Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитарлық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2004 жылғы 25 мамырдағы N 145, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығы. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде 2004 жылғы 27 мамырда тіркелді. Тіркеу N 2876. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2010 жылғы 6 мамырдағы N 157, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 18 мамырдағы N 350 және Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрінің 2010 жылғы 14 маусымдағы N 272 Бірлескен бұйрығымен.

Бұйрықтың күші жойылды - ҚР Әділет министрінің 2010.05.06 N 157, ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2010.05.18 N 350 және ҚР Ішкі істер министрінің 2010.06.14 N 272 (ресми жарияланған бірінші күнінен бастап қолданысқа енгізіледі) Бірлескен бұйрығымен.

"Келісілді"
Қазақстан Республикасының
Бас прокуроры
2 дәрежелі мемлекеттік
әділет кеңесшісі
____
2004 жылғы 21 мамыр

"Келісілді"
Қазақстан Республикасының
Еңбек және халықты әлеуметтік
қорғау Министрі
____
2004 жылғы 17 мамыр

Қазақстан Республикасы Қылмыстық-атқару кодексінің 97-бабына, Қазақстан Республикасы "Қылмыстың жасалуына сезіктілер мен айыпталушыларды күзетте ұстаудың тәртібі мен шарттары туралы" Заңның 23-бабына, Қазақстан Республикасындағы халықтың денсаулығын қорғау және санитариялық саулығы саласындағы заңнамаларға сәйкес бұйырамыз:

1. Қоса берiлiп отырған:

Қазақстан Республикасы әдiлет органдарының түзеу мекемелерiнде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алуды қамтамасыз етудiң ережесi (1-қосымша);

Қазақстан Республикасы әдiлет органдарының түзеу мекемелерiнде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етудiң ережесi (2-қосымша);

Жеке аурулармен зардап шегетiн адамдарға емдеу-алдын-алу iс-шараларын ұйымдастыру нұсқаулығы (3-қосымша) бекiтiлсiн.

2. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасы Әдiлет вице-Министрi С.М.Бекбосыновқа, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау вице-Министрi С.А.Диқанбаеваға жүктелсiн.

3. Осы бұйрық Қазақстан Республикасы Әдiлет министрлiгiнде мемлекеттiк тiркеуден өткен күнiнен бастап күшiне енедi және 2004 жылғы 1 қаңтардан бастап құқықтық қатынасқа таралады.

Қазақстан Республикасының Әдiлет министрi

Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау министрi

1-қосымша
Қазақстан Республикасы
Әдiлет министрiнiң
2004 жылғы 25 мамырдағы N 145
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрiнiң
2004 жылғы 7 мамырдағы N 405
бiрлескен бұйрығымен бекiтiлген
"Қазақстан Республикасы әдiлет
органдарының түзеу мекемелерiнде
және тергеу изоляторында ұсталатын
адамдарды емдеу-алдын-алу және
санитариялық-эпидемиялогиялық
саулығын қамтамасыз етудi реттейтiн
нормативтiк құқықтық актiлердi
бекiту туралы"

Қазақстан Республикасы әдiлет органдарының түзеу мекемелерiнде және тергеу изоляторларында

ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алумен қамтамасыз етудің нұсқаулығы

1. Медициналық бөлімнің жұмысын ұйымдастыру, оның жабдықталуы және жарақтандырылуы

1. Медициналық бөлім санитариялық-гигиеналық нормалар және ережелердің орындалуына бақылауды, эпидемияға қарсы қамтамасыз етуді және гигиеналық тәрбиені, мекемелерде ұсталатын адамдарға (бұдан әрі - арнайы контингент) медициналық көмекті ұйымдастыратын және жүзеге асыратын түзеу мекемесінің , тергеу изоляторының (бұдан әрі - мекеме) құрылымдық бөлімшесі болып табылады.

2. Медициналық бөлімде әр медициналық қызметкерге лауазымдық нұсқаулықтар, сондай-ақ медициналық бөлімнің жоспары, медициналық қызметкердің жұмыс кестесі, медициналық бөлімнің жұмыс тәртібі, стационардағы ауруларға арналған ішкі тәртіп ережелері болады.

3. Шұғыл мамандырылған стационариялық көмек қажет етілген жағдайларда аумақтық денсаулық сақтау органының ауруханаларына ауруларды жіберу жүзеге асырылады.

4. Мекемелерде жаңа емдеу дәрілік құралдарын оларды клиникалық сынау (эксперименттер) мақсатында қолдануға тыйым салынады.

5. Ауруларды тамақтандыру Қазақстан Республикасының Үкіметімен бекітілген нормаларға сәйкес диетология талаптарын сақтаумен ұйымдастырылады.

6. Медициналық бөлімнің құрамында: амбулатория, стационар, аурудың жұқпалы нысандарымен және психикалық бұзушылықтармен ауруларды оқшаулап ұстауға арналған палаталар, дәріхана ұйымдастырылады.

Мекемелердің режимдік корпустарында арнайы контингентті амбулаториялық қабылдау жүргізу үшін бөлмелер жабдықталады.

Медициналық бөлім құралдармен, жабдықтармен және мүкәммалдармен жабдықталады.

2. Медициналық бөлімде емдеу-алдын-алумен қамтамасыз ету 1. Мекемеде ұсталатын адамдардың жағдайына медициналық бақылау

7. Медициналық бақылау:

мекемеге келгенде инфекциялы, паразитарлы және басқа да жіті ауруларды айқындау мақсатында медициналық тексеріс;

жұмысқа жіберер алдында инфекциялық және паразитарлық ауруларды болдырмау мақсатында алдын-алу және мерзімдік медициналық тексеріс жүргізу ;

медициналық тексерістер жүргізу: жыл сайынғы алдын-алу, мақсатты, мекемеден кетер алдында, ауруларды, патологиялық және патологиялық алдыңғы жағдайлары бар тұлғаларды белсенді уақытылы анықтау мақсатында және оларға қатысты емдеу-сауықтандыру шараларын жетілдіру үшін;

аурулары бар адамдарды диспансерлік қадағалау;

арнайы контингенттің еңбек, орналастыру және тамақтандыру жағдайына санитариялық қадағалау;

мүгедектердің және еңбегі шектеуленген адамдардың еңбегін дұрыс пайдалану жөніндегі дәрігер-кеңес комиссиясы (одан әрі - ДКК) ұсынымдарының, сондай-ақ созылмалы аурулар арасында емдеу-алдын-алу іс-шараларын жүргізу жөніндегі емдеу мекемелерінің ұсынымдарының орындалуын жүйелі тексеру жолымен жүзеге асырылады.

8. Тергеу изоляторына түскеннен кейін келген адамдардың барлығы (соның ішінде транзитпен түсетіндер) қоршаған ортаға эпидемиялық қауіп әкелетін, шұғыл көмекті қажет ететін адамдарды айқындау мақсатында алғашқы медициналық тексерістен өтеді. Тексерісті дәрігер немесе фельдшер жинақтау бөлімінің арнайы жабдықталған медициналық кабинетінде жүргізеді. Жұқпалы аурулары бар немесе ауруға күмәнді адамдар тексерістен кейін бірден сау адамдардан оқшауланады. Сол адамдардың алғашқы санитариялық өңдеуінің соңғы кезегі киім-кешекті міндетті дезинфекциялап, тексеріс пен емделуге арнайы бөлінген камераларға жіберіледі.

9. Тергеу изоляторына келген сәттен бастап үш күн мерзімде барлық келгендер дәрігер (фельдшерлік сауықтыру пунктінде-фельдшер) тексерісінен өтеді, сондай-ақ рентгенофлюорографиялық тексеріс жасайды. Тергеу изоляторында ұсталатын әр адамға амбулаториялық карта толтырылады.

10. Тергеу изоляторынан кететіндерге қорытынды (дәрігерлік немесе фельдшерлік) медициналық тексеріс жүргізіледі. Өткір ауруы бар адамдар, инфекциялы (туберкулезден басқа) және венерологиялық аурумен ауыратындар, педикулезбен, қышымамен зақымдалған, емдеудің белгіленген курсын өтпеген адамдарды, тасымалдауға жатпайтын ауруларды тасымалдауға рұқсат етілмейді.

Тексеріс аяқталғаннан кейін әр кететін адамның денсаулығының жағдайы, оның жүру мүмкіндігі туралы, медициналық-амбулаториялық картасына белгі соғумен қорытынды жасалады.

Тексерісті өткізген медициналық қызметкер қорытындының соңына аты-жөнін көрсетумен өз қолын қояды.

11. Түзеу мекемесіне келгеннен кейін барлық сотталғандар инфекциялы және паразитарлық ауруларды айқындау мақсатында медициналық тексерісті өтеді.

12. Түзеу мекемесіне келудің алғашқы екі аптасында барлық сотталғандар бар ауруларды айқындау үшін дене жағдайын бағалау, жұмысқа қабілеттік санатын алдын-ала белгілеу мақсатында дәрігерлік тексерісті өтеді. Оның барысында дәрігерлер аурумен ауырған, жарақаттар, операциялар туралы анамнестикалық деректерді жинайды, олар медициналық-амбулаториялық картасында тіркеледі, қажет болған жағдайда қосымша тексерістер тағайындалады.

Сотталғандардың денсаулығы жағдайына одан әрі медициналық бақылау алдын-алу медициналық тексерістер, сондай-ақ медициналық бөлімге амбулаторлық жұғыну кезінде жүзеге асырылады.

13. Сотталғандардың денсаулығын қорғау, инфекциялық және паразитарлық ауруларды болдырмау мақсатында, тамақтандыру, су құбыры объектілеріне, медициналық бөлімдерге, ауруханаларға, туу бөлімшелеріне, балалар үйлеріне жұмысқа жіберілетін тұлғаларды міндетті алдын-ала және мерзімдік медициналық тексерістен өткізілуі қажет. Медициналық тексерістер дәрігер-мамандармен жүргізіледі.

Тексерістер мекемелердің медициналық бөлімдері күшімен қажеттілігіне қылмыстық-атқару жүйесі емдеу алдын-алу мекемелерінің, сондай-ақ орындарда (келісім шарт бойынша) денсаулық сақтау органдары мекемелерінің дәрігер мамандарын тартумен жүргізіледі.

Медициналық тексерістерге: терапевттің, дерматовенерологтың, туберкулезге тексеру, ішек инфекциялары, гельминтоз, жыныстық және жұқпалы тері аурулары қоздырғыштарының тасымалдауына, жеке жағдайларда стоматолог пен отоларингологтың қарауы, жұмысқа жібергенде міндетті алдын-ала және кезеңдік медициналық тексерістерді жүргізудің реттілігі мен көлеміне сәйкес Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2003 жылғы 20 қазандағы N 766 "Халықтың декреттелген тобына міндетті түрде медициналық тексерулерді жүргізу ережесін бекіту туралы" бұйрығына сәйкес жүргізіледі. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2003 жылғы 12 қарашада N 2556 тіркелген.

Медициналық тексеріс өткізгенде:

1) дәрігер-терапевт:

анамнез, әсіресе инфекциялық аурумен ауырғандарға қатысты жинауға;

ішкі органдары жағдайының тексерісін жүргізу;

жалпы клиникалық зертханалық және флюорографиялық тексеріске жолдама беруге. Анамнезде ішек аурулары болғанда бақылау зертханалық тексеріс жүргізу үшін ілеспе құжатта бұл туралы көрсетуге міндетті.

2) дәрігер-дерматовенеролог:

тері, шаш жабындарын, тырнақтарын, соның ішінде айна арқылы гениталий аясында (әйелдерде) көрінетін сілемейлерін мұқият карауға;

аймақтық лимфа түйіндерін қарауға;

уретрадан (ерлерден соскобпен), цервикалды каналдан және қынаптың артқы жағынан, ал көрсеткіштер бойынша - тік ішектен гонокок, трихомонада және басқа патогендік микроорганизмдер бар болуына материалдың алуын жүргізуге;

мерезге (микрореакциялар) қан тексерісін жүргізуге;

көрсеткіштер бойынша - жұмсақ теріні, шашты, тырнақты грибоктық аурулар, сондай-ақ қышыма ауруы болуына тексеріс жүргізуге міндетті.

3) дәрігер-стоматолог:

еріннің қызыл шеңберінің, ауыз қуысының, кариес, жойылмаған тамырлары, жылан көз тесіктері, пародонтит және пародонтоз болуына пародонттың жағдайын мұқият тексеруге міндетті.

4) дәрігер-отоларинголог:

сілемейлілері қабықтың жағдайына және қабыну процесі болуына айрықша көңіл бөліп, риноскопия, фарингоскопия, ларингоскопияны жүргізуге міндетті.

Бактерия тасымалдаушылыққа зертханалық тексерістер санитариялық-эпидемиологиялық станция зертханаларында, гельминтоз болуына - емдеу-алдын-алу мекемелерінің клиника-диагностикалық зертханаларында жүргізіледі. Мерез (экспресс-тәсіл), гонорея, трихомониаз және зәр жыныс органдарының (жағындылар) аурулары бар болуына грибоктық ауруларға, қышымаға (натифті препараттар) зертханалық тексерістері емхана, аурухана, зертханаларында жүргізіледі.

Медициналық тексерістің барлық қажетті түрлері аяқталғаннан кейін және қарсы көрсетімдер жоқ болғанда дәрігер мамандар қорытынды жасайды және жұмысқа рұқсат беру туралы жеке медициналық кітапшасына белгі соғады. Төменде көрсетілген абзацта тізбелген мекемелердің объектілерінде жұмыс істеуге кедергі жасайтын аурулармен бактерия тасымалдаушылар диагностикалаған жағдайда олар МСЭҚБ-не бұл туралы хабарландыру және тиісті емдеу-алдын-алу мекемесіне емделу үшін ауруды жіберуге тиіс.

Мынадай аурулар бактерия тасымалдаушылары:

іш сүзегі, паротиф, сальмонеллез, дезинтерея;

гименолепидоз, энтеробиоз;

мерез (барлық нысандары);

гонорея (барлық нысандары);

лепра;

жұқпалы тері аурулары: қышыма, теміреткі (трихофития және бастың шашы бар бөлігінің, жұмсақ тері мен тырнақтардың микроспориясы), парша, дененің ашық мүшелерінде жыланкөздері бар актиномикоз;

өкпе туберкулезінің жұқпалы және деструктивтік нысандары, жыланкөзі бар өкпеден тыс туберкулез, бактериоурия, беті мен қолының туберкулездік волчанкасы бар адамдар жұмысқа жіберілмейді.

Жұқпалы емес тері ауруларымен ауыратын адамдарды (псориаз, экзема, аллергиялық дерматит) жұмысқа шығуға рұқсат беру аурудың денсаулық жағдайы мен жұмыс орнына байланысты медициналық тексеріс жүргізген дәрігер шешеді.

Терінің іріңді аурулары бар адамдар акушерлік, хирургиялық стационарларға, жаңа туған нәрестелер бөлімшелеріне, сонымен бірге азық-түлікті дайындаумен және таратумен байланысты жұмыстарға жіберілмейді.

Мекеме әкімшілігі:

МСЭҚБ-нің келісімі бойынша мекеме әкімшілігі бекіткен жоспар-кестеге байланысты жұмыскерлерді уақытылы міндетті үздіксіз медициналық тексеріспен қамтамасыз етуге;

тексерістен өтуге тиіс әрбір жұмыскерлерді жеке медицина кітапшасымен жарақтандыруға міндетті.

Жұмыскерлердің тексерістен өтуі бойынша жеке медициналық кітапшасы мекеменің медициналық бөлімінде сақталады.

Белгіленген мерзімде медициналық тексерістен өтпеген адамдар жұмысқа жіберілмейді.

Белгіленген мерзімде медициналық тексерістен өтпеген, сондай-ақ өту тәртібінің мерзімін бұзған адамдардың жұмысқа қабылдау және келуіне жауапкершілік мекеме бастығына жүктеледі.

Медициналық тексерістен кейін мекеменің медициналық бөлімі - жоспар-кестемен белгіленген мерзімде медициналық тексерістен өткен және өтпеген адамдар тізімін МСЭҚБ-не жібереді.

Медициналық тексерістен өтуді бақылау МСЭҚБ-не жүктеледі.

Зиянды өндірісте жұмыс атқаратын сотталғандар алдын-алу және кезеңдік тексерістен өтеді.

Мерез, ішек сүзегіне серологиялық тексерістері үшін қан алуы қолдың саусақтарынан алынады, тамырдан қан алуға тыйым салынады. Гонореяға тексеріс кезінде дәрет шығару каналынан (ерлерде көрсетімдері бойынша) және жатыр мойнағынан, қынаптың артқы жағынан және тік ішегінен алынған және метил көк немесе бриллиантты жасылмен боялған және қажет болса Грамм бойынша алынған 2 жағындының бактериоскопиясы жүргізіледі.

Эпидемиялық көрсетімдері бар болғанда қажетіне қарай кәсіптердің тізбесі тексерістің мәтелігі қылмыстық-атқару жүйесінің және ішкі істер органдарының медициналық қызметкерімен толықтырылуы мүмкін.

14. Алдын-ала медициналық тексеріс жылына бір рет жүргізіледі. Айрықша немесе түрмелік режимдегі (камерада ұсталатындар) түзеу мекемелерінде ұсталатын сотталғандар және тәрбие колонияларындағы кәмелетке толмағандар жылына екі рет тексерістен өтеді.

Медициналық тексерістің кестесін мекеме бастығы бекітеді. Кестеге сәйкес медициналық бөлімнің бастығы арнайы контингенттерді тексеріске медициналық бөлімнің дәрігерлерінің күшімен жүргізуге ұйымдастырады, түзеу мекемелерінде қажет болған жағдайларда қылмыстық-атқару жүйесі ауруханаларының дәрігер-мамандары шақырылады. Тексеріске міндетті түрде терапевт, фтизиатр, психиатр, стоматолог (тіс дәрігері), сондай-ақ жергілікті денсаулық сақтау органдарының дәрігерлері келісімі бойынша тартылады. Арнайы контингенттің медициналық бөлімге келуін жасақ бастығы (корпус бойынша жауапты) қамтамасыз етеді.

Мед.тексеріс барысында:

анамнездік деректерді жинау;

антропометрлік зерттеу (бойы, дене салмағы);

әйелдерді цитологиялық зерттеуге жағынды алу арқылы гинекологиялық тексеру, қыз балаларда - тік ішек арқылы саусақпен зерттеу (көрсетім бойынша);

көз бен есту өткірлігін анықтау;

қан анализі (эритроциттердің тұнбаға түсу жылдамдығын анықтау (бұдан әрі - ЭТЖ), гемоглобинді, лейкоциттерді, көрсетім бойынша қанды қантқа тексеру);

зәрдің жалпы анализін зерттеу;

электрокардиография (бұдан әрі - ЭКГ) (15 жастан бастап - 3 жылда 1 рет, 30 жастан бастап - жыл сайын);

кеуде клеткасы органдарының флюорографиясы (рентгенография) - жылына 2 рет;

әйелдерге - сүт бездерін пальпаторлық зерттеу;

пневмотахометрия;

терапевт, фтизиатр, психиатр, стоматолог (тіс дәрігері) тексерісі;

өзге мамандар дәрігерлердің тексерісі (көрсетімдер бойынша) жүргізіледі.

Алдын-ала тексерістің нәтижелері медициналық амбулаторлық картаға енгізіледі.

15. Айыптау изоляторға, камералық типті үлгідегі үй-жайға (бұдан әрі - КҮҮ), тәртіптік изоляторға, карцерге немесе жеке камераға отырғызу алдында тізбелген үй-жайларда оны ұстаудың мүмкіндігін белгілеу үшін медициналық тексеріс жүргізіледі. Денсаулық жағдайы бойынша оны қамаудың мүмкіндігі мен мүмкінсіздігі туралы дәрігердің (фельдшердің) жазбаша қорытындысы сотталғанды, тергеу-қамаудағыны қамау туралы қаулысында көрсетіледі. Мұндай тексерістің мүмкінсіздігінде сотталған, тергеу-қамаудағы, егер қауіпті

аурудың, уланудың, жарақаттың көрнікті белгілері болмаса қамау сәтінен бастап одан әрі тәулік ішінде міндетті медициналық тексеріспен айыптау изоляторына, КҮҮ, тәртіптік изоляторға, карцерге немесе жеке камераға қамалады.

16. Мекемеден кеткенде (ауыстыру, емдеуге жіберу, жаза өтеудің негізгі орнына кету және т.б.) сотталғандар қорытынды медициналық тексерістен өтеді.

2. Амбулаториялық қабылдауды ұйымдастыру

17. Арнайы контингентке амбулаторлық медициналық көмек қылмыстық-атқару жүйесінің емдеу-алдын-алу мекемелерімен жүзеге асырылады .

18. Медициналық бөлімдерінде амбулаториялық қабылдау мекеме бойынша бұйрықпен белгіленген уақытта жүргізіледі. Түзеу мекемелерінде әр жасақ, ауысым немесе бірнеше жасақтары үшін амбулаториялық қабылдау уақыты бөлінеді. Тергеу изолятоларында, түрмелерде, айрықша режимді түзеу мекемелерінде амбулаториялық қабылдауды, фельдшер (ерекше жағдайларда - корпус бойынша жауапты) жасаған алдын-ала жазу бойынша арнайы жабдықталған режимдік корпустарда дәрігер (фельдшер) жүргізеді.

19. Түзеу мекемесінің әр жасағында жасақ бастығы жүргізетін амбулаториялық қабылдаудың алдын-ала жазу журналы (еркін түрі) болуы тиіс. Алдын-ала жазу журналы амбулаториялық қабылдау алдында медициналық бөлімге беріледі. Қабылдаудан кейін көрсетілген адамдарға қайтарылады.

Журналда жазусыз қабылдау жедел жағдайларда ғана жүргізіледі.

20. Тергеу изолятоларында, түрмелерде, айрықша режимді түзеу мекемелерінде фельдшер корпус бойынша жауапты адаммен тергеу-қамаудағыларды және сотталғандарды серуенге немесе санитариялық өңдеуге шығарғанда аралау арқылы камералардың санитариялық үй-жайлары күн сайын жүргізіледі.

Жедел медициналық көмек көрсету үшін, қажет ететін адам корпустық амбулаторияға шығарылады. Фельдшер оған белгіленген көлемде тиісті тағайындауларды жасайды немесе дәрігерге қабылдауға жазады. Жедел медициналық көмек көрсетуді қажет ететін аурулар туралы медициналық бөлім кезекші бақылаушы арқылы хабарланады.

АОО-да, ТИЗО-да, КҮҮ-да, сондай-ақ тергеу изоляторының, түрме және айрықша режимдегі түзеу мекемелерінің жеке камераларында ұсталатын адамдарға медициналық көмекті медқызметкерлер орнында осы үй-жайлардың санитариялық жағдайын күнделікті тексерген кезде жүргізіледі. Көрсетілген

үй-жайларда ұсталатын адамдардың денсаулығы немесе өміріне қауіп төндіретін жағдайларда медициналық қызметкерлер осындай адамдарды тез арада медициналық бөлімге ауыстыруға шара қолданады.

21. Медициналық бөлімшелердің медициналық қызметкерлердің сотталғандармен тікелей байланысы жүретін бөлмелерде дабылдатқыш сигнализациясының кнопкасы болуы керек.

22. Дәрігерлерге, фельдшерлерге, медициналық қызметкерлерге тергеу изоляторының камерасына, түрмеге, айрықша режимдегі түзеу мекемесіне, АОО-на, ТИЗО-ға, КҮҮ-на бақылаушысыз кіруге рұқсат етілмейді.

23. Тергеу изолятоларында, түрмелерде, айрықша режимді түзеу мекемелерінде ауру адамдар дәрігерге (фельдшерге) қабылдауға немесе процедураны орындауға жеке камера бойынша немесе 3-5 адамды топтар бойынша оқшаулаудың талаптарын орындаумен және берілген күзетпен жүргізіледі.

Түзеу мекемелерінде сотталғандарды амбулаториялық қабылдауға ұйымдастырылған келуді жасақтар бастығы қамтамасыз етеді.

24. Фельдшер (медбике) амбулаториялық қабылдаудың басталуына дейін амбулаториялық қабылдауға алдын-ала жазылу журналына жазылғандарға медициналық амбулаториялық карталарды іріктейді, шағымдарды анықтау үшін ауруларға қысқаша сұрау салады, аурулардың дене қызуын өлшейді және оларды дәрігерлерге жіберудің кезектілігін белгілейді.

25. Ауруды қарағаннан кейін дәрігер қысқаша және анық оның амбулаториялық картасына қабылдау уақытын шағымдарын объективтік тексерістің деректерін, диагнозын, тағайындауларды енгізеді, жұмыстан босату қажеттілігі туралы қорытынды жасайды, және тегі мен аты-жөнін көрсетумен қол қояды.

26. Амбулаториялық қабылдауға алдын-ала жазылу журналында дәрігер немесе фельдшер диагнозды, жұмыстан немесе нарядтардан босату туралы қорытындыны, дәрігерге қайта келудің уақытын анық жазады. Босатудың әр жағдайына уақытша еңбекке жарамсыздығының себептерін тіркеу талонын толтырады.

27. Жұмыс пен нарядтардан жартылай немесе толығымен босату туралы қорытындыны дәрігер, ал дәрігер болмағанда фельдшер бір сәттен үш тәуліктен аспайтын мерзімге береді. Қажет болғанда босату ұзартылуы мүмкін.

28. Амбулаториялық босатылған адамдардың тізімі медициналық бөлім мекеме бастығының кезекші көмекшісіне береді.

29. Медициналық қызметкерлердің барлық тексерісі, тағайындаулар және манипуляциялар туралы амбулаторлық картада жазбалар жасалады.

30. Медициналық амбулаторлық карталар, жұмыстан босату туралы анықтамалар, рецепттер, басқа медициналық құжаттар арнайы контингентке берілмейді. Алфавит тәртібінде немесе медициналық бөлімшелер бойынша құлыптанып, шкафтарда сақталады. Медициналық амбулаторлық карталармен бірге амбулаторлық ауруларды тіркеу журналы сақталады.

31. Медикаменттер арнайы контингенттің қолдарына берілмейді, дәрілік құралдарды қабылдау дәрігердің қатысуымен жүргізіледі.

Медициналық препараттардың бар болуын ұдайы талап ететін аурулар ғана ерекшелікке жатады: жүректің ишемиялық ауруы бар адамдарға нитроглицерин, бронхиалдық астмамен ауыратындарға қалталық ингаляторлар, бірінші түрдегі қант диабетімен ауыратындарға инсулин шприцімен инсулин және басқалар. Аурулардың аталмыш санаттарына медициналық бөлімнің бастығы мекеме бастығымен бекітілген арнайы рұқсатнаманы рәсімдейді.

Амбулаторлық емдеулер тағайындалған ауруларға емдеу процедуралары медициналық бөлімдерде тәулік бойы белгіленген уақытта жүргізіледі.

32. Рентгенттік, зертханалық және өзге зерттеулерге, маманның қабылдауына, сондай-ақ медициналық бөлімде жасауға мүмкіндік болмайтын процедураларға ауруды жібергенде медициналық амбулаторлық карта ертіп жүретін адамға беріледі.

Медициналық картада медициналық бөлімдерде жүргізілген зерттеулердің мәліметтері, болжамды диагноз және жіберудің себептері көрсетілуі тиіс.

Күрделі немесе анықсыз жағдайларда, медициналық бөлімнің дәрігері дербес диагнозды жасай алмаса, аурулар мамандарға кеңеске жіберілуге тиіс, ол медициналық бөлімде немесе басқа емдеу мекемесінде жүргізіледі.

Түзеу мекемелерінде кеңес алу үшін қылмыстық-атқару жүйесі, сондай-ақ денсаулық сақтандыру аймақтық органдары ауруханаларының дәрігері-мамандары тартылады.

3. Шұғыл медициналық көмекті ұйымдастыру

33. Арнайы контингентке шұғыл медициналық көмек көрсету белгіленген тәртіппен жүргізіледі.

Жұмыс тәртібінде медициналық персоналдың мекемеде болуы көзделмегенде медициналық қызметкерді және жедел медициналық көмекті шақырудың уақытылығына, сондай-ақ ауруды көлікпен немесе айдаумен жедел көшіруді қамтамасыз етуге мекеме бастығының кезекші көмекшісі жауапты.

34. Амбулатория тәуліктің кез келген уақытында шұғыл медициналық көмек көрсету үшін дайын болуы тиіс. Бұл үшін процедуралық және таңу салу (операциялық) бөлмелерде жіті жағдайларда шұғыл медициналық көмек көрсету

үшін наборлар (синдромдық заттар), стерилденген хирургиялық инструментарий, шприцтар, инъекциялық инелер, кислород қоры, стерилдық таңу салу материалдары, тиісті аурулардың негізгі симптомдарын, шұғыл көмекті көрсету үшін дәрілік құралдар тізбесін көрсетумен Жедел көмек көрсетуге арналған синдромдық қалаудың және оның құрамына кіретін дәрілік құралдар мен инструменттердің типтік тізбесі бойынша ұдайы дайындықта болуы тиіс (1-қосымша).

Ұдайы дайындықта медициналық бөлімдерден тыс шұғыл көмек көрсету үшін құралдардың наборымен портативтік заттар (сөмке, чемодан) болуы тиіс.

35. Ағымдағы шығындарға арналған барлық медикаменттер және шұғыл көмек көрсету үшін мүлік құлыптанып, арнайы шкафтарда сақталынуы тиіс.

Амбулаторияда медикаменттер мен өзге мүліктерді бес күндік қажеттіліктен аспайтын санда сақтауға рұқсат етіледі. Ауруға дәріні берер алдында берілетін дәрілік құралдың тағайындағанға сай келетіні және оның жарамдық мерзімі тексеріледі.

