

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау
министрлігіПриказ Министра
здравоохранения Республики
Казахстан от 6 января 2026 года №
2. Зарегистрирован в
Министерстве юстиции
Республики Казахстан 8 января
2026 года № 37815Министерство здравоохранения Республики
Казахстан

О внесении изменений и дополнений в некоторые приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить перечень некоторых приказов Министра здравоохранения Республики Казахстан, в которые вносятся изменения и дополнения согласно приложению к настоящему приказу.

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

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

2) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после 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.

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



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



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

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

Министр здравоохранения Республики Казахстан

А. Алыназарова

«СОГЛАСОВАН»

Министерство сельского хозяйства

Республики Казахстан

«СОГЛАСОВАН»

Министерство просвещения

Республики Казахстан

«СОГЛАСОВАН»

Министерство национальной экономики

Республики Казахстан

Приложение к приказу
Министр здравоохранения
Республики Казахстан
от 6 января 2026 года
№ 2

**Перечень некоторых приказов Министра здравоохранения
Республики Казахстан, в которые вносятся изменения и дополнения**

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 июля 2022 года № ҚР ДСМ-68 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 28977) следующие изменения:

в санитарных правилах «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению дезинфекции, дезинсекции и дератизации», утвержденных указанным приказом:

пункты 30 и 31 изложить в следующей редакции:

«30. Воздух в помещениях стационаров (отделений) обеззараживается с помощью системы механической вентиляции с достаточной кратностью воздухообмена в зависимости от типа помещения.

В медицинской организации в зонах высокого риска распространения инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, дополнительно используются ультрафиолетовые облучатели. Медицинская организация проводит оценку рисков помещений для эффективного использования ультрафиолетовых облучателей. К зонам высокого риска распространения инфекций, передающихся воздушно-капельным путем, относятся: кабинеты забора мокроты, бронхоскопии, приемные отделения, помещения с большим скоплением пациентов. При обеззараживании воздуха в помещении применяются экранированные бактерицидные облучатели, которые работают круглосуточно в присутствии людей.

31. Постельные принадлежности (матрацы, подушки, одеяла) на объектах здравоохранения подвергаются обеззараживанию методом камерной дезинфекции в следующих случаях:

1) после выписки, перевода, изоляции и смерти пациента из хирургических, травматологических, онкологических, гематологических, ожоговых отделений, отделений для беременных и рожениц, отделений для детей, инфекционных, противотуберкулезных, дерматовенерологических отделений;

2) по эпидемическим показаниям;

3) при загрязнении постельных принадлежностей биологическим материалом;

4) после смерти пациента.

Матрацы и подушки, находящиеся в наглухо зашитых гигиенических чехлах, обеззараживаются путем протирания и орошения дезсредствами.

Не допускается использование матрасов и подушек при нарушении целостности гигиенических чехлов.»;

пункт 45 изложить в следующей редакции:

«45. Оценку качества проведения предстерилизационной очистки МИ проводят ежедневно визуально, путем постановки проб самоконтроля или с помощью тест-индикаторов. Контролю подлежат: в стерилизационном отделении – 1 % разного наименования изделий, обработанных за смену; при децентрализованной обработке – 1 % одновременно обработанных изделий разного наименования, но не менее трех единиц, с указанием наименования и количества обработанных изделий, количества проверенных изделий, результата пробы, фамилии, имени и отчества (при наличии) проводившего пробы и даты проведения проб или тестов.»;

пункт 55 изложить в следующей редакции:

«55. Хранение простерилизованных изделий в упакованном виде, осуществляют в шкафах, стеллажах, чистых помещениях. Сроки хранения указываются на упаковке и определяются видом упаковочного материала согласно инструкции по его применению.

Стерилизация изделий осуществляется в упакованном виде, за исключением urgentной стерилизации в операционных отделениях при которой инструменты используются сразу, непосредственно на месте стерилизации. Виды упаковок (биксы, система контейнеров для стерилизации, бумага, пластик) зависит от изделий и потребностей медицинской организации.

