятия с учета.

130. Учет детей, посещающих организации образования, дома ребенка, детские дома, интернаты, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, проводят один раз в год. Сведения о детях, посещающих организации, передают в организации ПМСП по месту расположения организации.

131. Для проведения иммунизации против туберкулеза выделяют специально день недели, когда другие виды иммунизации, а также туберкулинодиагностику не проводят.

132. Ревакцинацию против туберкулеза проводят детям в строго декретированные возраста (6-7 лет), с отрицательной пробой Манту после медицинского осмотра врачом (фельдшером).

133. Для проведения прививок в медицинских организациях выделяют специальные прививочные кабинеты, оснащенные необходимым оборудованием в порядке, установленном в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 7-1 Кодекса.

134. Детям, посещающим организации образования, школы-интернаты, колледжи, лицеи, находящимся в детских домах, домах ребенка, прививки проводят в этих организациях в специально оборудованных прививочных кабинетах.

135. Медицинские работники, осуществляющие иммунизацию и туберкулинодиагностику, имеющие травмы на руках, гнойные поражения кожи и слизистых, независимо от их локализации и больные острыми респираторными заболеваниями, ангинами от проведения прививок против туберкулеза отстраняются.

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

Сноска. Санитарные правила дополнены пунктом 135-1 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

136. Хранение, транспортировка и использование БЦЖ-вакцины и туберкулина осуществляют в соответствии с инструкциями к вакцине и требованиями, предъявляемыми к условиям транспортировки и хранения медицинских иммунобиологических препаратов.

137. Вакцинацию против туберкулеза, постановку пробы Манту проводят одноразовыми саморазрушающимися (самоблокирующимися) шприцами.

138. Вакцинацию новорожденных в родильном доме проводят в первые четыре дня рождения в прививочном кабинете с письменного согласия матери ребенка в порядке, установленном в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 7-1 Кодекса, после разъяснения о последствиях не вакцинирования и возможных реакциях и неблагоприятных проявлениях после иммунизации.

139. Перед проведением профилактической прививки проводится осмотр новорожденного, при отсутствии противопоказаний к вакцинации оформляет допуск к проведению прививки в медицинском документе новорожденного. Вакцинацию новорожденных проводит медицинская сестра прививочного кабинета, имеющая допуск к проведению прививок. Перед выпиской из родильного дома матери выдается Прививочный паспорт ребенка, утвержденный Приказом и.о. Министра здравоохранения

Республики Казахстан от 8 июня 2010 года № 420 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 6325), с внесенными в него записями о прививках, полученных в родильном доме.

140. Дети, которые не получили вакцинацию против туберкулеза в родильном доме, вакцинируются в ПМСП, при этом до двух месяцев вакцинация проводится без предварительной туберкулинодиагностики, а после двух месяцев – проводится при отрицательной пробе Манту.

141. Выписка из родильного дома новорожденных, непривитых вакциной БЦЖ, осуществляется после обследования на туберкулез родителей и всех лиц, проживающих совместно, согласно справке, выданной организацией ПМСП.

142. При выявлении легочного туберкулеза у матери незадолго до родов, новорожденный (при возможности и плацента) обследуется на наличие врожденного туберкулеза.

143. Вакцинированных детей, попадающих из родильного дома в условия контакта с больным бактериовыделителем, изолируют сроком не менее чем на два месяца в отделения выхаживания новорожденных или дома ребенка (в случае невозможности изоляции больного туберкулезом).

144. Если мать больна активной формой туберкулеза, то ребенка изолируют от матери на три месяца для получения химиопрофилактики, затем прививают БЦЖ вакциной при отрицательной пробе Манту и изолируют от матери еще на два месяца на период выработки иммунитета.

145. Ревакцинации БЦЖ подлежат:

1) здоровые неинфицированные дети с отрицательной пробой Манту в возрасте 6 – 7 лет (1 класс);

2) лица, с сомнительной реакцией Манту, через три месяца после отрицательной повторной пробы Манту;

3) интервал между пробой Манту и ревакцинацией БЦЖ не менее трех календарных дней и не более двух недель. При наличии медицинских отводов ревакцинация проводится сразу после снятия противопоказаний.

146. Ревакцинацию проводят медицинские работники организаций ПМСП совместно с детскими врачами-фтизиатрами, организовано в школах, одновременно по всей республике среди учащихся 6 – 7 лет (1 класс) в первый месяц начала учебного года (сентябрь). В этот месяц в школе проведение других прививок не допускается. Остаток неиспользованной БЦЖ вакцины в порядке, установленном в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 7-1 Кодекса сдается в организации здравоохранения вышестоящего уровня. Постоянное хранение БЦЖ вакцины допускается только в родильных домах (родильных отделениях) в холодильнике при температуре плюс 2°С плюс 8°С.

147. Противопоказания к ревакцинации БЦЖ:

1) инфицирование МБТ или наличие туберкулеза в прошлом;

2) положительная и сомнительная проба Манту;

3) побочные реакции при вакцинации БЦЖ;

4) генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у лиц первой степени родства;

5) ВИЧ-инфекция;

6) иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования;

7) поражение центральной нервной системы – родовые травмы с неврологической симптоматикой (среднетяжелой и тяжелой степени);

8) среднетяжелые и тяжелые заболевания, сопровождающиеся субфебрильной температурой и нарушением общего состояния;

9) острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний, в том числе аллергических. Ревакцинацию проводят через два месяца после выздоровления или наступления ремиссии;

10) лиц, временно освобожденных от вакцинации против туберкулеза, ставят на учет и прививают после полного выздоровления или снятия противопоказаний.

148. Ампулы с вакциной БЦЖ перед вскрытием тщательно просматривают. Препарат не подлежит применению в случаях:

1) отсутствия этикетки на ампуле или неправильном ее заполнении;

1) истечения срока годности вакцины;

2) наличия трещин и насечек на ампуле;

4) изменения физических свойств препарата (изменение цвета, формы и другие);

5) наличия посторонних включений или неразбивающихся хлопьев в разведенном препарате в сроки, указанные в инструкции к вакцине.

149. Вакцина против туберкулеза используется немедленно после разведения или в течении шести часов, если это допускается инструкцией к вакцине с последующим уничтожением остатка вакцины.

150. Вакцина БЦЖ вводится строго внутривожно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча в объеме, предусмотренном инструкцией. Прививка БЦЖ сопровождается развитием ответных реакций в целом со стороны всего организма.

Реакция на введение БЦЖ вакцины выражается в следующем:

1) сразу после введения вакцины БЦЖ образуется папула, которая рассасывается через 15-20 минут;

2) развитием ответных реакций в целом со стороны всего организма. Возможно проявление общей реакции организма в виде увеличения регионарных лимфатических узлов до 15 – 20 мм, что расценивается как нормальная реакция, обратное развитие, которой наступает самостоятельно в течение нескольких месяцев;

3) увеличение размеров регионарных лимфатических узлов с 20 мм и более считается побочной реакцией на вакцину БЦЖ, при которой проводится специфическая терапия;

4) развитие местной поствакцинальной прививочной реакции начинается у вакцинированных только через четыре-шесть недель, а у ревакцинированных – возможно уже через неделю. В это время на месте введения вакцины появляется гиперемия и инфильтрат (папула) размером 5-9 мм в диаметре. В последующем инфильтрат трансформируется в везикулу, пустулу, затем появляется корочка, которая самостоятельно отпадает, и начинается формирование рубчика. Описанные реакции являются нормой, и не требуют обработки никакими лекарственными средствами;

5) окончательный результат вакцинации и ревакцинации БЦЖ оценивают через один год после прививки по размеру рубчика. При правильной технике прививок и правильном хранении вакцины на месте введения в 95-97 процентов (далее - %) случаев формируется рубчик. Наиболее оптимальным считается диаметр рубчика 5-8 мм. В ряде случаев на месте введения вакцины БЦЖ образуется пигментное пятно (2-3%).

В случае отсутствия местной прививочной реакции (отсутствие рубчика) детей учитывают и прививают (довакцинация) повторно (только один раз) через шесть месяцев без предварительной пробы Манту, через один год – при отрицательной пробе Манту.

Возможно проявление общей реакции организма в виде увеличения регионарных лимфатических узлов до 15-20 мм, что расценивается как нормальная реакция, а при узлах более 20 мм подлежат специфическому лечению. Обратное развитие лимфаденитов наблюдается в течение шести-девяти месяцев.

151. В период пребывания ребенка в родильном доме врач (медицинская сестра) информирует мать, что через четыре-шесть недель после внутривожной вакцинации у ребенка развивается местная прививочная реакция, при появлении которой ребенка необходимо показать участковому врачу-педиатру.

Наблюдение за вакцинированными (ревакцинированными) детьми проводят врачи-педиатры ПМСП. При этом периодически, через один, три, шесть, двенадцать месяцев, проверяют местную прививочную реакцию с регистрацией ее характера и размеров в учетных формах 063/у, 026/у и 112/у, утвержденных приказом № 907, ведут наблюдение за реакцией периферических лимфатических узлов, с целью определения общей реакции организма на вакцинацию и своевременного выявления регионарного лимфаденита.

152. В редких случаях на введение вакцины БЦЖ наблюдаются побочные местные реакции в виде нижеследующих форм:

- 1) регионарный лимфаденит;
- 2) подкожный холодный абсцесс;
- 3) поверхностная язва;
- 4) келлоидный рубец;
- 5) поражение костной системы (оститы).

153. Побочные реакции на вакцинацию устанавливают фтизиатры на основании комплексного клинико-рентгено-лабораторного обследования. После установления реакции на введение вакцины БЦЖ

информируют руководителя медицинской организации о выявленных побочных реакциях и направляют в течение 24 часов извещение в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

154. Сведения о характере реакций фиксируют в учетных формах 063/у, 026/у, 112/у, утвержденных приказом № 907. На всех детей с реакциями заполняется карта наблюдения.

155. Детей с побочной реакцией наблюдают в III группе ДУ в течение одного года.

156. При постановке и снятии с учета ребенку проводят: общий анализ крови и мочи, рентгенографию органов грудной клетки, дополнительно (при снятии с учета) пробу Манту.

157. Профилактические прививки против туберкулеза (вакцинация и ревакцинация БЦЖ) и туберкулинодиагностику проводят согласно инструкциям прилагаемым к препаратам.

158. Новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, при отсутствии у них клинических признаков ВИЧ-инфекции и других противопоказаний, прививают стандартной дозой вакцины БЦЖ внутривенно однократно, в календарный срок.

159. Новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, не привитых в календарные сроки, прививают в течение двух месяцев без предварительной пробы Манту; по истечении двух месяцев введение БЦЖ не допускается из-за риска развития генерализованной БЦЖ-инфекции. Не проводится повторная вакцинация БЦЖ детям с неразвившимися поствакцинальными знаками (рубчик) до достижения ребенком возраста двенадцати месяцев, в некоторых случаях до пятнадцати - восемнадцати месяцев (до окончательного выяснения подтверждения инфицированности ВИЧ). При исключении ВИЧ-инфекции к возрасту двенадцати месяцев, а в некоторых случаях пятнадцати - восемнадцати месяцев прививка БЦЖ проводится при отрицательном результате пробы Манту.

160. Ревакцинация БЦЖ ВИЧ-инфицированным детям и подросткам не проводится из-за опасности развития генерализованной инфекции БЦЖ на фоне нарастающего иммунодефицита.