Есірткілік дәрілік құралдар күзет дабылдатқышпен жабдықталған мекеме әкімшілігінің ғимаратында металдан жасалған сейфте құлыптанып, Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2000 жылғы 10 қарашадағы N 1693 "Қазақстан Республикасында есірткі құралдары, психотроптық заттар және прекурсорлар айналымын мемлекеттік бақылауды жүзеге асыру ережесін бекіту туралы" Қаулысына сәйкес, сақталады. Олардың берілуі медициналық көрсетімдер бойынша тиісті жазбамен қатаң жүргізіледі. Қараныз P070000735

4. Медициналық бөлімдегі медициналық көмектің көлемі

36. Аурудың диагнозын белгілеу үшін ауруларды тексеру кезінде медициналық бөлімнің дәрігері анамнездің мәліметтерін, медициналық құжаттарды, тексеріс нәтижелерін, зерттеудің зертханалық, рентгендік және функционалдық әдістерінің мәліметтерін қолданады. Қажет болған жағдайларда тергеу-қамауындағылардың және сотталғандардың бұрын болған аурулары туралы денсаулық сақтандыру органдары емдеу мекемелерінен олардың қамауға алуына және сотталғанға дейінгі тұрғын орны бойынша сұрау салады.

Хирургия саласында медициналық бөлімнің дәрігері:

қан тобын анықтауды; жергілікті новокаинды инфильтрациялаған анестезия, новокаин блокадасын жасауды, жұмсақ ткандер кіші жараларының алғашқы хирургиялық өңдеуін жасауды; көлікпен жұмылдыруды; тампонмен, қан тамырларын тартумен немесе тамыр қанын қысумен қан ағатын сыртқы қан ағуын тоқтатуды; катетеризацияны және зәрі қуығын тесуді; трахеостомияны; плевральдық қуыстың пункциясын немесе қысылған пневмотаракс кезінде

клапанмен дренажды кіргізуді;
күю, үсу, және электрожарақат кезінде көмек көрсетуді, 1 және 2 деңгейдегі шектелген күюлерді емдеуі тиіс.
Хирургия саласында фельдшер:
дәрігерлікке дейінгі көмекті уақытылы және дұрыс көрсетуге және дәрігерлік көмекті қажет ететін ауруларды тез арада дәрігерге жіберуге;
қан тобын белгілеуге;
қан ағуды уақытша тоқтату;
көлікпен жұмылдыруды жүзеге асыруға; барлық жарақаттар күю, үсу, және электрожарақат кезінде сіреспеге қарсы сарысуды енгізуді;
түрлі тәсілдермен жасанды дем беруді, жүректің тікелей массажын жасауды, оттегі ингаляциясын жасауды;
тері астына және бұлшықетке инъекцияларды жасауға, қан тамыр ішіне дәрілік құралдарды енгізуді, қанды алмастыратын және шошымаға қарсы сұйытқылардың тамшы және ағымды құюларын жасауға;
аса таралған және әсіресе жіті хирургиялық аурулардың симптоматикасын білуге, тергеу-қамауындағылардың және сотталғандардың сылтаурату әрекеттерін тануға;
инструментарийді, ыдыс-аяқты, іш-киімдерді стерилизациялауға тиіс.

37. Жедел госпиталдандыруға, сонымен бірге тез арада, стационар жағдайында медициналық кірісуді талап ететін жағдайлар көрсетім болып табылады.

38. Ауру көлікпен тасымалдауына қарай жақындағы тиісті салалы ауруханаға госпиталдандырылады.

Қажет болғанда жол жүру кезінде медициналық сипатты іс-шараларды жүргізу үшін, сондай-ақ мүмкіндік пайда болғанда аурумен (жәбірленушімен) медикаменттері мен инструментарийі бар медициналық қызметкер бірге болуы тиіс. Жедел госпиталдандыруға жасалған жолдамада эвакуацияға жататын адамның жай-күйі және көрсетілген көмек туралы мәліметтер қысқаша жазылу тиіс.

39. Ұзақтылығы 14-15 күннен аспайтын амбулаторлық емдеуге диагностика мен емдеудің күрделі әдіс ретін аурудың сипатына қарай (жарақаттар) талап етпейтін аурулар (соғып алу, дисторзиялар, үстірт абсцесстер және өзгелер) жатады. Хирургиялық ауруларға қатысты диагностикалық іс-шаралардың көлемі медициналық бөлімнің жағдайларында лабораторлық, рентгендік және өзге арнайы тексеру әдістерін қамтамасыз ету мүмкіндігімен белгіленеді.
Медициналық бөлімнің дәрігері:
жіті улану, сіреспе жағдайларда, жылу соғуларында, суға кету жағдайларында , электр тоқпен зақымданғанда, өкпе, асқазан және ішек қан ағуларда,

бронхиалдық астма қозуында, спонтандық пневмотаракс, жіті жүрек және тамыр функционалдық жеткіліксіздігінде, бауыр және бүйрек шаншуларда және өзге жіті жағдайларда көмек көрсетуге;

жоғарғы тыныс алу жолдарының жіті және вирустік инфекцияларын емдеуді, жіті және созылмалы бронхит, ангина, жіті жүрек және тамыр функционалдық бұзушылықтарын, маляrияны, гельминтозды, созылмалы гастритті, асқазанның жара түрінің күрделі емес нысандарын, холецеститпен гиповитаминозды емдеуді жүргізуге;

ауруханадан шығарылғандарға, одан әрі жағдайлары бақылауды қажет ететін ауруларды қадағалауға міндетті;

жіті жарақаттардың (соның ішінде ионизациялық сәулелеу, уландыру заттармен, бактериалдық заттармен) симптоматикасын білуге және сол жарақаттар кезінде алғашқы дәрігерлікке дейінгі көмекті көрсетуге;

ЭКГ алуға және стенокардияның, миокардтың жіті инфаркті, жүрек соғудың "қауіп" бұзушылықтарының белгілерін білуге міндетті.

Ішкі органдарының аурулар кезінде фельдшер:

ішкі органдарының жиі кездесетін ауруларын тануға және емдеуге, кенет пайда болған жіті аурулар мен улану кездерінде жедел көмекті көрсетуге;

ауруларға күтімді ұйымдастыруға және жасауға;

асқазанды шаюға, емдеу және тазарту клизмаларды жасауға;

ЭКГ түсіруге;

қарапайым лабораторлық зерттеулерді жүргізуге (лейкоцит санын есептеу, қан гемоглобинін, СОЭ, зәрінің құрамы салмағын анықтау, зәрдегі қант пен белокты анықтау);

туберкулиндік байқауды (Манту) қою, оны дұрыс бағалау, ішкі тері әдісімен БЦЖ вакцинасын туберкулезге қарсы ревакцинация техникасын білуі қажет, егер сәйкес куәлігі болған жағдайда.

Көз ауру мен зақымдану және олардың придаткалары ауру кезінде медициналық бөлімнің дәрігері:

Сивцев таблицасы бойынша көрудің жітісін және Рабкин таблицасы бойынша түсті тануды белгілеуге;

фокалды жарықтандыруды қолданумен кірпік коньюктивтерінен және қасаң қабығының сыртқы жағынан бөтен еттерді алып тастауға;

көздің және оның придаткаларының механикалық зақымдарын, термолық және химиялық күйіктерін танып білуге;

жарақаттардың бұл түрлерінде алғашқы дәрігерлік көмекті көрсетуге;

кірпіктердің терiскендерi мен мейбомиттерін, кірпік шектерінің жіті емес және коньюктивтерді, куриная слепота ауруын танып білуге; аурулардың бұл санатын емдеуді ұйымдастыруға; ал көздің басқа аурулары кезінде уақытылы

кеңес беру немесе ауруды ауруханаға госпиталдандыру мәселесін шешуге тиіс.

Көздің және оның придаткаларының ауруында фельдшер (медбике):

дәрігерлік тағайындауларды орындауға; көз тамшыларын тамызуға, майды кірпіктің астына салуға, үстіңгі кірпікті бұруға, коньюктивтік қуысты шаюға, бір немесе екі көзге таңу салуға;

көздің және оның придаткаларының зақымдарын танып білуге және дәрігерлік көмекті көрсетуге;

кірпік коньюктивтерінен және қасаң қабығының сыртқы жағынан бөтен еттерді алып тастауға;

кірпіктің қабыну ауруларын және коньюктивтерді танып білуге, дәрігерге дейінгі көмекті көрсетуге міндетті.

40. Аурухананың көз бөлімшесіне:

көз қасаң қабығының сыртында және коньюктивте жатқан бөтен еттері бар адамдардан басқа (медициналық бөлімде сол бөтен еттерді табысты алып тасталғанда) механикалық, химиялық сәуле әсерлерінен көздері зақымданған барлық жәбірленушілер;

көз придаткалардың емдеуге жатпайтын және жіті созылмалы аурулармен ауыратындар;

көз алмасының барлық аурулары;

глаукомаға күдікті адамдар, көз көрудің келе-келе нашарлау немесе оны кенеттен жоғалтқан адамдар жіберілуі тиіс.

41. Құлақ, тамақ және мұрын ауруларында медициналық бөлімнің дәрігері:

күрделенуіне байланысты, өмірге қауіп төндіретін жарақаттар және ЛОР-органдары аурулары кезінде (тамақ стеноздың негізінде тыныс ала алмау, ЛОР-органдарынан қан ағу) жедел көмекті көрсетуге;

медициналық бөлімде құлақтың сыртқы аурулары бар: дерматит, шиқандау, құлық, кіру жанында, жақсы көрінетін және құлақ шприцімен шаюмен тез алынатын есту тесігінің сыртқы жағындағы бөтен етті алу; мұрыннан қан ағу ауруларды; сыртқы мұрын ауруларды (фолликулиттер, дерматиттер), жіті риниттерді танып білуге және емдеуге;

хирургиялық кірісуді талап етпейтін созылмалы фарингиттері, ларингиттері және тонзилиттерімен, созылмалы іріңді және жіті катаралдық орта отиттерімен (маман-отоларингологтың нұсқауымен), мұрын мен құлақтың 1 және 2 деңгейлі үсу және күйіктермен ауыратындарды емдеуге, баллонмен құлақтың үрлеуін, қан ағуда мұрынның тампонадосын жасауға тиіс.

Құлақ, тамақ және мұрын ауруларында фельдшер (медбике):

жедел дәрігерлік көмекті қажет ететін құлақ, тамақ, мұрынның жіті ауруларын танып білуге;

құлақ, тамақ және мұрын аурулары мен жарақаттарында дәрігерге дейінгі

көмекті көрсетуге, құлақ ауруларында есту тесіктерінің шаюға, құлықтарды алып тастауға (шаюға);

дәрігер-маманның тағайындауларын жасауға тиіс.

42. Зәріжыныс аурулары кезінде:

медициналық бөлімнің дәрігері:

зәріжыныс органдары жүйесінің, бүйрек шаншу, зәрінің жіті тоқтау, парафимоз жарақаттарында шұғыл көмек көрсетуге;

неғұрлым сипатты аурулардың (жұмыртқаның водянкасы, крипторхизм, ұрық кистасы, ұрық желістің тамырлары кеңейуі, эпидидимит, фимоз) диагностикасын жасауға міндетті.

фельдшер (медбике):

зәріжыныс жүйесі органдары жарақатанғанда шұғыл дәрігерге дейінгі көмекті көрсетуге тиіс.

43. Стоматологиялық ауру кезінде медициналық бөлімде дәрігер-стоматолог (тіс дәрігері) болмағанда дәрігер жалпы шұғыл көрсетімдері бойынша көрсетеді. Сол кезде дәрігер:

жіті пульпитті, жақтың жіті одонтогендік остеомиелитті және флегмонді, сондай-ақ афтозды және язвалық стоматитті танып білуге, сол ауруларда жедел көмекті көрсетуге;

төменгі (жоғарғы) жақтардың сынығын, төменгі жақтың шығуын диагностикалауға, жақ пен бет жарақаттану және зақымдануда алғашқы көмекті көрсетуге міндетті.

44. Психикалық ауруларда және жүйке жүйесі ауруларда дәрігер:

жүйке жүйесі ауруының негізгі нысандарын айқындауға және ми қан айналымының жіті бұзушылықтарымен, менингиттермен, энцефалиттермен, бас және жұлын ми жарақаттармен, эпилептикалық және истериялық сіреспелерімен ауыратындарға алғашқы көмекті көрсетуге;

психикалық аурулардың негізгі нысандарын танып білуге, жіті психотикалық реактивті жағдайлармен ауыратындарға жедел көмекті көрсетуге, оларды оқшаулау, сондай-ақ психиатриялық стационарларға көшіру жөніндегі іс-шараларды қабылдауға, мазасыз ауруларды тоқтату әдісін білуге;

медициналық бөлімнің жағдайларында перифериялық жүйке жүйесінің ауруларын (жіті бел-сегізкөз радикулиті, люмбаго, жеке нервтердің невралгиясы) , невротикалық және астеникалық жай-күйлерді диагностикалауға және емдеуге тиіс.

Жүйке-психикалық аурулардың себептері жөніндегі емдеу-алдын-алу іс-шараларды дәрігер штат және штаттан тыс мамандармен байланыста жүргізуі тиіс.

фельдшер:

ми қан айналымының жіті бұзушылықтарын, орталық жүйке жүйесінің жарақаттарын, нейроинфекцияларды (менингиттерді, энцефалиттерді) танып білуге, ауруларға жедел көмекті көрсетуге;

негізгі психикалық аурулардың симптомдарын танып білуге, ал сондай аурулар айқындалғанда олар туралы дәрігерге уақытылы баяндауға, оларды оқшаулауға іс-шараларды қабылдауға, психомоторлық қозуды тоқтатуды білуге, психиатриялық мекемелерге (бөлімшелерге) ауруларды көшіруге қатысуға; мазасыз ауруларды тоқтату әдісін білуге тиіс.

45. Тері және соз ауруларда медициналық бөлімнің дәрігері:

негізгі тері және соз ауруларды танып білуге, соз ауруларында емдеу көмегін көрсетуге және қажетті алдын-ала іс-шараларды жүргізуге;

уретраны жуу, аутогемотерапия, серологиялық тексеріс үшін қанды алу және тонқару; уретра бөлінулерінде гонококтар болуына жағуларды алу; зәр жолы мен предстательдік бездің бөлінуін, грибоктарға тері зақымдану ошағынан қабықтар мен шаштарды зерттеу техникасын білуге тиіс.

фельдшер (медбике):

неғұрлым жиі кездесетін тері және соз ауруларды дербес танып білуге;

дәрілік құралдардың негізгі нысандарын пайдалану және тері сыртынан оларды алып тастауға;

аутогемотерапияны жүргізуге;

уретраға жұмсақ катетер егізуге, Вассермен реакцияға қанды алуға, мерездің экспресс-диагностика әдісін білуге; гонокок пен грибок ауруларына лабораторлық зерттеулер үшін материалдарды алуға және жіберуге; уретраның шаюын жасауға тиіс.

46. Жоғарыда көрсетілген көлемде емдеу көмегін көрсетуге медициналық персоналды дайындау үшін мекеме медициналық бөлімінің (сауықтандыру пункттің) бастығы жауапты. Медициналық бөлімнің бастығының лауазымдық нұсқаулығы Мекеменің медициналық бөлімі бастығының типтік лауазымдық нұсқаулығы бойынша жетілдіріледі және бекітіледі (2-қосымша).

3. Мекемелердің медициналық бөліміндегі стационариялық көмекті ұйымдастыру

47. Медициналық бөлімнің стационарлары:

14-15 күнге дейінгі емдеу мерзімімен төсек орын режимін талап ететін ауруларды тексеру және емдеу;

ауруханалардан шығарған ауруларды қажетті стационарлық емдеу;

инфекциялық немесе инфекциялық ауруға күдіктілерді ауруханаға жібергенге дейінгі уақытша оқшауландыру;

тасымалдауға жатпайтын ауруларды олардың жағдайы жақсартылғанға дейін және ауруханаға жібергенге дейін стационарлық емдеу;

диспансерлік қарау жоспары бойынша немесе сауықтандыру топқа жататын стационарлық емдеуге жататын адамдарды орналастыру;

аурулардың жатақханада болуы мүмкіндіксіз және қылмыстық-атқару жүйесінің ауруханаларына жіберу үшін көрсетімдер болмаған жағдайда сырқатына байланысты жаза өтеуден босатылуға жататын ауруларды орналастыру үшін арналған.

48. Мекеменің бастығы кереует штаты бойынша тиесілігі болуын және осы мекеменің ауруларын емдеу үшін оларды тиімді пайдалануын қамтамасыз етеді.

49. Медициналық бөлімдерінің стационарларына ауруларды қабылдау стационарлық тексеріс және емдеу жүргізудің қажеттілігі туралы дәрігердің қорытындысы медициналық амбулаторлық картада бар болған жағдайда жүзеге асырылады.

Стационарға жаңадан түскендер туралы мәліметтер қабылдауды есепке алу, аурулардың көшірме үзінділері және госпиталдандырудан бас тарту журналына енгізіледі.

Әр ауруға белгіленген нысанды стационарлық аурудың медициналық картасы жүргізіледі.

Стационарға жедел немесе жоспарланған госпиталдандырудың барлық жағдайлары, сондай-ақ оның үзінділері туралы медициналық бөлім жасақ бастықтарына (корпус басшысына) хабарлайды.

50. Стационарда бірнеше палата болған жағдайларда айналадағыларға қауіп төндіретін аурулар (инфекциялы, жұқпалы тері, психикалық сырқаттар) бөлек ұсталады.

51. Стационарға түсетін барлық аурулар міндетті түрде санитариялық өңдеуді өтеді. Аурудың жағдайына қарай санитариялық өңдеу толық немесе жартылай болады. Қажет болғанда аурудың іш-киімі дезинфекцияға жатады. Киім-кешек пен аяқ киім стационардың арнайы бөлінген үй-жайында сақталады, аурудың іш-киімі жууға тапсырылады және шығарылуы кезінде оған қайтарылады.

Стационарда болу кезінде ауру тексерісті өтуі тиіс. Қажет болған жағдайларда кеңеске денсаулық сақтау органдары медициналық мекемелерінің дәрігерлер-мамандары тартылады (келісілуі бойынша). Жоспарланған кеңестер кесте бойынша, ал жедел жағдайларда тәуліктің кез-келген уақытында жүзеге асырылады.

Медициналық бөлімдерінің дәрігерлері ауруларды аралауын күн сайын жүргізеді. Ауруларға күнделік жазбалар аурудың жеңіл жүру жағдайларында 3 күнде 1 рет, ал орташа ауыр және ауыр жағдайларда күн сайын жүргізіледі. Медициналық бөлімнің бастығы ауруды аптасына кемінде бір рет және аурудың

алғашқы күні мен шығару алдында міндетті түрде қарайды.
Дәрігерлік тағайындауларды, дене температурасын өлшеу, антропометрлік тексерістерді кезекші фельдшер (медбике) жүргізеді; оған сондай-ақ ауруларға арналған ішкі тәртіп ережелерінің орындалуына бақылау жүктеледі.

52. Стационарда медициналық көмектің көлемі медициналық бөлімдерде жұмыс істейтін дәрігерлер-мамандары мен жабдықтардың мекемелердің медициналық бөлімдерінің медициналық инструментермен, жабдықтармен және мүкәммалдармен жабдықтаудың үлгі табелі бойынша (3-қосымша) бар болуымен белгіленеді.

53. Стационардың құрамында аурудың жұқпалы түрімен ауыратын және психикалық аурумен зардап шегетіндерді оқшау ұстау үшін палата жабдықталады. Палата инфекциялы ауруларды (соның ішінде туберкулезбен ауыратындар) және инфекциялы ауруларға күдікті сырқаттары бар ауруларды уақытша оқшаулау үшін (ауруханаға жібергенге дейін), оларға алғашқы дәрігерлік көмек көрсету үшін, ауруларды күту және бақылау үшін, аурудың диагностикасы үшін қажетті материалдарды алу үшін арналады. Палатада ағымдағы және қорытынды дезинфекция уақытылы жүргізілуі тиіс. Палатадағы медициналық персонал арнайы бөлінген халаттарды пайдалана алады және жеке гигиенаның барлық ережелерін қатаң сақтайды.

54. Медициналық бөлімінің стационарында тәулік бойы кезекші санитары болуы тиіс. Кезекші персоналдың санын медициналық бөлімінің бастығы белгілейді.

55. Ауруханада: қызметкерлердің лауазымдық нұсқаулықтары, қылмыстық-атқару жүйесінің ауруханалары мен медициналық бөлімдерінің стационарларының ішкі тәртіп ережелері, сондай-ақ жұмыс жоспарлары (4-қосымша) әзірленуі тиіс.
Қылмыстық-атқару жүйесі ауруханасы бастығының лауазымдық нұсқаулығы Қылмыстық-атқару жүйесі ауруханасы бастығының үлгі лауазымдық нұсқаулығы бойынша жетілдіріледі және бекітіледі (5-қосымша).

56. Ауруханаға госпиталдандыруға жедел аурулармен немесе созылмалы аурулардың қозуымен зардап шегетін, біліктілік тексерісті және стационариялық емдеуді қажет ететін сотталғандар жатады, егер медициналық бөлімдері жағдайларында мұндай сотталғандардың емделуі мүмкін болмаса немесе өмірлеріне қауіп бар, денсаулығы нашарлауына, не тиімділігі жеткіліксіз болса, сондай-ақ диагностикалық анықсыз және тереңдетілген клиникалық тексерісті талап ететін жағдайлар болса.

57. Ауруларды мекемелерден ауруханаларға қабылдау медициналық амбулаториялық картасында стационариялық тексерісті жүргізу және ауруды

емдеу қажеттілігі туралы дәрігердің (фельдшердің) қорытындысы бар болғанда жүзеге асырылады.

58. Ерекше жағдайларда жедел көрсетімдер бойынша ауру медициналық бөлімі медициналық қызметкерінің жазбаша қорытындысы бойынша сонан соң медициналық амбулаториялық картасын әкелуімен госпиталдандырылуы мүмкін.

59. Аурухана жедел медициналық көмекті қажет ететін ауруларды қабылдауға дайындығын қамтамасыз етеді. Қылмыстық-атқару жүйесі және денсаулық сақтандыру органдарының аумақтық емдеу-алдын-алу мекемелерімен реттелген арнайы жоспар топтасқан және аурулардың жаппай түсу жағдайларында медициналық көмекті көрсету жөніндегі іс-шараларды көздейді.

Аса қауіпті инфекциялы аурулар денсаулық сақтау органдарының инфекциялық ауруханаларына, оларға күзетті қамтамасыз етілуі арқылы госпиталдандырылады.

60. Ауруханаға ауруды қабылдау кезінде кезекші дәрігер түсетін аурудың уақытылы тексерісін қамтамасыз етуге, медициналық құжаттамамен танысуға, қабылдауды есепке алу журналына ол туралы қажетті мәліметтерді, аурулардың көшірмелерінің үзінділерін және госпиталдандырудан бас тартуды жазып алуға міндетті, стационариялық аурудың медициналық картасына аурудың анамнез, сыртқы қараудың мәліметтерін, эпидемиологиялық мәліметтерін, объективтік тексерісінің мәліметтерін сипаттайды, аурудың алдын-ала диагнозын белгілейді, емдеудің қажетті тағайындауларын жасайды және тиісті бөлімшеге ауруды жібереді. Кезекші дәрігер бөлімшенің дәрігері жоқ болғанда ауыр және жаңадан түскен аурулардың жағдайларына бақылауды және оларға жедел медициналық көмекті көрсетуін ұйымдастырады.

Ауруханаға қабылдау кезінде ауру мұқият тінтуге жатады (егер оның жағдайы болса), оның киімі және аяқ киімі дезинфекцияланады, тізімдеме бойынша қалыпқа келтіріледі және кезекші дәрігер, кезекші медбике және ертіп келген адамдар куәландырылған тізімдеме бойынша ауру ауруханадан шыққанға дейін сақталуға тапсырылады.

Ауруханаға түскен барлық аурулар қажетті санитариялық өңдеуге іш киімін ауыстыруымен жатуға тиіс.

Бөлімшелері дәрігерлерінің жұмыс уақытында түсетін ауруларды қабылдау бөлімшесінің дәрігерінен немесе кезекші дәрігерден басқа тиісті бөлімшелерінің дәрігерлері қарайды, олар диагнозды белгілейді, қажетті емдеу-диагностикалық іс-шараларды тағайындайды, бұл туралы ауруды тарихына тиісті жазбаша жазады.

Ауруханаға түскен әр ауру туралы тиісті бөлімшенің бастығына және аурухананың бастығына хабарланады.

61. Ауруды қабылдаудан бас тартқан жағдайларда кезекші дәрігер оған қажет болса емдеу көмегін көрсетеді және медициналық амбулаторлық картасына, ал қабылдауды есепке алу, аурулар көшірмелерінің үзінділері және госпиталдандырудан бас тарту журналына қабылданған шаралар туралы жазбаша жасайды (қандай көмек көрсетілді, ұсынымдар).

Госпиталдандырудан бас тарту себептері туралы және қабылданған шаралар туралы аурухананың бастығына немесе оның орынбасарына хабарлайды.

62. Кешкі және түнгі уақытта ауруларға дәрігерлік көмекті аурухананың штаттық дәрігерлері айлық норма шегіндегі олардың жұмыс уақытында жасалады.

63. Ауруханаға түскен ауру қажетті клинико-лабораторлық, функционалдық, рентгенологиялық, бактериологиялық зерттеулер және ауруының диагнозына байланысты оған сәйкес емдеу белгіленеді және жүргізіледі.

64. Диагностика, емдеудің, болжамның кейбір күрделі мәселелерін айқындауда аурухананың дәрігер-мамандарының кеңесі, медициналық институттың клиникасының мамандарының қатысуымен немесе аймақтық денсаулық сақтау органдарының, сонымен бірге консилиумдары (келісілуі бойынша) ұйымдастырылады.

65. Ауруды бір бөлімшеден басқа бөлімшеге мамандандырылған түрдегі көмек көрсету үшін ауыстыру дәрігер-маманның қорытындысы және сәйкестілік бөлімшенің бастықтарының қорытындысы және сәйкестілік бөлімше бастықтарының келісілуі бойынша жүргізіледі.

Шұғыл жағдайларда ауыстыру кезекші дәрігердің билігімен стационариялық аурудың медициналық картасына ауыстырудың себептерін көрсетіп тиісті жазба жасау арқылы жүргізіледі.

Барлық аурухана ішіндегі ауыстыру жағдайлары туралы аурухана бастығына немесе оның медициналық бөлім бойынша орынбасарына тез арада хабарланады.

66. Ерекше жағдайларда, ауруханаларда жедел мамандандырылған медициналық көмек көрсетуге жай-күй (жабдықтар, жарақаттар, кадрлар) болмаған жағдайларда, сотталған аурулар оларға күзетті қамтамасыз ету арқылы денсаулық сақтау органдарының емдеу мекемелеріне жіберіледі.

67. Қоныс колониясында жазасын өтеп жатқан сотталғандарды оларға денсаулық сақтау органдарының мекемелерінде білікті медициналық көмек көрсету мүмкіндігі болмаған, сондай-ақ жедел, жағдайларда қылмыстық-атқару жүйесінің ауруханаларына стационариялық емдеуге жатқызуға рұқсат беріледі.

68. Өзінің құрамында психиатриялық және инфекциялық бөлімшелері (палаталары) бар ауруханаларға бұл санаттағы науқастарға ұдайы бақылауды және сәйкес оқшаулауды қамтамасыз ететін режим тағайындалады.

69. Аурухананың режимін жүйелі қасақана бұзатын сотталғандар тек айналасындағыларға және аурудың денсаулығы мен өміріне қауіп төнбейтін жағдайларда ауруханадан шығарылып ұсталып отырған жерлеріне ауыстырылады. Аурудың шығарылуы аурухана бастығының немесе оның орынбасарының рұқсатымен және дәрігер-маманның стационариялық аурудың медициналық картасына және медициналық амбулаторлық картада тиісті жазба жасау арқылы жүргізіледі. Туберкулезбен ауыратын сотталғандар шығарылмайды.

70. Азық-түліктерді салу дәрігер-диеотологтың (диетбикенің) немесе аурухана бастығымен бөлінген жауапты адамның қатысуымен жүргізіледі.

Тамақтарды таратуға кезекші дәрігермен дайын тамақтың дәмін татып, оның нәтижесін журналға тіркеген соң, рұқсат беріледі. Әр тамақ асханада меню-жайып-салу бойынша дайындалады.

71. Аурулар апта сайын төсек және ішкі киімдерін ауыстыру арқылы моншада (ваннада) жуынулары тиіс. Орташа және ауыр дәрежелі аурудың кием-кешектерін ауыстыру қажеттілікке байланысты жүргізіледі.

Аурулардың түнгі ұйқыларының ұзақтығы 8 сағаттан кем емес, түскі тамақтан кейінгі демалыс -1 сағаттан кем емес тағайындалады.

Аурудың күнделікті серуенге шығуы ауа-райын ескере отыра жүргізіледі, оның міндетті түрде жүргізілуі дәрігермен анықталады.

72. Тексеріс кезінде алынған барлық мәліметтер стационариялық аурудың медициналық картасына енгізіледі. Олар толық, жүйелі және айқын мазмұндалуы керек. Стационариялық аурудың медициналық картасы ауруханадағы ауруға құрастырылатын негізгі құжат болып табылады.

73. Емдеу-диагностикалық, ординаторлық кабинеттерде, кезекші медбикелердің жұмыс орындарында дабылдатқыш және апаттық жарық орналастырылуы қажет. Міндетті түрде апаттық қорекке аурухананың хирургиялық және реанимациялық бөлімшелері қосылуы керек.

74. Ауруды шығару емдейтін дәрігер мен стационарияның бөлімше меңгерушісінің келісімімен мына жағдайларда:

аурудың жазылуы;

денсаулық жағдайының жақсаруы, ауру өзінің денсаулық жағдайына қарай емді қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінің медициналық бөлімінің жағдайында жалғастыра алса;

стационар жағдайында ары-қарай емдеуге көрсетімнің болмауы;

ауруды басқа ауруханаға немесе әлеуметтік қамтамасыз ету мекемесіне ауыстыру қажеттілігі жағдайларында жүргізіледі.

Стационариялық емдеудің соңында ауру емдеуге жіберілген мекемеге шығарылып жіберіледі.

Стационариялық аурудың медициналық картасы архивке тапсырылуы алдында толық хатталады, шығарылу эпикризінде аурудың анамнезі, аурудың, қысқаша диагноздың дәйектемесі, жүргізілген емдеу және оның тиімділігі жөнінде қысқаша мағлұмат, ұсыныстар беріледі.

Эпикриздің көшірмесі амбулаторлық медициналық картаға тіркеледі.

