

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау  
министрлігіПриказ Министра  
здравоохранения Республики  
Казахстан от 5 октября 2022 года  
№ ҚР ДСМ-111. Зарегистрирован  
в Министерстве юстиции  
Республики Казахстан 7 октября  
2022 года № 30078Министерство здравоохранения Республики  
Казахстан

## **Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению острых кишечных инфекций»**

В соответствии с подпунктом подпунктом 132-1) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71 **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению острых кишечных инфекций» согласно приложению 1 к настоящему приказу.

2. Признать утратившими силу некоторые приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан согласно приложению 2 к настоящему приказу.

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

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



QR-код содержит данные ЭЦП должностного лица РГП на ПХВ «ИЗПИ»



QR-код содержит ссылку на  
данный документ в ЭКБ НПА РК

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

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

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

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

**Министр здравоохранения  
Республики Казахстан**

**А. Гиният**

«СОГЛАСОВАН»

Министерство просвещения  
Республики Казахстан

«СОГЛАСОВАН»

Министерство труда и  
социальной защиты населения  
Республики Казахстан

приложение 1 к приказу  
Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
от 5 октября 2022 года  
№ ҚР ДСМ-111

**Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению острых кишечных инфекций»**

**Глава 1. Общие положения**

1. Настоящие Санитарные правила «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению острых кишечных инфекций» (далее – Правила) разработаны в соответствии с подпунктом 132-1) пункта 16 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного постановлением Правительства Республики Казахстан от 17 февраля 2017 года № 71 и устанавливают требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению острых кишечных инфекций.

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

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

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

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) дезинсекция – комплекс профилактических и истребительных мероприятий по уничтожению насекомых и членистоногих в целях защиты от них человека, животных, помещений и территории;

5) дезинфекция – комплекс специальных мероприятий, направленных на уничтожение возбудителей инфекционных и паразитарных заболеваний во внешней среде;

6) дератизация – комплекс профилактических и истребительных мероприятий, направленных на уничтожение или снижение числа грызунов;

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

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

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

10) 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;

11) паратифы – бактериальные острые инфекционные заболевания, вызываемые бактериями рода сальмонелл (*Salmonella paratyphi* (сальмонелла паратифи), 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;

12) ретроспективный эпидемиологический анализ – анализ уровня, структуры и

динамики инфекционной заболеваемости за длительный предшествующий промежуток времени с целью обоснования перспективного планирования противоэпидемических мероприятий;

13) реконвалесцент – больной человек в стадии выздоровления;

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

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

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

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

18) брюшной тиф – бактериальное инфекционное заболевание, вызываемое бактериями рода сальмонелл (*Salmonella Typhi* (сальмонелла тифи), 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.

## **Глава 2. Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению острых кишечных инфекций**

3. Эпидемиологический надзор за заболеваемостью острыми кишечными инфекциями включает:

1) ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости острыми кишечными инфекциями, проводимый ежегодно территориальными подразделениями государственного органа в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее – территориальные подразделения) 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 для своевременного обнаружения начавшегося подъема заболеваемости, выявления его причины и проведения оперативных санитарно-противоэпидемических мероприятий.

Проводится сравнение текущей заболеваемости по неделям, месяцам, с нарастающим итогом, сопоставление с контрольными уровнями заболеваемости, характерными для данной административно-территориальной единицы.

4. Выявление больных и лиц с подозрением на заболевание кишечными инфекциями проводится медицинскими работниками медицинских организаций во время амбулаторных приемов, медицинских осмотров, динамического наблюдения и посещений на дому.

Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза. Медицинская организация, выявившая больного или носителя возбудителей острых кишечных инфекций (в том числе при изменении диагноза) направляет экстренное извещение в территориальное подразделение в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 октября 2020 года № ҚР ДСМ-153/2020 «Об утверждении правил предоставления в государственный орган в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения информации (экстренного извещения) о случаях инфекционных заболеваний, отравлений» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21532).

5. Для своевременного выявления больных острыми кишечными инфекциями и бактерионосительства возбудителей дизентерии проводятся однократные лабораторные обследования на кишечную группу категорий населения:

- 1) больных с подозрением на острые кишечные инфекции при обращении в медицинские организации;
- 2) пациентов организаций, оказывающих медицинскую помощь в области психического здоровья при поступлении в стационар;
- 3) детей при оформлении в школы-интернаты, организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, дома ребенка;
- 4) получателей услуг медико-социальных учреждений при оформлении;
- 5) реконвалесцентов после перенесенной кишечной инфекции.