МИ, простерилизованные в стерилизационных коробках, используются не более чем в течение одной операции или манипуляции для которой они приготовлены. Не допускается использование простерилизованных МИ с истекшим сроком хранения после стерилизации. Не допускается повторное использование одноразовых медицинских изделий. На все используемое оборудование, МИ в медицинской организации имеется паспорт, инструкция по применению. Не допускается использование в медицинской организации изделия, биксов имеющие дефекты (сколы, деформации, наличие коррозии, достигшие срока эксплуатации).»;

пункт 57 изложить в следующей редакции:

«57. Не допускается хранение стерильных изделий в ультрафиолетовых шкафах и заранее подготовленных стерильных столах (в процедурных, манипуляционных и перевязочных кабинетах). Стерильный стол накрывается непосредственно перед операцией (манипуляцией) с соблюдением мер асептики. Использованные медицинские инструменты транспортируются в закрытых контейнерах, устойчивых к проколам. Контейнеры после использования подвергаются обеззараживанию. При транспортировке стерильных и использованных МИ не допускается пересечение их потоков.

Все емкости и контейнеры, содержащие использованные инструменты, маркируются.»;

пункт 68 изложить в следующей редакции:

«68. Оценка работы стерилизаторов проводится специалистами организации здравоохранения при его загрузке. Для стерилизаторов с вакуумным циклом согласно инструкции стерилизатора ежедневно проводится проверка на определение эффективности вакуумной системы парового стерилизатора (удаление достаточного количества воздуха до введения пара с помощью тест-индикаторов меняющих цвет от влаги).»;

пункт 71, 72 и 73 изложить в следующей редакции:

«71. При проведении проверки температуры стерилизатора, тесты (химические тесты, термохимические индикаторы и биологические тесты) упаковывают в пакеты из упаковочной бумаги со стерилизуемым материалом и размещают согласно расположению контрольных точек и рецептуре химических

тестов для проверки заданных параметров стерилизатора (температурных параметров паровых стерилизаторов, режима работы, времени стерилизации, времени проникновения пара), указанных в приложении 8 к настоящим Санитарным правилам.

72. Партия стерилизуемого материала регистрируется в журнале с указанием марки, номера стерилизатора, времени стерилизации, режима стерилизации, результатами тест - контроля. При использовании системы маркировки (наименование продукта, сведения о сотруднике, код стерилизатора, дата стерилизации, дата истечения срока стерильности, номер загрузки), сведения о стерилизации фиксируются в карте стационарного или амбулаторного больного.

Паспорт стерилизатора, акты, протоколы проверки технического состояния стерилизаторов и эффективности стерилизации хранятся у ответственного лица на объекте здравоохранения.

73. Гибкие эндоскопы, используемые при эндоскопических манипуляциях (введение эндоскопов через естественные пути в полости организма, имеющие собственный микробный пейзаж), непосредственно после использования подлежат предварительной очистке, окончательной очистке, дезинфекции высокого уровня и хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

Жесткие эндоскопы, используемые при эндоскопических операциях (введение через их каналы стерильных инструментов, используемых при хирургических вмешательствах, введение эндоскопов в стерильные полости, контакт с раневой поверхностью, кровью), непосредственно после использования подлежат предварительной очистке, предстерилизационной очистке, стерилизации и хранению в условиях, исключающих вторичную контаминацию микроорганизмами.

Дезинфекция, предстерилизационная очистка и стерилизация эндоскопов и инструментов к ним проводятся в соответствии с требованиями к циклу обработки эндоскопов и инструментов к ним согласно приложению 9 к настоящим Санитарным правилам.

Проверка или валидация процессов стерилизации, эффективности цикла обработки автоматической дезинфекции эндоскопического оборудования проводится до первого использования и периодически проводится не реже одного раза в год.»;

пункт 89 изложить в следующей редакции:

«89. Обслуживающий персонал выполняет требования по режиму работы и безопасному обслуживанию паровых стерилизаторов, своевременно проверяет исправность контрольно-измерительных приборов и предохранительных устройств. Технической службой проводится проверка правильности установки соединений: вода, пар, электричество, сжатый воздух, вентиляция. Установка оснащается соответствующей технической документацией (техническим /эксплуатационным руководством пользователя).

После установки оборудования сотрудники централизованного стерилизационного отделения и техническая служба производителя проводят тестирование, для подтверждения правильности работы оборудования в указанных условиях, проводится тестирование после устранения технических неполадок, и при проведении планового технического обслуживания.»;

пункт 103 и 104 изложить в следующей редакции:

«103. Дезинсекция проводится в жилищах, нежилых производственных помещениях, в подвалах многоэтажных жилых домов, зданиях, сооружениях, на транспорте, на территории городских и сельских поселений, прилегающих к ним участках открытой природы, включая водоемы, а также места естественного обитания синантропных членистоногих.