75. Жаза өтеу мерзімі аяқталған соң аурухանадағы ауру кезеңінде және ары-қарай емдеуді жалғастыру қажеттілігі болған кезде, ол стационариялық аурудың медициналық картасының көшірмесімен таңдалған тұратын жеріне байланысты емдеу мекемесіне немесе денсаулық сақтау органдарының жақын жердегі емдеу мекемесіне жіберіледі.

Егерде ауруды дереу жіберу оның өміріне қауіпті болса, онда оның келісімімен, ол медициналық қорытындысы бойынша уақытша жеке аурухана палатасына қалдырылады, ол туралы бақылаушы прокурор мен туған-туыстарына хабарланады.

76. Ауруханадағы аурудың өлім фактісі емдейтін дәрігермен, ал ол болмаған жағдайда-кезекші дәрігермен куәландырылады.

77. Аурухана төтенше оқиға, бақытсыз жағдай, аурухана ішіндегі инфекциялар, аурулардың барлық өлім жағдайлары туралы келесі ретпен жоғары тұрған ұйымдарға: қылмыстық-атқару жүйесінің аумақтық басқармасы, Қазақстан Республикасы Әділет министрлігі қылмыстық-атқару жүйесінің комитетіне баяндалады.

Эпидемиялық аурулар тұтанған жағдайда аурухана бөлімшелерінде режимдік шектеу шаралары енгізіледі және эпидемияға қарсы іс-шаралар жүйесі ошақ орналасуы көзін жоюға байланысты жүргізіледі.

Ауруханада сотталғандарды жеке сұрақтары бойынша қабылдау, хаттарды, арыздарды, шағымдарды қарастыру заңнамамен белгіленген тәртіппен аурухана әкімшілігімен жүргізіледі.

78. Ауыр және операциядан кейінгі аурулар үшін интенсивтік терапия палаталарында аурудың жағдайына ұдайы бақылау жасау қамтамасыз етіледі. Әр операциялық блокта анестезиологиялық бөлме жабдықталады, онда анестезияға арналған резервтік наркозды, тыныс алу, бақылау өлшем және басқа аппараттар мен құралдар жинақталады, сондай-ақ материалдық және құрал шкафтары, стерильді үстел, бикстар мен эксикаторға арналған үстел, стерилизатор орналастырылады.

79. Операциялық бөлмеде операциялық үстелдерге сәйкес наркоздық аппараттар, респираторлар, дефибриллятор, электросорғыш, анестезияға арналған тиісті фармакологиялық дәрілік құралдары бар жылжымалы наркоздық үстел болады. Басқа аппараттар мен приборлар қажет болғанда операциялық бөлмеге апарылады.

Қауіпсіздік мақсатында қысылған газбен баллондар арнайы үй-жай жабдықталып, операциялық бөлмеден тыс орналастыруға жөн.

80. Терапевтикалық бөлімшеде жедел жүрек-тамыр жағдайларында тез арада көмек көрсетуге және реанимациялық іс-шараларға арналған палата болады.

Терапевтикалық бөлімшеде стерильдік және қалыпты манипуляциялар жасау үшін кемінде екі процедурлық кабинет жабдықталуы тиіс, эндоскопия зерттеулері (гастроскопия, бронхоскопия), сондай-ақ асқазан және дуоденалдық зондылауға арналған жеке кабинеттер болуы жөн.

81. Туберкулез бөлімшесінде: ауруларды қабылдауға арналған санитариялық өткізгішпен бөлме, процедуралық кабинет болуы тиіс.

Туберкулез ауруханасының, бөлімшенің (емдеу құқығында түзеу мекемелерінде) арнайы кабинет санына:

рентген кабинеті, фотозертханасымен флюорография кабинеті;

сыртқы демнің функцияларын зерттеуге арналған кабинет;

ингаляторийі бар бронхологиялық және ларингологиялық кабинет;

стоматологиялық (тіс емдеу) кабинет;

физиотерапевтік кабинет;

жасанды пневмоторакс салуға арналған кабинет;

қақырық жинау кабинеті;

қан алмастырушы және тамыр ішіне тамшылап құюға арналған кабинет;

туберкулезге қарсы дәрілік құралдарды қабылдау кабинеті;

қақырық жинақтарды өңдеуге және қақырықты залалсыздандыруға арналған үй-жай болуы тиіс.

82. Тері-венерологиялық бөлімшелерде:

тері ауруларымен ауыратындарға таңу салғыш бөлме және венерологиялық аурулармен ауыратындар үшін жеке процедуралық бөлме;

урологиялық кабинет (гонореямен ауыратындардың едәуір саны болғанда);

тері ауруларымен ауыратындарға, сифилис, гонореямен ауыратындарға жеке палаталар, диагноздары анықталмағандар ауруларға арналған оқшауланған палаталар;

қосалқы үй-жайлар: сифилиспен ауыратындарға жеке бөлінген ыдыс-аяқпен асхана, мерезбен ауыратындардың ыдысын жуатын бөлме, мерезбен ауыратындардың ыдыс-аяғы (басқа ыдыс-аяқтан түрі бойынша айырмашылығы бар) өзге ыдыстан бөлек жуылады;

венерологиялық аурулармен ауыратындарға бөлек дәретханасы бар.

83. ЛОР бөлімшесінде мүмкіндік болса: қарау, процедуралық, таңу салғыш бөлмесі, операциялық бөлмесі, операциядан кейінгі палата, эндоскопиялық, аудиометриялық және вестибулометрлік кабинетте, ал бөлімшелерде 30 және одан астам кереуетке ингаляторий және физиотерапевтік кабинет болады.

84. Көз бөлімшесінде терезелерді көлеңкелеуге арналған құралдармен қарау бөлмесі, аппаратураға және офтальмоскопияға арналған кабинет, бөлек операциялық бөлме, көзге таңу салғыш бөлмесі, терезелер көлеңкеленген операциядан кейінгі палата болуы тиіс. Вирустық эпидемиялық кератоконьюктивитпен ауыратындардың емделуі инфекциялық бөлімшесі негізінде жүзеге асырылады.

85. Психиатриялық бөлімше жеке ғимаратта, ал оқшауланған орналастырудың мүмкіндігі болмаса, жалпы емдеу корпустың төмен қабатында орналастырылады. Бөлімшеде сотталғандарды тиісті оқшаулауды, психикасының аурулары барлық санаттарының мінез-құлқына ұдайы қадағалауды, сондай-ақ медперсоналдың еңбегінің қауіпсіздік жағдайларын қамтамасыз ететін режим белгіленеді. Өткір психикасының ауруларымен ауыратындарды, қоздырылған ауыратындарды тексеру және емдеу үшін палаталарды және 2 адамға бір палата-изоляторды көздеу қажет.

86. Неврологиялық бөлімше физиотерапевтік кабинетпен көршілес ғимараттың бірінші қабатында орналастырылады. Ауруханада психиатриялық бөлімшесі болмағанда неврологиялық бөлімшеде психикасының ауруларын уақытша оқшаулау үшін арнайы палата жабдықталады.

87. Инфекциялық бөлімшеде: қабылдау тексеріс бөлмелері санитариялық өткізгіштермен, диагноздары анықталмаған ауруларға арналған оқшауланған палаталар және түрлі инфекциялы аурулармен ауыратындарға арналған палаталар, кемінде екі санторап бар. Инфекциялы аурулардың зертханалық зерттеулерін аурухананың бактериологиялық және басқа зертханалары жүргізеді.

88. Гинекологиялық бөлімшеде, операциялық және таңу салғыш бөлмелерге арналған қалыпты үй-жайлардан басқа, арнайы тексеріс бөлме және әйел дәретханасын (жылы су бар) көздеу қажет.

89. Перзентхана бөлімшесінде:

босанатын әйелдерге арналған қабылдау бөлме, қарау бөлмесі және санитариялық өңдеу үшін душ (ваннасы бар) бөлме;

босанатын секторға: босану алдындағы және босанатын палаталар, операциялық бөлме, эклампсиясы бар босанатын әйелдерге арналған бөлме (шуылдан оқшауланған және терезелерді көлеңкелеуге арналған құралдармен), изоляторлар кіреді;

таңу салғыш бөлмеден, нәрестелерге арналған үй-жайлардан, босанатын әйелдерге арналған палаталардан, босанған әйелдерді шығаруға арналған бөлмеден тұратын босанғаннан кейінгі сектор ашылуы тиіс.

90. Физиотерапевтік кабинет аурулар аурухананың емдеу корпусы ғимаратынан шықпай, физиотерапевтік көмекті алуға мүмкіндіктері болумен

орналасады. Жататын ауруларға физиотерапевтік көмекті қамтамасыз ету үшін емдеу бөлімшелерінде тасымалдау аппаратура болуы тиіс.

91. Функционалдық диагностика кабинеті электрокүш қондырғылары бар ғимараттар мен бөлімшелерден алыс орналасады. Кабинеттің минималдық жабдықтары - электрокардиография, фонокардиография, реография, сыртқы тыныс алудың негізгі ауысымы және функциялары, аудиометрия аппараттары. Фотолаборатория және шаруашылық бөлме болу қажет.

92. Рентген кабинеті барлық қызмет көрсету бөлімшелерімен, әсіресе хирургиялық, туберкулездік бөлімшелерімен, жақсы байланысты қамтамасыз ету үшін қолайлы болып орналасады. Ірі ауруханаларда стационарлық рентген кабинеттері мен фотолабораториялары бар филиалдар, әсіресе хирургиялық, туберкулездік бөлімшелерде, егер мүмкіндік болса қабылдау бөлімшелерінде де болуы орынды. Барлық жағдайларда сәуле, электр және өрт сөндіру қауіпсіздігінің белгіленген ережелері қатаң сақталуы тиіс.

Кабинеттің минималдық жабдықтары - екі жұмыс орнына рентген диагностикалық стационарлық қондырғы (рентгеноскопия және рентгенография) , томографиялық тұғырық, сақтандыру құралдары (перделер, алжапқыштар, биялайлар), жеке дозиметрлер, негатоскоптар және фотозертханалық мүлік. Ірі ауруханаларда рентген бөлімшелері (кабинеттері) құрамында радиациядан сақтанудың тиісті шараларымен сәуле терапиясы үшін аппарат қондырылуы мүмкін.

93. Аурухананың зертханаларында: жалпы клиникалық, биохимиялық, бактериологиялық зерттеулерге арналған кабинеттер (сіңімді ортаны дайындау үшін бөлмелері, стерилизациялау, бокс бөлмелері бар), ал қажет болғанда - серологиялық зерттеулер үшін; байқау мен материалдарды қабылдауға арналған, зерттеу нәтижелерінің анализдерін алу және беруге арналған бөлмелер (тіркеу орны); реактивтерді, ыдыстарды және жабдықтарды сақтауға арналған қоймалар болуы тиісті. Биохимиялық зерттеулерге және нәжі, қақырық анализдерін жасауға арналған үй-жайларда иіс сорғыш шкафтар жабдықталады.

94. Прозекторлы бөлме бөлек ғимаратта, емдеу бөлімшелерінен, тұрғын секцияларынан, тамақ блогынан алыс орналастырылады. Ғимаратта қажетті жарақтандырумен гистологиялық зертхана жабдықталады.

95. Аурудың өлімі айқындалғаннан кейін емдейтін немесе кезекші дәрігер мәйітті прозекторлық бөлімге жеткізеді. Мәйіттерге өлудің уақытын, аурухананың бөлімшесін, өлгеннің тегін, аты-жөнін және жасын көрсетумен ілеспе белгі ілу қажет. Таңулар, дренаждар мәйітті ашқанға дейін алынбайды. Мәйітпен бірге прозекторлық бөлімге стационарлық аурудың медициналық картасы жеткізіледі. Мәйітті ашу кезінде емдеген дәрігер және емдеу бөлімшесінің бастығы міндетті түрде қатысуы тиіс. Патологоанатомиялық

диагноз және эпикриз, сондай-ақ диагноздардың сәйкес келуі туралы мәліметтер тиісті есепке алу нысандарына енгізіледі.

96. Өлімнің барлық жағдайларын аурухананың ДКК зерделейді, оның жұмысына дәрігер - патологоанатом қатысады. Комиссия аурудың жүру ерекшеліктерін, диагностикалық және емдеу шараларының дұрыстылығын және уақытылығын, анықталған кемшіліктер мен олардың себептерін мұқият талдайды және қорытынды шығарады, оны комиссияның төрағасы аурухана бастығына ашқаннан кейін 15 тәуліктен кешіктірмей баяндайды.

97. Ауруханалық клиникалық-анатомиялық конференциялары дәрігерлердің біліктілігін арттыру, өлім жағдайларын, сондай-ақ неғұрлым күрделі және ауыр аурулардан өлім жағдайларын жан-жақты талдау және талқылау жолымен аурулардың диагностикасы мен емдеудің сапасын жақсарту мақсатында қатаң кезегімен жүргізіледі.

Конференцияларға мекемелердің медициналық бөлімдерінің дәрігерлері қатысады. Конференцияларда емдейтін дәрігер диагностикалық және емдеу іс-шаралардың негіздемесімен аурудың дамуы мен жүрудің ерекшеліктерін толығымен сипаттайды. Бас штаттан тыс мамандар өткізілген емдеу-алдын-алу іс-шаралардың жан-жақты талдауын және олардың уақтылығы мен тиімділігін бағалауын жүргізеді. Дәрігер-патологоанатом мәйітті ашу және органдарын гистологиялық зерделеу кезінде айқындалған, негізгі өзгерістер туралы, табылған өзгерістердің патогенезі және өлім себептері туралы қорытындыны баяндайды, клиникалық және патологоанатомиялық диагноздарды салыстырады, емдеу-диагностикалық іс-шаралардың қателерін және олардың себептерін атап көрсетеді.

Конференцияның хаттамасын арнайы бөлінген қызметкер жүргізеді.

98. Ұйымдастыру-әдістемелік жұмысты жүргізу үшін ауруханаларда белгіленген тәртіпте ұйымдастыру-әдістемелік кабинеттер құрылады, олар мекемелердің медициналық бөлімдеріне тиісті көмекті қамтамасыз етеді.

Ұйымдастыру-әдістемелік жұмысқа кабинеттегі қызметкерлерден басқа бөлімшелердің барлық бастықтары және аурухананың дәрігер-мамандары қатысады. Осы жұмысты медициналық бөлімі бойынша аурухана бастығының орынбасары немесе бөлімшенің неғұрлым білікті бастықтарының бірі басқарады.

99. Ұйымдастыру-әдістемелік жұмысқа:

сотталғандардың ауруларын зерделеу, медициналық бөлімдерінің жұмысындағы ақауларды талдау;

арнайы контингентке медициналық көмектің сапасын жақсарту жөніндегі ұсынымдарды әзірлеу;

профилактикалық тексерістерді, дәрігер-еңбек сараптамасын, кеңес көмекті жүргізу үшін мекемелерге ауруханалардың дәрігер-мамандары баруын

жоспарлау және барудың тиімділігін талдау;
медициналық бөлімдерінің статистикалық жұмыстарын әдістемелік басшылық жасау, құжаттаманы жүргізуді бақылау;
медициналық бөлімдері мен ауруханалардың дәрігерлік, орта медициналық және фармацевтикалық персоналдың кәсіби дайындығы деңгейін жүйелі зерделеу; жұмыстың озат тәжірибесін жинақтау және үйлестіру кіреді.

100. Мамандардың барулары аурухананың жоспары немесе аға медициналық бастығының нұсқауы бойынша жүзеге асырылады. Барудың жоспары медициналық қызметтің бастығымен келісіледі, қылмыстық-атқару жүйесі аймақтық басқармасының бастығымен бекітіледі және медициналық бөлімдері бастықтарының барлығына жеткізіледі.

Барулар аурулар, сондай-ақ медициналық бөлімдердің жұмысын сипаттайтын материалдар, медициналық көмек көрсетуге ақаулары туралы мәліметтерді ескертумен жоспарланады.

Мекемелердің медициналық бөлімдеріне бару барысында дәрігерлер:
медициналық бөлімдерге жұмысты ұйымдастыруда көмек көрсетуге және көмектің жедел және басқа түрлерін қамтамасыз етуге (стационарлардың жабдықтауларын керуеттік қорын тиімді пайдаланумен байланысты мәселелер бойынша кеңестер беру);
ауруханаларға жоспарлы госпиталдандыру үшін, сондай-ақ дәрігерлік сараптама мақсатында тексеріске аурулардың іріктеуін жүзеге асыруға;
медициналық бөлімдерде және ауруханаларда емдеу-іс-шараларын жүргізуде бірлікті және сабақтастықты белгілеуге, көрнекі және кеңес қабылдауларын жүргізуге, медициналық бөлімдердегі ауруларды қарауға, сотталғандардың медициналық тексерістеріне қатысуға:
ауруханадан шығарылғандардың жағдайын тексеруге және оларға ұсынылған емді жүргізуге;
медициналық бөлімдердің дәрігерлерін диагностика және ауруларды емдеудің жаңа тәсілдеріне үйретуге;
медициналық бөлімдерінде атқарылған жұмыстар туралы және емдеу - алдын-алуымен қамтамасыз етуді жақсарту жөніндегі ұсыныстар туралы аурухана бастығына баяндауға міндетті.

101. Аурухана мекемелеріне жеткізілген зардап шеккендерге және ауруларға көрсетімдеріне қарай медициналық көмек қабылдау немесе емдеу-диагностикалық бөлімшелерінде көрсетіледі.

Бөлімшеде:
шұғыл көмекті көрсету жөніндегі таблицалар, нұсқаулықтар және анықтамалар;
шұғыл көмекті көрсету үшін барлық қажетті заттары бар шкаф;

барлық қажетті медикаменттері, ерітінділер, сарысулар, шошымаға қарсы және қанды алмастыратын сұйықтықтар, хирургиялық құралдар, таңу материалдары, оттегі (реанимация және шұғыл көмек жөніндегі нұсқаулықтар мен нұсқауларға сәйкес).

102. Шұғыл көмек көрсету үшін дәрігерді тез арада шақыру жағдайында ауруханадан тыс қабылдау бөлімшесінде (медбике постында) арнайы медициналық комплект сақталады.

103. Хирургиялық бөлімшеде хирургиялық аурулары мен жарақаттары бар ауруларға көмек көрсетуге арналған барлық қажетті заттар болуға тиіс.

Операциялық бөлмеде құралдар, таңу материалдары және кемінде екі қуыс операциясына ішкиім, консервленген қанның, қанды алмастыратын сұйықтардың, стерильді ерітінділердің қоры және наркоз бен операцияларға арналған тиісті медикаментозды дәрілік құралдар ұдайы болуы тиіс.

104. Терапевтикалық бөлімшеде жіті аурулар мен түрлі патологиялық жай-күйде жіті жүрек және қантамыр функциясының жеткіліксіздігінде (өкпенің ісінуі, шошыма, коллапс), миокард инфаркті және стенокардия, гипертоникалық криз, пароксизмальдық тахикардия, атриовентрикулярлық блокада, өкпе және асқазаннан қан кетуі, спонтандық пневмоторакс, бронхиалдық демікпе, түрлі этиологияның коматозды жағдайларында, жіті панкриатит, бүйрекүсті безінің жіті жеткіліксіздігі, анафилактикалық шошыма, жіті инфекциялары және улану, түрлі этиологияның терминалдық жағдайы болғанда шұғыл көмек көрсету үшін барлық қажетті инструменттер және дәрілік құралдары дайын болуы тиіс.

105. Біліктілік шұғыл көмек көрсету үшін барлық қажетті заттар ауруға көмек көрсететін адамға керек препаратты тез арада қолдануды қамтамасыз ететін белгіленген тәртіпте болуы тиіс. Мамандандырылған бөлімшелерде шұғыл көмек бөлімшенің саласына қарай қамтамасыз етіледі.

106. ДКК құрамына аурудың тексерісін және емделу сапасын ай сайын сараптама бағалауын жүргізетін бөлімшелердің бастықтары кіреді.

Сонымен қатар:

ауруларды госпиталдандырудың негіздемесі мен уақытылығы;

медициналық бөлімдегі тексерістің көлемі;

анамнезді жинаудың, ауруды тексерудің және ауруханада оны қадағалаудың сапасы;

клиникалық диагнозды уақытылы қоюға және адекватты емдеуді тағайындауға әсер ететін тексерудің негізгі және қосалқы әдістерін пайдаланудың толықтығы;

бөлімше бастығының (дәрігерінің), кеңесшілердің ауруды тексерудің уақытылығы, аралас мамандардың ауруды тексеруіне қатысу және олардың ұсынымдарын орындау;

диагнозды қоюдың уақытылығы және оны негіздеудің жүйесі;
консилиумдардың уақытылығы және олардың тағайындауын орындау;
емдеудің толықтығы және уақытылығы;
елеулі салдарға әкеп соқтырған емдеу іс-шараларын (манипуляциялар, операциялар) орындаудағы қателіктер;
клиника-диагностикалық қателіктердің мүмкіндік себептері;
ауруды емдеу және емдеу салдары үшін диагностикадағы қателіктердің маңызы;
тиісті емдеудің жоқтығы немесе оны уақытылы жүргізілмеуі;
медициналық құжаттаманы жүргізудің сапасы;
госпиталдандырудың және оның әр кезеңінің ұзақтылығы (өтеу мерзімдерінің аса төмен және өте жоғары себептері талданады).

4. Әйелдер мен кәмелетке толмағандарды медициналық қамтамасыз ету 1. Тәрбие колонияларындағы емдеу-алдын-алу жұмыстарының ерекшеліктері

107. Тергеу изоляторында болған уақытта барлық кәмелетке толмағандар дифтерия тасушы және гельминт тасушыға тексеріске тартылады. Бактериологиялық зерттеудің оң нәтижелерінде бактерия бөлушілерге қатысты емдеу-алдын-алу және эпидемияға қарсы іс-шаралардың толық кешені жүргізеді. Гельминт айқындалған жасөспірімдерге этаптау кезінде үзіліп, мекемеде аяқталуы мүмкін гельминтті жою жүргізіледі. Көрсеткіштер бойынша АДС-М вакцинасымен егу жүзеге асырылады.
Кәмелетке толмағандардың кеуде клеткаларының органын алдын-ала тексеру тек флюорографиялық әдіспен жүргізіледі.

108. Комиссия құрамына кіретін, жаңадан түскен сотталған кәмелетке толмағандарды қабылдайтын медициналық бөлімнің бастықтары рационалдық жұмысқа орналастыру жөніндегі нұсқауларды, кәсіптік және жалпы білім алуға жолдама береді.
Бір уақытта дәрігер-психиатрда емделуді және психопрофилактиканы немесе тәрбиешімен бірге психиатр тарапынан тәрбие-психологиялық әсер етуді қажет ететіндер айқындалады.

109. Жылына екі рет мекеменің барлық тәрбиеленушілеріне антропометриялық өлшеуішімен, салмақ өлшеуімен, зертханалық зерттеуімен, сондай-ақ флюорографиялық тексерісімен тереңдетілген дәрігерлік тексеріс жүргізеді. Тәрбиеленушілердің физикалық дайындығын және денсаулық

жағдайы туралы мәліметтер негізінде дене тәрбиесі сабағы үшін: негізгі, дайындық, арнайы және мүгедектер тобына бөледі. Денсаулық жағдайын жақсарту шаралары бойынша оларды бір топтан басқа топқа ауыстырады.

110. Мекеменің медициналық қызметкерлері денсаулық жағдайы бойынша сауықтыру режимін, медициналық бақылауды және күшейтілген тамақтануды, стационарлық медициналық бөлімде құрылатын сауықтыру тобын қажет ететін жасөспірімдерге таңдау жүргізеді.

Сауықтыру топтарына:

физикалық нашар және салмағы нормадан төмен;

әр түрлі ауыр аурулармен ауырған, сынған, хирургиялық операциядан өткен;

денсаулық жағдайында тұрақты сипатты олқылықтары бар, есепке алудың арнайы тобына және диспансерлік бақылауға жататын жасөспірімдер жіберіледі.

Медициналық бөлім бастығы сауықтыру тобына жататын адамдар тізімін құрады, және оны мекеме бастығына бекіткізеді. Сауықтыру тобында болу мерзімін дәрігер белгілейді, ол 30 күнді құрайды. Медициналық көрсеткіш болған жағдайда ол ұзартылады. Сол кезеңде сотталғандар медициналық бөлімнің стационарында ұсталады. Оларға күн кестесін медициналық бөлім бастығы белгілейді. Олар мектепке барады, оларды еңбекте пайдалану еңбек терапиясының түрі бойынша жүзеге асырылады. Медициналық қызметкердің бақылауында емдеу және дене тәрбиесі бойынша сабақтар жүргізіледі.

Медициналық карталарында осы санаттағы адамдарға сәйкестендірілген салмақ, күн кестесі, медикаментозды және витаминотерапия, емдеу дене шынықтыруы, еңбекке пайдалануын бақылауы көрсетілетін жазулар жүргізіледі.

111. Тәрбие колонияларындағы кәмелетке толмаған сотталғандарға арнайы медико-санитариялық көмек көрсетуді жетілдіру мақсатында:

кәмелетке толмаған сотталғандарға біліктілік кеңестік және стационариялық медициналық көмек көрсету үшін облыстық, аудандық, орталық аудандық ауруханаға оларды тұрғылықты орны бойынша орналастыру тәрбие колонияларын бекіту;

денсаулық сақтаудың аумақтық органының қылмыстық-атқару жүйесі басқармасының медициналық қызметтеріне дәрігер-мамандардың сотталған кәмелетке толмағандарға жылына екі рет алдын-алу медициналық: отоларинголог, көз дәрігері, невропатолог, хирург, тіс дәрігері, қажетті зертханалық және функционалдық тексерістерді орындайтын психиатр, сондай-ақ екі флюорографиялық тексерісіне практикалық көмек көрсету;

денсаулық сақтаудың аумақтық органының қылмыстық-атқару жүйесі басқармасының медициналық қызметтеріне ауруы айқындалған адамдарға диспансерлік бақылауды ұйымдастыру және жүзеге асыруда кеңестік және әдістемелік көмек көрсетумен қамтамасыз ету. Оларға емдеу-алдын-алу

іс-шараларын, дәрігер-мамандардың: дерматовенеролог, фтизиатр, сондай-ақ жасөспірімдерді, созылмалы ішімдік және нашақорлықпен ауыратындарды мәжбүрлеп емдеуін жүргізу үшін наркологтың қатысуымен, қолданыстағы ережеге сәйкес толық көлемде жүргізу;

облыстың, қалалар мен ауданның бас мемлекеттік санитариялық мамандарына орналастыру орындарында тәрбие колонияларында эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізу және ұйымдастыруға практикалық көмек көрсету;

денсаулық сақтаудың аумақтық органдары қылмыстық-атқару жүйесі басқармасының медициналық қызметтеріне мекеменің медициналық бөлімін медициналық кадрлармен толықтыруда қажетті көмек көрсету көзделеді.

112. Медициналық бөлім штатында жасөспірім дәрігер-терапевтісі болған жағдайда ауруларды емдеу стационар жағдайында екі апта мерзімде аяқталуы мүмкін аурулары жүргізіледі. Стационариялық емделудің ұзақ мерзімін талап ететін аурулары бар адамдар денсаулық сақтау органының жақындағы ауруханасына жіберуге жатады.

Штатта дәрігер-терапевт болмаған жағдайда медициналық бөлімнің стационария жағдайларына аурудың келуі, тәртіпке сай үш тәулікпен шектеледі, кейін ауруханаға жіберіледі.

113. Медициналық сипаттағы мәжбүрлеу шаралары бар кәмелетке толмаған сотталғандарды емдеу негізгі ұстау орны бойынша жүзеге асырылуы тиіс. Амбулаториялық емдеуді мекеме жағдайында дәрігер-психиатр немесе медициналық бөлім бастығы жүргізеді.

Барлық сотталған жасөспірімдер карантинде болған уақытта дәрігер психиатр кеңесінде болады.

Тәрбие колониялары жағдайындағы нашақорлықпен ауыратындар міндетті түрде еңбек үрдісімен, нашақорлармен жұмысқа және әңгімелесуге дайын қызметкердің басшылығымен жалпы білім беру мектептерінде оқумен сәйкес келуі тиіс.

Осы санаттағы жасөспірім сотталғандармен жұмысты жасөспірімдер дәрігер-психиатры тәрбиеші және психологпен тығыз өзара іс-қимыл және іскерлік байланыста араласып жүргізеді. Олар жасөспірімдер арасында салауатты өмір, нашақорлықтың зиянды салдары және оның алдын-алу жолдарын насихаттау жөнінде іс-шаралар кешенін ұйымдастырады.

2. Әйелдерге жасалатын медициналық көмектің ерекшеліктері

114. Әйелдерді медицинамен қамтамасыз ету жөніндегі мекеменің медициналық бөлімінің міндеттері:

жүктіліктің, туудың және туғаннан кейінгі кезеңнің қиындығын ескерту;
ұрықты антенаталды (ішкі утробты) сақтау;
гинекологиялық аурулардың алдын-алу және емдеу болып табылады.

115. Медициналық бөлім:
жүкті әйелдерге диспансерлік бақылауды;
тууға психопрофилактикалық дайындықты;
"аналар мектебі" жұмысын жүзеге асырады.
Медициналық бөлім:
әйелдерді еңбекке пайдаланудың дұрыстығын (жүкті және емізетін баласы бар әйелдерді заңнамамен көзделген түнгі және шектен тыс жұмыстардан, зиянды өндірістегі жұмыстардан және демалыс күндері мерзімінде босату);
бөлме гигиенасының бар-жоғы және санитариялық жағдайын, олардың типтік жабдықтармен қамтамасыз етілуін;
жүкті әйелдер мен емізетін аналардың тамақтануын бақылайды.

116. Тергеу изоляторында ұсталатын жүкті әйелдердің тууына көмек денсаулық сақтау органдарының туу үйлерінде көрсетіледі.
Туу бөлімшелері балалар үйі бар әйелдер түзеу мекемесінде ұйымдастырылады, және медициналық бөлімнің негізгі бөлігі болып табылады. Тууға көмек көрсету денсаулық сақтау органдарының туу үйлерінде жүзеге асырылады. Баланың түзеу мекемесінде туған жағдайында туған жерін-түзеу мекемесі деп көрсетуге тыйым салынады.