161. Если ребенок родился от ВИЧ-инфицированной матери, но сам не является ВИЧ-инфицированным, то ревакцинацию БЦЖ проводят в календарные сроки - шесть лет (1 класс) после предварительной постановки пробы Манту при отрицательных ее результатах.

162. Сведения о выполненной прививке, туберкулиновой пробе (дата введения, название препарата, номер серии, доза, контрольный номер, срок годности, характер реакции на введение) вносят в учетные формы 063/у, 026/у и 112/у, утвержденные приказом № 907, по месту проведения прививки или туберкулиновой пробы, а также по месту медицинского наблюдения иммунизированного лица (медицинская организация по месту прописки).

163. К учетным формам медицинской документации для регистрации прививки против туберкулеза и пробы Манту относят:

- 1) карту профилактических прививок, историю развития ребенка;
- 2) медицинскую карту ребенка;
- 3) прививочный паспорт.

164. В медицинских организациях учетные формы профилактических прививок заводят на всех детей в возрасте до пятнадцати лет (14 лет 11 месяцев 29 дней), проживающих в районе обслуживания, а также на всех детей, посещающих организации образования, располагающиеся в районе обслуживания организаций ПМСП.

165. Учет местных, общих реакций и неблагоприятных проявлений после иммунизации против туберкулеза в медицинских организациях и территориальных подразделениях ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводят в порядке, установленном в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 7-1 Кодекса. По факту регистрации неблагоприятных проявлений после иммунизации в медицинской организации, осуществляющей иммунизацию, проводят эпидемиологическое расследование при участии специалистов противотуберкулезной службы и территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

13. Санитарно-эпидемиологические требования к регистрации и учету случаев туберкулеза

166. Каждый впервые выявленный случай туберкулеза подлежит регистрации и учету.

167. Учету подлежат граждане Республики Казахстан, оралманы и другие лица, находящиеся на

территории Республики Казахстан при выявлении у них активной формы туберкулеза впервые.

168. Учет и регистрация больных туберкулезом проводят по месту выявления заболевания, независимо от места постоянного проживания больного.

169. На каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза всех форм локализации, заполняют извещение – форма № 089/у, утвержденная приказом № 907, которое направляют в трехдневный календарный срок в противотуберкулезные организации и в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения. В случае установления посмертно диагноза « активный туберкулез», явившегося причиной смерти, необходимо подтверждение диагноза врачом-фтизиатром и подача формы 089/у.

170. При выявлении больных туберкулезом с бактериовыделением, кроме извещения формы № 089 /у, заполняют извещение – форма № 058/у, утвержденная приказом № 907, которое в течение двадцати четырех часов направляют в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения по месту жительства больного . Извещение форму № 058/у заполняют на впервые диагностированные случаи туберкулеза с бактериовыделением, при появлении бактериовыделения у больных неактивной формой туберкулеза и в случае смерти от туберкулеза больных, не состоявших при жизни на учете.

171. Расчет эпидемиологических показателей по туберкулезу (заболеваемость, болезненность, смертность) производят с учетом постоянного, миграционного (внутреннее и внешнее) и тюремного населения, с отдельным анализом по указанным категориям населения.

172. Учету и регистрации подлежат все случаи смерти больных туберкулезом.

173. Контроль за достоверностью диагноза туберкулеза при выявлении заболевания у больного впервые и принятие на основании заключения врачебной комиссии окончательного решения о необходимости учета и регистрации нового случая заболевания туберкулезом в данной местности осуществляют противотуберкулезные организации.

14. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза

174. Классификация очагов туберкулеза проводится с учетом интенсивности бактериовыделения.

175. Интенсивность бактериовыделения подразделяется на:

1) умеренное бактериовыделение от точного количества кислотоустойчивых бактерий (далее - КУБ) до 1+;

2) массивные бактериовыделение (от 2+ до 3+).

176. К первой эпидемиологической группе очагов туберкулеза относят:

1) очаги, в которых проживают больные с массивным бактериовыделением;

2) очаги, где проживают больные с умеренным бактериовыделением с наличием детей и подростков, беременных женщин, алкоголиков, наркоманов;

3) очаги с неудовлетворительными санитарно-гигиеническими условиями, низким уровнем жизни

Ко второй эпидемиологической группе относят очаги туберкулеза, в которых проживают больные туберкулезом с умеренным бактериовыделением, при условии отсутствия в очаге факторов, перечисленных в пункте 178 настоящих Санитарных правил.

К третьей эпидемиологической группе относят:

1) очаги туберкулеза с момента прекращения больным туберкулезом бактериовыделения, выезда, смены постоянного места жительства или смерти больного туберкулезом с бактериовыделением;

2) очаги туберкулеза, где выявлены больные туберкулезом сельскохозяйственные животные.

Контактных лиц из третьей группы очагов туберкулеза наблюдают в течение одного года.

177. Противоэпидемические мероприятия в очаге туберкулезной инфекции включают:

1) лечение больного туберкулезом противотуберкулезными препаратами и изоляцию в стационарных условиях с соблюдением Правил инфекционного контроля, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 15 января 2013 года № 19 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов № 8339). Лечение в амбулаторных

условиях допускается при наличии условий соблюдения требований противоэпидемиологического режима и согласовании с территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

2) первичное обследование (клинико-рентгенологическое, постановка пробы Манту, микроскопия мазка по показаниям) контактных лиц в двухнедельный срок со дня выявления больного;

3) проведение по показаниям химиофилактики контактным лицам (детям и подросткам до 18 лет);

4) организацию и проведение дезинфекции;

5) санитарное обучение больных и членов их семей правилам соблюдения противоэпидемиологического и санитарно-гигиенического режимов, мерам защиты, направленным на предупреждение инфицирования, правилам проведения текущей дезинфекции.

178. Очаг снимается с эпидемиологического учета при исходе лечения больного «Лечение завершено», «Вылечен», «Умер» и при выбытии больного из очага.

179. Контактные лица наблюдаются в течение года после снятия очага с эпидемиологического учета. Перед снятием с эпидемиологического учета контактные лица проходят обследование.

180. В очагах туберкулеза проводятся противоэпидемиологические мероприятия согласно эпидемиологической группе очага. Очаги посещаются совместно специалистами ПТО и территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения:

1) первой эпидемиологической группы не реже одного раза в квартал;

2) второй эпидемиологической группы не реже одного раза в полугодие;

3) третьей эпидемиологической группы не реже одного раза в год.

181. Перевод очага туберкулеза из одной эпидемиологической группы в другую, при изменении в очаге условий, понижающих или повышающих его опасность, осуществляют специалисты территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения совместно с участковым фтизиатром.

182. Сверку численности больных бактериовыделителей с фактическим числом больных бактериовыделителей, состоящих на учете в ПТО специалисты территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводят ежемесячно. Противотуберкулезные организации ежемесячно направляют в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения данные о впервые выявленных больных туберкулезом и проводят сверку отчетности по туберкулезу.

183. Результаты каждого посещения очагов туберкулеза отражают в карте эпидемиологического обследования.

184. Противоэпидемиологические мероприятия в очаге делятся на первичные, текущие и заключительные.

185. Первичные мероприятия включают в себя изоляцию и лечение больного туберкулезом под непосредственным контролем подготовленного работника, проведение и контроль текущей дезинфекции, определение и обследование контактных лиц с постановкой их на учет в ПТО.

186. В течение первых трех календарных дней после взятия больного на учет, как бактериовыделителя, проводят первичное эпидемиологическое обследование очага с заполнением "Карты эпидемиологического обследования очага бациллярной формы туберкулеза" (форма 211/у), утвержденной приказом Министра национальной экономики Республики Казахстан от 30 мая 2015 года № 415 (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 11626).

Сноска. Пункт 186 в редакции приказа Министра национальной экономики РК от 29.08.2016 № 389 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

187. При первичном обследовании очага уточняют паспортные данные больного и членов его семьи, место и характер работы больного, список контактных для постановки их на учет. Если бактериовыделитель в течение последних 4 месяцев проживал в другом месте, список контактных уточняется с учетом лиц из данных адресов. Повторное посещение очагов проводится по определению профильного специалиста территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере

санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

188. В каждом случае регистрации больных активной формой туберкулеза среди декретированных групп населения, профильный специалист территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения совместно с фтизиатром и медицинским работником данной организации и его руководителем проводит эпидемиологическое расследование по месту работы (учебы) больного с составлением акта. При необходимости привлекаются другие специалисты государственных органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы.

189. Медицинские работники сети ПМСП и ПТО обучают больного и членов семьи мерам защиты, направленным на предупреждение инфицирования.

190. После обследования очага составляют план его оздоровления, который включает:

- 1) своевременную изоляцию и контролируемое лечение больного;
- 2) проведение химиопрофилактики детям и подросткам по показаниям;
- 3) улучшение санитарно-гигиенических условий проживания;
- 4) обследование контактных лиц;
- 5) обучение взрослых контактных и больного соблюдению противоэпидемического и

санитарно-гигиенического режимов, в первую очередь проветривания помещений, проведения текущей дезинфекции;

б) социальную, психологическую и информационную поддержку бактериовыделителю и членам его семьи;

7) информирование органов местной исполнительной власти об очагах с неудовлетворительным санитарно-гигиеническим состоянием и необходимости оказания социальной и материальной помощи, требуемой для оздоровления очага.

191. На больного заполняют медицинскую карту «Диспансерная карта контингента противотуберкулезной организации».

192. В сельской местности, где нет противотуберкулезных организаций или кабинетов, работу в очаге проводят медицинские работники ПМСП.

193. Организационно-консультативную работу в сети ПМСП проводят специалисты областных и районных противотуберкулезных организаций ежеквартально.

194. Текущие мероприятия в очаге проводятся при нахождении больного туберкулезом на дому. Эти мероприятия состоят из систематического планового проведения санитарно-противоэпидемических (профилактических), лечебных, ветеринарных (по согласованию) мероприятий.

195. В очаге проводят:

- 1) текущую дезинфекцию;
- 2) изоляцию детей, в том числе новорожденных и ВИЧ-инфицированных лиц;
- 3) обследование контактных;
- 4) гигиеническое воспитание больного и членов его семьи;
- 5) улучшение санитарно-гигиенических условий проживания;
- 6) контроль амбулаторного лечения больного и качества проведения химиопрофилактики

контактным лицам.

196. Работу по оздоровлению очага проводит медицинская сестра ПТО под руководством участкового врача фтизиатра.

197. Контактные лица проходят периодическое обследование в противотуберкулезных организациях. Медицинская сестра проводит работу по обследованию семейных и других контактов и в первую очередь детей, подростков и беременных женщин, а также контактных с больными туберкулезом сельскохозяйственными животными.

198. Заключительное противоэпидемическое мероприятие в очаге туберкулезной инфекции предусматривает снятие очага с эпидемиологического учета.

199. Во время посещения очагов медицинские работники соблюдают меры предосторожности против возможного инфицирования (надевают плотно прилегающий респиратор с адекватным фильтром, медицинский халат и соблюдают личную гигиену).

200. Не позднее семи календарных дней после получения сообщения о больном, фтизиатр и профильный специалист территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводят эпидемиологическое обследование

места работы (учебы) с привлечением других специалистов государственных органов и организаций санитарно-эпидемиологической службы. Круг контактных лиц и границы очага определяет профильный специалист территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

201. К числу контактных по месту работы (учебы) относят рабочих, служащих и учащихся, находившихся в контакте с больным активной формой туберкулеза. Всех контактных лиц обследуют в организациях ПМСП по месту расположения работы (учебы).