104. Для борьбы с насекомыми применяются следующие методы дезинсекции:

1) механическая – дезинсекция путем применения механического воздействия (осушение заболоченностей, реконструкция оросительных систем, уборка помещений, промывание, проветривание, очистка);

2) физическая – дезинсекция путем применения физического воздействия (температурой, газом, ультрафиолетом, огнем);

3) биологическая – дезинсекция путем использования для борьбы естественных врагов (птиц, личинок, рыб, ларвифагов);

4) химическая – дезинсекция путем применения дезинсекционных средств, направленных на создание неблагоприятных условий для насекомых, нарушение функций организма и (или) уничтожение насекомых;

5) комплексная борьба с переносчиками – использование одного или в комбинации друг с другом методов борьбы против нескольких видов переносчиков на основе знаний об их поведенческих и экологических особенностях и переносимых ими трансмиссивных заболеваниях.»;

пункт 108 изложить в следующей редакции:

«108. Показателем для начала обработок служит появление в водоемах личинок 2-3-го возраста. Кратность обработок определяется количеством восстановлений численности личинок и периодом их активности. Местами выплода гнуса (кроме москитов) являются мелководные зоны водоемов, глубиной не более 1 метра, если имеется второе дно, которое образует подводная растительность, то не более 1 метра над вторым дном.»;

пункт 111 изложить в следующей редакции:

«111. Объект относят к освобожденным от насекомых, если насекомые не наблюдаются в течение месяца ни в одном из помещений. При обнаружении единичных живых насекомых проводится повторная сплошная обработка. Заселенность насекомыми зданий (или встроенных объектов) считается высокой, если отдельные насекомые и их скопления обнаружены более чем, на 20 % площади объекта. В этом случае обязательна сплошная обработка помещений.»;

пункт 122 изложить в следующей редакции:

«122. Дезинсекционные мероприятия прекращаются, если насекомых не обнаруживают при контролях всеми методами в течение месяца после обработок. Показателем эффективности дезинсекции служат количество освобожденных от насекомых объектов и их общая физическая площадь, выраженная в процентах ко всей физической договорной площади.»;

пункт 132 изложить в следующей редакции:

«132. Дератизацию проводят методами раскладки отравленных приманок, опыливания, газации. Выбор способа и метода дератизации определяется особенностями обрабатываемого объекта, экологией целевых грызунов и свойствами дератизационных средств. Дератизационные работы проводятся в

специальной одежде и специальной обуви (сапогах) с использованием средств индивидуальной защиты с обязательным соблюдением мер предосторожности.»;

2. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 декабря 2022 года № ҚР ДСМ-151 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 30928) следующие изменения и дополнения:

в санитарных правилах «Санитарно-эпидемиологические требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических, санитарно-профилактических мероприятий по предупреждению инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи», утвержденных указанным приказом:

пункт 2 изложить в следующей редакции:

«2. В настоящих Санитарных правилах использованы следующие термины:

1) антисептика – совокупность способов уничтожения или подавления жизнедеятельности потенциально опасных микроорганизмов на коже, слизистых оболочках, ранах и полостях пациента в целях обеспечения лечения и предупреждения развития инфекционного процесса;

2) антисептики – химические, биологические средства, предназначенные для проведения антисептики;

3) антибиотики – лекарственные препараты природного или полусинтетического происхождения, подавляющие рост микроорганизмов;

4) асептика – совокупность способов, направленных на предупреждение попадания возбудителей инфекций на кожу, рану и полости пациента при операциях, лечебных и диагностических процедурах;

5) внебольничная инфекция – инфекционные заболевания приобретенные до поступления в стационар и проявившиеся или выявленные в стационаре;

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

7) дезинфекционные средства (далее – дезсредства) – химические и биологические средства, предназначенные для проведения дезинфекции (дезинфицирующие средства), предстерилизационной очистки, стерилизации (стерилизационные средства), дезинсекции (дезинсекционные средства), дератизации (дератизационные средства), а также репеллентные средства и педикулициды;

8) источник инфекции – естественная среда обитания микроорганизмов, где обеспечивается их накопление, рост, размножение и выделение в окружающую среду;

9) инфекционный контроль – система организационных, санитарно-противоэпидемических и санитарно-профилактических мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения ИСМП в медицинских организациях;

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

11) стандарты инфекционного контроля – порядок организации и проведения системы инфекционного контроля;

12) инфекция, связанная с оказанием медицинской помощи (далее – ИСМП) – это инфекционное заболевание бактериального, вирусного, паразитарного или грибкового происхождения, присоединяющиеся к основному заболеванию у пациентов вследствие получения всех видов медицинских услуг пациентом в медицинских организациях или заболевание сотрудника вследствие его работы в данной организации;