117. Қолданып жүрген заңдарға сәйкес бала күтімі бойынша бір уақыттылық жәрдемақы әйелдердің есеп шотына аударылады.

118. Барлық жүктілер диспансерлік бақылауға жатады. Акушерлік патологиясы және экстрагениталды ауруы бар жүктілер "қауіп" тобына бөлінеді.
Жүктіні алғашқы тексергенде:
құпия, менструалды функцияның сипатына, алдағы жүктіліктің және туудың ағымы мен пайда болуына көңіл аудара отырып, анамнез жиналады;
ультрадыбыстықпен бірге акушерлік жалпы және арнайы тексеріс жүргізеді, салмақ пен артериалды қан қысымын өлшейді;
зертханалық зерттеу жүргізеді (жалпы қан, дәрет анализі, жүктіліктің алғашқы және екінші жартысында Вассерман реакциясы, қанға қажетті) топ пен резусты анықтау, жыныстық бөлінулерді зерттеу;
терапевт және тіс дәрігері тексереді.
Акушерлік анамнездің терістігінде жүкті әйел токсоплазмозға тексеріледі, көрсеткіштер бойынша дәрігер-мамандарға қаралады.
Акушер-гинеколог дәрігерге:
жүктіліктің 1-жартысында - айына 1 рет;
жүктіліктің 2-жартысында 30 аптаға дейін - айына 2 рет;

жүктіліктің 30 аптасынан кейін апта сайын қаралады;
акушерлік анамнездің терістігінде, әйелдердің ауруы немесе жүктіліктің патологиялық ағымында (госпиталдандыруды талап етпейтін) тексерілудің жиілігі жеке шешіледі, зертханалық зерттеулер қажеттілік шаралары бойынша және толық көлемде жүргізіледі.
Әйелдің жүктілігі анықталған сәттен бастап, неғұрлым жеңіл жұмысқа көшіріледі, онымен:
жеке гигиена ережелерін, еңбек және демалыс режимін сақтау туралы санитариялық-арнау әңгімелері;
жаттығудың арнайы кешендері бойынша топтық әдіспен физикалық дайындық; ауру жүктілермен сабақ (жүрек, қан тамырлары ауруы, жүктілік токсикозы кезінде) жеке тәртіпте;
тууға психопрофилактикалық дайындық - апта сайын (6 сабақ);
жүктіліктің 14-16 аптасында "аналар мектебінде" оқу жүргізіледі.
Денсаулық сақтау органы мекемелерінде тексеріс пен емделу үшін госпиталдандыруға:
жүктіліктің патологиялық ағымындағы (токсикоздың ауыр нысанында, түсік, нефропатия, преэклампасия, жыныс мүшелерінен қан жүруі, резус-конфликтілі жүктілік, уақытынан бұрын туу қаупінің басталуы);
экстрагениталды аурулары бар (жүрек ауруы, гипертониялық ауру, гипертиреоз, диабет, анемия, лейкоз, цистит);
туу ағымы нашарлауы мүмкін денсаулығы жақсы (жатырдағы тыртық, ұрықтың көлденең немесе қиғаш ахуалы, көпұрықтық жүктілік, ішкі утробты ұрықтың өлімі, жатыр миомасы);
амбулаториялық жағдайларда ауру диагнозы мен нашарлауын анықтау мүмкінсіздігіндегі әйелдер жатады.
119. Акушерлік стационардан шыққаннан кейін тексеріс:
I - 7-10 күннен кейін;
II - 1 айдан кейін;
III - 2 айдан кейін жүргізіледі.
Бірінші тексерісте акушерлік тексерістің мәліметтері зерделенеді, арыздар айқындалады, жыныс мүшелерін тексеру көрсеткіш бойынша жүргізіледі. Жеке гигиена ережелерін сақтау туралы әңгіме жүргізіледі. Қажет жағдайда дәрігер-мамандар кеңестік карауды белгілейді.
Екіншіде - арыздар айқындалады, көрсеткіштер бойынша зертханалық зерттеулер белгіленеді.
Туу кезеңінен кейінгі физиологиялық ағымы кезінде үшінші тексерістен кейін

әйелді диспансерлік есептен шығарады.

Туушының денсаулық жағдайын дәрігер акушер-гинеколог, ал жаңа туған нәрестенің дамуын дәрігер-педиатр бақылайды.

120. Гинекологиялық көмекті ұйымдастыру міндеттері:

гинекологиялық аурудың алдын-алу;

оның бұрын пайда болуы;

гинекологиялық ауруларға медициналық көмек көрсету болып табылады.

121. Гинекологиялық ауруларды анықтау дәрігер акушер-гинекологқа әр түрлі арызданумен және жыл сайынғы алдын-алу тексерістерін жүргізген кезде жүзеге асырылады.

Қаралуға мекемеде ұсталатын барлық әйелдер жатады, оларды дәрігер акушер-гинеколог жылына 1 рет қарайды.

Ауруды айқындаған кезде (немесе оның бар-жоғына күмәнданған кезде) дәрігер:

анамнез жинауды;

ауруларға жалпы және гинекологиялық тексерісті;

бактериологиялық және цитологиялық зерттеулер үшін жағынды алуды жүргізеді.

122. Жоспарланған госпиталдандыруға жататын аурулар болжамды тексерістен өтеді, оларды стационарияда орынмен қамтамасыз ету керек.

Медициналық бөлімнің стационариясында емдеу мүмкін емес аурулары бар әйелдер аумақтық денсаулық сақтау органдарының ауруханаларында стационариялық емделуге жіберіледі.

Жүктілікті жасанды үзуі үшін стационарияға жіберілген кезде:

Вассерман реакциясына қан анализін;

жыныс мүшесі жағындарын зерттеу;

алғаш жүктілерге - резус-қан қажеттілерін анықтау жүргізіледі.

Басқа зерттеулер көрсетім бойынша белгіленеді.

123. Жүктіліктің жасанды үзуі үшін қарсы көрсеткіштер:

жіті және қатуланған гонорея;

кез-келген локализацияның жіті және қатуланған қабыну процесі;

жіті инфекциялы аурулар болып табылады.

124. Гинекологиялық аурулар үнемі бақылауда және тексерістен өтеді.

Стационарлық емдеуге әйел жыныс органдарының қатерліісіктері бар, репродуктивті жүйенің функциясының бұзушылықтары бар (овариалды-етеккір циклінің бұзылуы, дисфункционалды жатырдан қан ағу, эндометриоз), сонымен бірге оперативтік кірісуді қажет ететін қатерлі емес аурулары, әйел жыныс органдарының қабыну аурулары ушығу стадиясында және патологиялық климакс аурулар жатады.

Аурулардың келу жиілігі мен мерзімі, бақылаудың ұзақтығын жеке әр ауруға аурудың клиникалық стадиясы мен оның өту ерекшелігі, сипатына қатысты дәрігер белгілейді.

3. Сотталған әйелдердің балаларына арналған балалар үйі жұмысын ұйымдастыру

125. Балалар үйі сотталған әйелдердің балалары ұсталатын және тәрбиеленетін балалар мекемесі болып табылады.

Балалар үйі әйелдер түзеу мекемесінде ұйымдастырылады.

Балалар үйі аймақтан тыс орналастырылады немесе тұрғын аймағынан алшақтатылады. Балалар үйі орналастырылған жер учаскелері қоршалады, бір-бірлерінен жыл бойы таза ауада балаларды қыдырту және ұйықтату үшін (топ санына байланысты) оқшауланған кеңістіктермен жабдықталады.

Балалар үйінде туудан үш жасқа дейінгі балалар тәрбиеленеді. Үш жастан асқан балалар сотталған әйелдердің жақын туыстарына ұстауға беріледі, ал олар болмаған жағдайда немесе баладан бас тартқан жағдайда балалар үйіне тапсырылады. Аналары келіскенде балалар балалар үйінен шығарылады және туыстарының тәрбиелеуіне үш жасқа жеткенше беріледі.

Барлық жаңа туған балалар әр балаға тууы туралы куәлігі толтырылып, ЗАГС-те тіркеледі. Үш күндік мерзімде ЗАГС-те жаңа туған балалардың өлі тууы немесе өлуі, өмірінің бірінші аптасында (туғаннан кейін 0-7 тәулік немесе 0-168 сағат) өлгендер жағдайлары тіркеледі. Әр балаға (ұрық) перинатальды өлім туралы куәлік толтырылады.

Әр балалар үйі үй-жайларды топтық оқшаулауымен 50-150 балалар сиятындай етіп есептеледі.

Балалар үйін денсаулық сақтау туралы заңнамаға сәйкес медициналық, тәрбиелеу және әкімшілік-шаруашылық қызметіне басшылық ететін дәрігер-педиатр, балалар үйінің бастығы басқарады.

Іс жүргізуінде балалар үйі бар мекеме бастығы және медициналық бөлім бастығы оның жұмысының ұйымдастырылуына жауапты болады.

126. Балалар үйінде сауықтыру мен тәрбиелеу жұмыстарын дұрыс ұйымдастыру мақсатында жас ерекшелік топтары ұйымдастырылады.

Топтар саны және топтағы балалардың жас ерекшелік құрамы балалардың бар жоғы, олардың жасына және психофизиологиялық дамуын есепке ала отырып белгіленеді.

Балалар жасы бойынша топтарға бөлінеді: бірінші топ - 10 айға дейін (4 айға дейінгі балаларды топтарға бөлумен), екінші топ - 10 айдан 1,5 жасқа дейін; үшінші топ - 1,5 жастан 2-ге дейін. Бірінші және екінші топтарда балалар саны 10

-нан аспауы, үшінші топта - 13-тен аспауы тиіс.

Егер кез-келген жас ерекшелік топтарындағы балалар саны нормадан асып кетсе, қатарлас топтар құрылады.

127. Балаларды медициналық қамтамасыз ету үшін:

дені сау баланың физикалық және жүйке-психикалық дұрыс дамуын ұйымдастыру;

инфекциялы және соматикалық аурулардың алдын-алу және емдеу жүргізіледі.

128. Балалар үйінің медициналық қызметкері:

1 жасқа дейінгі балаларды рационалды тамақтандыруды және 1 жастан асқан балалардың толық тамақтануын;

декреттелген жас ерекшелігі кезеңінде балаларға алдын-ала егуді жүргізуді;

дене бітімін қалыптастыру, дене шынықтыру сабақтарын жүргізуді;

балалар үйінде ауырған балаларды оқшаулау, карантин жұмыстарын ұйымдастырумен байланысты іс-шараларды жүргізуді;

балалар үйінде аналар мен қызметкерлермен санитариялық-ағарту жұмыстарын жүргізуді;

есепке алу және есеп беруді қамтамасыз етеді.

129. 1 жасқа дейінгі балаларды рационалды тамақтандыру белгіленген тәртіппен ұйымдастырылады. Осыған орай медициналық қызметкерлер:

кеуде арқылы тамақтандыруды барынша сақтауға талаптануы;

кеуде сүтінің жетіспеушілігі жағдайында араластырып және жасанды тамақтандыруға баланы уақытылы көшіруі;

баланың жасы мен жеке ерекшеліктерін ескере отырып, рационға сусын, жеміс пюресі, витаминдер, азықтың әр түрлерін енгізуі;

негізгі азық ингредиенттерінде физиологиялық қажеттілігіне баланың алатын тамақтарының сәйкестігіне қатаң бақылауды жүзеге асыруы;

баланың денсаулық жағдайы мен жеке ерекшеліктерін, тамақтану жағдайын, қоршаған ортасын ескеріп отыруы тиіс.

Тамақтану тиімділігінің құны нормаға сәйкес дене салмағы және бойының дұрыс өсуі бойынша мониторинг жүргізіледі.

"Қауіп" топтарына - көп тұқымды жүктіліктен шала туғандар, күрделі дене салмағымен туғандар, гипотрофиямен ауыратындар бөлінеді. Осындай балалардың тамақтану режимі туралы мәселе қатаң түрде жеке шешіледі.

130. Алдын-ала егулер санитариялық ережелер мен нормалармен сәйкес жүргізіледі. Осыған орай мынадай іс-шаралар:

егу жұмыстарын жылға, тоқсанға, айға жоспарлау;

балаларды міндетті термометриямен егетін күні тексеру;

асептик ерекшеліктерінің (жеке кабинет, егу инструменттерін стерильдеу)

санитариялық-гигиеналық іс-шараларын сақтау;
медициналық бұрулардың ұзақтылығын анықтаумен жүргізілген алдын-ала егулерді нақты тіркеуі жүргізіледі.

131. Шынықтыру мынадай жағдайларды:
шынықтыру әдісін талдауда баланың жеке ерекшеліктерін есепке алуды;
барлық табиғи факторлар мен шынықтыратын процедураларды кешенді пайдалануды;
табиғи фактордың әсер ету күшінің сатылап көбеюін;
шынығудың жүйелілігі - ол жыл бойы жүзеге асырылады, бірақ оның түрі мен әдісі ауыстырылады және ауысым мен ауа райына тәуелді;
шынықтыру процедурасы уақытында баланың жақсы, байсалды көңіл-күйін сақтаумен жүргізіледі.

Бала өмірінің алғашқы жылдарының физикалық тәрбиеленуі массаж бен гимнастикасы бар жеке сабақтар түрінде жүргізіледі.

Бір жылдан асқан балалардың дене шынықтыру сабақтары қозғалмалы ойындар түрінде, сондай-ақ гимнастикалық жаттығулар кешені түрінде (бум, горка, орындық арқылы басу бойынша жүру) ұйымдастырылады.

Балалардың денсаулық жағдайы дәрігер-мамандардың тартылуымен кешенді әдістемесі бойынша бағаланады. Бұл жұмыстың соңғы нәтижесі балаларды денсаулық жағдайы бойынша, сауықтыру іс-шараларын өткізуді жеңілдететін біркелкі топтарға біріктіру болып табылады.

132. Балалар үйіне барлық жаңадан түсетіндер тез арадағы және мұқият тексерістен өтеді.

Балалардың дәрігерлік тексерісі келесі мерзімдерде жүргізіледі:
өмірдің 1-айында - күн сайын; 1 айдан 6 айға дейінгі мерзімде - екі күнде 1 рет; 6 айдан 1 жасқа дейінгілер - бес күнде 1 рет; 1 жастан 2 жасқа дейінгілер - айына 2 рет.

Балалардың осы тексерісі мен психофизикалық дамуы бала дамуының тарихына енгізіледі.

Нашарлаған балалар мен денсаулық жағдайында олқылықтары бар балаларға кеңес беру үшін емдеу мекемелерінен дәрігер-мамандар шақырылады. Балалар үйіне түсерде барлық балалар антропометриялық өлшеуден өткізіледі, одан әрі бұл өлшеулер 1 жасқа дейінгілерге айына бір рет жүргізіледі.

Сау балаларды өлшеу 4 айлыққа дейін - күн ара, 4 айдан 1 жасқа дейін - бес күнде 2 рет, 1 жастан 1 жас 6 айға дейін - 10 күнде 1 рет, 1 жас 6 айдан 2 жасқа дейін - айына 2 рет жүргізіледі. Нашарлаған балаларды әр тамақтандыру алдында және одан кейін тамақтандыру көлемінің теңбе-теңдігін анықтау үшін жүргізіледі.

133. Инфекциялы ауруларды енгізуді ескерту мақсатында балалар үйіне барлық жаңадан түскендерге екі айлық жастан асқан балалар 21 күн мерзімде карантинде болады.

Екі айлыққа дейінгі жастағы балалар 3-5 күндей карантин үй-жайларының жартылай боксында орналастырылады. Соңғылар госпиталдандырылғанға дейін изолятор боксында ұсталады, карантинге қарамастан, ауыр және инфекциялы аурулары бар балалар денсаулық сақтау органдарының ауруханаларына жіберіледі.

Карантинді өту үшін балалар үйінен тыс балалар үйі орнының штаттық санынан керует саны 15%-дай құрылуы тиіс арнайы үй-жай ұйымдастырылады.

Карантиндегі үй-жайда: 2-3 жартылай боксы бар қабылдау бөлмесі, балаларды аналарымен ұстайтын бөлмесі (бір балаға алаңы 4 шаршы метрден кем емес және анасына 2 шаршы метр), жуынатын бөлме, дәрет бөлмесі, балаларды серуендететін жеке кеңістік болуы керек.

Карантиндегі үй-жайларда әр балаға күн кестесі жеке құрылады, ал тәрбие жұмысы баланың денсаулық жағдайы мен жас ерекшелігіне сәйкес жүргізіледі.

Карантин уақытында балалар мен аналарды бациллотаратушы дифтерияға, ішек топтарына (паратиф, дизентерия, іш сүзегі), гельминтозбен залалдануға, туберкулезбен және мерезбен ауырғандарға, Вассерман реакциясына, қыздар мен аналарды - гонореяға қанын зерттеумен тексеріс жүргізіледі. Келесі қосымша тексерістер клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткіштер болғанда жүргізіледі.

Ауру және мерезбен ауырған, аурудың белсенді пайда болулары тіпті, Вассерман қайшылық реакциясында жоқ аналардан туған балалар белгіленген кесте бойынша міндетті алдын-ала емдеуге тартылады.

134. Балалар үйінде орын санынан 15% көлемінде керует санына ұйымдастырылған изолятор үй-жай топтарынан оқшауланып орналастырылып, жеке кіру есігі болуы керек. Онда: қабылдау, 1-2 боксталған бөлмелер (1 балаға алаңы 4 шаршы метрден кем емес), санитарлық торап, жуынатын орын, баланы уақытша оқшауландыратын бокс болуы керек. Бөлімшеде веранда, сондай-ақ балаларды серуендететін жасылданған учаске болуы тиіс.

Карантин бөлімшесі және жұқпалы аурумен балаларды оқшаулау бөлімшесі барлық керекті жабдықтармен, күту заттарымен қамтамасыз етіледі.

135. Топтар мен топшалардың күн кестесі балалардың жас және жеке ерекшеліктеріне сәйкес белгіленеді. Әр топта баланың дұрыс дамуын қамтамасыз ететін, олардың жасына сәйкес сауықтыру және тәрбиелеу іс-шаралары жүргізіледі.

136. Анада кеуде сүті болмаған жағдайда құрғақ сүт қоспасына икемделеді. Балалар үйі жанында сүт ас үйі ұйымдастырылады.

137. Балалар үйінде нашарлаған балаларға баланың сауығуына әсер ететін режим мен жағдай туғызатын санаторлық топтар ұйымдастырылады.

138. Инфекциялы аурудың әр жағдайы туралы балалар үйінің бастығы сол күні мекеменің медициналық бөліміне хабарлайды. Инфекциялы аурулармен қатынаста болған балаларға қатысты барлық эпидемиологияға қарсы іс-шаралар жүргізіледі. Олар жеке топқа бөлінеді және жеке үй-жайда орналастырылады.

Ауру бала айқындалған топта ағымдағы дезинфекция жүргізіледі, кейін соңғы диагнозы белгіленгеннен кейін - қорытынды дезинфекция жүргізіледі. Өткір ішек инфекциясы айқындалған балаларға қызмет көрсететін сол топтың персоналдары мен ас бөлмесінің қызметкерлері ішек тобына тексеріледі.

139. Созылмалы патологиясы бар балалар динамикалық бақылауға алынады. Аурудың сипатына байланысты оларға рецидивке қарсы емдеу, спецификалық және жалпы шынықтыру терапиясы жүргізіледі. Актілерге сәйкес балалар үзіліссіз балалардың дәрігер-мамандарының тартылуымен тереңдетілген тексерістен өтеді.

Санитариялық-ағарту жұмыстарын балалар үйінің бастығы санитария және гигиена мәселелері бойынша бюллетень, аурудың маусымдық алдын-алуы, " аналар мектебі", медициналық тақырыптағы лекциялар мен әңгімелесулер түрінде жүргізіледі.

140. Колония әкімшілігі балалардың қалыпты өмір сүруі мен дамуы мүмкіндігін қамтамасыз етеді. Сотталған әйелдер өздерінің үш жасқа дейін балаларын балалар үйіне орналастыра алады және олармен жұмыстан бос уақытта шектеусіз байланыс жасай алады. Оларға балалармен бірге өмір сүруге рұқсат беріледі.

141. Балалар үйінің бастығы сотталған әйелдерді сұрау жолдарымен, ал керек жағдайда жақын туыстарымен хат алмасу нәтижесінде балаларды тәрбиелеуге соңғы келісімін беру анықталады. Егер туыстары баланы алуға келісіп, бірақ алып кетуге қаражат болмайтын болса, онда мекеме "Босату бойынша шығындар " бабына сәйкес екі жаққа барып келу темір жол ақысын төлейді.

Баланы тәрбиелеуге қабылдаған туыстарына баланы беру туралы актінің көшірмесі беріледі, тууы туралы куәлік, баланың денсаулық жағдайы, жүргізілген алдын-ала егулері және ауырған аурулары көрсетілетін баланың даму тарихы көшірмесінің үзіндісі беріледі.

Баланы сотталғанның туыстары тәрбиелеуге ала алмайтын жағдайда, балалар үйінің бастығы 2-3 ай бұрын денсаулық сақтау органдарына баланы олардың балалар мекемесіне беру туралы хабардар етеді.

Қорғаншылық және қамқоршылық органдарының шешімі бойынша, анасының келісімімен балалар басқа адамдарға тәрбиеленуге беріледі.

Орталық жүйке жүйесінің зақымдану шектеулері бар, кем болып туған және

өзге де аурулары бар жалпы профильдегі балалар үйіне жіберуге келмейтін балалар арнайы балалар үйіне немесе денсаулық сақтау органының емдеу мекемесіне жіберіледі.

Сотталған әйелдің туыстарына берілетін бала, сондай-ақ денсаулық сақтаудың балалар үйіне берілетін балалар балалар үйіне немесе туыстарына өтеусіз берілетін маусымдық киімнің, іш киімнің және аяқ киімнің толық комплектісімен қамтылады.

142. Балалары бар әйелдерді босатқан кезде, олардың қолына қолхат алу арқылы баланың тууы туралы куәлік, баланың денсаулық жағдайы, жүргізілген алдын-ала егулері және ауырған аурулары көрсетілетін баланың даму тарихы көшірмесінің үзіндісі беріледі.

Әйелді босату кезінде бала ауырған болса және госпиталдандыру қажет болса, онда анасының келісуімен ол денсаулық сақтау органының жақын жердегі ауруханасына орналастырылады.

5. Қоныс колониясында ұсталатын адамдарды медициналық қамтамасыз ету

143. Қоныс колониясына (бұдан әрі - ҚК) эпидемияға қарсы іс-шараларға бақылауды, санитариялық эпидемиологиялық қадағалауды қылмыстық атқару жүйесінің мемлекеттік санитариялық-эпидемиялық қадағалау бөлімшесі (бұдан әрі - МСЭҚБ) жүзеге асырады.

144. Инфекциялы аурулар айқындалған жағдайда медициналық бөлім (сауықтандыру бөлімі) эпидемияға қарсы іс-шаралар есепке алу және жүргізуді жүзеге асыру үшін жедел хабарландыру МСЭҚБ-не жіберіледі.

145. ҚК құрамында сотталғандарға медициналық көмек көрсету үшін медициналық бөлімдер (сауықтандыру пункті) жүйелейді. Медициналық бөлімнің құрамына амбулатория және стационар кіреді. Стационарда палатадан басқа сан.өткізуші (шешінетін орын, ванна) және қол жуғышы мен дәретханасы, тамақ ішетін бөлмесі бар бір-екі керуетті изолятор болады. Палата кеңістігінің нормасы бір керуетке 4 шаршы метрден кем емес.

146. ҚК ұсталатын туберкулезбен ауыратын сотталғандар денсаулық сақтау органдарының туберкулез диспансерінде немесе қылмыстық атқару жүйесінің туберкулез мекемелерінде ақысыз емделумен қамтамасыз етіледі. Сотталғандардың тексерісі және мамандардың кеңесі денсаулық сақтау органдары мекемелерінің базасында жүргізіледі (келісілуі бойынша). Біліктілік станционарлық емдеу қажеттілігі жағдайында олар денсаулық сақтаудың аумақтық органдарының мекемелерінде госпиталдандырылады, сонымен бірге ақысыз кепілдік көлемдегі медициналық көмек көрсетіледі.

6. Протездік-ортопедиялық бұйымдармен қамтамасыз ету және тіс протездік көмекті ұйымдастыру

147. Протездік-ортопедиялық бұйымдармен қамтамасыз ету және тіс протездік көмекті ұйымдастыру Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады.

7. Бас бостандығынан айыру орындарына көшіру және босату кезінде арнайы контингентті медициналық қамтамасыз ету

148. Мекемеден кетер алдында арнайы контингент наряд жағдайына жарамдығын анықтау үшін медициналық міндетті тексеріс өтеді.

Тасымалдауға жатпайтын аурулар көшіруге жатпайды (туберкулезбен ауыратын науқастардан басқа).

149. Сотталғандарды эшалонда тасыған кезде оларды шығарып салуға медициналық қызметкерлер бөлінеді. 500 адамға дейін көшіргенде - фельдшер, 500-ден 1000 дейін - дәрігер және фельдшер, 1000-нан жоғары - дәрігер және 2 фельдшер белгіленеді. Жіберілетін сотталғандардың арасында біліктілік медициналық көмекті қажет ететін адам болса, оны және 500 жуық сотталғанды апаруға дәрігер бөлінеді.

150. Сотталғанды апаруға бөлінген медициналық персонал:

сотталғандарды күзетпен қабылдауға қатысады, жіберу алдында санитариялық өңдеуді жүргізудің толығы мен сапалылығын бақылауға;

сотталғандарды эшелонға кіргізуге бірнеше сағат бұрын эшелон бастығы және теміржол медициналық қызметінің өкілімен бірге вагондардың санитариялық жағдайы мен жабдықтарын (шам, нар, пеш, тамақ ішетін ыдыс, су құятын бөшке), тамақтардың бар болуы мен сапасы, тамақтарды сақтайтын ыдыстардың бар жоғын тексеруге;

сотталғандарға, қызмет көрсететін персоналдарға және жолда әскери қарауыл жасайтын жеке құрамға медициналық көмек көрсетуге;

жолда ауырып қалған аурулар айқындалған кезде және біліктілік дәрігер көмегін керек ететіндерге немесе жіті аурулар пайда болған кезде эшелон бастығы арқылы оларды қылмыстық-атқару жүйесінің немесе денсаулық сақтау органдарының жақын жердегі ауруханаға госпиталдандыруға шаралар қабылдауға және денсаулық сақтау, әділет органдарының мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалауды жүргізуге;

жолда эшелонның санитариялық жағдайын, азық-түлік сақтаудың тәртібі мен жағдайын бақылауға және ішетін сумен қамтамасыз етуге;

медициналық көмек сұрағандарға тіркеу жүргізу;
белгіленген орынға келгенде сотталғандарды, киім-кешектерді тапсыруға және құжаттарды рәсімдеуге қатысуға міндетті.

151. Әскери қарауылдың әскери қызметкерлеріне, олар айдайтын сотталғандарға жолда медициналық қызметкер болмаған жағдайда әскери қарауыл бастықтарының телеграммасы бойынша жақын жердегі медициналық мекеме күшімен медициналық көмек көрсетіледі.

152. Тамақ ішуден бас тартқан адамдарды сот процесіне, тергеу органдарына және бас бостандығынан айыру орындарына жіберу арнайы контингенттің (арнайы вагонның немесе арнайы көліктің жеке камерасында) негізгі массасынан жеке медициналық қызметкердің шығарып салуымен жүргізіледі.
Тамақ ішуден бас тартқан адамдардың денсаулығына және өміріне зиян келетін болса, онда жазбаша қорытынды бойынша медициналық қызметкердің көмегімен қажетті медициналық көмекпен қамтамасыз ететін жақын жердегі мекемеге тапсырылуы тиіс.

153. Жіберудің алдында сапасыз медициналық тексеру немесе қылмыстық-атқару жүйесінің емдеу мекемесіне ауруды негізсіз қабылдамау фактісі бойынша тергеу жүргізіледі, осы лауазымды айыптылар жауапкершілікке тартылады.

154. Алты айдан жоғары жүкті немесе бір айдан екі жасқа дейінгі баласы бар әйелдерді, жан дүниесінің күйзелісімен ауыратындарды және ауыр халдегі адамдарды тасымалдау басқа сотталғандардан оқшауланған, жіберуші орган бөлген медициналық қызметкердің шығарып салуымен арнайы вагондарда жүргізіледі. Жолда арнайы вагондарда медициналық қызметкерлерге демалу үшін кішкене камера (жолбасшы купесінен орын) және төсек жабдықтары беріледі. Сотталғанға ұдайы медициналық бақылаудың қажеттілігі болмаған жағдайда оның жеке ісіндегі анықтамаға белгі қойылуы керек, медициналық қызметкер көрші вагонға жіберіледі.
Баратын адамдардың оларды үзіліссіз тексеруін жіберуші орган белгілейді. Лепрамен ауыратын сотталғандарды тасымалдау арнайы жабдықталған тауар вагондарында жүзеге асырылады.

155. Стационарлық емдеуді қажет ететін адамдарды мекемеден босатқан кезде денсаулық сақтау органдарының ауруханаларына госпиталдандырылады. Бас бостандығынан айыру органдарынан босату алдында және түзеу қоныс колониясына жіберу, шартты мерзімнен бұрын босату алдында, инфекциялы ауруды болдырмау мақсатында, сондай-ақ тұрғын жеріне өз бетімен бару мүмкіндігі туралы мәселені шешу үшін сотталған санитариялық өңдеу мен медициналық тексерістен өтуі қажет. Тексеріс нәтижесі медициналық амбулаториялық картаға енгізіледі.

156. Сотталғанды түзеу қоныс колониясына жіберу кезінде мекеменің медициналық бөлімшесінің ДКК комиссиясына тексеруге жіберіледі. Нәтижесі сотталғанның амбулаториялық картасына енгізіледі, жеке ісіне медициналық анықтама тіркеледі. Түзеу колониясына көшіруге: I, II, III топтағы мүгедектер, мәжбүрлеп емдеуі бітпеген ауруы бойынша диспансерлік бақылауды керек ететіндер, еңбекті пайдаланудың толық көлеміне кедергі тигізетіндер, диспансерлік есептің I тобы бойынша қаралатын белсенді туберкулезбен ауыратындар, ЖҚТҚ-мен ауыратындар, инфекциялы аурудың жіті стадиясымен ауыратындар, мүгедектікке әкелетін системалық аурулар жатады.