202. При обследовании уточняют списочный состав работающих, детей и подростков, даты и результаты флюорографических обследований за предыдущий и текущий годы, определяют границы очага, и разрабатывают план противоэпидемических и профилактических мероприятий.

203. Контактным лицам, у которых от момента предыдущего обследования прошло шесть месяцев, флюорографическое обследование и туберкулиновые пробы детям проводятся по эпидпоказаниям. Фтизиатр по показаниям назначает химиопрофилактическое лечение, процедурный лист и препараты для контролируемого лечения должны передаваться ПТО в медицинский пункт предприятия или организации.

204. Осуществляют химиопрофилактику под непосредственным контролем приема каждой дозы медицинские работники сети ПМСП (поликлиника, медицинский пункт, врачебная амбулатория, отделение врачей общей практики), организованных коллективов (школа, детский сад, среднее учебное заведение) и учреждений санаторного типа (санаторный сад, санаторная группа, детский туберкулезный санаторий).

205. Детям до одного года жизни из очагов туберкулезной инфекции с бактериовыделением химиопрофилактика проводится после вакцинации БЦЖ с соблюдением двух месячного интервала после прививки. Химиопрофилактика проводится также детям до 18 лет.

206. Химиопрофилактика проводится после получения информированного письменного добровольного согласия пациента (родителей или опекуна ребенка). Данные о химиопрофилактике заносятся в медицинскую карту амбулаторного больного (форма 026у), в медицинскую карту случая туберкулеза ТБ-01, ежедневно фиксируются в «листе контроля выполненного лечения».

207. Химиопрофилактика в амбулаторных условиях проводится под непосредственным контролем медицинских работников сети ПМСП.

208. Продолжительность проведения химиопрофилактики с учетом противопоказаний определяется ПТО.

209. Химиопрофилактика ВИЧ-инфицированным лицам назначается врачами-фтизиатрами только после исключения активного туберкулеза по результатам комплексного клинико-рентгенологического исследования.

У ВИЧ-инфицированных лиц химиопрофилактика проводится под непосредственным контролем медицинских работников ПМСП и центров СПИД.

210. Инфицированным микобактериями туберкулеза детям и подросткам, контактным с больными туберкулезом с МЛУ/ШЛУ ТБ химиопрофилактика не проводится.

211. Химиопрофилактика назначается и контролируется ПТО.

212. В организациях образования эпидемиологическое обследование проводят в каждом случае регистрации больных активными формами туберкулеза профильный специалист территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и фтизиатр с участием медицинского работника данной организации и его руководителя.

213. При обследовании уточняют списочный состав работающих, детей и подростков, даты и результаты туберкулинодиагностики и флюорографических обследований за предыдущий и текущий год, определяют границы очага, и разрабатывают план противоэпидемических мероприятий.

214. Сведения о всех контактных лицах профильный специалист территориального подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения передает в организацию ПМСП и ПТО по месту жительства для обследования.

215. При установлении диагноза активной формы туберкулеза у больных, находящихся на лечении в соматических, инфекционных и психоневрологических стационарах, первичный комплекс противоэпидемических мероприятий осуществляет персонал этих организаций.

216. Амбулаторное лечение проводится в диспансерных отделениях ПТО, организациях ПМСП или

в условиях стационарозамещающих технологий. Амбулаторное лечение проводится больным без бактериовыделения. Порядок проведения амбулаторного лечения по месту жительства подробно отражается в амбулаторной и медицинской карте больного туберкулезом ТБ-01.

217. При направлении на амбулаторное лечение в ПТО или ПМСП передается карта ТБ01 или ТБ01 категория IV, утвержденные приказом № 907.

218. При лечении больных туберкулезом противотуберкулезными организациями проводится микроскопия мазка и культуральное исследование мокроты: при лечении больных I категории через 2,3,4 месяцев; по II категории через 3,4,5 месяцев, по IV категории в интенсивной фазе – ежемесячно, в поддерживающей фазе – ежеквартально.

219. Диспансерный учет (далее – ДУ) и наблюдение осуществляются по следующим группам:

- 1) нулевая группа (0) – лица с сомнительной активностью туберкулеза;
- 2) первая группа (I) – лица с активным туберкулезом;
- 3) вторая группа (II) – лица с неактивным туберкулезом;
- 4) третья группа (III) – лица, с повышенным риском заболеть туберкулезом.

Лицам «0» группы использование противотуберкулезных препаратов не допускается. Срок наблюдения – 6 месяцев. При установлении активного туберкулеза больной переводится в «I» группу. При установлении инфекционной этиологии характера туберкулиновой пробы ребенок переводится в группу «III Б».

В «I» группе наблюдают больных с активными формами туберкулеза любой локализации с бактериовыделением и без бактериовыделения.

Во «II» группе наблюдают лиц с неактивным туберкулезным процессом после успешного завершения курса лечения.

В «III» группе наблюдаются лица с повышенным риском заболеть туберкулезом и подразделяются на следующие подгруппы:

III А:

- 1) состоящие в контакте с больными активной формой туберкулеза;
- 2) дети и подростки из контакта с больными активной формой туберкулеза независимо от бактериовыделения;
- 3) из ранее неизвестных очагов смерти от туберкулеза;

III Б: дети, «инфицированные микобактериями туберкулеза, впервые выявленные»;

III В: с побочными реакциями на введение вакцины БЦЖ.

15. Санитарно-эпидемиологические требования к дезинфекции в очагах туберкулеза

220. Текущую дезинфекцию в очагах туберкулеза проводят путем эффективной вентиляции помещений (постоянного проветривания помещений в теплое время года и по 5-10 минут каждый час в холодное время года). Мероприятия предусматривают соблюдение санитарно-гигиенического, противоэпидемического и дезинфекционного режимов с момента установления диагноза «Туберкулез с бактериовыделением» и взятия больного на учет.

221. Текущую дезинфекцию и мониторинг проводимых мероприятий в очаге осуществляют специалисты ПТО, которые выдают больным в пользование плевательницы с плотно закрывающимися крышками (не менее двух) и дезинфицирующие средства. В населенных пунктах, где нет ПТО, дезинфекционные средства выдают организации ПМСП.

В амбулаторной карте больного участковый врач отмечает даты проведения и окончания текущей дезинфекции. Проведение текущей дезинфекции поручают больному или одному из членов семьи (кроме детей и подростков).

222. Участковый фтизиатр обучает больного санитарно-гигиеническому поведению: использование масок, сплевывание мокроты в плевательницу и проведение текущей дезинфекции.

223. Руководитель ПТО обеспечивает своевременную и качественную текущую дезинфекцию.

224. В случае отсутствия приточно-вытяжной вентиляции с механическим побуждением все помещения ПТО проветривают регулярно: в теплое время года постоянно и по 5-10 минут каждый час в холодное время года.

225. Во время нахождения в стационаре верхнюю одежду больного хранят в специальном

помещении. Верхнюю одежду больной использует во время дневных прогулок.

226. После выписки больного постельные принадлежности (подушки, матрацы, одеяло принадлежащие стационару) обеззараживают в дезинфекционных камерах.

227. Помещения и предметы обихода подвергают ежедневной влажной уборке.

228. Сбор, обеззараживание и выдачу плевательниц осуществляет подготовленный персонал с применением средств индивидуальной защиты в специально выделенном помещении.

229. Использованную столовую посуду собирают в перчатках на маркированный стол в буфетной, освобождают ее от остатков пищи, обеззараживают без предварительного мытья в отдельных емкостях, затем моют и сушат в сушильном шкафу или на отдельном столе.

Посуду обеззараживают в воздушном стерилизаторе. После сбора использованной посуды столы протирают ветошью, смоченной в дезинфицирующем растворе.

230. Остатки пищи собирают в емкость (ведро, бак), засыпают сухим дезинфицирующим средством в соотношении 1 к 5.

231. Сортировку грязного белья проводят в специальной одежде, респираторах, перчатках, резиновой обуви в комнате, стены которой выложены кафелем на высоту 1,5 метров и оборудованные механической приточно-вытяжной вентиляцией.

232. Белье собирают в клеенчатые мешки, направляют в прачечную. При отсутствии отдельной прачечной, белье перед отправкой в прачечную предварительно обеззараживают и стирают в отдельных машинах в установленные дни.

233. Посещение стационарных больных бактериовыделителей не допускается, за исключением тяжелых случаев. При этом посетители используют средства индивидуальной защиты (респиратор, халат). Больные покидают стационар только по разрешению медицинского персонала.

234. Заключительную дезинфекцию в противотуберкулезных организациях проводят во всех случаях перепрофилирования, переезда, реконструкции, ремонта одним из дезинфицирующих средств, а также 1 раз в год с профилактической целью.

235. Заключительную дезинфекцию в очагах проводят сотрудники дезинфекционной станции, дезинфекционного отдела (отделения) государственных органов санитарно-эпидемиологической службы в течение шести (город) или двенадцати часов (село) со времени получения заявки от противотуберкулезного диспансера.

236. Заключительную дезинфекцию осуществляют во всех случаях выбытия больного из очага и смерти на дому; при перемене места жительства после переезда (обработка квартир или комнаты с вещами).

16. Санитарно-эпидемиологические требования к государственному санитарно-эпидемиологическому надзору в области предупреждения распространения туберкулеза

237. Территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводят:

1) совместно с противотуберкулезной службой подготовку региональных программ по борьбе с туберкулезом;

2) государственный учет и отчетность о прививках и контингентах, привитых против туберкулеза;

3) оказывают методическую и консультативную помощь медицинским организациям в планировании прививок и туберкулиновых проб, определении потребности вакцины БЦЖ и туберкулина пробы Манту с 2 ТЕ;

4) надзор за транспортированием, хранением и учетом вакцины БЦЖ и туберкулина;

5) контроль за своевременностью проведения профилактических медицинских осмотров, своевременной госпитализацией бациллярных больных, проведением противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулеза, согласно эпидгруппе, соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в ПТО;

6) контроль за соблюдением мероприятий по предупреждению инфицирования лиц, осуществляющих обслуживание животных в неблагополучных по туберкулезу хозяйствах, охраной труда

работников животноводства, выполнением профилактических мероприятий в хозяйствах и на фермах;
7) взаимодействие с другими государственными органами и организациями в области борьбы с туберкулезом;

8) совместно со специалистами противотуберкулезных и медицинских организаций подготовку медицинских работников по работе с вакциной БЦЖ и туберкулином, проведению профилактических прививок против туберкулеза и туберкулинодиагностики, по соблюдению мер инфекционного контроля с последующим проведением аттестации;

9) учет впервые выявленных в отчетном году больных туберкулезом на основании извещения ф. № 089/у и бактериовыделителей на основании экстренного извещения ф. № 058/у, утвержденных приказом № 907;

10) совместно со специалистами противотуберкулезных, медицинских организаций и РГП на ПХВ «Национальный Центр проблем формирования здорового образа жизни» Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан санитарно-разъяснительную работу среди населения о мерах профилактики туберкулеза;

11) контроль за организацией выявления туберкулеза методом микроскопии, флюорографии и туберкулиновой пробы среди декретированных групп населения;

12) совместно со специалистами противотуберкулезной и медицинских организаций контроль за лечением больных туберкулезом, находящихся на амбулаторном лечении, осуществляют мониторинг за проведением мероприятий в очагах туберкулеза БК+ до исхода «Вылечен» и «Лечение завершено»;

13) контроль за раздельной госпитализацией больных туберкулезом по типу, инфекционному статусу и наличию множественной лекарственной устойчивости.

17. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению внутрибольничных инфекционных заболеваний

238. Для эффективной организации и проведения мероприятий по предупреждению внутрибольничных инфекционных заболеваний (далее – ВБИ) в каждой медицинской организации разрабатывается программа инфекционного контроля, которая предусматривает:

- 1) учет и регистрацию внутрибольничных инфекций;
- 2) анализ заболеваемости, выявление факторов риска, расследование вспышек ВБИ и принятие мер по их ликвидации;
- 3) организацию и осуществление микробиологического мониторинга;
- 4) разработку тактики антибиотикопрофилактики и антибиотикотерапии;
- 5) организацию мероприятий по предупреждению профессиональных заболеваний;
- 6) обучение персонала по вопросам инфекционного контроля;
- 7) организацию и контроль санитарно-противоэпидемического режима;
- 8) организацию сбора, обезвреживания, временного хранения, транспортировки и утилизации медицинских отходов.

239. Инфекционный контроль в медицинских организациях проводится в порядке, определяемом уполномоченным органом в области здравоохранения.

240. В медицинских организациях не инфекционного профиля при выявлении у пациента инфекционного заболевания, представляющего эпидемиологическую опасность для окружающих, он переводится в изолятор. При отсутствии изолятора пациенты с инфекционными заболеваниями, подлежат переводу в соответствующие инфекционные больницы.

241. Открытие стационара, закрывающегося по эпидемическим показаниям, производится по согласованию с территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения на соответствующей территории.

242. Все медицинские манипуляции, связанные с нарушением целостности кожных и слизистых покровов, проводятся в перчатках одноразового использования.

243. Медицинский персонал обрабатывает руки перед каждой медицинской манипуляцией.

18. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению вирусных гепатитов

244. Выявление больных или подозрительных на вирусные гепатиты проводится медицинскими работниками медицинских организаций, независимо от форм собственности во время амбулаторных приемов, госпитализации в стационар, посещений на дому, при медицинских осмотрах, диспансеризации и других посещениях медицинских организаций.

245. Диагностика, госпитализация и диспансеризация больных вирусными гепатитами проводятся в соответствии с классификацией вирусных гепатитов, условиями госпитализации и диспансеризации больных вирусными гепатитами согласно приложению 2 к настоящим Санитарным правилам.

246. При регистрации вирусных гепатитов специалистами территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения проводится эпидемиологическое обследование очагов больных вирусными гепатитами и эпидемиологическое расследование каждого случая острых вирусных гепатитов В и С, и впервые выявленных хронических вирусных гепатитов В и С, выявление путей передачи и оценка факторов риска заражения в медицинских и других организациях.

247. Выявленные больные вирусными гепатитами направляются в медицинские организации для обследования и лечения.

Обследование и лечение больных вирусными гепатитами в медицинских организациях проводится в порядке, определяемом уполномоченным органом в области здравоохранения.

248. В очагах вирусных гепатитов проводятся дезинфекционные мероприятия.

19. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при вирусных гепатитах А и Е с энтеральным механизмом передачи

249. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при вирусных гепатитах А и Е (далее – ВГА и ВГЕ) включают:

1) обеспечение соблюдения санитарно-гигиенических требований при ежедневной текущей уборке на объектах общественного питания, санитарных узлах, классных комнатах и рекреациях, проведение которой возложено на технический персонал;

2) недопущение привлечения обучающихся в организациях начального, основного среднего образования к проведению уборки помещений школы.

250. Специфическая профилактика ВГА – вакцинация.

251. Специфическая профилактика ВГЕ отсутствует.

252. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГА:

1) дети в возрасте двух лет;

2) контактные лица в очагах ВГА в возрасте до четырнадцати лет включительно, в первые две недели со дня контакта;

3) дети до четырнадцати лет, больные хроническими вирусными гепатитами В и С в период ремиссии.

253. Вакцинация проводится двукратно кратно с интервалом в шесть месяцев. Побочные реакции на введение вакцины не характерны. Допускается введение вакцины против ВГА одновременно с другими вакцинами, при условии их отдельного введения.

254. Мероприятия в очагах больных ВГА и ВГЕ:

1) контактные лица подлежат медицинскому наблюдению в течение тридцати пяти календарных дней со дня разобщения с больным с еженедельным врачебным осмотром (опрос, осмотр кожи и слизистых, термометрия, пальпация печени);

2) в период наблюдения не допускается прием новых детей и перевод контактных лиц в другие группы, палаты или учреждения, отменяется кабинетная система обучения для класса, где

зарегистрированы случаи заболевания. При вспышечной заболеваемости – кабинетная система обучения прекращается по всей организации начального и основного среднего образования на время инкубации со дня регистрации последнего случая;

3) лабораторные обследования контактных лиц на биохимические анализы крови назначаются врачом при наличии клинических показаний;

4) очаговая заключительная дезинфекция проводится в организациях дошкольного воспитания и обучения, организациях начального и основного среднего образования закрытого типа при условии совместного питания, пребывания и сна детей после изоляции больного из коллектива.

255. Очаговая заключительная дезинфекция проводится дезинфекционными станциями или дезинфекционными отделами (отделениями) государственных организаций, осуществляющих деятельность в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

256. Очаговая текущая дезинфекция:

1) проводится лицом, определенным приказом руководителя организации дошкольного воспитания и обучения, начального, основного среднего образования и лечебно-оздоровительных организаций под контролем медицинского работника данной организации в течение тридцати пяти дней с момента изоляции больного;

2) обеспечение дезинфицирующими средствами возлагается на руководителя организации, где зарегистрирован очаг вирусного гепатита;

3) организация и проведение очаговой заключительной и текущей дезинфекции возлагается на руководителя организации.

20. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при вирусных гепатитах В, С и Д с парентеральным механизмом передачи

257. Специфическая профилактика вирусного гепатита С (далее – ВГС) – отсутствует.

258. Специфическая профилактика вирусных гепатитов В и Д (далее – ВГВ и ВГД) – вакцинация. Главной целью вакцинации против ВГВ является предотвращение ВГВ и ВГД, включая хронические формы заболевания.

259. Моновалентная вакцина против ВГВ выпускается во флаконах в жидком виде, в однодозной или многодозной расфасовке. Моновалентная вакцина против ВГВ защищает только от ВГВ. Вакцина против ВГВ выпускается также в составе комбинированных вакцин, которые обеспечивают защиту сразу против нескольких инфекционных заболеваний.

260. В качестве первой дозы при рождении используется моновалентная вакцина против ВГВ, так как поливалентные вакцины нельзя вводить детям при рождении.

261. Вакцинальный комплекс состоит из трех доз. Схема вакцинации:

1) для новорожденных детей – 0-2-4 месяца (в первые двенадцать часов после рождения – в два месяца жизни – в четыре месяца жизни);

2) для детей до одного года, невакцинированных при рождении – 0-2-6 с интервалами между первой и второй прививками – два месяца и между второй и третьей – четыре месяца;

3) для детей старше одного года и взрослым, невакцинированных при рождении – 0-1-6 с интервалами между первой и второй прививками – один месяц, между второй и третьей – пять месяцев.

262. Допускается введение вакцины против ВГВ одновременно с другими вакцинами, при условии введения отдельными шприцами и в разные участки тела. Для введения последующих доз вакцины против ВГВ при условии их полной взаимозаменяемости по типу и форме выпуска допускается использование препаратов разных типов от различных производителей.

263. Вакцинация лиц старше 15 лет проводится после предварительной маркерной диагностики на ВГВ. Лица с положительным результатом исследования на ВГВ к вакцинации не допускаются.

264. Противопоказаниями для введения вакцин считаются:

1) недоношенность, масса тела менее 2000 грамм при рождении;

2) сильная аллергическая реакция на предыдущую дозу, связанная с повышенной чувствительностью к компонентам препарата (генерализованная сыпь – крапивница, затрудненное

дыхание, отек глотки и полости рта, гипертензия, шок). При этом дальнейшее применение данной вакцины прекращается;

3) среднетяжелые и тяжелые формы заболевания, сопровождающиеся температурой выше 38,5 °С и /или серьезными нарушениями общего состояния. Вакцинация проводится через две-четыре недели после нормализации состояния здоровья;

4) беременность;

5) нетяжелые острые респираторные вирусные инфекции, кишечные и другие острые инфекционные заболевания (вакцинация разрешается сразу после выздоровления).

265. Контингенты, подлежащие вакцинации против ВГВ:

1) новорожденные с целью предупреждения перинатальной передачи в первые двенадцать часов жизни;

2) контактные лица в очагах ВГВ для профилактики полового и бытового путей передачи;

3) медицинские работники (врачи, средний и младший медицинский персонал) медицинских организаций независимо от форм собственности;

4) лица, обучающиеся в организациях среднего и высшего образования медицинского профиля независимо от форм собственности;

5) реципиенты крови, ее компонентов и препаратов, независимо от кратности переливания;

6) впервые выявленные ВИЧ-инфицированные;

7) впервые выявленные лица, подлежащие гемодиализу и трансплантации тканей и (или) органов (части органов), независимо от кратности;

8) онкогематологические больные, а также больные, получающие иммуносупрессивные препараты, которым в связи со слабым иммунным ответом вводится удвоенная доза вакцины и проводится дополнительная ревакцинация через шесть месяцев после законченной вакцинации.

266. Прививки реципиентам крови, ее компонентов и препаратов, тканей и (или) органов (части органов), проводятся в территориальных медицинских организациях по месту жительства согласно списку, представленному медицинской организацией, проводившей переливание крови, ее компонентов и препаратов, и трансплантацию тканей и (или) органов (части органов).

267. В целях обеспечения безопасности донорского биологического материала доноров крови, ее компонентов и препаратов, органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и других биологических материалов не допускаются к донорству лица:

1) перенесшие вирусные гепатиты и лица, с положительными результатами на маркеры ВГВ и ВГС - пожизненно;

2) контактные лица с больным ВГ - на срок инкубационного периода;

3) получавшие переливание крови и ее компонентов, пересадку органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и других биологических материалов - на один год.

268. В целях выявления доноров с положительными результатами на маркеры ВГВ и ВГС подлежат обследованию на маркеры ВГВ и ВГС доноры - при каждой сдаче крови, органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и других биологических материалов.

269. Организации службы крови обеспечивают взаимобмен информацией о положительных результатах у доноров на всех уровнях с целью недопущения их к донорству на всей территории Казахстана.

270. При выявлении положительных результатов на маркеры ВГВ и ВГС у обследуемых лиц, в том числе у доноров, медицинские организации передают информацию о положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС у обследованных лиц в территориальную медицинскую организацию по месту жительства для постановки диагноза.

271. Кровь, ее компоненты и препараты, содержащие маркеры вирусных гепатитов ВГВ и ВГС подлежат утилизации.

21. Санитарно-эпидемиологические требования к профилактике заражения ВГВ, ВГД и ВГС у медицинских работников

272. Биологические жидкости пациентов рассматриваются как потенциально инфицированные вирусами ВГВ и ВГС. Медицинские работники медицинских организаций, в том числе лабораторий, и

обучающиеся в организациях образования в области здравоохранения относятся к группам риска по инфицированию ВГВ и ВГС.

273. Пути инфицирования:

- 1) повреждение кожи (укол иглой или порез острым инструментом);
- 2) попадание биологических жидкостей на слизистые оболочки или поврежденную кожу;
- 3) длительный или обширный по площади контакт неповрежденной кожи с тканями и биологическими жидкостями.