13) стандартные операционные процедуры (далее – СОП) – задокументированная совокупность инструкций описывающая оптимальный ход выполнения конкретного процесса, содержит информацию о последовательности и времени выполнения для достижения требуемого уровня качества процесса, его результативности и эффективности;

14) факторы риска – условия окружающей среды или самого организма, которые способствуют возникновению ИСМП и элементы окружающей среды, принимающие участие в передаче возбудителя инфекции;

15) штамм – чистая культура бактерий, грибов, риккетсии и иных микроорганизмов, выделенная из определенного источника и идентифицированная по тестам современной классификации;

16) экзогенная инфекция – инфекция, развивающаяся в результате заражения микроорганизмами извне;

17) эндогенная инфекция – инфекция, развивающаяся в результате активации возбудителей самого организма;

18) эндометрит – заболевание, которое вызывается воспалительным процессом во внутреннем поверхностном слое слизистой оболочки тела матки (эндометрия);

19) эпидемиологическое наблюдение – систематический сбор, сопоставление и анализ данных о случаях инфекций и обеспечение информацией ответственных лиц для принятия мер по улучшению качества медицинской помощи и профилактики инфекционных заболеваний;

20) эпидемиологическая диагностика – это совокупность приемов и способов выявления причин и условий возникновения заболеваний. Обеспечивает выявление отделений риска, групп и коллективов риска, а также времени риска, формулирование, оценку и доказательство гипотез о факторах риска, обоснование направлений профилактики и оценку ее результатов. Основными разделами эпидемиологической диагностики являются ретроспективный и оперативный эпидемиологический анализ.»;

пункты 3 и 4 изложить в следующей редакции:

«3. Случай ИСМП выставляется на основании клинических проявлений заболевания, данных лабораторного исследования, эпидемиологического анамнеза с учетом критериев определения ИСМП в соответствии с приложением 1 к настоящим Санитарным правилам.

4. При регистрации случая ИСМП медицинскими организациями в течение первых суток организуются санитарно - профилактические и санитарно - противоэпидемические мероприятия.»;

пункт 7 изложить в следующей редакции:

«7. При регистрации ИСМП организацией здравоохранения подается экстренное извещение в территориальное подразделение государственного органа

в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения (далее – территориальные подразделения) 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).»;

пункт 9 изложить в следующей редакции:

«9. В случае регистрации внебольничной инфекции, связанной с пребыванием в другой медицинской организации в течение первых суток направляется информация в медицинскую организацию, в которой произошло инфицирование и в территориальное подразделение с указанием эпидемиологических данных и результатов клинико-диагностических исследований, проведенных в медицинской организации. При регистрации случая ИСМП территориальными подразделениями проводится эпидемиологическое обследование, принимаются меры по выявлению источника инфекции, факторов и путей ее передачи, предупреждению регистрации новых случаев ИСМП.»;

пункт 11 изложить в следующей редакции:

«11. Организация мероприятий по осуществлению производственного контроля проводится в порядке, предусмотренном приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2023 года № 62 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32276).»;

пункты 15, 16, 17 и 18 изложить в следующей редакции:

«15. Гигиена рук медицинского персонала, осуществляющего медицинские манипуляции проводится в соответствии с приложением 2 к настоящим Санитарным правилам.

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

использования. Повторное использование одной и той же пары одноразовых перчаток при контакте с более чем одним пациентом (донором, реципиентом) или после их обработки недопустимо.

17. Одноразовые стерильные перчатки используются при проведении инвазивных медицинских или хирургических процедур, когда требуется стерильность. Одноразовые стерильные перчатки применяются при хирургических процедурах, родах, инвазивных рентгенологических процедурах, доступе к сосудам и манипуляциям с ними (центральная линия), при приготовлении препаратов для тотального парентерального питания и химиотерапевтических средств.

18. Одноразовые нестерильные перчатки используются медработниками, когда возможен контакт с кровью и биологическими жидкостями, слизистыми и поврежденной кожей пациента. Используются при прямом контакте с пациентом: контакт с кровью; контакт со слизистыми оболочками и с повреждённой кожей; при наличии патогенных и условно-патогенных микроорганизмов; эпидемические или чрезвычайные ситуации; постановка или удаление внутривенных устройств; забор крови; при внутримышечных, внутривенных, внутрикожных и подкожных инъекциях; разъединение систем для внутривенного вливания; обследование органов полости таза и влагалища; санация трахеобронхиального дерева у пациентов на искусственной вентиляции легких с открытым дыхательным контуром. При не прямом контакте с пациентом: опорожнение емкостей с рвотными массами; обработка/очистка инструментов; утилизация отходов; очистка мест, на которые пролиты биологические жидкости.»;