157. Босатуға жататын сотталғандар өз бетімен белгіленген тұрғын жері бойынша психикалық жағдайы және физикалық жетіспеушілігімен бара алмаса, медициналық бөлімнің бастығы белгіленген тәртіпте шығарып салушылар санын бөлетін мекеме бастығын хабардар етеді.

158. Сотталғанды этаптау кезінде өлгеннің мүрдесі және оның мүліктері жақын жердегі көліктік ішкі істер органдарына тапсырылады. Бұндай жағдайда қызметтік тексеріс міндетті түрде жүргізіледі.

159. Қарттар және мүгедектер үшін интернаттарына жіберуді қажет ететін адамдарды бас бостандығынан айыру орындарынан босатқан кезде мекеме әкімшілігі әлеуметтік қамтамасыз етудің жергілікті органдарына босатылғанға дейін үш айдан кешіктірмей көрсетілген адамға босатылғаннан кейін сәйкестендірілген үй интернатқа орналастыру үшін қажетті құжаттарды ұсынады .

8. Қылмыстық-атқару жүйесінің емдеу мекемелерінде сотталғандарды ұстау режимі

160. Ауруханаларда тәртіпті бұзатын сотталғандарға түзеу мекемелерінің ішкі тәртіп Ережелері реттейтін, жаза өтеудің негізгі орнына қайтарудан басқа, жалпы жағдайын есепке ала отырып, жазаның барлық түрлері қолданылады.

161. Өміріне қаупі бар қатты ауруы бар сотталғанның туысқандарына оған келуге мекеме бастығы мүмкіндік береді.

Ауыр халді ауруы бойынша ауруханада тұратын сотталғанға, мекеменің сәйкестендірілген түрі үшін белгіленген сомада емдейтін дәрігері нұсқау берген азық-түлікті сатуға рұқсат беріледі.

Ауруханада ұсталатын сотталғандарға режимнің сәйкестендірілген түрі үшін белгіленген беру мен сәлем хаттар санында және салмағында алуға рұқсат етіледі . Сәлем хатты қабылдау және беру белгіленген нормаға сәйкес рұқсат етіледі.

162. Мекеменің медициналық бөлімінің бастығы:

жатақханада және басқа да коммуналдық, мәдени-ағарту және өндірістік

объектілерде сотталғандардың жеке гигиеналық және санитариялық ережелерді сақтауына қол жеткізе отырып, жүйелі түрде санитариялық-ағарту жұмыстарын ж ү р г і з е д і ;

сотталғандардың еңбегін олардың дене саулығына сәйкес, ал кәмелетке толмағандар үшін - олардың жас ерекшеліктерін есепке ала отырып бақылауды ж ү з е г е а с ы р у д ы ;

жасақтар, сондай-ақ мекеменің санитариялық-тұрмыстық секция кеңесінің жұмысына жетекшілік етеді және оларды бөлімшелердің санитариялық жағдайын жақсарту мақсатында пайдаланады;

медико-санитариялық қызмет көрсетудегі барлық жетіспеушіліктер туралы қажетті шараларды қабылдау үшін мекеме бастығына және жоғарыда тұрған медициналық бастыққа хабарлайды;

жұмыста мекеменің барлық бөлімі мен қызметтерімен, сондай-ақ денсаулық сақтау органдарының емдеу-алдын-алу мекемелерімен, аймақтық медициналық-әлеуметтік сараптау комиссиясымен (бұдан әрі - МӘСК) ұдайы қарым-қатынаста болады.

163. Карантин мерзімі кезінде сотталғандар оқшауланған үй-жайларда ұсталады. Олардың арасында инфекциямен ауыратындар пайда болған жағдайда карантин мерзімі соңғы инфекциялы ауруды оқшаулаған сәттен бастап созылады .

164. Түзеу немесе емдеу мекемесінде эпидемиялық көрсеткіштер бойынша кездесулерге рұқсат берілмеген жағдайда, сол мекеменің әкімшілігі бас бостандығынан айыру орындарындағы заңдылықтың сақталуына бақылау жасайтын прокурорды хабардар етеді.

165. Шаруашылық қызмет көрсетуге жұмысқа жіберілген адамдармен ол туралы медициналық кітапшада жазылатын, сынақ тапсырылатын санитариялық-техникалық минимум бойынша арнайы сабақтар жүргізіледі.

166. Ас блогына (тәуліктік наряд) уақытша жұмысқа бөлінген адамдар денені міндетті тексеруге тартылады және ас дайындаумен және таратумен, асхана мен ас үйді, мүкаммал мен жабдықтарды жуумен байланысты емес жұмыстарды орындай алады.

167. Дайын тағамның дәмдік қасиеттері мен сапасына бақылауды медициналық жұмыскер мен мекеме бастығының кезекші көмекшісі дайын тағамнан дәм татып көру жолдарымен жүзеге асырады. КҮҮ мен айыптау изоляторына тамақты тарату мен қабылдау медициналық қызметкердің бақылауымен жүзеге асырады.

168. Сотталған өндірістік жарақат алғанда, кәсіптік аурумен ауырғанда немесе уланған кезде медициналық бөлімнің бастығы актіде қайғылы оқиғаның ауырлығы мен болуы туралы көрсетеді және оны зерттеу жөніндегі комиссиясы

жұмысына қатысады. Өндірістік жарақат, кәсіптік ауру және улану туралы акті белгіленген тәртіппен сотталғанның жеке ісіне тіркеледі.

169. Медициналық бөлімнің бастығы барлық тұрмыстық және өндірістік жарақаттар туралы жазбаша түрде түзеу мекемесінің әкімшілігіне хабарлайды.

Мекеменің медициналық қызметкерлері жүйелі түрде (айына 2 реттен кем емес) жұмыс істейтін сотталғандар еңбегінің санитариялық-гигиеналық жағдайын, еңбекті сақтаудың ережесін орындауын, өндірістік санитарияны, аптечка мен санитариялық сөмкенің бар болуы мен комплектісін, өндірісте ауыз сумен жабдықтау жағдайын, арнайы киімнің болуын, аумақ пен жұмыс орындарының санитариялық жағдайын тексереді. Нәтижелері тексеру және нұсқама актілерінде көрсетілген жетіспеушіліктерді жоюдың нақты мерзімдерін көрсете отырып цехтардың, учаскелердің және басқа да объектілердің әкімшілігінің атына ресімделеді. Өндірісте санитариялық-гигиеналық өрескел бұзушылықтарды айқындаған жағдайда тексеріс нәтижелері мекеме әкімшілігі оларды жоюға шұғыл шаралар қабылдау үшін хабарланады.

170. Сотталғандарды жіберу алдында наряд жағдайына жарамдығын анықтау үшін міндетті медициналық тексерістен өтеді. Сотталғандарды іріктеумен айналысатын медициналық қызметкерлер сотталғандар ауысатын және онда жүргізетін жұмыстың сипаттамасын, мекеме орналасқан орынның климаттық ерекшеліктерін ескеруі қажет.

9. Туберкулезге қарсы көмек

171. Туберкулезге қарсы көмекті ұйымдастыру мақсатында медициналық қызмет:

туберкулинодиагностиканы ұйымдастыру жолымен туберкулезбен ауыратындарды уақытылы айқындау;

айқындалған белсенді туберкулезбен ауырған ауруларды, бірінші кезекте бактерия бөлушілерді аз мерзімде оқшаулау;

туберкулезге қарсы шаралар Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелері мен тергеу изоляторында осы Ереженің 6-қосымшасына сәйкес жүргізіледі;

арнайы контингент арасында ауруды ескерту бойынша алдын-алу іс-шараларын жүргізу;

санитариялық-гигиеналық және эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізу;

арнайы контингенттің денсаулығын нығайтуға және туберкулездік инфекцияға қарсылығын жоғарылатуға бағытталған жалпы сауықтыру іс-шараларын;

санитарлық-ағарту жұмыстарын жүргізу қажет.

172. Туберкулезбен ауыратындарды уақытылы айқындау үшін кеуде клеткаларына флюорографиялық тексерісін, қақырықтың бактериоскопиясы жүргізіледі.

Тергеу изоляторында алғашқы кеуде клеткаларының флюорографиялық тексерісі түскен күннен кешіктірілмей 10 күннен кейін жүргізіледі. Осы тексерістен өтпеген адамдар түзеу мекемесіне келгенде осы орында аз уақытта және келесі 6 айдан кейін өтеді.

Кеуде клеткасын флюорографиялық тексеру жылына екі рет жүргізіледі. Осы мақсат үшін қылмыстық-атқару жүйесінің, сондай-ақ, жергілікті денсаулық сақтау органдары бөлімшелерінің флюорографиялық қондырғылары соңғы жағдайда келісім шарт бойынша қолданылады. Флюорографиялық тексеруді орындау мүмкіндігі болмаған жағдайда сол мерзімде тікелей рентгеноскопия әдісін қолдануға болады. Кәмелетке толмағандар тек флюорографиялық тексерістен өткізіледі, ал флюорограф болмаған жағдайда кеуде клеткасының рентгенографиясы жүргізіледі.

Флюорографиялық немесе рентгенологиялық тексерісінің нәтижесін медициналық амбулаториялық картасына тіркеледі және оған флюорограммалар жазылады.

173. Өкпесінде өзгеріс бар, белсенді туберкулезге күдікті адамдар тез арада дені сау арнайы контингенттен (тергеу изоляторында - арнайы бөлінген камераларда, түзеу мекемелерде - медициналық бөлімнің инфекциялық изоляторында) оқшауланады. Дәрігер-фтизиатрдың тартылумен қосымша тексерістен кейін туберкулездің алдын-ала немесе соңғы диагнозы белгіленеді. Туберкулездің белсенді формасымен ауыратын айқындалған адамдар туралы белгіленген нысанда МСЭҚБ-не хабарлайды. Дені сау арнайы контингент арасында белсенді туберкулезбен ауыратынды ұстауға тыйым салынады.

Тергеу изоляторында, айрықша режимді түзеу колонияларында немесе түрмелерде ұсталатын белсенді туберкулезбен ауыратындар жеке камерада (дені сау адамдардан оқшау) ұсталады. Мұнда туберкулездік мекемелердегідей эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізіледі.

Стационариялық емдеуді қажет ететін сотталғандар аз уақытта қылмыстық-атқару жүйесінің туберкулезге қарсы мекемесіне жіберіледі. Туберкулезбен ауыратындарды емдеу және диспансерлік қадағалау қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерінде кезеңдік туберкулезге қарсы жүйемен қатаң сәйкестікте жүзеге асырылады.

174. Белсенді туберкулезбен ауыратын сотталғандарды ұстау және емдеу үшін туберкулездік ауруханада немесе түзеу колониясында келесі бөлімшелер құрылады:

1) қабылдау-диагностикалық бөлімше; әр түсетін ауру ДКК мамандарымен

тексеріледі, ауру қосымша тексерісті қажет етпеген жағдайда ауру сәйкестендірілген бөлімшеге ауыстырылады. Одан әрі тексеріске көрсетім бар болса, ауру соңғы диагнозды белгіленгенге дейін бөлімшеде ұсталады;
2) келесі бөлімшеден тұратын стационар:
оң жағындылы жаңа оқиғалары бар аурулар үшін бөлімше (бұдан әрі - БК+);
теріс жағындылы жаңа оқиғалары бар аурулар үшін бөлімше (бұдан әрі - БК-) ;
БК+-мен рецидиві бар аурулар үшін бөлімше;
БК--мен рецидиві бар аурулар үшін бөлімше;
4 санатты созылмалы туберкулезі бар аурулар үшін бөлімше.
БК+-мен жаңа оқиғалары бар аурулар және БК+-мен рецидиві бар аурулар туберкулезге қарсы мекемеде үй-жай болмаған жағдайда оларды бір бөлімшеде ұстауға болады. Сондай-ақ БК--мен жаңа оқиғалары бар аурулар және БК--мен рецидиві бар аурулар бір бөлімшеде ұсталады;
3) амбулаториялық учаске келесі бөлімшелерден тұрады:
БК--мен емдеудің қолдайтын фазасында тұратын аурулар үшін бөлімше;
3 санатты аурулар үшін бөлімше;
ДОТС бойынша емдеуді аяқтаған аурулар үшін (русифицирлік аббревиатура ағылшын сөз тізбесінен - Directly Observed Treatment Shortcoүrse - тікелей бақылау арқылы қысқа емдеу курсы).

175. Емдеудің бірінші кезеңінде туберкулезді аурухана стационариясы жағдайында немесе тергеу изоляторларының арнайы камераларында немесе түзеу мекемелерінің локалдық учаскелерінде ДОТС әдісі бойынша антибактериялды терапиясының интенсивті фаза жүргізіледі. Стационариялық емдеуге мекемеде айқындалған диспансерлік есепке алудың 1-тобына жататын (бұдан әрі - ДЕТ), ал сондай-ақ амбулаториялық емдеу және диспансерлік қадағалау кезеңінде рецидивті үрдіспен белсенді туберкулезбен ауыратындар жатады.

Үкім заңды күшіне енгеннен кейін аурулар тергеу изоляторынан арнайы туберкулезге қарсы мекемелерге жіберіледі.

Стационариялық емдеу мерзімі емдеу санатының режимін анықтайтын туберкулездік үрдістің нысаны, фазасы, динамикасына тәуелді.

176. Емдеудің екінші кезеңінде ДОТС әдісі бойынша емдеуді аяқтағанға дейін қолдайтын фаза жүзеге асырылады. Оң динамикалы және қақырығы теріс анализі бар аурулар стационариядан амбулаториялық ауруларға арналған бөлімшеге ауыстырылады. Бірінші және үшінші санат бойынша амбулаториялық емделу кезеңінде туберкулезбен ауру және бациллобөлу пайда болған жағдайда ауруды қолайсыздығы бар екінші санат бойынша емделуін жалғастыру үшін стационарияға ауыстырылады. Туберкулездің созылмалы мультирезистендік

нысанын белгілеуде ауру жеке бақылау мен емдеуі бар созылмалы аурулар үшін бөлімшеге ауыстырылады.

177. Үшінші кезеңде II ДЕТ-ке оны ауыстырғанға дейін, емдеуді аяқтаған адамдарға диспансерлік бақылау қамтамасыз етіледі. Ауруды II ДЕТ-ке ауыстырғаннан кейін, ол жаза мерзімін одан әрі өтеу үшін туберкулезге қарсы мекемеден түзеу мекемесіне ауыстырылады.

178. Төртінші кезеңде II ДЕТ ауруларына диспансерлік бақылау қамтамасыз етіледі.

179. Туберкулезге қарсы мекемеде ұсталатын сотталғандар түзеу мекемелерінің ішкі тәртіп Ережесі талабының толық көлемінде таратылады.

I, II ДЕТ бойынша қаралатын адамдарды, айыптау изоляторында, КҮҮ-да дені сау сотталғандарды бір камерада біріктіріп ұстауға тыйым салынады. Камераның ағымдағы дезинфекциясы белгіленген тәртіпте, қорытындысы - ауруларды камерадан босатқаннан кейін жүргізіледі.

180. ДЕТ-ты өзгерту туралы және ауруды емдеудің келесі кезеңіне ауыстыру туралы мәселені медициналық бөлімнің немесе аурухананың бастығымен бірге комиссиялық шешеді. Қабылдаған шешім бойынша медициналық амбулаториялық картада жазылатын дәлелді қорытынды жасалады.

181. Тергеу изоляторында белсенді туберкулезбен ауыратын айқындалғанда оның қамауға дейін тұрғылықты жері бойынша туберкулезге қарсы диспансерге хабарлама жіберіледі.

Туберкулезбен ауырғанды (I, II ДЕТ) бас бостандығынан айыру орындарынан босатқанда оның тұрғылықты жері бойынша денсаулық сақтау органдарының туберкулезге қарсы диспансерлеріне ашық диагнозын, жүргізілген тексеріс, емделу (дозалар саны), аурудың қысқа анамнезін көрсетумен бірге хабарлама жіберіледі.

182. Туберкулезге қарсы мекемелерде еңбектік терапия жүргізу үшін аурудың жалпы жағдайы, туберкулез үрдісінің белсенділігі және мүгедектік тобының бар болуы ескеріледі.

183. Мекемеде белсенді туберкулезбен ауырған адам айқындалса, онымен бір камерада немесе тұрмыс секциясында ұсталған адамдар өзара байланысты болғандықтан, оларға қажетті іс-шаралар жүргізумен III ДЕТ бойынша есепке алынуы керек.

184. Алдын-алу іс-шараларын өткізу және аурулармен байланыс бойынша есепке алу міндетті түрде медициналық амбулаториялық картаға тіркеледі.

185. Туберкулезге қарсы көмекті ұйымдастырудың негізгі критерийі және оның соңғы нәтижелері:

дені сау арнайы контингенттер арасында диспансерлік есепке алудың 1 тобы бойынша диспансерлік бақылауға жататын адамдар және туберкулезбен

ауыратындар болмауы;
контингенттің тергеу изоляторына осы инфекциямен залалданғанымен бірге салыстыру бойынша түзеу мекемелерінде айқындалған туберкулезбен ауыратындардың саны;
түзеу мекемелерінен белсенді туберкулезбен ауырған адамдарды тергеу изоляторына қарағанда аз санымен босату;
тергеу изоляторына түскендермен салыстырғанда түзеу мекемелерінен босатылған аурулар арасында туберкулездің ауыр түрімен ауруы болып табылады.

10. Уақытша және тұрақты еңбек қабілеттілігінің жоғалту сараптамасы

186. Мекемедегі уақытша еңбек жарамсыздығы сараптамасын медициналық бөлім, аурухана дәрігері жүзеге асырады. Мекемелерде уақытша еңбек жарамсыздығы сараптамасының міндеттері сотталғандардың еңбек жарамдылығын уақытша жоғалуын, олардан ұзақ немесе ұдайы еңбек жарамдылығын жоғалтуды, ДКК мәліметтеу үшін жіберу, еңбектің адамдарға сәйкестендірілген жағдайын нұсқауды анықтау болып табылады.
Уақытша еңбек жарамсыздығы сараптамасына жауап медициналық бөлім, аурухана бастығына жүктеледі, ал аймақ бойынша бүтіндей қылмыстық атқару жүйесінің аумақтық басқармаларының медициналық қызметкерлерінің бастықтарына жүктеледі.

187. Уақытша еңбек жарамсыздығы фактісі белгіленгенде және амбулаториялық емдеуді өту үшін ауруы бойынша жұмыстан босату қажеттілігінде сәйкес медициналық құжатта жазу жүргізіледі, уақытша еңбек жарамсыздығы себебін тіркейтін талон толтырылады.
Дәрігер ауруға 3 күн мерзімге дейінгі еңбеккежарамсыздық парағын береді, ал күрделенсе босату мерзімін дәрігер 6 күнге дейін ұзарта алады. Алты күннен көп ұзартуды ДКК шешеді. Еңбеккежарамсыздық парағын мекеме әкімшілігі уақытында денсаулық сақтаудың аумақтық органдарында белгіленген тәртіпте алады. Еңбеккежарамсыздық парағы сотталғандардың қолына берілмейді, мекеменің бөлімшелеріне беріледі.
Жұмыстан сырттай босатуға тиым салынады, сондай-ақ жұмыстан босатуды ұзартса және жұмысқа шығар алдында ауруды тексеру міндетті болып табылады.
Бір дәрігер немесе фельдшер жұмыс істейтін мекемелерге ауырған уақытта оның міндетті негізінде босату құқығы берілген.

188. Жіті аурулар кезінде қолайлы еңбек болжамында босату еңбек жарамдығын қайтарғанға дейін беріледі. Жіті аурулары кезінде созылмалы

жағдайға ауысуға жақын болса жұмыстан босату еңбек болжамы қолайлы болғанға дейін беріледі. Қолайсыз немесе күмәнді болжам кезінде ауруды мүгедектікті анықтау мәселесін шешу үшін ДКК-ға жіберу қажет. Мүгедектікті анықтау үшін негіздеме болмаған жағдайда, бірақ бөлшектеп шектеу еңбеккежарамсыздығы болса, ауру дәрігер қорытындысы бойынша басқа жұмысқа ауыстырылады.

Еңбеккежарамсыздық парағы созылмалы ауру кезінде берілмейді. Басқа жағдайларда аурудың өршуі, асқынуы кезінде босату өршудің жойылғанға дейінгі уақытқа беріледі.

189. Еңбеккежарамсыздығы ұдайы немесе ұзақ жоғалтуда, сондай-ақ аурулардың оны мағыналы шектеуінде мүгедектік белгіленеді. Сотталғандарға мүгедектікті белгілеу және оның мерзімін ұзарту Қазақстан Республикасы Еңбек және халықты әлеуметтік қорғау министрлігінің аймақтық органдарымен жүргізіледі. Сотталғанға мүгедектік тобын белгілеген жағдайда, оған әрекеттегі заңнамаға сәйкес мүгедектік бойынша мемлекеттік әлеуметтік жәрдемақы беріледі.

Сотталған-мүгедекке мемлекеттік әлеуметтік жәрдемақы сотталғанның есеп-шотына аударылады.

Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алумен қамтамасыз ету Ережесіне 1-қосымша
Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2004 жылғы 25 мамырдағы N 145 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығымен бекітілген "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Жедел көмек көрсетуге арналған
синдромдық қалаудың және оның құрамына
кіретін дәрілік құралдар мен инструменттердің
типтік тізбесі

Гипертониялық криз:

Пентамин 5% ерітінді	1 мл	10 амп.
Дибазол 1% ерітінді	5 мл	10 амп.
0,5% ерітінді	5 мл	20 амп.
Клофелин 0,01% ерітінді	1 мл	10 амп.
Обзидан	1 мл	10 амп.
"	5 мл	2 амп.
Лазикс	2 мл	4 амп.
Аминазин 2,5% ерітінді	1 мл	3 амп.
Магний сульфаты 25 % ерітінді	10 мл	10 амп.
Апрессин (гидролазин)	5 мл	10 амп.
Нитроглицерин 0,5 мг	таб.	50 дана
Нифидипин 10 мг	таб.	50 дана

Өкпе ісінуі:

Лазикс	2 мл	10 амп.
Строфантин 0,05% ерітінді	1 мл	5 амп
Коргликон 0,06% ерітінді	1 мл	5 амп
Преднизолон	1 мл	5 амп.
Пентамин 5% ерітінді	1 мл	3 амп.
Дроперидол 0,25% ерітінді	10 мл	2 амп.
Фентанил 0,005% ерітінді	2 мл	3 амп.
Глюкоза 5% ерітінді, 20% ерітінді		4 фл.
Галоперидол 0,5% ерітінді	1 мл	3 амп.
Гидрокортизон		2 фл.
Резеңкелік жгут		2 дана.
Оттегі көпшігі		1 дана.
Этил спирті 96%		100 мл.
Нитроглицерин 0,5 мг	таб.	50 дана
Добутамин 0,5% или 4%	5 мл	10 амп

Ауыру синдромы (сондай-ақ кардиогендік)

Нитроглицерин	0,5 мл	1 қорабы
Фентанил 0,005 % ерітінді	2 мл	5 амп.
Дроперидол 0,25% ерітінді	10 мл	2 амп.
Промедол 2 % ерітінді	1 мл	1 амп.

Анальгин 50% ерітінді	2 мл	5 амп.
Новокаин 0,5% ерітінді	5 мл	4 амп.
Но-шпа	2 мл	5 амп.
Баралгин	5 мл	5 амп.
Папаверин 2%	1 мл	10 амп.

Артериалдық гипотензия:

Норадреналин 0,2% ерітінді	1 мл	3 амп.
Преднизолон 30 мг ампулада		5 амп.
Реополиглюкин 250 мл		1 фл.
Гемодез 250 мл		1 фл.
Мезатон 1% ерітінді	1 мл	3 амп.
Допамин 50 мг ампулада		2 амп.
Глюкоза 5 % ерітінді	250 мл	2 фл.

Анафилактикалық шошыма:

Адреналин 0,1% ерітінді	1 мл	3 амп.
Мезатон 1% ерітінді	1 мл	5 амп.
Преднизолон 30 мг ампулада		4 амп.
Гидрокортизон		2 фл.
Норадреналин 0,2%	1 мл	5 амп.
Эуфиллин 2,4 % ерітінді	10 мл	2 амп.
Глюкоза 5% ерітінді		250 мл
Димедрол 1% ерітінді	1 мл	3 амп.
Супрастин 2,5% ерітінді	1 мл	3 амп.
Пенициллиназа 500000 ЕД		2 фл.
100000 ЕД		1 фл.
тек пенициллинге аллергия кезінде!		
Гемодез	250 мл	1 фл.
Жгут резеңкелік		1 дана
Кальций хлориді 10% ерітінді	10 мл	3 амп.
Лазикс	2 мл	5 амп.

Астмататикалық статус:

Эуфиллин 2,4% ерітінді	10 мл	5 амп.
Эуфиллин 24% ерітінді	10 мл	2 амп.
Гидрокортизон	125 мг	5 фл.
Атропин сульфаты 0,1% ерітінді	1 мл	3 амп.
Адреналин 0,1% ерітінді	1 мл	3 амп.
Гепарин	5 мл	2 фл.

Жүрек ритмінің жіті бұзылуы:

Новокаинамид 10% ерітінді	10 мл	2 амп.
Обзидан	1 мл	5 амп.
Изоптин	1 мл	10 амп.
Лидокаин	2 мл	10 амп.
Строфантин 0,05% ерітінді	1 мл	5 амп.
Дигоксин 0,025% ерітінді	1 мл	5 амп.
Коргликон 0,06% ерітінді	1 мл	5 амп.
Мезатон 1 % ерітінді	1 мл	3 амп.
Панангин	5 мл	5 амп.
Унитиол 5% ерітінді	5 мл	5 амп.
Изупрел	5 мг	20 табл.
"	1 мл	5 амп.
Атропин сульфаты 0,1 % ерітінді	1 мл	3 амп.
Аймалин	0,05 мл	5 амп.
Ритмилен	0,1 мл	5 амп.
Дилтиазем	0,25 мг.	5 амп.
Магний сульфаты 25%	10 мл	10 амп.
Инъекцияға арналған су 10 мл ампулада		5 амп.

Улану кезіндегі антидоттар мен физиологиялық антагонисттар:

Этил спирті 96% ерітінді		200 г.
Унитиол 5% ерітінді	5 мл	20 амп.
Антарсин 1% ерітінді	1 мл	5 амп.
Натрий тиосульфаты 30 % ерітінді	5 мл	3 амп.
Амилнитрит	0,5 мл	5 амп.
Цистамин гидрохлориды	0,4 г	10 табл.
Карболен 0,25		50 табл.
Налорфин 0,5% ерітінді	2 мл	5 амп.
Метилендік көк 1% ерітінді	50,0 мл	4 амп.
Атропин сульфаты 0,1% ерітінді	1 мл	20 амп.
Прозерин 0,05 ерітінді	1 мл	20 амп.
Галантамин 1 % ерітінді	1 мл	10 амп.
Холин хлориды 20% ерітінді (500-1000 мл-ге 0,85% NaCI ерітіндісі) немесе 5% глюкоза ерітіндісі)	10 мл	5 амп.
Апоморфин 1% ерітінді	5 мл	5 амп.
Ботулинге қарсы сары су (А,Б,С,Д,)		1 доза.
Сіреспеге қарсы сары су 3000 МЕ		10 амп.
Энтеродез		50 г.

Жедел көмек көрсетуге қажетті басқа дәрілік құралдар, таңу материалдары және медициналық құралдар:

Нашатыр спирті 10 мл фл.	1
Сутегі тотығы 3 %	30,0
Инсулин 40 ЕД флаконда	1
Йод тұнбасы 5 % флаконда	1
Күйуге қарсы аэрозоль флаконда	1
Седуксен 0,5 20 мл амп.	2
Гемостатикалық губка	1 дана.
Бинттер 5 м х 10 см	1 қорап
5 м х 7 см	1 қорап
Дәкелік стерильді майлықтар	1 қорап
Гигроскопиялық мақта	25
Бактерицидтік лейкопластырь	1
Көз пипеткалары	2
Бір рет пайдаланылатын шприцтар	5
Газшығаратын түтік	1
Қан қысымын өлшейтін аппарат	1
Медициналық термометр	1
Қолдық тыныс алу аппараты	1
Транспорттық шиналар терімі	1
Рингер ерітіндісі 400 мл	1 фл.
Реополюгликин ерітіндісі 400 мл	1 фл.
Тілтұтқыш	1
Ауызкеңейткіш	1

Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алумен қамтамасыз ету Ережесіне 2-қосымша Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2004 жылғы 25 мамырдағы N 145 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығымен бекітілген "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде

және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Мекеменің медициналық бөлімінің бастығының типтік лауазымдық нұсқаулығы

1. Медициналық бөлімнің бастығы мекеменің бастығына бағынады, емдеу-алдын-алу, санитариялық және эпидемияға қарсы мәселелер бойынша - жоғарыда тұрған медициналық бастыққа бағынады. Медициналық бөлімнің бастығы болмаған жағдайда оның міндеттерін дәрігер-ординатор немесе медициналық бөлімнің фельдшері атқарады.

2. Медициналық бөлімнің бастығы мекемедегі барлық емдеу-алдын-алу және санитарлық-эпидемияға қарсы жұмыстарға жауапты және медициналық бөлімнің алдына қойылған мақсаттың орындалуына дербес жауапты.

3. Медициналық бөлімнің бастығына арнайы контингентке медициналық көмекті (амбулаториялық және стационариялық) ұйымдастыру жүктеледі, сонымен бірге мекемедегі тиісті санитарлық эпидемияға қарсы режимнің сақталуына бақылау жасайды. Ол медициналық бөлімнің құрылымдық бөлімшелерінің жұмысын және жедел көмектің тәуліктік, демалыс және мереке күндерде көрсетілуін ұйымдастырады.