274. Меры предосторожности соблюдаются при работе с биологическими жидкостями, в том числе:

- 1) кровью;
- 2) спермой;
- 3) вагинальными выделениями;
- 4) синовиальной жидкостью;
- 5) цереброспинальной жидкостью;
- 6) плевральной жидкостью;
- 7) перитонеальной жидкостью;
- 8) перикардальной жидкостью;
- 9) амниотической жидкостью;
- 10) слюной.

275. Меры предосторожности соблюдаются при работе:

- 1) с любыми иссеченными (или удаленными иным способом), прижизненно или на аутопсии, человеческими тканями и органами (кроме неповрежденной кожи);
- 2) с тканями и органами экспериментальных животных, зараженных передающимися с кровью инфекциями;
- 3) с любыми жидкостями с видимой примесью крови;
- 4) с любой неизвестной биологической жидкостью.

276. Риск заражения увеличивается при:

- 1) травмах от неосторожного обращения с загрязненными иглами и острыми инструментами;
- 2) попадании крови и других биологических жидкостей на слизистые рта, глаз, носа и поврежденную кожу (порезы, царапины, дерматит, угри);
- 3) прикосновений к слизистым оболочкам глаз, носа, рта и поврежденной коже при работе с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями;
- 4) растекании, расплескивании и разбрызгивании крови и других биологических жидкостей.

277. В целях защиты от инфицирования применяют:

- 1) индивидуальные средства защиты, которые защищают кожные покровы, глаза, рот и другие слизистые оболочки от контакта с биологическими жидкостями в течение всего времени использования этих средств;
- 2) защитные приспособления и безопасные технологии, которые обеспечиваются работодателями

278. В медицинских организациях обеспечивается:

- 1) работа с биологическими жидкостями и загрязненными ими поверхностями в перчатках, надеваемых непосредственно перед работой. Недопущение повторного использования одноразовых перчаток, применения смазочных средств на вазелиновой основе, повреждающие латекс, из которого сделаны перчатки;
- 2) работа в халате, хирургическом колпаке или шапочке, бахилах, надетых поверх обуви во всех случаях, когда возможен контакт с инфицированным материалом;
- 3) при манипуляциях с возможным появлением брызг крови и других биологических жидкостей надевание маски, защитных очков или экрана для лица, прикрывающих лицо до подбородка, или маски в сочетании с защитными очками, снабженными боковыми щитками. Обычные очки не обеспечивают достаточной защиты от инфекций, передающихся с кровью;
- 4) предоставление работодателем индивидуальных средств защиты;
- 5) хранение индивидуальных средств защиты в доступном месте;
- 6) учет случаев получения микротравм персоналом, аварийных ситуаций с попаданием крови и биологических жидкостей на кожу и слизистые.

279. Меры предосторожности при работе с биологическими жидкостями:

1) при попадании биологических жидкостей на кожу, немедленно, после снятия перчаток или других средств индивидуальной защиты, вымыть руки водой с мылом, затем промыть загрязненные участки. Руки моются под проточной водой. При отсутствии проточной воды, необходимо использовать антисептический раствор для рук и разовые бумажные полотенца или антисептические салфетки;

2) одноразовые шприцы с иглами немедленно после использования без предварительного промывания, дезинфекции, разбора и деформирования сбрасываются в коробки для безопасной утилизации (далее – КБУ);

3) загрязненные, режущие и колющие инструменты многоразового использования сразу для последующей обработки помещаются в жесткие, влагонепроницаемые (дно и стенки), маркированные контейнеры;

4) КБУ и маркированные контейнеры для использованного инструментария размещаются в удобном для пользования месте, не допускается их переполнение (заполнение на три четверти) и перемещаются только тщательно закрытыми;

5) образцы биологических жидкостей помещаются в герметичные контейнеры с соответствующей маркировкой. Если контейнер с образцами загрязнен или поврежден, необходимо поместить его внутрь другого контейнера;

6) перед техническим обслуживанием и транспортировкой оборудования, загрязненного биологическими жидкостями, его следует продезинфицировать;

7) свести к минимуму соприкосновение с загрязненным бельем, помещать его в маркированные мешки или контейнеры, влажное белье перевозить в непромокаемых мешках или контейнерах.

280. Не допускается:

1) принимать пищу, курить, накладывать макияж, снимать или надевать контактные линзы на рабочих местах, где вероятен контакт с биологическими жидкостями;

2) хранить пищу и напитки в холодильниках или других местах, где хранятся образцы биологических жидкостей и тканей;

3) насасывать в пипетки биологические жидкости ртом;

4) поднимать руками осколки стекла, которые могут быть загрязнены биологическими жидкостями;

5) сгибать, ломать, снимать со шприцев использованные иглы, надевать на них колпачки и проводить подобные действия с загрязненными острыми инструментами;

6) доставать что-либо руками из контейнеров с использованными многоразовыми колющими и режущими инструментами, вручную открывать, опорожнять контейнеры.

281. В случае попадания на индивидуальные средства защиты биологических жидкостей, необходимо немедленно снять их и промыть загрязненные участки кожи водой с мылом. Перед тем, как покинуть рабочее место, следует снять все индивидуальные средства защиты и поместить их в выделенную для этого тару. Работодатель обеспечивает очистку, стирку, ремонт, замену индивидуальных средств защиты и утилизацию использованных индивидуальных средств защиты.

282. Обучение медицинского персонала по профилактике профессионального инфицирования ВГВ, ВГД и ВГС обеспечивают руководители медицинских организаций.

283. Персонал медицинских организаций (как медицинский, так и немедицинский) при приеме на работу и ежегодно проходит инструктаж по технике безопасности.

284. При проведении лечения больных необходимо избегать любых неоправданных инвазивных вмешательств.

285. Медицинские организации обеспечиваются необходимым оборудованием и расходными материалами (в том числе одноразовыми шприцами, катетерами, иглами и системами для инфузий, дезинфектантами, контейнерами, КБУ) в достаточном количестве и ассортименте.

286. Медицинскими организациями разрабатываются и утверждаются планы по утилизации медицинских отходов, порядок прохождения персоналом инструктажа и порядок контроля.

287. В целях выявления, организации лечения заболевания, определения режима труда для лиц с положительными результатами на маркеры ВГВ и ВГС, подлежат обследованию на маркеры ВГВ и ВГС при поступлении на работу и один раз в шесть месяцев:

1) медицинские работники организаций службы крови;

- 2) медицинские работники, занимающиеся гемодиализом;
- 3) медицинские работники хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей, также медицинские работники, проводящие инвазивные методы диагностики и лечения;
- 4) медицинские работники клинических, иммунологических, вирусологических, бактериологических, паразитологических лабораторий.

288. Медицинские работники хирургического, стоматологического, гинекологического, акушерского, гематологического профилей и занимающиеся гемодиализом, также медицинские работники, проводящие инвазивные методы диагностики и лечения, при положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС не допускаются к работе до уточнения диагноза.

289. В целях выявления, снижения риска распространения инфекции подлежат обследованию на маркеры ВГВ и ВГС при поступлении на госпитализацию в стационары:

- 1) поступающие на плановые оперативные вмешательства;
- 2) пациенты центров и отделений гемодиализа, гематологии, онкологии, трансплантации, сердечно-сосудистой и легочной хирургии;
- 3) при пребывании в стационаре пациентов отделений гемодиализа, гематологии и трансплантации более 1 месяца - ежемесячно.

290. В целях выявления, организации лечения заболевания подлежат обследованию на маркеры ВГВ и ВГС пациенты перед проведением и через 6 месяцев после проведения гемотрансфузий, трансплантации и пересадки органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и других биологических материалов.

291. При положительных результатах на маркеры ВГВ и ВГС медицинские работники не допускаются к процессу заготовки крови и ее препаратов.

22. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции при ВГВ, ВГД и ВГС

292. Медицинский инструментарий одноразового пользования без предварительной дезинфекции и разборки подвергается уничтожению (сжиганию, разрушению).

293. Изделия медицинского назначения многократного применения после использования подвергаются дезинфекции, предстерилизационной очистке, сушке, упаковке и стерилизации.

294. Дезинфекция инструментария проводится в местах его использования путем погружения в дезинфицирующий раствор или в ультразвуковых и других моечных машинах.

295. Для дезинфекции медицинских изделий используются две емкости. В первой емкости инструментарий промывается от остатков крови, слизи, лекарственных препаратов, затем погружается во вторую емкость для экспозиции. Разъемные изделия обрабатываются в разобранном виде.

296. Дезинфицирующие растворы меняются по мере загрязнения, изменения цвета или появления осадка, истечения срока годности и хранения.

297. При использовании дезинфицирующего средства, обладающего фиксирующим эффектом в отношении биологических жидкостей, инструментарий предварительно отмывается в отдельной емкости водой с последующим ее обеззараживанием.

298. Моющий раствор используется в течение суток с момента приготовления, если цвет раствора не изменился. Качество предстерилизационной обработки оценивается по отсутствию положительных проб на остаточное количество крови и щелочных компонентов синтетических моющих веществ, а также остатков масляных лекарственных средств на инструменте.

299. Предстерилизационная очистка и стерилизация инструментария проводится в специально выделенном месте каждого подразделения медицинской организации или в централизованном стерилизационном отделении. При содержании в дезинфицирующем средстве моющего компонента предстерилизационная очистка не проводится.

23. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при острых респираторных вирусных инфекциях, гриппе и их осложнениями (пневмонии)

300. Государственный санитарно-эпидемиологический контроль за заболеваемостью населения ОРВИ (ГПЗ, ТОРИ), гриппом и их осложнениями (пневмонии) осуществляется в виде мониторинга в течение года и включает проведение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий

301. Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия при рутинной системе эпидемиологического надзора за ОРВИ, гриппом и их осложнениями (пневмонии) распределены на периоды предэпидемический с 1 октября по 1 декабря и эпидемический сезоны с 1 декабря по 30 апреля.

302. Дозорный эпидемиологический надзор за гриппом, ОРВИ, ГПЗ и ТОРИ проводится круглогодично, целью которого являются мониторинг заболеваемости гриппом амбулаторных и стационарных больных, ранняя расшифровка циркулируемых типов вирусов среди населения и обнаружение новых, видоизмененных видов вируса гриппа.

303. В предэпидемический период обеспечивается проведение следующих мероприятий:

1) разработка межведомственных оперативных комплексных планов мероприятий по борьбе с ОРВИ и гриппом руководителями управлений здравоохранения, органов государственной санитарно-эпидемиологической службы и иных заинтересованных государственных органов;

2) готовность медицинских организаций к приему больных ОРВИ и гриппом при подъеме заболеваемости в эпидемический сезон, предусмотрев создание необходимого объема коечного фонда, резерва основных противогриппозных препаратов и средств (противовирусные препараты, оксолиновая мазь, жаропонижающие средства, иммуномодулирующие средства, витамины и минералы), оборудования и средств для оказания интенсивной терапии, дезинфицирующих препаратов, средств индивидуальной защиты;

3) резерв противогриппозных препаратов и средств в медицинских организациях независимо от форм собственности составляет из расчета:

в организациях ПМСП не менее чем на 10 больных;

в стационарах – не менее чем на 35 больных;

4) проведение семинаров и инструктажей по вопросам клиники, диагностики, лечения и профилактики гриппа с работниками медицинских организаций, персоналом объектов воспитания и образования детей и подростков, объектов сферы обслуживания населения, туристических фирм, работников миграционной полиции, пограничной и таможенной служб;

5) ежегодное проведение вакцинации против гриппа медицинских работников, детей, состоящих на диспансерном учете в медицинских организациях, ослабленных и часто болеющих детей старше шести месяцев, детей детских домов, домов ребенка, контингента домов престарелых и инвалидов, беременных во втором или третьем триместре беременности и по эпидемиологическим показаниям.