пункт 20 изложить в следующей редакции:

«20. Бактериологический контроль качества проведения противоэпидемических мероприятий в организации здравоохранения проводится согласно инструкции по бактериологическому контролю качества проведения противоэпидемических мероприятий в организации здравоохранения в соответствии с приложением 3 к настоящим Санитарным правилам.»;

дополнить пунктами 22, 23 и 24 следующего содержания:

«22. Медицинская организация, оказывающая круглосуточную стационарную медицинскую помощь укомплектовывается специалистами по инфекционному контролю: врач-эпидемиолог, медицинская сестра по инфекционному контролю.

Врач-эпидемиолог проводит активное выявление случаев ИСМП, проводит учет случаев, отслеживает тенденций возникновения разных нозологий ИСМП, проводит мониторинг случаев ИСМП в том числе связанных с использованием дыхательной аппаратуры, применением катетеров, а также ИСМП вызванных резистентными микроорганизмами, разрабатывает базовый перечень СОП по основным направлениям профилактики инфекций и инфекционного контроля (далее – ПИИК), программу антибиотикопрофилактики и тактики антибиотикотерапии, прогноз эпидемиологической ситуации, санитарно-противоэпидемические и санитарно-профилактические мероприятия для улучшения деятельности медицинской организации по вопросам инфекционного контроля.

Медицинская сестра по инфекционному контролю не реже одного раза в квартал информирует персонал и руководство медицинской организации о результатах микробиологического мониторинга, проводит слежение за формированием госпитальных штаммов и осуществляет контроль за санитарно-противоэпидемическими, санитарно-профилактическими мероприятиями, дезинфекционно-стерилизационным режимом в стационаре.

23. В медицинской организации на основании оценки эпидемиологических рисков разрабатывается план работы по организации и внедрению мер ПИИК с учетом профиля и специфических особенностей лечебно-профилактического процесса:

- 1) программа по ПИИК;
- 2) руководство по ПИИК;
- 3) подготовка и обучение персонала;
- 4) эпидемиологический надзор за ИСМП;
- 5) мультимодальные стратегии внедрения ПИИК;
- 6) мониторинг/аудит и обратная связь;
- 7) рабочая нагрузка, кадровое обеспечение и средняя занятость койки;

8) инфраструктура и материально-техническая база для ПИИК.

24. Одноразовые МИ используются однократно, повторное их использование не допускается. МИ после использования без предварительного разбора и дезинфекции подлежат утилизации в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 11 августа 2020 года № ҚР ДСМ-96/2020 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 21080).»;

в приложении 2 к указанным Санитарным правилам:

пункты 4, 5, 6, 7 и 8 изложить в следующей редакции:

«4. Различают три способа гигиенической обработки рук сотрудников медицинских организаций:

- 1) мытье рук мылом и водой без применения антисептиков;
- 2) обработка рук с применением кожного антисептика (антисептика рук);
- 3) хирургическая антисептика рук.

5. Мытье рук мылом и водой без применения антисептиков проводится в следующих случаях:

- 1) перед началом рабочей смены и в конце;
- 2) перед едой, перед работой с продуктами питания, приготовлением и раздачей пищи;
- 3) после посещения туалета;
- 4) во всех случаях, когда руки загрязнены.

6. Для мытья рук используется теплая проточная вода, жидкое мыло во флаконах с дозатором, одноразовые полотенца или одноразовые салфетки. Не допускается доливать жидкое мыло и антисептик в частично опорожненный флакон.

7. Последовательность действий при мытье рук:

- 1) открыть водопроводный кран;
- 2) намочить руки теплой водой;

3) нанести на влажные руки мыло;

4) провести обработку рук в соответствии с европейским стандартом (движения повторяются не менее 5 раз, обработка рук осуществляется в течение 40-60 секунд);

5) ополоснуть руки с водой;

6) высушить руки одноразовым полотенцем или одноразовой салфеткой;

7) сбросить полотенце в емкость или контейнер для сбора отходов;

8) кран закрыть локтем или салфеткой после сушки рук.

8. Последовательность действий при обработке рук с применением антисептика:

1) нанести на кисти рук антисептик в количестве не менее 3 миллилитра (далее – мл) спиртосодержащего антисептика и тщательно втереть в кожу до полного высыхания соблюдая последовательность движений по европейскому стандарту (после нанесения антисептика руки не вытирать);

2) до конца проведения 6-ти этапов обработки антисептиком руки остаются влажными от антисептика, тем самым выдерживая время экспозиции. Общее время процедуры не менее 20-30 секунд;

Для проведения антисептики рук используются кожные антисептики зарегистрированные в Едином реестре свидетельств о государственной регистрации продукции Евразийского экономического союза.