4. Медициналық бөлімнің бастығы:

1) медициналық бөлімнің қызметін талдауға және мекеменің басқа қызметтерімен бірге медициналық қамтамасыз етуді жақсартуды, арнайы контингенттің денсаулық жағдайын күшейтуге, сонымен бірге ауру-сырқаулықты болдырмау және төмендету, жарақаттану, еңбекке жарамсыздық және мүгедектікке бірінші рет шығу жөнінде іс-шараларды жетілдіруге;

2) медициналық бөлімнің дәрігерлерінің, орта және кіші медициналық персоналдардың жұмысын басқаруға, олардың арасында жүйелі тәрбие жұмысын жүргізуге;

3) медициналық бөлімнің жұмысын жоспарлауды жүргізуге;

4) мекеме бастығымен медициналық бөлімнің жұмыс жоспарын, медициналық изолятор немесе стационариядағы аурудың ішкі тәртіп Ережесін, сонымен бірге персоналдардың лауазымдық нұсқаулықтарын бекітуге;

5) жүйелі түрде медициналық персоналдарға бұйрықтар, жоғарыда тұрған

бөлімнің нұсқауларын жеткізу және олардың уақытылы орындалуын қамтамасыз етуге;

6) жоспардың орындалуын тексеру мақсатында мерзімді бағынышты қызметтің жұмысын, сонымен бірге медициналық бөлімнің персоналдың өз міндеттерін орындауын тексеруге;

7) медициналық бөлімдегі ауруды тексеру және емдеу сапасы жүйелі түрде бақылау;

8) арнайы контингентке медициналық тексерудің барлық түрлерін жүргізуді ұйымдастыру;

9) медициналық персоналдармен күнделікті айыптау және тәртіптік изоляторды, камералық типті үлгідегі үй-жайды, жеке камераларды (егер онда арнайы контингент болған жағдайда) баруын қамтамасыз ету. Аталған үй-жайлардың санитариялық жағдайын, онда ұсталып отырған адамдарға медициналық көмектің сапасын дербес бақылау;

10) медициналық бөлімдегі барлық төтенше жағдайлар жөнінде уақытылы және мұқият тексеруді жүргізу, сонымен бірге топтық және жаппай инфекциялық аурулар жағдайын, кеш госпиталдандыру, арнайы контингент арасында кенеттен өлім, оларға уақытылы емес немесе сапасыз көмек көрсетілуі жағдайын тексеруді жүргізу. Тексерудің нәтижелері және қабылданған шаралар туралы мекеменің бастығына, керек болған жағдайда жоғарыда тұрған ұйымдарға баяндауға міндетті;

11) ішкі тәртіп ережесін бұзуына немесе басқа да себептерін медициналық бөлімнің, стационариясынан ауруды ерте шығару жөніндегі мәселелерді шешуге;

12) мекеменің жедел-режим қызметімен бірге психикасының бұзылушылықтары бар адамдарды анықтауды ұйымдастыруға, арнайы контингент арасында санитариялық-ағарту жұмыстарын жүргізуге;

13) емдік тамақтандыруды ұйымдастыруға, меню-жайып салуды құрастыруға, сонымен бірге дайын тағамның сапасына бақылауды қамтамасыз етуге қатысуға тиіс. Гигиеналық сараптауға, зертханалық, бактериологиялық талғауға азық-түліктерді, бұйымдарды алуды жүргізуге, сонымен бірге дайын тағамның дәмін татуға;

14) мекеменің азаматтық қорғаныс шараларының медициналық қамтамасыз ету жоспарын жетілдіруге, мекеменің медициналық бөлімінің азаматтық қорғанысы және апаттық жағдайдағы тиісті жұмысын ұйымдастыруға;

15) медициналық бөлімнің материалдық-техникалық базасының нақты қажеттілігіне сәйкестігін талдауға, оны күшейтуге шараларды қабылдауға;

16) статистикалық есепті сапалы және уақытылы құрастыруды ұйымдастыру және уақытылы жоғарыда тұрған органдарға уақытылы ұсынуға міндетті. Медициналық бөлімдегі есеп-қисаптық құжаттарды жүргізуге бақылауды жүзеге

асыруға тиіс;

17) медициналық бөлім және бас бостандығынан айыру ауруханаларымен өзара байланысын және жалғастырушылығын қамтамасыз етуге;

18) мекеме бастығына арнайы контингенттің тұрмыстық және өндірістік жарақаттар және уланулар туралы медициналық көмекке қаралған барлық жағдайлар жөнінде тез арада баяндауға;

19) мекеменің басшылығының тапсырысымен медициналық-санитариялық қамтамасыз ету мәселелері бойынша сотталғандар және олардың туыстарының арыздары және шағымдарын ықыласпен және объективті қарастыруды, жүйелі түрде олардың болуы себептерін талдауға, хаттардағы және шағымдағы ұсыныстарын мекеменің медициналық бөлімнің жұмысын жетілдіруге қолдануға ;

20) жетілдіру және мамандандыру жүйесі бойынша жоғарыда тұрған медициналық бөліммен бірге медициналық персоналдардың біліктілігін арттыруға қатысуға тиіс. Медициналық бөлімнің жұмысының практикасына алдын-алу, диагностикалау және емдеудің жаңа әдістерін, жаңа медициналық техникалар мен дәрілік заттарды зерделеп енгізуге;

21) тергеу изоляторы медициналық бөлімінің бастығы тергеу-қамалған ауыр халдегі науқастарға қылмыстың жолын кесу өлшемін өзгертуге медициналық құжаттарды дайындауға жауапты;

22) емдеу және санитариялық-эпидемияға қарсы мәселелер, медициналық кадрлар жөнінде жергілікті денсаулық сақтау органдарымен тұрақты байланысын қолдауға тиіс.

5. Медициналық бөлімнің бастығы:

1) өзінің құзыры шамасында мекеме басшылығына мекеменің, оның құрылымдық бөлімдері мен қызметінің жұмысы бойынша ұсыныстар енгізуге;

2) мекеме басшылығына медициналық бөлімнің персоналдарын марапаттау немесе жазалау жөнінде, өзінің бағыныстағы орта медициналық қызметкерлер және дәрігерлердің лауазымдық ауыстырылу жөнінде ұсыныстар енгізуге;

3) медициналық бөлімнің қызметіне қатысты мәселелер бойынша кеңестерге қатысуға;

4) санитарлық-гигиеналық және эпидемияға қарсы бақылау мақсатымен белгіленген тәртіпте мекеменің барлық объектілеріне баруға, мекеменің санитариялық жағдайын бақылауды жүзеге асыруға қажетті құжаттарды лауазымдық адамдардан талап етуге, санитарлық-гигеналық нормалар мен нұсқаулардың бұзушылықтарын жоюда нұсқаулар беруге;

5) медициналық персоналмен пайдалануға жарамсыз деп танылған жағдайда азық-түліктерді пайдалануға жібермеуге;

6) еңбек қызметінің ерекшеліктеріне байланысты инфекциялық аурудың

тарату көзі болып табылатын бактериятасымалдаушы адамдарды жұмыстан босатуға;

7) инфекциялық аурумен байланыста болған адамдарды карантинге тартуға құқылы.

6. Медициналық бөлімнің бастығы өзінің қызметтерінде мына мәселелер бойынша байланыс:

1) медициналық бөлімнің стационариясындағы ауруларды ұстау режимі, жеке камералар, камера типті үлгідегі үй-жайлар, айыптау және тәртіптік изоляторға жабу, медициналық бөлімнің қаржыландырылуы, мекеменің басқа қызметтері мен құрылымдарымен жөндеу жұмыстарын жүргізуде;

2) арнайы контингенттің медициналық қамтамасыз етілуін және санитарлық тәртіптің ұсталуы және жоғарыда тұрған медициналық бөлімдермен мекемедегі эпидемиологиялық аман-есендігін ұйымдастыруда;

3) мекемені медикаменттермен, медициналық жабдықтармен және медициналық негіздегі құралдармен қамтамасыз ететін мекемелер және кәсіпорындармен медициналық жарақтандыруда;

4) озат тәжірибелерді зерделеу, кеңестер жүргізуде мамандардың көмегін алуға, медициналық кадрларды жұмыс орындарында дайындауда, денсаулық сақтау органдары мекемелерінің бас дәрігерлерімен тиісті көрсетімдер болған жағдайда сотталғандарды госпиталдандыруға орын бөлуде;

5) жергілікті санитарлық-эпидемиологиялық бақылау жасайтын ұйымдар мен мекемелермен - халықтар арасындағы эпидемиологиялық жағдайына оперативтік бақылауда байланыс жасай алады.

7. Медициналық бөлімнің қызметінің нәтижелері келесі негізгі өлшемдер бойынша:

1) арнайы контингенттердің денсаулығы жағдайы жөнінде көрсеткіштер және медициналық бөлімнің қызметінің көрсеткіштері;

2) медициналық бөлімде төтенше жағдайлардың болмауы, заңдылықтың бұзылуының, емдеу-алдын-алу жұмыстарының сапасы жөнінде дәйекті арыздардың болмауы, ауруларға ықылассыз және селқос қарау фактісі болмауы;

3) медициналық персоналдар арасында лауазымдық міндетін тиімді бөлу, медициналық бөлімдегі персоналдардың жоспарлық және басқа тапсырмаларын орындауына бақылауды қамтамасыз ету;

4) мекеменің және оның медициналық бөлімнің қызметін белгілейтін құқықты құжаттарды білу, басқару мәселелері бойынша құзырлығы;

5) басшылықтың мәдениеті, талдаудың статистикалық әдістерін жұмыста пайдалану;

6) медициналық бөлімнің персоналдарының кәсіптік дайындығын жоғарылату және білімін жетілдіру;

7) медициналық бөлімнің қызметінің іскерлік және моральдық қасиетін білу, олардың денсаулығын сақтау, еңбек жағдайларын жақсартуда қамқорлық жасау;

8) медициналық бөлімнің ұжымдағы қолайлы психологиялық климатты қолдау, медициналық бөлімнің бастығының қызметіне қызметкерлер тарапынан дау-жанжал жағдайының, дәйекті арыздардың болмауы бойынша бағаланады.

Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алумен қамтамасыз ету Ережесіне 3-қосымша
Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2004 жылғы 25 мамырдағы N 145 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығымен бекітілген "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Мекеменің медициналық бөлімдерін медициналық инструменттермен, жабдықтармен және мүкәммалмен жабдықтаудың үлгі табелі

1. Күту бөлмесі

орындықтар
сырт киімді ілгіш
санитариялық-ағарту құралдары (брошюралар, плакаттар, қабырға газеттері)
қалдықтарды салуға арналған басқышы бар (урна) шелек

2. Дәрігер қабылдайтын кабинет

артериалды қан қысымын өлшеуіш
фонендоскоп
көз көруін анықтайтын таблица

төмендеген көз көрудің симуляциясын анықтауға арналған Поляк бақылауы мен белгісінің таблицасы
шеке рефлекторы
неврологиялық балғашық
құлақ воронкалары
мұрындық айналар
бинокулярлы лупа
шпателдер
медициналық керует
үстел
орындықтар
киім ілгіш
қалдықтарды салуға арналған басқышы бар (урна) шелек

3. Фельдшер (медбике) кабинеті

артериалды қан қысымын өлшеуіш фонендоскоп
қолға ұстайтын, станды динамометр
еденге қоятын медициналық таразы
өлшеуіш лента
ростометр
угломер
медициналық термометр
шпателдер
медициналық бір есікті шкаф
үстел
киім ілгіш
қалдықтарды салуға арналған басқышы бар (урна) шелек тасығыштар

4. Зертхана

орамал ілгіш
керует
үстел үстіндегі лампа
винттелген орындықтар
қатты орындықтар
тумбалар
шкаф
тартқыш шкаф
СОЭ анықтайтын аппарат
лейкоцитарлы формуланы есептегіш аппарат

термомонша
прецензионды таразылар
винтовкалы және пружиналы қысқыштар
қанның нысанды элементтерін есептегіш камера
приборларға арналған сым карзиналар
4-6 есе ұзын құлағы бар лупа
бинокулярлы насадкасы бар микроскоп
қайралған микроскоптарға арналған жарық бергіш
эпиляционды пинцет
секундомер
спирттік шам
50 мл-лік цилиндрі бар 1000-нан 1050-ге дейінгі урометр
зертханалық электрлік центрифуга
электрлі кептіргіш шкаф
көлденең зертханалық штатив
металды штатив
60 приборға бактериологиялық жиналмалы приборға арналған штатив
химиялық приборға арналған штатив
металды штатив
зертханалық ыдыстар, материалдар және тиесіліктер
созылмалы шкаф
фотокалориметр
ионометр
рефрактометр
дистиллятор
гемоглобинометр
кварцты жарықтандырғыш
тоңазытқыш
автоклав
құрғақ ауалы стерилизатор
деңгейді өлшеуіш прибор
реактивтер
қан газының анализаторы
микропипеттер жинағы
зертханалық құралдар жинағы
аналитикалық таразы
дәрет автоматикалық анализаторы
-30^{o} С терең қатыру аппараты

приборларға арналған центрифуга
УЗ пипеткаларын тазалайтын аппарат
СО 2 инкубаторы бар колония есептегіші
5. Физиотерапевтік кабинет
"Поток-1" электрфорезаға арналған аппарат
СМТ-терапияға арналған "Амшгапульс-7" аппараты
ИКВ-4 индуктотермияға арналған аппарат
"Искра-1" дарсонвализацияға арналған аппарат
портативті дарсонвализацияға арналған аппарат
"Ультратон" ультродыбысты аппарат
"Ундатрен" УВЧ-80-ОД УВЧ терапиясына арналған аппарат
импульсті режимдегі УВЧ терапиясына арналған аппарат
"Ромашка" ДМВ терапиясына арналған аппарат
"Полюс-3" магнитотерапияға арналған аппарат
МАГ 30-3 магнитерапиясына арналған аппарат
"АВИМП" магнитерапиясына арналған аппарат
ИКЛ мен "Магнолия" магнитерапиясына арналған аппарат
Акупунктурлы КВЧ терапиясына арналған аппарат
УЗТ терапиясына арналған аппарат
Жылы ректальды емделуге арналған аппарат
ЛОР үшін жылы емдеуге арналған аппарат
Лазерлі портативті аппарат
БОП-4 УФО терапиясына арналған аппарат
ОБН-150 ауасын дизенфекциялау аппараты
ультродыбысты ингалятор
массаж жасайтын үстел
велотренажер
омыртқа коррекциясына арналған стенка
спорттық жүгіру төсеніші
кондиционерлер
6 литрге арналған электрлі парафин жылытқыш
медициналық рефлектор
үстелге қоятын процедуралық сағат
құм сағат (1,2 және 5 мин)
киім ілгіш
үстел
орындық
медициналық керует
қалдықтарды салатын басқышы бар шелек

6. Функционалдық диагностика кабинеті

тиесілігі бар 3/6 каналды электрокардиограф
арбасы бар 6/12 каналды электрокадиограф
8 ауруға арналған керует жанындағы монитор
фонокардиограф
ЭХО кардиограф
кардиографиялық велоэргометриялық кешен
пневмотахометр
спирограф
реограф
электроэнцефалограф
УЗИ аппараты
түрлі таратуы бар дуплерлі УЗИ
пульсооксиметр
сфигмоманометр
24 сағаттық қан қысымы рекордері
спирометр
артериалды қан қысымын өлшеуіш прибор
фонендоскоп
секундомер
медициналық керует, кресло-каталка
үстел үстіне қоятын лампа
қатты орындықтар
жазба үстелі
медициналық тумбалар
киім ілгіш

7. Процедуралық кабинет

жедел медициналық жәрдем шкафы
медикаменттерді сақтауға арналған шкаф
сейф
дем жібергіш тұтқасы бар аппарат
жасанды дем беруге арналған портативті аппарат
артериалдық қан қысымын өлшеуіш прибор
фонендоскоп
түймесі бар бауды кесуге арналған прибор
орташа стерилизатор
шприцтер (инсулинді, 2,0; 5,0; 10,0 және 20,0 мл)
бүйрек үлгідегі леген
медициналық максималды термометр

улану, жіті аурулар және сынулар кезінде жедел жәрдем көрсету жөніндегі
таблица
медициналық керует
орындықтар, кресло-каталка, тасығыш
электрлі плита
киім ілгіш
үстел үстіне қоятын лампа
тоңазытқыш
ағаш щит
амбулаториялық және стационариялық ауруларды емдеуге арналған
медикаменттер жинағы
медициналық ширма
инструменталды үстел
бактерицидті жарықбергіш
электрлі стерилизатор
дистиллятор
құрғақ ыстық шкаф
бикстер (контейнерлер)

8. Таңу

Атауы	Өлшем бірлігі	Таңу N 1 таза	Таңу N 2 іріңді
1	2	3	4
Таңу үстелі	Дана	1	1
Көтеріңкі панелі бар инструментальды үстел	"	1	1
Металл сөрелері бар инструменттерге арналған үстел	"	1	1
Бактерицидті жарықбергіш	"	1	1
Қозғалмалы лампасы бар бестенелі светильник	"	1	1
Қозғалмалы бір рефлекторлы светильник	"	1	1
Шыны сөресі бар инструменттерге арналған шкаф	"	1	1
"НАПП-2" үлгідегі үзіліссіз			

ингаляциондық наркоз аппараты	"	1	1
Электроотсос	дана		1
Мәрлі шарлар	"	2	2
Түрлі мәрлі сулық қағаздар	"	10	10
Мақтасы бар таяқшалар	"	5	5
5 см-лі мәрлі туруніктер	"	3	3
Хирургиялық пинцет	"	1	1
Анатомиялық пинцет	"	1	1
Қан тоқтататын	"	3	3
Жарақат шеттерін тоқтататын ілгіштер	"	2	2
Ине ұстағыш	"	1	1
Хирургиялық инелер	жинақ	1	1
Дәрі қабылдайтын стақан	дана	2	2
Хирургиялық бес саусақ N 7-8	сыңар	1	1
Бүйрек үлгідегі леген	дана	1	1
Трахеостомикалық стерилді, жалпы мақсаттағы дөңгелек, иілген толық инелер жинағы	"		5
N 18 әдемі иілген катетер	"		2
Трахеостоматикалық жіті ілгіш	"		2
Екі тісті жіті жарақатты таратуға арналған ілгіш	"		2
Трахеостоматикалық кеңейткіш	"		1
N 3 трахеостоматикалық пластмасса тұрбалар	"		1
әрі сол, N 4			1
орамал	"		3
орамал	"		1
Қан тоқтататын тісті тік қысқыш	"		2
Қан тоқтататын тісті иілген қысқыш	"		2
хирургиялық иілген былғары үш бұрышты N ГДР-4	"		3
жалпы мақсаттағы анатомиялық пинцет	"		1
пластикалы хирургиялық жалпы мақсаттағы пинцет	"		1
1,5-2 мм хлорвинилді диаметрлі, ұзындығы 15-20 см тұрбалар	"		2
бинт	"		1
орамал	"		1

25-30 см ұзындығы бар резеңке түрбамен қосылған кең ине; қарама-қарсы шетінде бес саусақтан "бармақ" бекітілген " 1
мәрлі шарлар " 5
мақтасы бар таяқша " 2
тісті тік қан тоқтататын қысқыш " 1
дәрет жолдарын катетеризацияға арналған жинақ, стерилденген:
орамал дана 1
уретарлы резеңке цилиндрлі катетерлер " 3
мәрлі шарлар " 5
мәрлі сулықтар " 2
анатомиялық пинцет " 1
уретральды ерлер мателды катетер N 18 немесе 20 " 1
шыны флакондағы глицерин, 25 г. " 1
төрт клиньясы бар ларингоскоп " 1
интубационды, тік бұрышқа иілген, N 28, 30, 37, 40 манжеттері бар тұрбалар " 4
дем алу тұрбасы ДТ-2 " 1 1
үлкен кремальері бар ауыз кеңейткіш " 1 1
тілге ұстағыш " 1 1
үш ерітіндісі бар банкідегі корнцанг " 1 1
бір өткірі шеті бар, үш ерітіндіде тік стерилденген жалпы хирургиялық қайшылар " 1 1
гипсті орамдарды салу мен алуға арналған инструменттер жинағы " 1
түймесі бароорамды кесуге арналған қайшылар " 1
үш ерітіндіде орташа стерилденген өткір скальпель " 1 1
бір жолғы қолдануда қан құю жүйесі " 2 2
резеңке ленталы қан тоқтататын жгут " 1
"Рекорд" шприці спирттегі 2 мл инеге " 1
"Рекорд" шприці спирттегі 10 мл инеге " 1
"Рекорд" шприці спирттегі 20 мл инеге " 1

аяқ салатын металл ванна	"		1
қолға арналған металл	"		1
қол жуғыш	"	1	1
Қол жууға арналған щетка	"		2
40 см диаметрлі эмальданған леген	"		2
Екі легенді ұстағыш	"		1
Кір орам материалға арналған леген	"	1	1
Унифицирленген тұрақ	"		1
250 мл-ге арналған өлшеу цилиндрі	"		1
Қайнаған суы бар бөтелке	"		1
Тігіс материалы (хирургиялық жібек, ампулдағы кетгут) үш ертінідісі бар банкіде	жинақ	1	1
Ж-70 жанар май (медициналық мақсатта)	мл	100	100
Этилді спирт	"	100	100
Аммиак ерітіндісі 25 пайыз	"		50
Йод спирттік ерітінді 5 пайыз	"	100	100
Қараңғы ыдыстағы 3 пайызды су қышқылының ерітіндісі	"	100	100
Фурациллин немесе риванол ерітіндісі	"		500
Новокаин ерітіндісі 0,25 пайыз-200 мл	флакон		2
Клеол	мл	50	50
Вишневский майы	"	50	50
Синтомицин линименті (эмульсия) 1 пайыз	"		100
мақта		+	+
бинт		+	+
Гипсті стандартты бинттер			+
Полиглюкин (тоңазытқышта жеке сақталады)	флакон		2
антибиотиктер	"	+	+

Ескерту:

1. стерилденген таңу материалдары мен инструменттер биксте ұсталады және амбулаториялық қабылдау алдында немесе жедел араласуларды жүргізер алдында пайдалануға дайындалады.

2. автоклариванмен стерилденген және су қалталарда салынғандар 6 ай мерзімге дейін сақталады. Пайдаланғаннан кейін немесе мерзімі өткеннен кейін

жинақтар комплектіленеді және қайта стерилденеді.

3. әр пакетте жинақтың атауы, заттың жазбасы, стерилденген датасы бар карточка болуы қажет.

9. Стоматологиялық (тіс дәрігерінің) кабинеті

стоматологиялық қондырғы
стоматологиялық кресло
электроодонтты диагностика
диатермокоагуляцияға арналған аппарат
пломбирленген материалдар мен инструменттерді дайындауға арналған үстел
медикаменттерге арналған шкафтар
винттеу үстелі
орташа стерилизатор
тұтқасы бар стоматологиялық айна
тіс тұздарын алуға арналған инструмент N 2
тіс тұздарын алуға арналған инструмент (4 дана жинақ)
тісті пломбылауға арналған инструмент
тіс қысқыштары
тіс зондылары
дистальды экскаватор
тіс элеваторы
ртуттқа арналған капельница
амальгамды жылытуға арналған стоматологиялық лапа
тісті иілген пинцет
тіс дәрігерінің еріткіші
пустер
амальгамы алмастыруға арналған пестикам ступка
шпательдер
созылмалы тіс дәрігерінің шкафы
жазба үстелі
орындық ыстық күйдіргіш шкаф
кварцты жарықтандырғыш

10. Гинекологиялық кабинет

гинекологиялық кресло
акушер-гинекологиялық инструментальды жинақ
электрлі аппараты бар коагуляцияға арналған инструменттер жинағы
жатыр басы биопсиясына арналған ине жинағы
кольпоскоп
криогендік гинекологиялық аппарат
медициналық керует

медициналық перде
үстел
орындық
киім ілгіш
қалдықтарды салуға арналған басқышы бар шелек
аз гинекологиялық жинақ
инструментальды үстел
үлкендерге арналған бой өлшегіш
өлшеуіш лента
жүктілікті жасанды тоқтату аппараты
ыстық күйдіргіш шкаф
кварцты сәулелендіргіш
акушерлік үстел
неонатальды керует
неонатальды таразы
инкубатор
жаңа туғандар реанимациясының мониторы
Рахманов кереуеті
жаңа туғандарды реанимацияға арналған дем алу жинағы
дозаторлар
таразылар
дезқұралдар
хирургиялық қолғаптар

11. Рентген (флюорографиялық) кабинет

ренгенодиагностикалық стационариялық аппарат
флюорографиялық аппарат
ренген қорғау пердесі
негатоскоп
адаптациялық көзілдірік
просвинцалық резеңкеден жасалған бес саусақ және фартук
фотозертханалық жабдықтар комплектісі (фонарлар, кескіштер, рамкалар және басқалар)
айқындау кабинеті (айқындау, шаю және пленканы бекіту бөшкесі, қолданылған материалдарды сақтауға арналған бөшке)
кептіру шкафы
үстел, орындық, фонарь
рентгендік плекані сақтауға арналған архив (металдық шкаф)
медициналық керует
қалдықтарды салатын басқышы бар шелек

анафилактикалық шошымаға көмек көрсету үшін медикаменттер жинағы бар дәрі қобдишасы

12. Шартты-рефлекторлы терапия кабинеті

жіті және шошыма жағдайы кезінде қолданылатын жедел медициналық көмек көрсету бойынша, клиникалық белгілері мен әр жағдайда пайдаланылатын дәрілік құралдардың тізімі бейнеленген сызбасы бар жинағы
магнитофон
раковиналар (ванналар)
жасанды дем беру аппараты
шприцтер
электрлі стерилизатор
созылмалы шкаф
шприцтерге арналған инструментальды үстел
орындықтар
медициналық керуеттер
эмальданған леген
қалдықтар салатын басқышы бар шелек
УРТ кабинетінде созылмалы вентеляция болуы керек.

13. Гипнотарий

электропунктура приборы немесе "Элита-4" аппараты (200 емделушіге бір аппарат)
магнитофон
"Электорсон" аппараты
рефлексотерапияға арналған керует
медициналық керует (бас қоятыны бар кресло)
керует саны бойынша эмальданған леген
жарықтан қорғайтын шкафтар
үстел
орындық
қалдықтарды салуға арналған басқышы бар шелек

14. Наркологиялық процедуралық кабинет

жіті және шошыма жағдайы кезінде қолданылатын жедел медициналық көмек көрсету бойынша, клиникалық белгілері және әр жағжайда пайдаланылатын дәрілік құралдар тізімі бейнеленген сызбасы бар жинағы
оксигентерапияға арналған Бобров аппараты
артериалды қан қысымын өлшеуге арналған аппарат
фонендоскоп
медициналық көмек көрсетуге арналған медикаменттер жинағы үшін медициналық шкаф

электроотсос
құрғақ ыстық шкаф
шприцтерге арналған инструментальды үстел
стерилизаторлар
шприцтер
пинцеттер
медициналық керует
бұрандалы үстел
медициналық тумба
қалдықтар салатын басқышы бар шелек

15. Ішімдіктен мас болу диагностикасына арналған зертханалық жабдықтар мен реактивтер

Дем алатын ауаны зерттеу үшін:
Л.А. Моховтың индикаторлы трубасы;
индикаторлы тұрбаны үрлеуге арналған резеңке баллондар;
Дәретті зерттеу үшін:
200 мл сыйымды конус үлгідегі колба;
индикаторлы және екі аралық тұрбаларға арналған каналдары бар резеңке пробкалар;
қысқа созылмалы шеті бар тұрба;
су моншасы;
120^{o} С дейінгі су термометрі;
электр плитасы;
А.М.Раппопорт әдісімен ауаны зерттеу үшін:
10 мл сыйымдылығы бар құралы;
қысқа созылған шеті бар ұзын иілген пипетка;
күкірт қышқылы мен калий пермаганат ерітіндісіне арналған шағын пипетка;
0,5 пайыз калий пермаганат ерітіндісі;
концентрірленген күкірт қышқылы;
дистиллирленген су;
гигроскопиялық мақта;
секундомер немесе құм сағат.

16. Дәріхана

жұмыс орнының үстелі (барлық дәріханалық заттарды қабылдау және жіберу үшін);
улы және тез әсер ететін медикаменттерді сақтауға арналған сейф;
спиртті сақтауға арналған металл шкаф;
ЦР-1, ЦР-5, ЦР-20, ЦР-100 тұтқалы таразылар;

1 кг-ға дейінгі гирмен комплектіленген 2-кластық техникалық таразы;
150 кг-ға дейінгі таразы;
тоңазытқыш;
оттегілі баллондар;
СИ-40 дистиллятор
бактерицидті сәулелендіргіш
қалдықтарды салуға арналған басқышы шелек
-медикаменттерді сақтауға арналған негізгі бөлмелер: сөрелер, жабылатын есігі бар шкафтар, көтермелі жәшігі бар шкафтар, поддондар, тауарастылар, тұрмыстық термометрлар, гигрометрлар, тоңазытқыш.
-сейфі бар наркотикалық, улы, психотропты құралдарды сақтауға арналған қосымша бөлмелер.
-келу-шығару желдеткіші бар тез тұтанатын, құрамында спирті бар заттарды, спиртті сақтауға арналған қосымша бөлмелер

Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алумен қамтамасыз ету Ережесіне 4-қосымша
Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2004 жылғы 25 мамырдағы N 154 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығымен бекітілген "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Қылмыстық-атқару жүйесі медициналық бөлімдері стационарлары мен ауруханалары ішкі тәртібінің үлгі ережесі

1. Медициналық бөлім стационариясы мен ауруханаларға (бұдан әрі-аурухана) түскен барлық аурулар дәрігерлік тексерістен және санитариялық өңдеуден кейін, кезекші дәрігердің өкімі бойынша тиісті бөлімшеге жіберіледі.

2. Сырт киім, іш киім, аяқ киім және өзге жеке мүліктерін аурулар түскен кезде жазбамен аурухана шаруашылық меңгерушісіне немесе оның орынбасарына тапсырады.