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

7. Очаговую текущую дезинфекцию организует медицинский работник медицинской организации, а проводит лицо, ухаживающее за больным, сам реконвалесцент или бактерионоситель в период с момента выявления больного до госпитализации.

Очаговая заключительная дезинфекция проводится организациями санитарно-эпидемиологической службы и медицинскими организациями при регистрации заболевания острыми кишечными инфекциями в дошкольных организациях, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, школах-интернатах, домах ребенка, медико-социальных учреждениях.

8. Эпидемиологические обследования очагов острых кишечных инфекций и сальмонеллеза проводятся:

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

2) при заболевании детей, посещающих дошкольные организации, организации среднего образования, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, школы-интернаты, дома-ребенка и медико-социальные учреждения;

3) при заболевании работников организаций, оказывающих медицинскую помощь в области психического здоровья, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, медико-социальных учреждений;

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

9. При превышении контрольных уровней заболеваемости острыми кишечными инфекциями необходимость подомового обследования очагов определяется главным государственным санитарным врачом соответствующей административно-территориальной единицы (на транспорте) с учетом эпидемиологической ситуации и результатов оперативного эпидемиологического анализа, в соответствии с подпунктом 15) пункта 1 статьи 38 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее – Кодекс).

10. При эпидемиологическом обследовании очагов специалистом территориального подразделения проводится определение круга контактных лиц, подлежащих лабораторному обследованию лиц из числа декретированных групп населения и детей до двух лет, перечень и объем лабораторных исследований, забор проб пищевых продуктов, воды, смывов для лабораторного обследования.

11. Декретированные группы населения, являющиеся источником кишечных инфекций, а также своевременно не прошедшие обязательный медицинский осмотр, временно отстраняются от работы до получения отрицательного результата лабораторного исследования и заключения специалиста, подтверждающих полную санацию и прохождение обязательного медицинского осмотра.

12. Медицинское наблюдение за контактными лицами проводится медицинскими работниками по месту жительства, работы, учебы, отдыха контактного лица.



Результаты медицинского наблюдения отражаются в медицинских картах стационарного пациента по форме 001/у и в медицинских картах амбулаторного пациента по форме 052/у, утвержденных приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 30 октября 2020 года № ҚР ДСМ-175/2020 «Об утверждении форм учетной документации в области здравоохранения, а также инструкций по их заполнению» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21579) (далее – Приказ № ҚР ДСМ-175/2020).

Длительность медицинского наблюдения составляет семь календарных дней и включает опрос, осмотр, термометрию.

13. Исследования материала из очага инфекционного или паразитарного заболевания проводятся организациями санитарно-эпидемиологической службы.

14. Лабораторное обследование контактных лиц проводится до назначения лечения.

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

16. 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).

17. Эпидемиологические показания для госпитализации больных острыми кишечными инфекциями:

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, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей,

домах ребенка, санаториях, медико-социальных учреждениях, летних оздоровительных организациях.

18. Выписка реконвалесцентов дизентерии и острых кишечных инфекций проводится после полного клинического выздоровления.

Однократное бактериологическое обследование реконвалесцентов дизентерии и кишечных инфекций проводится в амбулаторных условиях в течение семи календарных дней после выписки, но не ранее двух календарных дней после окончания антибиотикотерапии (лечение антибиотиками).

19. Медицинскому наблюдению после перенесенной острой дизентерии подлежат:

1) работники объектов общественного питания, продовольственной торговли, водоснабжения, а также лица занимающихся предпринимательской деятельностью, связанной с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов;

2) дети, находящиеся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, школ-интернатов, медико-социальных учреждениях, и дети, посещающие дошкольные организаций;

3) работники организаций, оказывающих медицинскую помощь в области психического здоровья, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, медико-социальных учреждений и дошкольных организаций.

20. Медицинское наблюдение лиц переболевших острой дизентерией проводится в течение одного месяца после окончания лечения, в конце которого проводится однократное бактериологическое обследование.

21. Кратность посещения участкового врача определяется по клиническим показаниям.

22. Медицинское наблюдение осуществляется медицинским работником, оказывающим первичную медико-санитарную помощь.

23. При рецидиве заболевания или положительном результате лабораторного обследования, лица, переболевшие дизентерией, вновь проходят лечение. После окончания лечения, лица, переболевшие дизентерией в течение трех месяцев ежемесячно проходят лабораторное обследование. Лица, у которых,

бактерионосительство продолжается более трех месяцев, подвергаются лечению как больные с хронической формой дизентерии.

24. Лица из числа декретированной группы населения, допускаются работодателем на работу по специальности после полного выздоровления, подтвержденного результатами клинического и бактериологического обследования.