Для быстрой антисептики рук используются антисептики на спиртовой основе во флаконах с локтевым дозатором. При отсутствии прямых показаний к мытью рук используется антисептик для рук.

Техника гигиенической антисептики рук:

1) нанести достаточное количество спиртосодержащего антисептика на сухие руки и втирать его до полного впитывания;

2) тереть одну ладонь о другую ладонь;

3) правой ладонью растереть тыльную поверхность левой кисти, переплетая пальцы, и наоборот;

4) переплести пальцы, растирая ладонь о ладонь;

5) соединить пальцы в «замок» тыльной стороной согнутых пальцев, растирать ладонь другой руки;

6) охватить большой палец левой руки правой ладонью и потереть его круговыми движениями, затем поменять руки и повторить действие;

7) круговым движением в направлении вперед и назад сомкнутыми пальцами правой руки потереть левую ладонь, поменять руки и повторить действие;

8) на сухие руки при необходимости надеть стерильные или нестерильные перчатки.»;

пункт 9 исключить;

пункт 14 и 15 изложить в следующей редакции:

«14. Хирургическая антисептика рук состоит из двух этапов: механической очистки рук, дезинфекции рук кожным антисептиком.»;

15. При хирургической антисептике рук в обработку включают предплечья, используются теплая проточная вода, жидкое мыло и антисептики во флаконах с локтевым дозатором, одноразовые нестерильные полотенца или салфетки.»;

приложение 3 к указанным Санитарным правилам изложить в новой редакции согласно приложению к настоящему перечню;

3. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2023 года № 62 «Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 32276) следующее изменение:

в санитарных правилах «Санитарно-эпидемиологические требования к осуществлению производственного контроля», утвержденных указанным приказом:

в приложении 1 к указанным Санитарным правилам:

строку, порядковый номер 1.1, изложить в следующей редакции:

«

1.1	Санитарно-бактериологический контроль			

Бактериальная обсе- мененность воздуха	золоти- стый ста- филококк, плесневые и дрожже- вые грибы	в операционные, предоперационные, родильные, палаты и залы реанимаций, палаты хирургических и инфекционных отделений, асептические боксы, сте- рилизационные, перевязочные, манипуляционные, хирургические кабинеты (в том числе стоматологические, уролог, гинеколог), эндоскопические проце- дурные, отделения переливания крови, залы гемодиализа, послеродовые пала- ты процедурные, палаты для недоношенных, кладовые чистого белья	По эпи- де- мио- логи- че- ским пока- зани- ям
Бактериологиче- ское исследование смывов с внешней среды согласно име- ющегося перечня эпидемиологически значимых объектов	БГКП, па- тогенный стафило- кокк, условно- патоген- ную и па- тогенную микрофло- ру	лечебно-диагностические кабинеты (с медицинского оборудования, инвента- ря, белья, рук и спецодежды персонала, инвентаря пищеблоков и раздаточ- ных)	По эпи- де- мио- логи- че- ским пока- зани- ям

Приложение
к Перечню некоторых приказов Министра
здравоохранения Республики Казахстан, в
которые вносятся изменения и дополнения

Приложение 3
к Санитарным правилам «Санитарно-
эпидемиологические требования к организации и
проведению санитарно-противоэпидемических,
санитарно-профилактических мероприятий по
предупреждению инфекций, связанных с
оказанием медицинской помощи»

**Инструкция по бактериологическому контролю качества проведения
противоэпидемических мероприятий в организации здравоохранения**

Глава 1. Бактериологический контроль

Бактериологический контроль проводят по эпидемиологическим показаниям, а также в плановом порядке с целью оценки качества процессов стерилизации и дезинфекции.

При проведении текущей дезинфекции бактериологический контроль осуществляется: в родильных залах, операционном блоке, процедурных, перевязочных, палатах интенсивной терапии, молочной комнате, в палатах послеродового отделения, детских палатах.

При обследовании родильных домов по эпидемическим показаниям смывы отбирают как с чистых, так и бывших в употреблении предметов.

Учитывая, что ИСМП в акушерских стационарах вызываются различными микроорганизмами, при обследовании по эпидемическим показаниям, в зависимости от конкретного случая, бактериологические исследования проводят на бактерии, способные вызвать внутрибольничные инфекции, в том числе стрептококки, псевдомонады, энтеробактерии.