3. Ауруханада болған кезеңде аурулар:

түзеу мекемелерінің ішкі тәртібін және аурухана әкімшілігі белгілеген режимін сақтауға;

бақылаушылар құрамымен тексеріс жүргізу және дәрігерлер аралауы кезінде, дене қызуын тексеру сағатында, ұйқыға берілген уақытта, ұйқыдан тұрғаннан кейін де палатада болуға;

таза ауауға шығу уақытында шылым тартуға, ауа жұтуға арнайы белгіленген орында аурухана аумағында болуға;

аурухана медициналық қызметкерінің тағайындауы мен нұсқауын орындауға;

палаталарда, барлық үй-жайларда және аурухана аумағында тазалық пен тәртіпті қолдауға;

егер денсаулық жағдайының мүмкіндігі болса, дербес жинауға және өзінің кереуеті мен тумбасын тазалықта ұстауға;

палатадан шығар алдында міндетті түрде халат (пижама) пен аяқ киім киюге;

аурухананың барлық үй-жайында тыныштық сақтауға;

жабдықтар мен мүкәммалдарға дұрыс қарауға міндетті. Жиһаз, аурухананың жабдығы мен мүкәммалын бұзғаны үшін тиген залал құны көлемінде материалдық жауапкершілікке тартылады.

4. Ауруханада болған кезде ауруға:

палатада және дәлізде шылым шегуге, құмарлық ойындар ойнауға, тыйым салынған заттарды сақтауға;

аурухананың басқа бөлімшелерін өз бетімен аралауға;

сырт киіммен кереуетте жатуға және отыруға;

палатадағы бос кереуеттің төсек жабдығын және жастығын пайдалануға, бос кереуетке және өзге палатаға бөлімше бастығының рұқсатынсыз орналасуға;

палаталарда, сондай-ақ тез бүлінетін азық-түлікті керует жанындағы нан кептіруге және сақтауға;

төсек тиесілігінің астында кейбір заттарды сақтауға тыйым салынады.

5. Аз мерзімді ұзақ кездесулер белгіленген тәртіпте дәрігердің қорытындысы бойынша беріледі.

6. Ауруларды өрт немесе өзге апаттарда ауруларды сотталған аурухананың кезекші қызметкерімен бөлімшелерінің жоспары бойынша қатаң жүзеге асырады.

7. Қандай да бір талқылауға түспей және қызмет көрсететін қызметкермен, өзара таласпай барлық аурулардың шағымдары бойынша бөлімшенің аға медбикесі, емдеу немесе кезекші дәрігеріне шағымын айтады.

8. Аурухананың ішкі тәртіп ережесін бұзғаны үшін сотталғандар түзеу мекемелерінің ішкі тәртіп ережелеріне сәйкес жазаланады.

9. Аурухана әкімшілігі сотталғандарды жеке мәселелері бойынша қабылдауды белгіленген тәртіпте жүргізеді.

10. Аурухананың ішкі тәртіп ережесі бекітілгеннен кейін барлық бөлімшелерде барлығының танысуы үшін ілінеді.

Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алумен қамтамасыз ету Ережесіне 5-қосымша Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2004 жылғы 25 мамырдағы N 154 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығымен бекітілген "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Қылмыстық-атқару жүйесі аурухана бастығының үлгі лауазымдық нұсқаулығы

1. Сотталғандарға арналған аурухана бастығы бірлік бастау негізіне аурухана қызметіне басшылық етуді жүзеге асырады, емдеу-алдын-алу және ұйымдастыру-әдістемелікке жауапты. Алдында тұрған тапсырманың орындалуына жауапты болады.

Аурухана бастығы емдеу және жұмысты ұйымдастыру тәжірибесі бар, білікті дәрігер санынан тағайындалады, белгіленген тәртіпте тағайындалады және

жұмыстан босатылады.

Аурухана бастығы жедел түрде мекеме бастығына, емдеу-алдын-алу жұмыстарын ұйымдастыру бойынша-жоғарыда тұрған медициналық бөлімше басшылығына бағынады.

Аурухана бастығы болмаған жағдайда оның міндеттерін медициналық бөлім бойынша орынбасары немесе бөлімше бастықтарының бірі орындайды.

2. Аурухана бастығы:

1) сотталғандарға медициналық қызмет көрсету бойынша аурухана жұмысының сапасы мен мәдениетін арттыруға;

қылмыстық-атқару жүйесі емдеу-алдын-алу мекемелерінің ұйымдастыру-әдістемелік басшылығының деңгейін арттыруға бағытталған іс-шараларды жүргізуді әзірлеуге және жүзеге асыруға;

2) өзінің орынбасарлары, бөлімше бастықтары арасында міндеттерін таратуға , аурухана бөлімшелерінің барлық құрылымдары жұмысын үйлестіруге;

3) кешенді терапия, емдеу тамақтары, емдеудің физиотерапиялық әдістерін, емдеу дене шынықтыруын, еңбек терапиясын және аурухана жағдайында алдын-ала емдеу әдісін қолданумен сотталғандарға жоғары білікті стационариялық көмекті ұйымдастыруды қамтамасыз етуге;

4) ауруханада емдеу-диагностикалық процесті жетілдіру, төсек қорын тиімді пайдалануға, өлім-жітімді төмендету бойынша іс-шаралар қабылдауға, аурухана бөлімшелерін басқару нысандары мен әдістерін жетілдіру, тәжірибеге еңбекті ғылыми ұйымдастыру элементтерін енгізуге;

5) аурухана жұмысын ұйымдастыруды жүзеге асыруға және оның орындалуын ұйымдастыруға, аурухананың құрылымдық бөлімшелерінің жұмыс жоспарын, дәрігер-ординаторлдардың жұмыс кестесін, аурухананың ішкі тәртібінің ережелерін, сондай-ақ персоналдық лауазымдық нұсқаулығын қарауға және бекітуге. Олардың өз міндеттерін және жоспарлы іс-шараларды орындауына бақылау мақсатында бағынысты жұмыскерлердің қызметін үзіліссіз тексеру жүргізуге;

6) аурухана қызметкерлерінің назарына жоғарыда тұрғандардың бұйрықтарын, нұсқауларын және нұсқаулық-әдістемелік материалдарын, алдын-алудың, диагностика мен емдеудің жаңа әдістері мен құралдары туралы ақпаратты жүйелі жеткізуге, олардың уақытында орындалуын және енгізілуін қамтамасыз етуге;

7) ауруханада төтенше жағдайларды, сондай-ақ кеш госпиталдандыру оқиғаларын, аяқ астынан қайтыс болу, медициналық көмекті уақытында көрсетпеу, ішкі аурухана инфекциясын уақытында және накты тексеруді жүргізуге міндетті. Қабылданған шаралар тексерісінің нәтижесі туралы аға медициналық бастыққа баяндауға;

8) аурухана кеңестерін, консилиумын, таңғы дәрігер конференциясын ұйымдастыруға және жиі жүргізуге міндетті. Бөлімшелер, кабинеттер мен аурухананың өзге бөлімшелеріне жоспарлы және кезектен тыс (сондай-ақ түнгі) тексерулер жүргізуге;

9) аурухананың медициналық қызметкерлері мен өзге персоналдарын тәрбиелеу, таңдау, орналастыру бойынша жұмыстарды қамтамасыз етуге;

10) нақты қажеттіліктегі аурухананың бар материалдық -техникалық базасын сәйкестендіру туралы мәліметтерді талдауға, оны модернизациялау, нығайту және сақтау бойынша шаралар қабылдауға;

11) ауруханада санитариялық-гигиеналық тәртіпті және эпидемияға қарсы режимді, сондай-ақ оның аумағын көгалдандыруды қолдауды қамтамасыз етуге;

12) түзеу мекемелерінің ішкі тәртіп ережелерін, аурухана персоналдары арасында тәртіпті, ауру сотталғандарды ұстау режимін және шаруашылық қызмет көрсетуді қамтамасыз етуге міндетті. Мерзімінен бұрын босатылуына байланысты және ұстаудың режимін және ауруларға ішкі тәртіп ережелерін бұзуына орай сотталғандарға басқа шаралар қабылдаумен мәселені шешуге;

13) ауруханада статистикалық есепке алу мен есеп беру орыны мен деңгейіне басшылық ету және бақылау: аурухана қызметі туралы есепті сапалы құруды және оны жоғарыдағы органға уақытылы ұсынуды қамтамасыз етуге;

14) сотталғандардың, оның туысқандарының арыздары мен өтініштерін, ұсыныстарын қабылдаумен сапалы және уақытында қарауды олардың әр шешімі бойынша ұйымдастыруға және орындалуына бақылауды жүзеге асыруға;

15) ауруханалар мен медициналық бөлімшелер арасында ауруларға қызмет көрсетуде байланыс пен біріктілікті қамтамасыз етуге. Ауруханада ұйымдастыру-әдістемелік кабинеттерге сәйкес мекемелерге ауруханаға жіберілген ауруларды тексеру анализімен бірге әдістемелік және ақпараттық хаттарды әзірлеуге және жіберуге;

16) мекеменің медициналық бөлімдерінде емдеу-алдын-алу жұмыстарды жүйелі талдауға және бақылауға;

17) аурухана мамандарының жалпы аурулар мен сотталғандардың уақытша еңбекке жарамсыздық ауруларын зерделеуге, сотталғандардың уақытша еңбекке жарамсыздық ауруларын, мүгедектікті және өлімді төмендетуге бағытталған сауықтыру және санитариялық-гигиеналық іс-шараларды әзірлеуге және жүргізуге қатысуын қамтамасыз етуге;

18) аурухананың дәрігер-мамандарын медициналық бөлім қызметкерлеріне жұмысты ұйымдастыруда және алдын-алу, диагностика мен емдеудің жаңа әдістері мен құралдарын меңгеруіне практикалық көмек көрсету үшін, алдын-алу тексерістерін жүргізуге және ДКК жұмысына қатысу үшін түзеу мекемелеріне жіберуге;

19) түзеу мекемелері медициналық бөлімінің қызметкерлерін жоғарыдағы медициналық қызметкерлер келісімі бойынша жұмыс орнында дайындау үшін, сондай-ақ ауруханалық клиника-анатомиялық конференциялар жұмысына қатысу үшін шақыруға;

20) аурухананың төтенше жағдайлар жұмысына, өрт және өзге апат жағдайларында ауруларды көшіру дайындығын, өртке қарсы іс-шаралардың орындалуын бақылауды қамтамасыз етуге;

21) қолданыстағы ережелерге сәйкес аурухананың құрылымдық бөлімшелерінде медициналық құжаттарды, есірткі, қатты әсер ететін және өзге медициналық дәрілік құралдарды сақтауды ұйымдастыруды қамтамасыз етуге;

22) неғұрлым таралған ауруларды төмендетуге және біртіндеп жоюға бағытталған іс-шараларды әзірлеуге және жүргізуге, қылмыстық-атқару жүйесі емдеу-алдын-алу мекемелерінің жұмысының сапасын арттыруға;

23) мамандандыру және аурухана дәрігерлері мен аға медициналық персоналдарының біліктілігін арттыру бойынша іс-шаралар әзірлеуге;

24) медициналық қызмет көрсетудің және денсаулық сақтау органының алдағы емдеу-алдын-алу мекемелерінің жұмыс тәжірибесінің жаңа ұйымдастыру нысандарын зерделеу, талқылау және таратуға;

25) қаржы қаражаттарын, материалдарын, медикаменттерін және өзге материалдық құндылықтарын мақсатты және үнемдеп шығындауды, медициналық техника мен медициналық кадрлардың негізгі қорын (ғимарат, мүкәммал, жарақтар) рационалды пайдалануға міндетті.

3. Аурухана бастығының:

1) қылмыстық-атқару жүйесінің аумақтық басқармаларының басшылығына, мекеме әкімшілігіне аурухана мәселесі және оның қызметкерлері жөнінде ұсыныс енгізуге;

2) аурухана қызметіне қатысты мәселелер қаралатын кеңестер жұмысына қатысуға. Жоғарыда тұрған медициналық бөлімшелерінің қарауына және талқылауына күдіктілер, айыптылар мен сотталғандардың денсаулығын сақтау және медициналық қамтамасыз етуін жақсарту мәселелерін енгізуге құқығы бар.

4. Аурухана бастығы өз қызметінде:

1) аурухананы басқару мәселелері бойынша- жергілікті денсаулық сақтау органдарымен;

2) медициналық жабдықтау мәселесі бойынша- медикаменттерді, медициналық құралдарды және медициналық мақсаттағы заттарды жеткізуді қамтамасыз ететін мекемелермен;

3) алдағы тәжірибені зерделеу, кеңесті жүргізуде мамандардың көмегін алу, жұмыс орындарында медициналық кадрларды дайындау, тиісті көрсетімдерде сотталғанды госпиталдандыру үшін орын бөлу мәселесі бойынша- денсаулық

сақтау органының аурухана бас дәрігерлерімен;
4) донорлық қанмен және қан алмастырумен аурухананы жабдықтау мәселесі бойынша- қан орталығының директорымен;
5) тәжірибеге диагностиканың және емдеудің жаңа әдісін, құралдарын енгізу мәселесі бойынша - аурухана орыны бойынша ғылыми-зерттеу және медициналық университеттермен;
6) жұртшылық арасында эпидемиологиялық қондыруды жедел тексеру мәселесі бойынша - мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау аумақтық органдары мен мекемелерімен;
7) арнайы контингентті емдеу-алдын-алумен қамтамасыз ету, ауруханада санитариялық тәртіпті қолдау және эпидемиологиялық жақсаруды сақтау мәселесі бойынша - жоғарыда тұрған медициналық бөлімшелермен;
8) сотталғандар арасында ұстау режимі, тәрбие жұмысы, аурухана қызметін қаржыландыру, төсек қорын дамыту, жөндеу жұмыстарын жүргізу мәселесі бойынша- мекеме әкімшілігімен бірге өзара іс-әрекет етеді.

5. Аурухана бастығы жұмысының нәтижесі мынадай:
1) аурухана қызметінің көрсеткіші (төсек қорын тиімді пайдалану, гопиталдандырудан негізсіз бас тартудың жоқтығы, емдеу-диагностикалық процесінде дөрекі бұзушылық, бөлімшенің жұмысын ұйымдастырудағы кемшіліктермен байланысты өлім-жітім,);
2) ауруханада төтенше жағдайлардың, заңдылықты бұзудың, емдеу-диагностикалық процесінде сапасына негізделген арыздың, ауруға назарсыз және жәй қараудың болмауы;
3) бағынысты жұмыскерлер арасында лауазымдық міндеттерді тиімді бөлу, қызметкерлердің жоспарлы және өзге тапсырмаларды орындауына бақылауды қамтамасыз ету;
4) басқару, ауруханалық мекемелердің қызметін реттейтін нормативтік құжаттарды білу мәселелерінде құзырлығы;
5) жұмыста талдаудың статистикалық әдістерін және ұйымтехникасын, басқару мәдениетін пайдалану;
6) аурухана қызметкерлерінің білімін жетілдіру және кәсіптік дайындығын арттыру;
7) ауруханада санитариялық тәртіпті және эпидемиологиялық жақсаруды, мекеменің әсемдігі мен интерьерін қолдау;
8) қызметкерлердің іскерлік және моральдық сапасын білу, олардың еңбегін жақсарту туралы қамқорлық көрсету, денсаулығын сақтау;
9) ұжымда қолайлы психологиялық климатты қолдау, қайшылық оқиғаның жоқтығы - негізгі критерийлері бойынша бағаланады.

Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алумен қамтамасыз ету Ережесіне 6-қосымша Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2004 жылғы 25 мамырдағы N 154 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығымен бекітілген "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелері мен тергеу изоляторында туберкулезге қарсы іс-шараларды ұйымдастыру нұсқаулығы

1. Туберкулезді клиникалық жіктеу

Негізгі клиникалық нысандары

МКБ Х-ны қайта қарау рубрикалары (шифр

1) Тыныс алу ағзаларының туберкулезі А 15 (БК+) және А 16 (БК-):

Бастапқы туберкулез кешені;

Кеудеішілік лимфа түйіндері туберкулезі;

Өкпенің шашыранды туберкулезі;

Өкпенің ұялы туберкулезі;

Өкпенің шоғырлы туберкулезі;

Өкпенің іріп қабынуы;

Өкпенің туберкулез ісігі;

Қуысты туберкулез;

Өкпенің талшықты дәнекер-қуысты туберкулезі;

Өкпенің бүріспелі қабынуы туберкулезі;

Туберкулезді көкірек сірі қабығы (соның ішінде іріңді қуысы);
Кеңірдек тарамы, кеңірдек, жоғары тыныс жолдары және т.б. (мұрын, іш қуысы, ауыз, көмекей) туберкулезі.
2) Ми қабықшалары мен орталық жүйке жүйесінің туберкулезі А 17;
3) Басқа ағзалардың туберкулезі А 18;
Ішек, іш перде, шажырқайлы лимфа түйіндері туберкулезі;
Сүйек және буын туберкулезі;
Зәр және жыныс ағзаларының туберкулезі;
Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі;
Басқа да ағзалардың туберкулезі;
4) Көптеген ұсақ аурулар ұясының туберкулезі А 19.

Туберкулез үрдісінің сипаттамасы:

1) өкпедегі туберкулез үрдісін таратпау, оның ұзаққа созылуын диагнозда көрсете отырып, өкпе бөлікшелері мен сегменттері бойынша анықталады. Басқа ағзалар мен жүйелерде зақымдануын (оң жақтағы бүйректің жоғарғы сегментінің туберкулезі, жатыр түтігінің туберкулезі және т.с.с) жайылтпау көрсетіледі.
2) үрдістің сатысы:
шоғырлануы мен ыдырауы, тұқым салуы (үрдістің толассыз дендеуін сипаттайды);
сырқаттың қайтуы, қатаюы, тыртықтанып бітуі, әк байлануы (өршіген туберкулездің бәсеңдеуін белгілейді);
3) бактерия бөлу:
микобактериялар БК+ бактериясын бөлумен жүретін туберкулез үрдісі;
микобактериялар БК- бактериясын бөлмей жүретін туберкулез үрдісі.
Асқынулар:
Қан түкіру және өкпеден қан кету;
Ішкі әсерден болатын өкпе қуысына ауаның жиналуы;
Өкпе-жүрек мүкістігі;
Өкпенің ауадан босап солуы;
Тіннің крахмалдық өсуі;
Бүйрек мүкістігі;
Жыланкөздер.

Туберкулезден емделгеннен кейінгі қалған өзгерістер

1) тыныс алу ағзалары: талшықты-дәнекерлік, талшықты-дәнекерлік ұялы, буллездік-организмнің жеткіліксіз қоректену өзгерістері, өкпе және лимфа түйіндеріндегі әктер, кеуде сірі қабығы-өкпе тінінің қатаюы, ағза жасушаларының бүрісуі, хирургиялық араласудан кейінгі жай-күйі және басқалары;

2) әртүрлі ағзалардағы тыртықтың бітуі және басқа да өзгерістер, хирургиялық араласудан кейінгі жай-күйі.

Кесу, сығу хирургиялық немесе басқа да туберкулезге байланысты араласулар жүргізілген ауруларға мынадай ұсынымдар:

өкпеге операция жасағаннан соң туберкулез сипатындағы өзгерістері жоқ тұлғаларға, мынадай диагноз қойылуы тиіс: Туберкулездің осы немесе басқа нысаны бойынша операциядан кейінгі жай-күйі (араласудың сипаты мен күнін көрсету қажет);

егер қалған немесе қысылған тканінде, немесе басқа органда туберкулездік сол немесе басқа өзгерістер сақталса, туберкулездің сол нысаны есепке алынады. Дигнозда, сондай-ақ, туберкулез бойынша оперативтік араласудың сипаты көрсетіледі.

Диагноз тұжырымдамасының мысалдары

1) Шоғырлану және ыдырау сатысында оң жақ өкпенің жоғарғы бөлікшесінің ұялы туберкулезі, БК- бактериясы, III санат;

2) Ыдырау сатысында оң жақ өкпенің жоғарғы бөлікшесінің шоғырлы туберкулезі, БК+ бактериясы, I санат;

3) Шоғырлану сатысында оң жақ өкпенің талшықты-дәнекерлі қуысты туберкулезі, БК+ бактериясы, өкпеден қан кету, IV санат;

4) Д9-Д12 туберкулезді омыртқа қабынуы, кеңінен тараған бұзылу нысаны, өршіген сатысы. Аяқтарының салдануы, I санат.

DOTS стратегиясына сәйкес туберкулез жағдайларының жіктелуі

Жаңа жағдай /Алғаш рет анықталған/.

Туберкулезге байланысты ешқашан да ем алмаған немесе 4 апта бойы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрі-дәрмектер алған науқас.

Аурудың қайталануы.

Дәрігердің қорытындысы бойынша химиялық дәрі-дәрмектермен емдеудің толық курсынан кейін сауыққан және бактерия бөле бастаған туберкулездің кез келген клиникалық түрі бар науқас.

Ауыстырылған.

Осы мекемеге басқа мекемеден ауыстырылған дәрігерге қаралушылар.

Емдеудің тиімсіздігі (қолайсыз нәтиже).

Емделу кезінде қақырық бактериясын микроскоппен тексеру нәтижелері сол күйінде қалған немесе 5 ай өткен соң немесе емдеуді бастағаннан кейін қайтадан оң нәтиже бере бастаған туберкулезбен ауырған науқас. Бұл топқа емдеу басталғанға дейін қақырық бактериясын микроскоппен тексеру нәтижелері теріс болған, бірақ емделудің екі айынан кейін оң бола бастаған науқастар да жатады.

Үзілістен кейінгі емделу (емделу режимін бұзғаннан кейін).

Емделуде кемінде 2 айға үзіліс жасап, содан соң медицина мекемесіне

қайтадан көрінген туберкулезбен ауырған науқас, соның өзінде оның қақырығынан туберкулездің микобактериялары қайтадан анықталады (кейде бактерия бөлу болмайды, бірақ туберкулез пәрменді түрде өрши түседі, мұны клиникалық және ренгенологиялық тексеру нәтижелері көрсетеді).

Басқа жағдайлар (сирек).

Қақырығын тексертпеген және/немесе көкірек қуысын ренгенографияға салмаған ауыр сырқаттанған (мысалы қан түкіретін) дәрігерге көрінушілер, дәрігер химиялық жолмен емдеуді тағайындайды, өйткені пәрменді жүретін туберкулездің мүмкіндігін жоққа шығара алмайды.

Аурудың созылмалы жағдайы.

Бақылаумен емделудің қайтадан толық курсын аяқтағаннан кейін бактерия бөлуші болып қала берген немесе қайтадан бактерия бөле бастаған науқас.

Туберкулез жағдайларын жіктеу үш мақсатта пайдаланылады:

наукастарды алғашқы тіркеу;

жағдайларды орталықтандырылған тіркеу (тоқсандық есептер);

науқастарды емдеу санатына бөлу.

Туберкулез жағдайларын жіктеу төрт белгіге негізделген:

туберкулез ұясын жайылтпау,

сырқаттың ауырлығы,

қақырық жұғындысын бактериясын микроскоппен тексеру нәтижелері,

бұрын жүргізілген туберкулезге қарсы терапия.

Туберкулез ұясын таратпау:

оны өкпеге, өкпеден тыс таратпау

"Өкпе туберкулезі" термині дерт үрдісі кеңірдек тарамын, көкірек сірі қабығын және өкпе тінін зақымдаған жағдайда ауруларды белгілеу үшін пайдаланады. Кеудеішілік лимфа түйіндері туберкулезі де сондай-ақ, өкпе туберкулезіне жатады. Туберкулезді көкірек сірі қабығы өкпеде ренгенологиялық өзгерістер болмаған жағдайда өкпе туберкулезі жағдайы деп қарастыру керек.

Өкпе және өкпеден тыс туберкулез ұялары бар жағдайларын өкпе туберкулезі деп қарау керек. Бірнеше органдарда немесе жүйелерде ұялары болуымен өкпеден тыс туберкулез жағдайлары ұялардың неғұрлым ауыр түрінің таратпауына байланысты.

Туберкулезбен сырқаттанудың ауырлығы

Қоздырғыштардың саны, зақымданудың кеңінен таралуы, туберкулез ұяларын анатомиялық тұрғыда таратпау сырқаттың ауыр өтуін, демек, тиісті емдеуді таңдауды анықтайды. Зақымданудың ұяларын анатомиялық тұрғыда таратпау науқастың өміріне қатер (мысалы туберкулезден үлпершек тінінің қабынуы) немесе ауыр асқынулар қатері (мысалы, омыртқа туберкулезі), немесе қауіпті осы екі фактор (мәселен, туберкулез делбесі) болған жағдайларда,

туберкулезді ауыр сырқат ретінде жіктеуге байланысты болады.
Мыналар ауыр сырқаттар деп есептеледі:
рентгенограммада зақымдану аумағы 10 шаршы см-ден асқан кездегі микобактерияларын бөлетін немесе бөлмейтін өкпе туберкулезі;
өкпеден тыс туберкулез: делбе, көптеген ұсақ аурулар ұясының туберкулезі, туберкулездің үлпершек тінінің қабынуы, іш пердесінің қабынуы, екі жақтық көкірек сірі қабығының қабынуы, бір жақтық көкірек сірі қабығының мол жиналуында, омыртқа, ішек немесе зәр-жыныс жүйесінің туберкулезі.
Өкпеден тыс туберкулездің мына түрлерінің ауырлығы неғұрлым төмен емес деп есептеледі: лимфа түйіндерінің зақымдануы, көкірек сірі қабығының қабынуы (бір жақтық), сүйек туберкулезі (омыртқаны қоспағанда), буындар мен тері туберкулезі.

Бактериологиялық зерттеу

(қақырық жағындысы бактерископиясының нәтижелері)

Қақырықты бактериоскопиялық зерттеу нәтижелерінің маңыздылығы келесі жағдайлармен анықталады:
қақырығында ТМ бар науқастарды идентификациялау (өйткені осы науқастар ең көп контагиозды, және сонымен бірге оларда өлім-жітімнің ең көп көрсеткіші) ;
науқастарды тіркеу (туберкулездің жұқпалы түрімен ауыратын науқастар-жазылып шығудың бактериологиялық мониторингі қолданылуға болатын жалғыз топ болып табылады).
БК+ бактерия бөлумен жүретін өкпе туберкулезі (оң жағындысы бар науқас):
қақырық жағындысында кем дегенде екі рет қышқылға төзімді бактериялардың байқалуы;
МТ-ға қақырықтың бір оң сынамасы және туберкулез үрдісінің көріну пәрменділігін дәлелдейтін клиникалық-рентгенологиялық бар, дәрігер-маманмен өкпе туберкулезінің белсенділігінің көрінуіне жатқызылатын;
жағындыда қышқылға төзімді микобактериялар (БК) бір рет байқалатын және туберкулез микобактерияларының дақылын бөлетін науқас;
шеткі лимфа түйіндерінің жыланкөзі түрімен ауыратын науқастар;
зәрінде БК+ бактериясы бар науқастар бактерия бөлушілер деп есептеледі.
Бактерия бөлмейтін өкпе туберкулезі (теріс жағындылы науқас):
дәрігерге қаралушы адамда клиникалық көрінісі мен рентгенологиялық өзгерістері өкпенің (немесе басқа ағзалардың) пәрменді түрде жүретін туберкулезіне сәйкес келеді, бірақ қақырықты немесе басқа дерттік материалды (жинау мен тексерудің ережелерін толық сақтаған жағдайда) үш мәрте тексерген кезде БК байқалмады. Бұл орайда туберкулезге қарсы химиялық дәрі-дәрмектермен емдеу көрсетіледі;

туберкулезге операция жасағанға дейін және одан кейін дәрігерге қаралушыда микобактериялар байқалмады, бірақ мүшеден кесіп алынған материалды отырғызған кезде БК-ның өсімі алынды, ол бактерия бөлушілер ретінде есепке алынбайды. Бұл жағдай қалталанған іріңді, лимфа түйіндерін және басқаларын кескен кезде алынған материалды отырғызу жағдайында ғана БК байқалатын науқастарға қолданылады.

Науқастарды алғашқы тіркеу

Диагнозды қойғаннан кейін туберкулезбен ауыратын әрбір науқас барлық жағдайларды мына санаттарға бөлуге сәйкес журналға тіркеледі:

жаңа жағдай (бактерия бөлумен, бактерия бөлмеумен) және өкпеден тыс жағдайлар;

аурудың қайталануы;

емдеудің тиімсіздігі (қолайсыз нәтиже);

үзілістен кейін емделу;

басқа да жағдайлар;

ауыстырылған;

аурудың созылмалы жағдайы;

Туберкулез жағдайларын жіктегенде, осы науқас бұрын туберкулезге қарсы ем алуын анықтау өте маңызды болып табылады, ол келесі мәселелерді шешуге:

дәрілік тұрақтылықтың дамуына жоғары қаупі бар науқастарды идентификациялау және дұрыс емдеу сызбасын тағайындауда;

эпидемиологиялық мониторинг.

2. Негізгі клиникалық нысандары

I топ - Балалар мен жасөспірімдердегі туберкулездік улау.

Балалар мен жасөспірімдердегі туберкулездік улау туберкулезбен зақымданғанда, рентгенологиялық және басқа әдістер арқылы анықталатын тарау көріністерінсіз алғашқы туберкулез инфекциясының дамуы кезінде пайда болады . Туберкулездік улау балаларда (жасөспірімдерде) алғашқы оң нәтижелі, бақылау барысында күшейетін және гиперергиялық туберкулинге реакциясымен анықталады. Ол туберкулез үрдісінің белсенділігімен сипатталады және баланың (жасөспірімнің) жалпы жағдайының нашарлауымен, дене қызуының субфебрильді сандарға дейін кезеңдік көтерілуімен, нейровегетативтік бұзылушылықтардың (жоғарғы жүйке қозуы немесе оның түсуі, бас ауруы, тахикардия), шеткі лимфа түйіндерінің (микрополиадения) периаденит құбылысымен кішкене үлкеуімен, кішкене бауырдың, сирек көкбауырдың үлкейуімен, физиологиялық қосымшаның тоқтауы немесе дене салмағының жетіспеушілігімен, интеркурренттік ауруларға бейімділігімен, шеткі қанның суретінің (СОЭ-ның өте жоғары көтерілмеуі, нейтрофилдердің солға жылжуы, эозинофилия, лимфопения) өзгеруімен, иммунологиялық статусының өзгеруімен

(Т-лимфоциттердің санының және олардың функционалдық белсенділігінің төмендеуімен) бірге жүреді.