Лица с хронической дизентерией переводятся на работу, не связанную с продуктами питания и водоснабжения, где они не представляют эпидемиологическую опасность.

25. Лица с хронической дизентерией подлежат динамическому наблюдению в течение года после окончания лечения. Бактериологические обследования и осмотр врачом-инфекционистом лиц с хронической дизентерией проводится ежемесячно.

26. Бактериологическому обследованию на сальмонеллез подлежат следующие категории лиц населения:

- 1) дети в возрасте до двух лет, поступающие в круглосуточный стационар;
- 2) взрослые, госпитализированные в круглосуточный стационар по уходу за больным ребенком;
- 3) роженицы, родильницы, при наличии дисфункции кишечника в момент поступления в круглосуточный стационар или в течение предшествующих трех недель до госпитализации;
- 4) все больные независимо от диагноза при появлении кишечных расстройств во время пребывания в круглосуточном стационаре;
- 5) лица из числа декретированных групп населения в очаге сальмонеллеза;
- 6) дети, выезжающие в оздоровительные объекты.

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

28. Выписку реконвалесцентов сальмонеллеза проводят после полного клинического выздоровления и однократного отрицательного бактериологического исследования кала. Исследование производят не ранее трех календарных дней после окончания лечения.

29. Медицинскому наблюдению после перенесенного сальмонеллеза подлежат:

- 1) работники объектов общественного питания, продовольственной торговли, пищевой промышленности;
- 2) дети, находящиеся в организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, школ-интернатов;
- 3) работники организаций, оказывающих медицинскую помощь в области психического здоровья, организаций для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, домов ребенка, медико-социальных учреждений.

30. Медицинское наблюдение за лицами, переболевшими сальмонеллезом, осуществляют врач кабинета инфекционных болезней или участковые врачи по месту жительства в течение месяца с тремя клиническими осмотрами (на десятый, двадцатый и тридцатый день) с оценкой общего состояния, жалоб, характера стула и проведения термометрии.

31. Реконвалесценты из числа декретированных групп населения допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки врача инфекциониста подтверждающего полную санацию по форме 027/у, утвержденной Приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

32. Детей, продолжающих выделять сальмонеллы после окончания лечения, лечащий врач отстраняет от посещения дошкольной организации 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 календарных дней.

33. Заключительная дезинфекция проводится организациями санитарно-эпидемиологической службы при регистрации заболевания сальмонеллезом в дошкольных организациях, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, школах-интернатах, домах ребенка, медико-социальных учреждениях.

34. Санитарно-эпидемиологический мониторинг за заболеваемостью населения брюшным тифом и паратифами включает:

1) анализ информации о санитарном состоянии населенных пунктов, особенно неблагополучных по заболеваемости населения тифопаратифозными инфекциями;

2) определение декретированных групп населения;

3) определение фаготипов выделяемых культур от больных и бактерионосителей;

4) постановку на учет и медицинское наблюдение за переболевшими брюшным тифом и паратифами с целью выявления и санации бактерионосителей, особенно из числа работников пищевых предприятий и декретированных групп населения;

5) планирование санитарно-профилактических и санитарно-противоэпидемических мероприятий.

35. Санитарно-профилактические мероприятия для предупреждения брюшного тифа и паратифов направлены на проведение санитарно-гигиенических мероприятий, предупреждающих передачу возбудителей через воду, пищу.

36. Перед допуском к работе лица из числа декретированных групп населения, после врачебного осмотра подлежат однократному бактериологическому и серологическому обследованию на брюшной тиф и паратифы. Они допускаются к работе при отрицательном результате лабораторного обследования и при отсутствии противопоказаний.

Лица, у которых выявлены положительные результаты лабораторного обследования, рассматриваются как бактерионосители. Проводится их лечение, постановка на учет, устанавливается за ними медицинское наблюдение. В соответствии с пунктом 4 статьи 102 Кодекса территориальными подразделениями бактерионосители, представляющие эпидемическую опасность, отстраняются от работы.

37. Вакцинация против брюшного тифа проводится в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 24 сентября 2020 года № 612 «Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся обязательные профилактические прививки в рамках гарантированного объема медицинской помощи, правил, сроков их проведения и групп населения, подлежащих профилактическим прививкам».