Определение чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам проводят по особому порядку (выборочно – при повторных случаях выявления микроорганизмов) и по эпидемическим показаниям.

Глава 2. Перечень объектов исследования

Перечень объектов исследования расширяется исходя из условий эпидемиологического обследования:

К стандартным объектам исследования относятся:

- 1) воздушная среда;
- 2) стерильный медицинский инструментарий;
- 3) руки после проведения хирургической антисептики и стерильная одежда медицинского персонала, операционное поле;
- 4) хирургический шовный материал;
- 5) предметы окружающей среды.

Глава 3. Исследования микробной обсемененности воздуха

Бактериологическое исследование микробной обсемененности воздуха медицинской организации проводится по эпидемиологическим показаниям.

Бактериологические исследования воздуха предусматривают определение общего количества микроорганизмов в 1 кубическом метре (далее – куб. м) воздуха, количество плесневых и дрожжевых грибов в 1 куб.м воздуха, количество колоний стафилококк ауреус в 1 куб. м. воздуха.

Особое внимание при этом следует обратить на состояние воздушной среды над операционным полем (обильное появление микроорганизмов в связи с работой хирурга, операционной сестры).

Пробы воздуха отбирают аспирационным методом, при отсутствии пробоотборников допускается производить исследование микрофлоры воздуха закрытых помещений методом седиментации (оседания) микрофлоры на чашку с

мясо-пептонным агаром для определения общей обсемененности воздуха в течение 10 минут; для определения стафилококк ауреус – 20 минут.

В смывах с поверхности оборудования централизованных стерилизационных отделений исключается наличие санитарно-показательных и патогенных микроорганизмов.

Глава 4. Забор проб материала для контроля стерильности

Забор проб на стерильность осуществляется в стерильные емкости с соблюдением строжайших правил асептики непосредственно перед операцией. Забор проб на стерильность проводится в плановом порядке для контроля качества стерилизации.

Объектами для контроля стерильности являются:

шовный материал, подготовленный для оперативных вмешательств;
медицинский инструментарий, операционное поле, руки хирурга после проведения обработки;
перевязочный материал, белье, салфетки для осушения рук.

Для контроля стерильности используют питательные среды: тиогликолевый бульон, бульон Сабуро. Одновременный посев на две указанные среды обязателен.

При посеве изделия или его части непосредственно в питательную среду, количество среды в емкости наливается до полного погружения пробы. Посевы в тиогликолевый бульон выдерживают в термостате при температуре 37 С, в среду Сабуро – при температуре 20-22 С. Посевы инкубируют в термостате в течение 8 календарных дней.

Исследование материала на стерильность (шовный материал, инструментарий, перевязочный материал) проводится на экспресс - анализаторах. Сроки выращивания и учет результатов проводится согласно прилагаемой к аппарату инструкции

Глава 5. Бактериологический контроль эффективности обработки кожи операционного поля и рук хирургов

Смывы с кожи операционного поля и рук хирургов проводят стерильными салфетками размером 5 на 5 сантиметров или тампонами, смоченными стерильным физиологическим раствором.

Тщательно протирают ладони, околоногтевые и межпальцевые пространства обеих рук. После забора проб тампон помещают в пробирку со стерильным физиологическим раствором, который засевают по 0,5 мл в две пробирки с 5,0 мл тиогликолевой среды. Посевы инкубируют при температуре 37 С в течение 48 часов.

Учет результатов: обработка кожи операционного поля и рук хирургов эффективна при отсутствии роста микроорганизмов в питательной среде.

Глава 6. Исследование микробной обсемененности предметов окружающей среды

Исследование микробной обсемененности предметов окружающей среды проводят исключительно по эпидемиологическим показаниям. Объекты контроля определяются исходя из условий и потребностей эпидемиологического обследования врачом эпидемиологом и/или членами комиссии инфекционного контроля.

Бактериологическое исследование микробной обсемененности предметов окружающей среды в организациях здравоохранения предусматривает выявление микроорганизмов семейства кишечных, стафилококков и синегнойной палочки с чистых и бывших в употреблении предметов.

Объекты контроля:

польштер, кровать, лоток, подготовленный для приема новорожденных;
баллон с аппарата для отсоса слизи, шланг вакуум – экстрактора;
набор первичной и вторичной обработки новорожденного;
фартук акушеров, аппарат искусственной вентиляции легких, насадка и шланг кислородной подводки;
пеленальный стол, весы;

глазные палочки, пипетки;

поверхность инструментального стола, полки медицинских шкафов для хранения медикаментов и инструментария, градусники, внутренняя поверхность холодильника;

руки хирургов, анестезиологов, акушер-гинекологов, неонатологов, акушеров, процедурных, детских медицинских сестер;

посуда для розлива и приготовления смесей, ватные шарики и марлевые салфетки;

операционный стол, стол анестезиолога, каталки для транспортировки оперированных больных;

ветошь для проведения уборки.