304. В эпидемический период обеспечивается проведение следующих мероприятий:

1) учет случаев ОРВИ, гриппа и их осложнений (пневмонии), а так же летальных случаев, связанных с ними, с лабораторным изучением биоматериала на грипп и другие вирусы ОРВИ;

2) систематический (еженедельный с 1 октября, ежедневный с 1 декабря) мониторинг заболеваемости ОРВИ, гриппом и их осложнений (пневмонии), а так же летальности от них, за заболеваемостью ОРВИ и гриппом среди вакцинированных против гриппа, среди беременных и детей до одного года по территориям, возрастам, группам риска;

3) мониторинг иммунизации населения против гриппа по возрастам, категориям групп риска;

4) медицинские организации представляют информацию о состоянии заболеваемости ОРВИ, гриппом и их осложнениями (пневмонии), а так же летальности от них в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

5) форма ежедневной и еженедельной отчетности по иммунизации против гриппа, по ОРВИ и гриппу, ГПЗ и ТОРИ утверждается ведомством государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

6) регулярно информируются местные исполнительные органы об эпидемической ситуации по заболеваемости ОРВИ, гриппом и их осложнениям (пневмонии) и летальности от них, активности циркулирующих типов вируса в регионе и необходимых мерах профилактики и борьбы с гриппом и другими ОРВИ;

7) проведение санитарно-просветительной работы среди населения о мерах профилактики и борьбы с гриппом и ОРВИ;

8) противоэпидемические (профилактические) мероприятия в медицинских организациях (ПМСП и стационары), организациях воспитания и образования детей и подростков проводятся в соответствии с приложением 3 к настоящим Санитарным правилам.

305. При превышении еженедельных контрольных уровней заболеваемости или росте показателей заболеваемости ОРВИ, гриппом в сравнении с предыдущей неделей от 1,5 и более раз на территориях вводятся ограничительные мероприятия в порядке и в соответствии с перечнем инфекционных заболеваний, утвержденных государственным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

306. Госпитализация больных ОРВИ и гриппом проводится по клиническим и эпидемиологическим показаниям.

307. Клиническими показаниями для госпитализации являются:

1) ОРВИ и грипп, протекающие со среднетяжелой и тяжелой, осложненной формами течения заболеваний у детей до 14 лет, лиц старше 65 лет и беременных при любых сроках беременности;

2) больные с проявлениями ОРВИ и гриппа со среднетяжелой и тяжелой степенью течения, с сопутствующими хроническими заболеваниями со стороны сердечно-сосудистой, легочной, выделительной, эндокринной систем и гематологической патологией.

308. Эпидемиологическими показаниями для госпитализации больных является их проживание в домах ребенка, детских домах, интернатах, домах-инвалидов, общежитиях, казармах.

309. Забор, хранение и доставка биоматериала для лабораторных исследований обеспечиваются обученным медработником медицинских организаций в порядке, установленном в соответствии с подпунктом 2) пункта 1 статьи 7-1 Кодекса.

310. Исследования материала от больных ОРВИ (ГПЗ и ТОРИ), гриппом и их осложнений (пневмонии) проводятся организациями санитарно-эпидемиологической службы.

311. При рутинной системе эпидемиологического надзора забор биоматериала для лабораторных исследований проводится ответственными медицинскими работниками каждой медицинской организации ежемесячно у не менее чем у 10 больных ОРВИ, гриппом с ярко выраженной клиникой в предэпидемический и эпидемический сезоны заболеваемости ОРВИ и гриппом; при дозорной системе эпидемиологического надзора - в соответствии с приложением 4 к настоящим Санитарным правилам.

312. При дозорной системе эпидемиологического надзора за ГПЗ и ТОРИ перечень дозорных центров, графики их работ и функциональные обязанности ответственных лиц по организации работы в рамках ДЭН определяются, и утверждаются руководителями управлений здравоохранения и территориальных подразделений ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения дозорных регионов.

313. Отбор образцов при ДЭН за случаями ГПЗ проводится дозорными центрами не менее одного раза в месяц; ТОРИ - в приемных покоях стационаров с обеспечением принципа репрезентативности выборки в соответствии с приложением 4 к настоящим Санитарным правилам.

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

Сноска. Санитарные правила дополнены главой 24 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

315. Острый назофарингит – протекающая с умеренной лихорадкой в течение 3-5 дней, слабо выраженными симптомами интоксикации и ринофарингитом и не отличается по клиническим симптомам от острого респираторного заболевания другой этиологии, в связи с чем диагноз устанавливается только на основании положительного результата бактериологического исследования носоглоточной слизи.

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

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

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

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

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

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

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

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

- 1) больных с подозрением на менингококковую инфекцию при обращении в медицинские организации;
 - 2) пациентов психиатрических стационаров, при поступлении в стационар;
 - 3) детей при оформлении в школы-интернаты, детские дома и дома ребенка;
 - 4) лиц старше 60 лет при оформлении в дома-интернаты для престарелых и инвалидов;
 - 5) реконвалесцентов после перенесенной менингококковой инфекции;
 - 6) лиц, находившихся в контакте с больным менингококковой инфекции в инкубационный период.
- Лабораторное обследование контактных лиц в детских дошкольных учреждениях, детские дома и дома ребенка проводятся не менее двух раз с интервалом в 3 – 7 дней.

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

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

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

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

Сноска. Санитарные правила дополнены главой 25 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

325. Эпидемиологическое обследование проводится при регистрации каждого случая заболевания

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

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

328. Лица, у которых выявлены положительные результаты лабораторного обследования рассматриваются как носители. Проводится их лечение, постановка на учет, устанавливается за ними медицинское наблюдение. Носители, представляющие эпидемическую опасность для окружающих отстраняются от работы территориальными подразделениями ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения и допускаются в коллективы при однократном отрицательном результате, материал для исследования берется из носоглотки через 3 календарных дня после окончания лечения.

329. При превышении уровня заболеваемости среднереспубликанского показателя заболеваемости на 100 тысяч населения проводится вакцинация по эпидемиологическим показаниям лиц с высоким

риском заболеваемости на основании постановления Главного государственного санитарного врача Республики Казахстан.

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

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

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

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

26. Санитарно-эпидемиологические требования к госпитализации больных менингококковой инфекцией

Сноска. Санитарные правила дополнены главой 26 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

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

336. Клинические показания для госпитализации больных менингококковой инфекцией:

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

337. Эпидемиологические показания для госпитализации больных менингококковой инфекцией:

- 1) невозможность соблюдения необходимого противоэпидемического режима по месту жительства больного (социально-неблагополучные семьи, общежития, казармы, коммунальные квартиры);
- 2) случаи заболевания в медицинских организациях, школах-интернатах, детских домах, домах ребенка, санаториях, домах-интернатах для престарелых и инвалидов, летних оздоровительных организациях, домах отдыха.

338. Выписка реконвалесцентов после менингококковой инфекции проводится:

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

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

Сноска. Санитарные правила дополнены главой 27 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

выздоровления больного назофарингитом на дому.

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

28. Санитарно-эпидемиологические требования к лабораторной диагностике менингококковой инфекции

Сноска. Санитарные правила дополнены главой 28 в соответствии с приказом Министерства национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

342. По классификационной систематике менингококки принадлежат к семейству Neisseriaceae роду *Neisseria* (далее – N), род N включает два вида патогенных микроорганизмов: *N. meningitidis* и *N. gonorrhoeae*, остальные представители этого рода являются резидентной флорой слизистых оболочек. К последним относятся пигментообразующие, объединенные в один вид *N. subflava*, а также *N. sicca*, *N. mucosa*, *N. flavescens*, *N. lactamica*. Катаральный диплококк выделен в род *Branhamella* (далее – B), включающий: *B. catarrhalis*, *B. caviae*, *B. ovis* и *B. cuniculi* и другие.

343. Менингококки требовательны к условиям культивирования. При росте требуют повышенной влажности и 5-10 процентов (далее – %) содержания диоксида углерода (далее – CO₂) в воздухе, чувствительны к малейшим отклонениям температуры. В качестве источника нативного белка рекомендуется применять сыворотку крупного рогатого скота, лошадиную или кровь любого другого животного, сухой питательный агар специального назначения.

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

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

Приложение 1
к Санитарным правилам
«Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий

санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий по
предупреждению инфекционных заболеваний»

Сноска. Санитарные правила дополнены приложением 1-1 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

Форма

Отчет о выполнении плана постановки пробы Манту
за _____ 20__ года по _____
(месяц) (наименование медицинской организации)

Контингент	план	выполнение плана за отчетный месяц	выполнение плана с нарастанием	удельный вес охвата (%)	выявлено с виражом и гиперергической реакцией	из них охвачено химиопрофилактикой
Обследование по пробе Манту всего, в том числе:						
детей и подростков из очагов туберкулеза (данные ПТО)						
детей старше двух месяцев перед вакцинацией БЦЖ						
учащихся 1-х классов (в возрасте 6-7 лет) перед ревакцинацией						
детям группы «риска» всего, в том числе:						
дети из социально неблагополучных семей (малообеспеченные и многодетные, родители - неработающие, из мест лишения свободы, страдающие алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ-инфицированные, не имеющие						

постоянного места жительства, мигранты);						
дети, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении с длительным кашлем (более 2-х недель) и с симптомами нарастающей интоксикации, (субфебрилитет, потливость, снижение аппетита и массы тела, раздражительность, вялость)						
дети, состоящие на диспансерном учете у педиатра по поводу различных заболеваний						
контингент закрытых учебных заведений (школы-интернаты, специализированные школы для детей инвалидов)						
дети, невакцинированные и с неразвившимися поствакцинальными рубчиками БЦЖ						
дети, получающие гормональную терапию						
дети, получающие иммуносупрессивную терапию (глюкокортикоиды, иммунодепрессанты, цитостатики, генно-инженерные биологические препараты)						
дети, с неизвестным прививочным статусом						

Классификация вирусных гепатитов, условия госпитализации и диспансеризации больных вирусными гепатитами

Классификация острых вирусных гепатитов

1. Вирусные гепатиты по механизму передачи подразделяются на:

1) вирусные гепатиты с энтеральным механизмом передачи:

острый вирусный гепатит А;

острый вирусный гепатит Е;

2) вирусные гепатиты с парентеральным механизмом передачи:

острый вирусный гепатит В;

острый вирусный гепатит Д;

острый вирусный гепатит С;

3) вирусные гепатиты неустановленной этиологии.