38. В очагах брюшного тифа и паратифов проводятся мероприятия:

1) выявление всех больных путем опроса, осмотра, термометрии и лабораторного обследования;

2) своевременного изолирования всех больных брюшным тифом и 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 кала и исследование сыворотки крови серологическим методом. У лиц с положительным результатом серологического исследования проводится повторное пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи;

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

6) территориальными подразделениями в соответствии с пунктом 4 статьи 102 Кодекса лица, из числа декретированных групп населения, имеющие контакт либо общение с больным брюшным тифом или паратифами на дому, временно отстраняются от работы до получения отрицательных результатов однократного бактериологического исследования кала, мочи и серологического исследования;

7) лица, подвергшиеся риску заражения, наряду с лабораторным обследованием находятся под медицинским наблюдением с ежедневными медицинскими осмотрами врачом 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.

39. 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.

40. В очагах брюшного тифа и паратифов проводятся дезинфекционные мероприятия:

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

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

3) очаговую заключительную дезинфекцию проводят организации санитарно-эпидемиологической службы в сроки, регламентированные санитарно-эпидемиологическими требованиями к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации, в соответствии с пунктом 4 статьи 107 Кодекса;

4) при выявлении больного брюшным тифом или паратифом в медицинской организации после изоляции больного в помещениях, где он находился, проводится очаговая заключительная дезинфекция медицинской организацией или организацией санитарно-эпидемиологической службы.

41. Своевременное выявление, изоляция и лечение больных и бактерионосителей брюшного тифа и паратифов осуществляется медицинскими работниками медицинских организаций на основании клинических и лабораторных данных.

42. При диагностике брюшного тифа эффективным является выделение возбудителя из крови (гемокультура). Забор крови для выделения гемокультуры проводится во все периоды болезни. Первый посев крови производится до начала

антибактериальной терапии. Для диагностики проводится исследование копрокультуры, уринокультуры, желчи и крови.

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

44. Все больные брюшным тифом и паратифами госпитализируются в инфекционный стационар.

45. Выписка больных с брюшным тифом и паратифами осуществляется не ранее двадцати одного календарного дня после установления нормальной температуры тела (35 – 37 °С) после трехкратного бактериологического исследования кала и мочи. Бактериологическое исследование кала и мочи проводится двукратно через пять календарных дней после отмены антибиотиков с интервалом пять календарных дней. Кроме того, проводится посев дуоденального содержимого за семь календарных дней до выписки.

46. 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 исследуются желчь и сыворотка крови. При отрицательных результатах всех исследований переболевшего снимают с диспансерного наблюдения.

При положительном результате серологического исследования проводят пятикратное бактериологическое исследование кала и мочи. При отрицательных результатах, за переболевшими проводится динамическое наблюдение в течение одного года.



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

47. Лица, переболевшие брюшным тифом и паратифами, относящиеся к декретированным группам населения, после выписки из стационара в соответствии с пунктом 4 статьи 102 Кодекса территориальными подразделениями отстраняются от работы и допускаются работодателем на работу по специальности с момента предоставления справки инфекциониста подтверждающего полную санацию по форме 027/у, утвержденной Приказом № ҚР ДСМ-175/2020.

48. 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.

49. Среди бактерионосителей брюшного тифа и паратифов проводятся следующие 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 серологическим методом. 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.

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 и подлежат обследованию при регистрации случаев заболевания среди контактных лиц и при осложнении эпидемиологической ситуации на территории проживания хронического бактерионосителя. Хронических бактерионосителей медицинские работники обучают приготовлению дезинфицирующих растворов, очаговой текущей дезинфекции, правильного гигиенического поведения;

4) бактерионосителей из числа декретированных групп населения ставят на постоянный учет в территориальном подразделении.

50. Лица, из числа декретированных групп населения, при обнаружении хронического бактерионосительства у одного из членов его семьи, от работы не отстраняются и не подлежат специальному наблюдению.

## приложение 2 к приказу

**Перечень утративших силу некоторых приказов Министра здравоохранения  
Республики Казахстан**

1) приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 16793);

2) приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 22 мая 2020 года № ҚР ДСМ-55/2020 «О внесении изменений в приказ исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 марта 2018 года № 126 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 20720);

3) пункт 2 приказа Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 мая 2021 года № ҚР ДСМ-44 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по вирусным гепатитам и ВИЧ-инфекции» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 22869);

4) пункт 1 перечня утративших силу некоторых приказов Министерства здравоохранения Республики Казахстан, утвержденного приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 27 мая 2021 года № ҚР ДСМ-47 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий при острых

---

респираторных вирусных инфекциях, гриппе и их осложнениях (пневмонии), менингококковой инфекции, коронавирусной инфекции COVID-19, ветряной оспе и скарлатине» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 22833);

5) пункт 2 приказа исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 28 марта 2022 года № ҚР ДСМ-29 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекционных заболеваний (туберкулез)» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 27348).