Отбор проб с поверхности осуществляется методом смыва. Взятие смывов проводится стерильным ватным тампоном на палочках вмонтированных в пробки пробирок с 5,0 мл стерильной 1 % пептонной воды. Тампон увлажняют, делают смыв с объекта и помещают в ту же пробирку. При контроле мелких предметов смывы отбирают со всей их поверхности. При контроле больших поверхностей смывы проводят с площади не менее 100 квадратных сантиметров, тщательно протирая поверхность. Необходимо обращать внимание на места труднодоступные для мытья и дезинфекции.

Глава 7. Исследование лекарственных форм

Исследование растворов для питья проводят с целью установления бактериальной обсемененности, титра бактерий группы кишечных палочек, стафилококков.

Для определения титра бактерий группы кишечных палочек пробы засевают на среду Кесслера в следующих объемах: 10 мл, 1 мл и по 1 мл из разведений 1:10 и 1:100. Посевы инкубируют при температуре 37 С в течение 18-24 часов, после чего проводят высев на среду Эндо. При росте характерных колоний для бактерий группы кишечных палочек осуществляют постановку второй бродильной пробы

на глюкозу с поплавком. Среду выдерживают 24 часа при температуре 37 С. При выявлении бактерий группы кишечной палочки проводят идентификацию выделенных культур.

Для определения общего микробного числа растворы засевают параллельно на две чашки Петри по 1 мл, при исследовании грудного молока засевают по 1 мл из разведения 1:10 на две чашки. Посев проводят глубинным методом, используя среду мясо-пептонного агара. После инкубации посевов при температуре 30 С в течение 48 часов производят подсчет выросших колоний.

Глава 8. Исследование отделяемого верхних дыхательных путей

Исследование отделяемого верхних дыхательных путей проводится при необходимости с диагностической целью.

Обязательному бактериологическому исследованию подвергают слизь верхних отделов носа; исследование слизи из зева проводят по показаниям, прежде всего при наличии в нем воспалительных процессов. Забор материала производят стерильным ватным тампоном из обеих половин носа, другим тампоном из зева с поверхности миндалин. Материал из зева собирают натошак или не ранее, чем 2-3 часа после приема пищи.

Посев исследуемого материала на питательные среды производят не позднее, чем через 2 часа после его забора.

Для первичного посева используют одну из питательных сред: желточно-солевой, молочно-солевой, молочно – желточно - солевой агар.

Посев проводят одним из способов:

непосредственно тампоном, которым забирали материал, при этом его многократно поворачивают для переноса на питательную среду максимального количества взятого материала;

взятый тампоном материал в лаборатории помещают в пробирку с 5 мл стерильного физиологического раствора. Тампон ополаскивают в жидкости встряхиванием в пробирке в течение 10 минут. Жидкость многократно перемешивают пипеткой и 0,1мл наносят на одну из выше указанных питательных сред, тщательно растирают шпателем.

Глава 9. Определение массивности обсеменения верхних дыхательных путей

Обсемененность, выражающаяся показателем 1000 и более колониеобразующих единиц (далее – КОЕ), взятых на тампон, является показателем высокой обсемененности возбудителем, при которой легко происходит его выделение во внешнюю среду даже при спокойном дыхании.

Массивность обсеменения верхних дыхательных путей стафилококками при прямом посеве материала тампоном оценивается в крестах:

- ++++ сливной рост колоний на чашках; *
- +++ сплошной рост изолированных колоний; *
- ++ значительный рост (до 100 колоний);
- + единичные колонии (до 10-25).

Примечание: * - сливной и сплошной рост соответствуют как правило, массивности обсеменения 1000 КОЕ, снятых на тампон.

Для определения массивности обсеменения верхних дыхательных путей стафилококками при посеве 0,1 мл смывной жидкости подсчитывают число выросших на чашке однородных колоний, идентичных по морфологии и пигменту, затем подсчитывают количество КОЕ, снятых на тампон.

Пример расчета: на чашке выросло 15 колоний, значит в 0,1 мл содержалось 15 КОЕ, во всем объеме смыва будет $15 \times 10 \times 5 = 750$.

При обсемененности ++++ проходят санацию.