2. Формы острых вирусных гепатитов (далее – ОВГ):

1) субклиническая – нет клинических проявлений болезни, в крови больных выявляются специфические маркеры вирусов в сочетании с повышенным содержанием аланинаминотрансферазы (далее – АЛТ);

2) иннаппарантная – протекает при полном отсутствии клинико-биохимических признаков, но в организме человека наблюдаются иммунологические, функциональные и морфологические изменения. Выявляются специфические маркеры вирусов;

3) манифестная – диагностируется на основании субъективных и объективных клинических симптомов характерных для острого вирусного гепатита. Манифестные формы ОВГ имеют циклическое течение, включающее преджелтушный (продромальный), желтушный (разгар) и период реконвалесценции. Преджелтушный период характеризуется совокупностью клинических симптомов, представленных гриппоподобным, астеновегетативным, диспептическим, артралгическим и смешанным синдромами. В периоде разгара заболевания появляется желтушное окрашивание кожных покровов и слизистых, гепатомегалия;

4) типичная желтушная циклическая – сочетание желтухи с цитолитическим синдромом с четким разграничением 3-х периодов болезни;

5) типичная желтушная с холестатическим компонентом – желтуха более интенсивная, высокая билирубинемия, незначительная трансаминаземия, имеется тенденция к повышению показателя щелочной фосфатазы (далее – ЩФ). Более продолжителен желтушный период болезни;

6) атипичная желтушная (холестатическая) – наблюдается редко, у больных пожилого возраста. Желтуха интенсивная с выраженным зудом кожи. Гипербилирубинемия, гиперхолестеринемия, повышена ЩФ и гаммаглутаминтранспептидаза. Тенденция к ускорению скорости оседания эритроцитов и субфебрилитет в желтушном периоде;

7) атипичная безжелтушная – характеризуется полным отсутствием желтухи при слабовыраженных общих проявлениях заболевания с увеличением печени и субъективными признаками нарушений ее функций. Специфические маркеры вирусных гепатитов в сочетании с повышенным уровнем АЛТ. Часто они наблюдаются при гепатите А;

8) острая циклическая – в течение 1-1,5 месяцев прекращается репликация (размножение) вируса, он элиминируется (выводится) из организма и наступает полная санация. Для гепатитов А и Е – это типичное течение болезни. При гепатитах В, С и Д – один из возможных вариантов;

9) острое прогрессивное течение ОВГ – фаза активной репликации вируса сохраняется 1,5-3 месяца. Завершение инфекционного процесса неоднозначное: либо санация организма с исходом в выздоровление, либо трансформация в хроническое течение. Прогрессивное течение в основном при

гепатитах В, С и Д. При гепатитах А и Е иногда отмечается затяжное течение при отягощенном преморбидном фоне, но завершается полным выздоровлением.

3. Тяжесть ОВГ может быть легкой, средней и тяжелой степени:

1) легкая степень – отсутствует интоксикация или она слабо выражена. Желтуха легкая. Величина протромбинового индекса (далее – ПИ) в пределах нормы. Содержание общего билирубина не выше 100 микромоль/литр;

2) средняя степень – характеризуется умеренно выраженными симптомами интоксикации. Желтуха умеренная. ПИ снижается до 65%. Содержание общего билирубина в пределах 100 - 180 микромоль/литр;

3) тяжелая степень – отмечается выраженная интоксикация центральной нервной системы, нарушение сна, эйфория или сонливость, вялость, анорексия, повторная рвота, геморрагический синдром, интенсивная желтуха, тахикардия, снижение суточного диуреза, ПИ ниже 55%. Содержание общего билирубина превышает 180 микромоль/литр, 1/8 от общего билирубина составляет свободная фракция. Альбумин сыворотки крови снижается до 47 - 45 %, повышено содержание гаммаглобулинов. Регистрируется преимущественно при гепатитах В и Д; при гепатитах А, С и Е (кроме беременных) – значительно меньше.

4. Существует злокачественное течение – фульминантный гепатит. Фульминантный (злокачественный) гепатит с массивным и субмассивным некрозом печени.

Сверхострый вариант соответствует подлинно фульминантному течению ОВГ с развитием печеночной комы и летальным исходом на 1-8 день болезни.

Острый вариант – продолжительностью до 28 дней от начала болезни.

Подострый (субмассивный) вариант, когда развитию некроза печени предшествует период обычного течения ОВГ в сроки 15 дней - 12 недель до энцефалопатии.

5. Осложнения ОВГ – острая печеночная недостаточность с развитием острой печеночной энцефалопатии и массивного геморрагического синдрома:

- 1) отек и набухание головного мозга;
- 2) массивное желудочно-кишечное кровотечение;
- 3) острая почечная недостаточность, острая дыхательная недостаточность;
- 4) генерализованная вторичная инфекция.

Достоверный этиологический диагноз вирусных гепатитов устанавливается только путем выявления специфических маркеров в сыворотке крови больных.

Классификация хронических вирусных гепатитов

6. Виды хронических вирусных гепатитов:

- 1) хронический вирусный гепатит В с дельта агентом;
- 2) хронический вирусный гепатит В без дельта агента;
- 3) хронический вирусный гепатит С.

7. Фазы вирусного гепатита: обострение и ремиссия.

Вирусный гепатит А

8. Инкубационный период ВГА в среднем составляет 35 календарных дней (диапазон 7-50 дней)

9. Пути передачи ВГА:

- 1) контактно-бытовой (в семьях и организованных коллективах);
- 2) через контаминированную воду, пищу (алиментарный);
- 3) парентеральный редко.

Вирусный гепатит Е

10. Инкубационный период ВГЕ в среднем составляет 40 календарных дней (диапазон 20-60 календарных дней).

11. Путь передачи вируса ВГЕ – водный.

12. Эпидемический процесс при ВГЕ характеризуется:

- 1) эпидемическими вспышками водного происхождения с интервалами семь-восемь лет;
- 2) взрывным характером заболеваемости;
- 3) преимущественным поражением лиц молодого возраста 15-29 лет;
- 4) летальностью до 20 % в третьем триместре беременности.

13. Начало подъема заболеваемости характерно для летних месяцев, что связано с наибольшим водопотреблением и максимальным загрязнением грунтовых вод, являющихся источником хозяйственно-питьевого водоснабжения.

Вирусный гепатит В

14. Инкубационный период ВГВ в среднем составляет 60-90 дней (диапазон от 45 до 180 дней)

15. Желтушные формы регистрируются у детей в возрасте до 5 лет в 10 %, детей старше 5 лет и взрослых – в 30-50 %.

16. Вирус ВГВ вызывает как острое, так и хроническое заболевание.

17. Пути передачи: естественный и искусственный (артифициальный).

18. К естественным путям передачи ВГВ относятся:

- 1) перинатальное инфицирование (пренатально, интранатально, постнатально);
- 2) инфицирование во время половых контактов;
- 3) инфицирование за счет реализации контактов в быту посредством контаминированных вирусом различных предметов гигиены (бритвенных и маникюрных принадлежностей, зубных щеток, полотенец, ножниц и т.д.).

19. К искусственным путям передачи ВГВ относятся:

- 1) инфицирование через медицинский, лабораторный инструментарий и изделия медицинского назначения, контаминированные вирусом ВГВ;
- 2) инфицирование при трансфузиях крови и/или ее компонентов, трансплантации органов (части органов), тканей, половых, фетальных, стволовых клеток и других биологических материалов при наличии в них вируса ВГВ;
- 3) инфицирование через немедицинские инвазивные процедуры (введение психоактивных препаратов, нанесение татуировок, выполнение ритуальных обрядов и других процедур (бритье, маникюр, педикюр, проколы мочки уха, косметические процедуры и др.).

Вирусный гепатит Д

20. Вирус гепатита Д – дефектный, для репродукции которого необходимо присутствие вируса гепатита В, поэтому ВГД протекает в виде:

- 1) коинфекции (одновременное заражение ВГВ и ВГД);
- 2) суперинфекции (наслоение ВГД на текущую ВГВ инфекцию, как правило, хроническую). ВГД имеет острое и хроническое течение.

21. Осложнения и исходы: наиболее часто развивается острая печеночная энцефалопатия и прогрессирующий цирроз печени.

Вирусный гепатит С

22. Инкубационный период ВГС в среднем составляет 180-210 календарных дней (с колебаниями от 14 до 780 дней).

23. Источники инфекции: больные острой и хронической формой заболевания.

24. Пути передачи аналогично ВГВ.

25. Желтушные формы имеют место в 10-20 % случаев.

Госпитализация больных ВГ

26. Госпитализация больных ВГ проводится по клиническим показаниям (средне-тяжелые и тяжелые формы, легкие формы при наличии сопутствующей патологии печени и желудочно-кишечного тракта), отдельно по нозологическим формам.

27. Эпидемиологические показания для госпитализации больных ВГ отсутствуют.

28. Беременные с ВГ до 30 недель беременности по клиническим показаниям госпитализируются в инфекционные стационары, с 30 недель беременности и родильницы в изолированные палаты (боксы) родильных домов и отделений.

29. Выписка переболевших ВГ проводится по клинико-лабораторным показателям, после полного клинического выздоровления.

Диспансеризация

30. Диспансеризация переболевших ОВГ осуществляется по клиническим показаниям в гепатологическом центре или в кабинете инфекционных заболеваний территориальной организации здравоохранения с письменной рекомендацией лечащего врача, выдаваемой на руки больному.

Диспансерное наблюдение проводится за переболевшими среднетяжелой и тяжелой формами ВГА – три месяца, ВГВ – шесть месяцев, острым ВГС – постоянно, учитывая высокую вероятность хронизации (в том числе при нормальных показателях биохимических проб и отсутствии репликации вируса в крови).

Хронический вирусный гепатит – один из исходов ОВГ, диффузный воспалительный процесс в печени, не разрешающийся на протяжении шести и более месяцев.

Диспансеризация больных ВГВ показана (особенно при наличии HBsAg) в связи с возможным суперинфицированием Д-инфекцией.

Длительность диспансерного наблюдения определяется наличием клиники продолжающегося гепатита и ферментемии.

Реконвалесценты вирусных гепатитов состоят на ДУ при сохраняющейся ферментемии с осмотром через месяц после выписки.

Снятие с учета проводится при отсутствии клинических проявлений.

Лицам, перенесшим ОВГ, противопоказаны профилактические прививки в течение шести месяцев после выписки из стационара, кроме (при наличии показаний) противостолбнячного анатоксина и антирабической вакцины.

31. Не допускаются к работе медицинские работники, принимающие участие в хирургических операциях и манипуляциях, при получении положительных результатов полимеразной цепной реакции, подтверждающих репликацию вирусов гепатитов В и С в крови.

Алгоритмы организации и проведения противоэпидемических (профилактических) мероприятий

1. Алгоритм обеспечения противоэпидемических (профилактических) мероприятий в медицинских организациях ПМСП:

- 1) организация и оборудование «фильтров» на входе с соответствующими указателями на территории и в здании;
- 2) лица с признаками ОРВИ, ГПЗ, ТОРИ и гриппа изолируются в специально выделенную комнату, после чего медсестра фильтра вызывает врача;
- 3) после осмотра врачом медсестра фильтра выполняет назначения врача (берет мазки на исследования, выполняет инъекции и т.д.) и далее пациент направляется на амбулаторное лечение или в стационар;
- 4) ограничение времени нахождения в поликлинике посетителей, выделение дополнительных кабинетов для приема больных;
- 5) установление дополнительных телефонов и автотранспорта для оказания консультативной помощи и госпитализации больных с подозрением на грипп и тяжелым, средне-тяжелым течением ОРВИ;
- 6) создание условий для обслуживания вызовов на дому (дополнительный автотранспорт, горюче-смазочный материал, организация посменной работы регистратуры, выдача больничных листов нетрудоспособности на 7 дней и др.);
- 7) первоочередное обслуживание вызовов на дому беременных и детей до 1 года с проявлениями ОРВИ, гриппа и их осложнений (пневмонии) с обеспечением их ежедневного патронажа, своевременной госпитализации;
- 8) в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппом продление продолжительности работы медицинской организации с 8.00 до 20.00 часов, в субботние и воскресные дни с 9.00 до 18.00 часов в соответствии с законодательством Республики Казахстан;
- 9) создание запаса противовирусных препаратов для лечения амбулаторных больных ОРВИ, гриппом и их осложнений (пневмонии);
- 10) обеспечение одноразовыми масками сотрудников из расчета замены масок через каждые 3 часа со своевременной утилизацией использованных предметов личной гигиены. Не допускаются использование многоразовых масок и повторное использование одноразовых масок;
- 11) использование современных устройств, обеспечивающих обеззараживание воздуха в присутствии людей;
- 12) обеспечение санитарных узлов дозаторами с жидким мылом, электросушилками или одноразовыми бумажными салфетками, мусорными урнами, оснащенными педалью для сбора использованных масок и салфеток;
- 13) обеспечение температурного режима в помещениях медицинских организаций не менее +18 градусов Цельсия;
- 14) обеспечение своевременного (не позднее 72 часов с момента заболевания) забора материала от больных с предположением на грипп, временного хранения и транспортировки образцов в вирусологические лаборатории с соблюдением требований «холодовой цепи»;
- 15) создание запаса расходных материалов и транспортной среды для забора материала от больных с подозрением на грипп и обеспечение временного хранения транспортной среды с соблюдением температурного режима не более 7 дней;
- 16) размещение наглядной информации о профилактике ОРВИ и гриппа (стенды, брошюры, листовки, плакаты, показ видеоматериалов по профилактике гриппа и др.) в местах нахождения пациентов.

2. Алгоритм обеспечения противоэпидемических (профилактических) мероприятий в медицинских организациях (стационары, родильные дома и отделения):

- 1) утверждение плана перепрофилирования коек соматических отделений под инфекционные койки

в период подъема заболеваемости ОРВИ, гриппа;

2) создание запаса препаратов для лечения больных ОРВИ, гриппом и их осложнений (пневмонии), так же дезинфицирующих средств согласно перечню дезинфицирующих препаратов;

3) обеспечение своевременного (не позднее 72 часов с момента заболевания) забора материала от больных с предположением на грипп и другие респираторные вирусные инфекции, временного хранения и транспортировки образцов в вирусологические лаборатории с соблюдением требований «холодовой цепи»;

4) создание запаса расходных материалов и транспортной среды для забора материала от больных с предположением на грипп и обеспечение временного хранения транспортной среды с соблюдением температурного режима не более 7 дней;

5) обеспечение средствами индивидуальной защиты (одноразовые маски, халаты, перчатки) медицинского персонала, оказывающего медицинскую помощь пациентам с признаками ОРВИ и гриппа; обеспечение одноразовыми масками сотрудников из расчета замены масок через каждые 3 часа; не допускать их повторное использование и использование многоразовых масок;

6) введение масочного режима для медицинского персонала с ограничением передвижения медицинских работников по отделениям стационара и числа посетителей в период введения ограничительных мероприятий;

7) обеспечение температурного режима в помещениях медицинских организации не менее +18 градусов Цельсия; в помещениях родильного блока не менее +22°C;

8) проветривание палат не менее 3 раз в день через оконные проемы;

9) использование устройств для обеззараживания воздуха;

10) организация активного раннего выявления случаев гриппа среди пациентов и сотрудников в стационаре;

11) изоляция пациентов с предположением на ОРВИ и грипп в отдельные помещения или блоки (палаты, боксы, отделения, секции);

12) осуществление учета и регистрации случаев внутрибольничной заболеваемости гриппом, расследование причин и принятие мер по локализации вспышек гриппа.

3. Алгоритм обеспечения противоэпидемических (профилактических) мероприятий на объектах воспитания и образования детей и подростков:

1) проведение ежедневного мониторинга посещаемости детей и сотрудников с выяснением причины отсутствия и извещением территориальные медицинские организации о случаях заболевания детей;

2) организация и проведение утреннего фильтра перед каждой сменой для недопущения к занятиям школьников и педагогов с проявлениями острого респираторного заболевания, соблюдением групповой изоляции на объектах воспитания и образования детей и подростков;

3) организация ежедневного фильтра до начала занятия каждой смены детей и подростков на объектах образования для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, центров адаптации несовершеннолетних, интернатных организаций, пансионатов, медресе, приютов с проведением опроса, наружного осмотра, по показаниям – термометрии; организация работы санитарных постов на каждом этаже или классе для своевременного выявления детей с предположением на ОРВИ и грипп;

4) организация своевременного отстранения выявленных при утреннем фильтре детей (сотрудников) с признаками ОРВИ и гриппа лиц от занятий (работы), направление в медицинский пункт или домой для вызова участкового врача на дом;

5) организация перевода заболевших в течение дня детей в изолятор до прихода родителей с обеспечением соответствующего ухода;

6) госпитализация детей в экстренных случаях в медицинские организации;

7) оснащение медицинского пункта и изоляторов необходимым медицинским оборудованием и медикаментами (термометрами, шпателями, маски, противогриппозными препаратами);

8) обеспечение температурного режима в помещениях от +18 до +22°C;

9) использование помещений специфического профиля строго по назначению;

10) усиление режима проветривания в учебных кабинетах с увеличением продолжительности перемен от 10 до 15 минут; в детских дошкольных организациях при выведении детей в другие помещения;

- 11) обеспечение санитарных узлов жидким мылом, одноразовыми полотенцами/салфетками;
- 12) установление мусорных урн, оснащенных педалью для сбора использованных масок и салфеток;
- 13) со школьниками тематических диктантов по вопросам соблюдения правил личной гигиены и профилактики ОРВИ и гриппа;
- 14) ограничение проведения массовых и зрелищных мероприятий в период подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом.

Приложение 4
к Санитарным правилам
«Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий
по предупреждению
инфекционных заболеваний»

Алгоритм

организации системы дозорного эпиднадзора за ГПЗ и ТОРИ

1. Критериями оценки качества организации ДЭН являются: соблюдение принципов учета больных ГПЗ и ТОРИ в дозорных центрах и их соответствие стандартным определениям случаев ГПЗ и ТОРИ, полнота сбора эпидемиологических и клинических данных, лабораторного обследования случаев ГПЗ и ТОРИ, своевременное и полное представление еженедельных отчетов на всех этапах системы ДЭН, качественный анализ и обеспечение своевременного распространения данных, участие в программе внешнего контроля качества.
2. Система дозорного эпиднадзора за ГПЗ включает:
 - 1) еженедельное представление в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения данных об обращаемости населения по поводу ОРВИ и ГПЗ по возрастным группам 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше и лабораторному обследованию больных;
 - 2) для расчетов показателей заболеваемости ОРВИ, ГПЗ и доли ГПЗ в сумме ОРВИ в предэпидемический сезон представляется информация о численности обслуживаемого населения по возрастным группам: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше;
 - 3) ежедневное заполнение статистического талона с указанием возрастной группы, пола, диагнозов ОРВИ и/или ГПЗ ответственными врачами на больных с диагнозом ОРВИ с длительностью заболевания не более 7 дней при приеме у врача и/или обслуживании вызовов на дому;
 - 4) сбор образцов от больных ГПЗ проводится с выездом на дом к больному. При наличии в месяце 4 недель бригада с клиницистом каждой поликлиники выезжает к больным, подлежащим лабораторному обследованию, на дом 1 раз, при наличии 5 недель - два раза в месяц;
 - 5) в состав выездной бригады входят вирусолог санитарно-эпидемиологической службы и клиницист каждой из поликлиники;
 - 6) в день отбора образцов обученная медсестра дозорного центра, регистрирующая вызова на дом, отмечает больных, соответствующих стандартному определению случая ГПЗ;
 - 7) ответственный врач по ДЭН выбирает больных из списка так, чтобы было не менее 3 и не более 5 больных ГПЗ каждой возрастной группы: 1-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше, обратившихся в дозорные поликлиники;
 - 8) материал забирается от больных в возрасте старше 1 года; соответствующих стандартному определению случая ГПЗ с длительностью заболевания не более 72 часов;
 - 9) на каждого больного ГПЗ, у которого забран материал, заполняются индивидуальная анкета и направление в лабораторию с присвоением идентификационного номера;
 - 10) индивидуальные данные анкет больных ГПЗ эпидемиологами территориальных подразделений

ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (эпидемиологическая часть анкеты) и вирусологами организации государственной санитарно-эпидемиологической службы (лабораторная часть анкеты) регулярно вводятся в электронную базу данных в он-лайн режиме.

2. Система дозорного эпиднадзора за ТОРИ:

1) в целях полного и своевременного выявления больных ТОРИ дозорными центрами обеспечивается: проведение подсчета случаев ТОРИ, соответствующих стандартному определению и длительности заболевания, не более 7 дней при всех обращениях больных с представлением еженедельных данных в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

2) у больных, поступивших в первые 7 дней болезни, с ОРВИ и/или острыми заболеваниями легких, и/или обострением хронических заболеваний, вызванных вирусами ОРВИ, для облегчения оформления заключения «ТОРИ - «да или нет» проставляется штамп «с симптомами ТОРИ» в удобном месте каждой истории, где отмечаются симптомы знаком « », имеющиеся у больного;

3) производится подсчет всех госпитализированных больных ТОРИ по возрастным группам от общего числа госпитализированных больных со всеми диагнозами в дозорные отделения (или стационар, если все отделения последнего принимают больных ТОРИ), в том числе и в случае открытия дополнительных отделений в сезон гриппа. При наличии в дозорных стационарах сканеров и компьютеров еженедельные отчеты формируются по специальной программе;

4) отчет включает: число всех госпитализированных больных в дозорные отделения со всеми диагнозами (ОРВИ и/или острым заболеванием легких и/или обострением хронического заболевания легких) вызванных вирусами ОРВИ, в течение 7 дней с момента заболевания по возрастным группам: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше; из них ТОРИ «ДА» по возрастным группам: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше; показатель ТОРИ «ДА» на 1000 по возрастным группам: 0-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше; количество лабораторно обследованных случаев ТОРИ в течение 3 дней с момента заболевания по возрастным группам: 1-4, 5-14, 15-29, 30-64, 65 и старше и их результаты;

5) критерием отбора больных ТОРИ для лабораторного обследования является соответствие стандартному определению случая ТОРИ; для детей старше 1 года от начала болезни не более 72 часов, для лиц старше 18 лет от начала болезни не более 7 дней;

6) материал забирается не более чем у одного больного в день из каждой возрастной группы: 1-4, 5-14 в детских стационарах и 15-29, 30-64, 65 и старше - во взрослых стационарах. За неделю число обследованных должно составлять не менее 3 больных из каждой возрастной группы (итого общее число по всем возрастным группам населения за неделю - не менее 15 больных);

7) в истории болезни лабораторно обследованных случаев ТОРИ в удобном месте подклеивают «отрывные талоны» со следующими данными: больной находился в реанимации «-» «+»; получал ИВЛ «-» «+»; получал О2 терапию (через маску или носовой катетер) «-» «+»; выздоровление «-» «+»; умер «-» «+»; дата смерти;

8) после выписки больного из стационара заполняется «отрывной талон» с отметкой « » при наличии указанных в пункте 7 данных и вторая часть передается в территориальные подразделения ведомства государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения;

9) для каждого лабораторно обследованного случая ТОРИ заполняются анкета и направление в вирусологическую лабораторию.

Приложение 5
к Санитарным правилам
«Санитарно-эпидемиологические
требования к организации и проведению
санитарно-противоэпидемических
(профилактических) мероприятий по
предупреждению инфекционных заболеваний»

Сноска. Санитарные правила дополнены приложением 5 в соответствии с приказом Министра национальной экономики РК от 26.11.2015 № 732 (вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования).

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

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

Обозначения:

К - образование кислоты

(-) - редко