Сипатталған функционалдық бұзушылықтардың өзіндігі өзіндіксіз ауруларды шығару үшін баланы (жасөспірімді) мұқият тексеру арқылы расталуы қажет. Тексеру барысында диагностиканың қазіргі заманғы әдістерін, соның ішінде тура және жанама ренгтгенограмманы, әртүрлі кескіндегі средостениенің томограммасы, бронхоскопияны, туберкулин өршіту сынауымен (гемотуберкулиндік, протеиндік, иммуно-туберкулиндік және басқа да) 10-20 ТЕ ППД-Л туберкулинді тері астына еккенге дейінгі және еккеннен соң, сондай-ақ серрологиялық зерттеуді пайдалану арқылы жүргізіледі. Күмәнді жағдайларда туберкулезге қарсы препараттармен 3 айға дейінгі ұзақтықта сынақ емдеуін пайдалану ұсынылады.

II топ - Тыныс алу ағзаларының туберкулезі.

Бастапқы туберкулез кешені өкпе тканінде қабыну өзгерістерінің дамуымен, регионарлық кеудеішілік лимфа түйіндерінің зақымдануымен және лимфангитпен сипатталады. Ол көбінесе балалық жаста, сиректеу туберкулиндік реакцияның "виражы" бар 18-25 жас аралығындағы адамдарда байқалады. Бастапқы кешеннің клиникалық көрінісі үрдістің сатысына, жүру ерекшелігіне және организмнің реактивтігіне байланысты. Ол аз белгілі болып жүруі мүмкін, бірақ көбінесе үрдіске кеңірдек тарамы және сероздық қабықша (көкірек сірі қабығының қабынуы, полисерозит) қатыстырылғанда, туберкулездік улаудың белгілері орын алады.

Бастапқы кешеннің асқынумен және асқынусыз жүруі болып ажыратылады. Асқынумен жүрінде өкпе бөлікшесінің немесе сегментінің зақымдануымен ұлғайған шоғырлану, бастапқы қуыстың жасалуымен ыдырау, көкірек тарамының зақымдануымен, өкпенің басқа жерлерінде ауадан босап солуының дамуымен, лимфогендік және гематогендік шашырау болуы мүмкін, сонымен бірге созылмалы ағатын бастапқы туберкулезге өтуі мүмкін. Параспецификалық аллергиялық реакциялар, туберкулинге жоғары сезімталдық болуы мүмкін.

Қазіргі жағдайларда көптеген науқастарда бастапқы кешен, әсіресе химиотерапияның әсерінен, сырқаттың қайтуы, қатаюы және әк байлануына тартылу арқылы аз белгімен жүреді. Өкпедегі және лимфа түйіндеріндегі бастапқы ошақтың әк байлануы ересектерде сирек болады. Соңғы он жылдықта типтік биполярлықпен бастапқы туберкулез кешені сирегірек байқалады.

Кеудеішілік лимфа түйіндері туберкулезі балаларда, жасөспірімдерде және жас ересектерде туберкулезбен бастапқы зақымдану нәтижесінде дамиды. Сирек кеудеішілік лимфа түйіндеріндегі бар туберкулездік өзгерістердің эндогендік реактивациясы нәтижесінде болуы мүмкін.

Кеудеішілік лимфа түйіндері туберкулезінің шоғырлы, ісік тәрізді және "кіші

" сияқты түрін айырады. Кеудеішілік лимфа түйіндерінің шоғырлы туберкулезі тек олардың ұлғаюымен емес, сонымен бірге өкпе тканінде, оның түбір айналасындағы бөлімінде шоғырлы өзгерістердің дамуымен сипатталады. Кеудеішілік лимфа түйіндері туберкулезінің "кіші" түрі олардың шағын ұлғаюымен көрінеді. Кеудеішілік лимфа түйіндері туберкулезінің "кіші" түрлерінің рентгенодиагностикасы шоғырлану сатысында тек ғана жанама белгілер арқылы (түбір көлеңкесі құрылымының төмендеуі, орталық көлеңкенің қос контуры және шектеулі жерде түбір айналасы аймағында өкпе суретінің баюы). Клиникада улаудың орташа белгілерімен көрінеді. Кеудеішілік лимфа түйіндерінің ісік тәрізді (тумороздық) туберкулезі лимфа түйіндерінің іріп зақымдануы басым болатын бастапқы туберкулездің түрі болып табылады, ол жеке немесе лимфа түйіндерінің топтары мөлшерінің ұлғаюымен, өте клиникалық белгілермен және асқынып жүруге бейімділігімен (кеңірдек тарамының зақымдануы, кеңірдек тарам-өкпелік зақымданулар, бронхогендік, лимфогендік және гематогендік шашырандылар ошақтары, көкірек сірі қабығының қабынуы) көрінеді.

Рентгенограммадағы және томограммадағы лимфа түйіндерінің контуры анық.

Кеш анықталған және емдеудің тиімсіздігі жағдайында созылмалы жүретін бастапқы туберкулезге ауысуы мүмкін, ол ұзақ толқын тәрізді жүрумен және лимфа түйіндеріндегі морфологиялық өзгерістердің полиморфизмімен (кальцилену, талшықты дәнекерлік, жаңа қабыну) сипатталады. Бұндай жағдайларда гиперсенсибилизацияның созылмалы бастапқы туберкулездің (түйіндік эритема, фликтендер, полиартриттер және басқалар) "пердесі" деп сипатталған кезеңдік клиникалық көріністері пайда болады.

Кеудеішілік лимфа түйіндері туберкулезінің барлық түрлерінде, көбінесе созылмалы жүруінде, көкірек сірі қабығының қабыну реакциясы, көкірек тарамдарының сегменттік немесе бөлікшелерінің ауадан босап солуы дамуымен өзіндік зақымдануы, өкпеге және басқа ағзаларға шашырандылар (үрдістің көкірек тарам-өкпелік түрі) түрінде асқынулар болуы мүмкін.

Өкпенің шашыранды туберкулезі өкпеде көптеген өзіндік ошақтардың болуымен сипатталады: аурудың басында әсіресе кейінгі өнімді қабынудың дамуымен экссудативті-некротикалық реакция пайда болады.

Шашыранды туберкулездің түрлерін патогенез және клиникалық көрінісіне қарай айырады. Туберкулез микобактериясының таралу жолына байланысты гематогенді және лимфобронхогенді шашыранды туберкулезді айырады. Аурудың екі түрінде де жедел, қатал және созылмалы түрлері болуы мүмкін.

Гематогенді генездегі жедел шашыранды туберкулез көбінесе көптеген ұсақ аурулар ұясы ретінде көрінеді. Көптеген ұсақ аурулар ұясының туберкулезі

диагнозда белгіленуі керек. Көбінесе ол өкпеде, бауырда, көкбауырда, ми қабықшаларында ошақтардың пайда болуымен генерализацияланған болып келеді. Ол сирек тек өкпенің зақымдануымен кездеседі. Клиникалық жүруіне байланысты: тифтік түрі, қалтырау және улау аса әлпетімен сипатталатын; өкпелік, клиникалық көрінісінде улау фонында тыныс алу кемістігі белгілері басым болатын; менингеалдық (менингит және менингоэнцефалит) генерализацияланған туберкулез көрінуі ретінде бөлінеді. Рентгенологиялық тексеру кезінде ұсақ ошақтар түрінде, көбінесе симметриялы орналасатын және рентгенограммада жақсы көрінетін қалың біртиптік шашыраулар анықталады.

Қатал шашыранды туберкулез біртіндеп дамиды, бірақ улау аса белгілерімен сипатталады. Қатал шашыранды туберкулездің гематогендік генезінде біртиптік ұялы шашыраулар өкпенің жоғарғы және кортикалды бөлімдерінде таралады, лимфогендік генезде ошақтар топпен өкпенің түбір айналасында және төменгі бөлімдерінде аса лимфангит фонында үрдіске өкпенің терең, сондай-ақ перифериялық лимфа торының қатысуымен орналасады. Қатал шашыранды туберкулез кезінде ошақтар фонында әлсіз перифокалдық қабынумен жұқа қабырғалы қуыстар анықталады. Көбінесе олар өкпенің симметриялық жерінде орналасады, бұл үңгірлерді "ескі үлгімен істелген" қуыстар деп атайды.

Созылмалы шашыранды туберкулез көбінесе гематогендік генезді. Оған үрдістің апикокаудалдық орналасуы сипатты. Созылмалы шашыранды туберкулез кезінде бірінен соң бірі әртүрлі ағзалар мен жүйелер зақымдануы мүмкін. Созылмалы шашыранды туберкулез толқын тәрізді жүрумен сипатталады, ол кезде ремиссия кезеңінде улау белгілері аз айқындалған, үрдістің өршуінде улау белгілері, сондай-ақ туберкулез үрдісінің таратпау көрінісінің өкпедегі және өкпеден тыс көрінулері орын алады. Рентгенологиялық әртүрлі мөлшерлі және тығыздықтағы ошақтар анықталады, бұл кезде тығызырақ ошақтар жоғарыда жатқан бөлімдерде таралады. Аурудың кез-келген кезеңінде бір немесе екі өкпеде қуыстар пайда болуы мүмкін. Ошақты және деструктивті өзгерістер деформацияланған өкпе суретінің, пневмосклероз белгілері, эмфизема және бронхоэктаз фонында анықталады. Уақытылы анықталмаған созылмалы шашыранды туберкулез, сонымен бірге оның тиімсіз емделуінде, ол ұлғаюы және шоғырлану сатысы арқылы кейін өкпенің талшықты дәнекер-қуысты туберкулезіне өтуі мүмкін. Дегенмен, мүмкін болса, диагнозда (жақшада) үрдістің генезін көрсетуге ұмтылу керек, ол терапиялық тактика және болжам үшін маңызы бар. Шоғырланулы ыдыраудан бронхогенді себу болғанда, қуысты немесе талшықты дәнекер-қуысты өкпе туберкулезі кезінде, өкпеден қан кету кезінде дамыған аспирациялық өкпе қабынуы, казеозды лимфа түйінінің кеңірдек тарамына өтуі кезінде - бұндай тұқым салуларды шашыранды туберкулезге қоспай, сәйкес үрдістің сатысы деп белгілеу керек.

Өкпенің ұялы туберкулезі көбінесе өнімді сипаттағы аздаған ошақтардың болуымен сипатталады, бір немесе екі өкпеде шектеулі жерде таралады және 1-2 сегментті алып, аз белгілі клиникалық жүрумен өтеді. Ұялы түрлерге жақында ғана пайда болған жаңа (жұмсақұялы) 10мм-ден кем мөлшерлі ошақты үрдістер, сондай-ақ бұрын (талшықты дәнекер-ұялы) үрдістің анық білінген белгілері бар құрылымдар жатады. Жаңа ұялы туберкулез шеті аздап жайылған әлсіз контурлы ұсақ ұялы көлеңкелердің болуымен сипатталады. Бронхолобулярлы қосылған фокустар түрінде ошақтардың шетінде пайда болған, аса байқалған перифокалды өзгерістер кезінде, оларды өкпенің шоғырлы туберкулезі деп анықтау керек. Талшықты дәнекер-ұялы туберкулез тығыз ошақтардың, кейде әктің кіруімен, ауырлық түріндегі талшықты өзгерістер және гиперпневмотоз жерлері болуымен айқындалады. Асқыну кезеңінде сонымен бірге жаңа, жұмсақ ошақтар анықталады. Ұялы туберкулез кезінде улау көріністері және "кеуде" белгілері, әдетте, науқастарда асқыну кезеңінде, шоғырлану немесе ыдырау сатысында кездеседі.

Рентгенофлюорография әдістері арқылы талшықты дәнекер-ұялы өзгерістер анықталғанда, үрдістің белсенділі жүруін жоққа шығару үшін науқасты мұқият тексеру қажет. Аса байқалған талшықты дәнекер-ұялы өзгерістердің белгілері болмаған жағдайда оны емделген туберкулез деп бағалау керек.

Өкпенің шоғырлы туберкулезі өкпеде қабыну белгілерінің болумен, көбінесе ортасында казеозды некрозы бар экссудативті сипаттағы және үрдістің тез динамикасымен (сырқаттың қайтуы немесе ыдырау) сипатталады. Шоғырлы туберкулездің клиникалық көрінісі өкпедегі шоғырлы-қабыну өзгерістерінің (перифокалдық және казеозды-некроздық) айқындығына және таралуына байланысты. Шоғырлы туберкулез келесі клиникалық-рентгенологиялық түрлерге бөлінеді: лобулярлы, дөңгелек, бұлт тәрізді, перициссурит, лобит. Сонымен бірге, шоғырлы туберкулезге зақымдану жерінде казеоздық өзгерістер айқын байқалатын өкпе қабынуы жатады. Шоғырлы туберкулездің клиникалық-рентгенологиялық барлық түрлеріне көбінесе ыдыраумен болатын шоғырлы көлеңке ғана емес, сондай-ақ бронхалық тұқымсалу да сипатты болып келеді. Өкпенің шоғырлы туберкулезі инаперцепті жүруі мүмкін және тек ғана рентгенологиялық тексеру кезінде анықталады. Көбінесе үрдіс басқа аурулар кейпінде (өкпе қабынуы, ұзаққа созылған тұмау, бронхит, жоғары тыныс жолдарының катары және басқалар) жүруі мүмкін, көптеген науқастарда аурудың жіті және қатал басталуы орын алады. Шоғырлы туберкулездің белгілерінің бірі науқастың жалпы жағдайының жақсылығында қан түкіру болуы мүмкін.

Өкпенің іріп қабынуы науқастың ауыр халімен, улаудың аса белгілерімен, өкпеде мол катаралдық өзгерістердің, лейкоцит формуласының аса солға

жылжуымен, лейкоцитозбен, массивті бактерия бөлумен сипатталады. Казеоздық массалардың тез сұйылуы кезінде алып қуыстар немесе көптеген кішкене қуыстар пайда болады. Өкпенің іріп қабынуы өкпенің шоғырлы туберкулезі диагнозында (жақшада) көрсетілуі керек.

Өкпенің туберкулез ісігі генезі бойынша әртүрлі инкапсулаланған мөлшері диаметрі 1 см-ден көп казеоздық фокустарды біріктіреді. Туберкулез ісіктерін шоғырлы-пневмониялық типті, гомогенді, қабатты, конгломеративті және де " жалған туберкулез ісігі" деп аталатын - толтырылған қуыстар болып бөлінеді. Рентгенограммада туберкулез ісігі анық контурлы дөңгелек көлеңке түрінде анықталады. Фокуста ыдырау есебіне орақ тәрізді саңылау, кейде - перифокалдық қабыну және аз мөлшерлі бронхалық ошақтар, сондай-ақ әк байлану жерлері анықталады. Туберкулез ісіктері дара және көптік болады. Өкпе ісіктері ұсақ (диаметрі 2 см-ге дейін), орташа (2-4 см) және ірі (диаметрі 4 см-ден көп) болып бөлінеді. Өкпе ісігі жүруінің 3 клиникалық түрі айқындалады:

үдемелі, аурудың қайсы-бір кезеңінде ыдыраудың, туберкулез ісігінің айналасында перифокалдық қабынудың, қоршаған өкпе тканінде бронхалық тұқым салудың пайда болуымен сипатталады;

тиянақты - науқасты бақылау барысында рентгенологиялық өзгерістердің болмауы немесе туберкулез ісігінің үдеуі белгілерінсіз сирек асқынулар;

кереғар, Туберкулез ісігінің орнында ошақтардың немесе ошақ топтарының, индурациялық алаңының немесе осы өзгерістердің тіркесімімен баяу азаюымен сипатталады.

Өкпенің қуысты туберкулезі қалыптасқан қуыстың айналасында аздаған перифокалдық реакция зонасы болуымен, қуысты қоршаған өкпе тканінде аса талшықты дәнекер өзгерістерінің жоқтығымен және қуыс айналасында, сондай-ақ қарсы өкпеде аздаған ошақтық өзгерістердің болуымен сипатталады. Қуысты туберкулез шоғырлы, шашыранды, ұялы туберкулез, туберкулез ісігінің ыдырауында, ыдырау сатысы қуыстың пайда болуымен, ал бастапқы түрі жоғалғандағы ауруды кеш анықтаған науқастарда дамиды. Рентгенологиялық өкпедегі қуыстар жұқа немесе аса кең қабырғалы сақина тәрізді көлеңке түрінде анықталады. Қуысты туберкулез науқаста созылмалы, ригидті, сирек - талшықты дәнекер қуыстың болуымен сипатталады.

Клиникалық жүруі асқыну кезеңінің және үрдістің тынышталуына ауысуы арқылы, әдетте толқын тәрізді жүреді. Тұтану кезеңінде улау белгілері анықталады, жөтел, аз мөлшерлі қақырықтың бөлінуі, сонымен бірге қан түкіру пайда болуы мүмкін.

Химиотерапия әсерінен тығыз ошақтың, жұлдыз тәрізді немесе сызықты тыртықтың түзілуі арқылы қуыстың жабылуы орын алуы мүмкін.

Өкпенің талшықты дәнекер-қуысты туберкулезі талшықты дәнекер

қуысының, қуысты қоршаған өкпе тканінде талшықты дәнекер өзгерістерінің дамуымен сипатталады. Әдетте, қуысты дренаждайтын көкірек тарамдары зақымдалады. Өкпеде сондай-ақ басқа да морфологиялық өзгерістер: пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктаздар дамиды. Талшықты дәнекер-қуысты туберкулез аурудың үдемелі жүруінде шоғырлы, қуысты немесе шашыранды туберкулездерден пайда болады. Өкпедегі өзгерістердің бойы әртүрлі болуы мүмкін: үрдіс біржақты және дара немесе көптеген қуыстардың болуымен екіжақты болады.

Талшықты дәнекер-қуысты туберкулездің клиникалық көрінісі алуан түрлі, олар тек туберкулезбен ғана емес, сондай-ақ қуысты қоршаған өкпе тканінің өзгеруімен, сондай-ақ пайда болған асқынулардың нәтижесінен болады. Өкпенің талшықты дәнекер-қуысты туберкулезінің үш клиникалық жүру түрі анықталады :

шектеулі және шартты тиянақты талшықты дәнекер-қуысты туберкулез, бұл кезде химиотерапия нәтижесінде үрдістің белгілі тұрақтылығы пайда болады, асқыну бірнеше жылдар бойы болмауы мүмкін;

үдемелі талшықты дәнекер-қуысты туберкулез, асқыну және ауру бетінің қайтуының ауысуымен сипатталады, бұл кезде олардың арасындағы кезеңдер әртүрлі - қысқа және ұзақ болуы мүмкін, асқыну кезеңінде "балалық" қуыстардың түзілуімен қабыну жерлері пайда болады, кейде өкпе толығымен бұзылады, кейбір науқастарда тиімсіз емделу кезінде үрдістің үдемелі жүруі өкпенің іріңді қабынуымен аяқталады;

әртүрлі асқынулары бар талшықты дәнекер-қуысты туберкулез - көбінесе бұл түр үдемелі жүруімен сипатталады. Көбінесе бұндай науқастарда өкпе-жүрек кемістігі, амилоидоз, жиі қайталанатын қан түкіру және өкпеден қан кету пайда болады, өзіндік емес инфекция (бактериалдық және грибоктық) асқынады.

Өкпенің бүріспелі қабынуы туберкулезі өкпе мен плеврада талшықты дәнекер-қуысты, созылмалы шашыранды, өкпенің массивті шоғырлы туберкулезі , плевраның зақымдануы, көкірек тарамы өкпе зақымдануымен асқынған кеудеішілік лимфа түйіндерінің туберкулезінің инволюциясы нәтижесінде дөрекі дәнекер тканінің ұлғаюымен сипатталады. Өкпенің бүріспелі қабынуы туберкулезіне мынадай үрдістер, үрдістің белсенді клиникалық белгілері бар, бейім кезеңдік асқынулары, кезеңдік тапшы бактерия бөлуі болатын туберкулездік өзгерістер жатады. Өкпенің бүріспелі қабынуы туберкулезі сегменттік, лобарлық, шектеулі және таралған, біржақты және екіжақты болып бөлінеді, оған бронхоэктаздың, өкпе эмфиземасының дамуы сипатты, өкпенің және жүрек-тамыр кемістігі белгілері байқалады.

Қайталанған ұзақ бактерия бөлумен және бронхалық себумен талшықты дәнекер қуыстары болатын өкпенің бүріспелі қабынуы өзгерістерін талшықты

дәнекер-қуысты туберкулезге жатқызу керек. Өкпенің бүріспелі қабыну туберкулезінен белсенділік белгілері жоқ туберкулезден кейінгі өзгерістер түріндегі өкпе бүріспесін ажырата білу керек. Жіктеуде өкпенің бүріспесі клиникалық емделгеннен кейінгі өзгерістерге жатқызылады.

Туберкулезді көкірек сірі қабығы (соның ішінде іріңді қуысы). Туберкулезді көкірек сірі қабығы жиі өкпе және өкпеден тыс туберкулезбен бірге жүреді. Ол негізінен бастапқы туберкулез кешенінде, кеудеішілік лимфа түйіндері туберкулезі, өкпенің шашыранды туберкулезі кезінде кездеседі. Туберкулезді көкірек сірі қабығы серозды, серозды-талшықты дәнекерлі, іріңді, сирек - геморрагиялық болып келеді. Көкірек сірі қабығы қабынуы диагнозы клиникалық және рентгенологиялық белгілердің бірігуімен, көкірек сірі қабығы қабынуының түрі - көкірек сірі қабығы қуысының пункциясы немесе плевра биопсиясы арқылы қойылады. Пневмоплеврит (көкірек сірі қабығы қуысында ауаның және сұйықтың болуы) спонтанды пневмоторакс немесе емдеу пневмотораксының асқынуы нәтижесінде пайда болады.

Іріңді экссудаттың жиналуымен жүретін көкірек сірі қабығы туберкулезі - экссудативтік плевриттің ерекше түрі - іріңді қуыс болып табылады. Ол плевраның таралған казеоздық зақымдануы кезінде, сондай-ақ, қуыстардың немесе субплевралды орналасқан ошақтардың перфорациясы кезінде пайда болады, бронхалықторакалдық жыланкөздің түзілуімен асқынады және созылмалы күйге түсуі мүмкін. Созылмалы іріңді қуыс толқын тәрізді жүрумен сипатталады. Плеврадағы морфологиялық өзгерістер тыртықты қайта туу, өзінің функциясын жоғалтқан қалыңырақ плеврада өзіндік грануляциялық тканнің дамуымен көрінеді. Іріңді қуыс диагнозда белгіленуі керек.

Кеңірдек тарамы, кеңірдек, жоғары тыныс алу жолдары және б.т. Туберкулездің бұл таралулары біріншілік және екіншілік туберкулездің басқа түрлерінің және кнудеішілік лимфа түйіндері туберкулезінің асқынып жүруі түрінде, тек кейде бұл зақымданулар, әсіресе кеңірдек тарамы туберкулезі жеке болып кездеседі. Кеңірдек тарамы және кеңірдек туберкулезінің негізгі үш түрі кездеседі: шоғырлы, жаралық және жыланкөзді (лимфобронхиалдық, бронхоплевралық жыланкөздер). Асқынулардан әртүрлі дәрежелі стеноздар, грануляциялар, бронхолиттерді анықтауға болады. Емдеудің нәтижесінде қалған өзгерістерсіз және тыртық, талшықты дәнекерлі қалыңдаулар, стеноздар және басқалар түрінде болатын клиникалық жазылу түседі.

Өкпенің шаңды кәсіптік ауруларымен (кониотуберкулез) біріктірілген тыныс алу ағзаларының туберкулез. Бұл топқа өкпе туберкулезінің барлық түрлері бірмезгілде шаңды кәсіптік аурулары: силикоздар, асбестоздар және басқалар бірге болуы кіреді. Диагноз тұжырымдамасында "Кониотуберкулез" деп жазу керек, содан соң кониоздың кең түрдегі сипаттамасын - "антракоз", "силикоз"

және т.б., және туберкулез үрдісінің кең түрдегі сипаттамасын беру керек.

III топ - Басқа ағзалар мен жүйелердің туберкулезі.

Ми қабықшалары мен орталық жүйке жүйесінің туберкулезі. Туберкулезді менингит. Үрдістің дамуы гематогенді туберкулезбен немесе мидағы казеозды ошақтың субарахноидалды кеңістікке өтуіне, сирек үрдістің басқа ағзалардан өтуіне байланысты. Үрдіс көбінесе мидың негізінде, тамыр бойы мен үлкен жарты шарлардың бороздаларына тарала дамиды. Оған қанның және лимфаның микроциркуляциясының бұзылуы, бассүйек ішіндегі қысымның жоғарлауы, гидроцефалия, ісіну, ми инфарктісі сипатты.

Клиникалық көрініс жалпы құбылыстардан (ашуланшақтық, шаршағыштық, белсенділіктің төмендеуі, бас ауыруы және басқалар) және неврологиялық белгілерден: желке бұлшықеттерінің және арқа бұлшықеттерінің ригидтілігі, менингеалдық белгілер, сонымен бірге локалды неврологиялық белгілер, церебрациондық ригидтікке дейін, құралады. Инфекцияның жұлын қабықшаларына таралуы сипатты неврологиялық өзгерістері бар спиналдық арахноидиттің дамуына әкеледі.

Мидың туберкулез ісігі. Ірімшік тәрізді қалталанған некроз ошағының түзілуі - ми тканінің субкортикалдық бөліміндегі туберкулез ісігі бассүйек ішінің қысымының жоғарылауымен және таралмаған неврологиялық бұзушылықтармен жүреді.

Туберкулезді энцефалопатия туберкулезді-аллергиялық көріністер тобына жатады. Балалар мен жасөспірімдерде кездеседі. Клиникалық көрінісінде жетекші белгілер естің бұзылуы және кома болып табылады.

Ішек туберкулезі. Көбінесе илеоцекалдық аймағында таралады, ішектің шырышты қабығында төбешікті бөртпелердің болуымен сипатталады. Шоғырлы-жаралы үрдіс жаралардың түзілуімен бөртпелердің қосылуымен сипатталады. Клиникалық басымырақ іш өтумен жүретін диспепсиямен көрінеді. Үрдістің таралуы аралық казеозды-некроздық және жаралық зақымдану арқылы ішек қабырғаларының барлық қабатының ішіне қарай жүруі мүмкін. Оған ішек зақымдануы жерінде ауырудың, диспепсияның, қабыну конгломератының (шектеулі перитонит) түзілуімен, ішектен қан кетумен, ішек жүрмей қалуымен сипатталады. Ішек жарасы перфорациясы жайылған перитонит түзілуімен жүретін ауыр асқыну болып табылады.

Іш пердесінің туберкулезі. Ауру анық гематогенді жаратылыстан, сирек - лимфаденингтің таралмаған түрінің, іш қуысының және жамбастың басқа ағзаларының туберкулезінің асқынуы нәтижесінде болады. Бастапқы кезеңде іш пердесінде төмпешікті перделер пайда болады. Клиникалық белгілері аса байқалмайды, улау болмайды. Содан кейін экссудат пайда болған жағдайда - улау көріністері, диспепсия, дене салмағын жоғалту болады. Жабысқан (

адгезивті) түрінде - улау көріністері, диспепсия, жартылай ішек жүрмей қалуының дамуы болады. Түйінді-ісік тәрізді түрі анық улаумен, іш қуысында жабысқан ілмектен, ішектен, іш майынан конгломераттардың түзілуімен, жартылай ішек жүрмей қалу белгісімен қалталанған экссудаттардың болуымен жүреді.

Шажырқайлы лимфа түйіндері туберкулезі. Шоғырлану сатысы аса байқалмайтын перифокалдық көріністер мен улау белгілерімен мезентериалдық лимфа түйіндерінде қабыну шоғырлануымен, казеозды-некротикалық сатысы - лимфа түйіндерінің ұлғаюымен, перифокалдық реакциямен, үрдіске іш пердесінің қатысуымен сипатталады.

Сүйек және буын туберкулезі.

Сүйек және омыртқа жотасы буындарының туберкулезі. "Бастапқы" остит - туберкулездік үрдістің оның шегінен тарамай омыртқа денесінің зақымдануымен сипатталады; әлдеқандай ауыру түйсігімен көрінеді, рентгенологиялық, томографиялық тексеруде омыртқа денесінде деструкция ошағы анықталады. Үдемелі спондилит - туберкулез үрдісінің оның шегінен таралуымен, омыртқада үнемі ауырудың болуымен, шапшаңдықтың шектелуімен көрінеді, рентгенологиялық - омыртқааралық кеңістіктің тарылуы, жанасқан омыртқа денелерінің деструкциясы, туберкулезді спондилиттің өршуінде - туберкулез үрдісінің зақымданған омыртқалардың шегінен таралуы, омыртқа жотасының қисаюы, абцсесстердің пайда болуы, жұлын бұзылушылықтарының, жыланкөздердің болуымен сипатталады. Созылмалы деструктивті спондилит - әртүрлі аралық зақымданумен ұзақ толқынтәрізді жүрумен және кезекті асқынудан соң омыртқада деструктивті өзгерістердің жүйелі таралуымен үдемелі түрдегі жүрумен сипатталады. Метатуберкулезді спондилопатия - әтрүрлі мерзімге өзіндік үрдістің тұрақтылығымен, сондай-ақ әртүрлі дәрежелі анатомиялық-функционалдық бұзушылықтармен және омыртқа жотасының барлық элементтерінің дистрофиялық өзгерістерімен сипатталады.

Аяқтың сүйектері мен буындарының туберкулезі. "Бастапқы" буынаралық остит метафизде өзіндік қабыну ошағының түзілуімен, сирек - буын функциясының бұзылуымен және онда сұйықтың (реактивті синовит) болуымен құбырлы сүйектердің эпифизінде болады. Рентгенологиялық - деструкция ошағы буынды құрайтын сүйектің буындық соңында болады. "Бастапқы" оститтің белгілі метафизарлық таралуында жанасқан жұмсақ ткандердің зақымдануы арқылы үрдіс сүйектің буыннан тыс бетіне таралуы мүмкін, ақпалы абсцесстер мен жыланкөздер пайда болады, рентгенологиялық - қабырғалық деструкция ошағы, кейде кортикалды секвестр немесе аз айқындалған периосталды реакциясы бар шеттік деструкция болады. Үдемелі артрит - туберкулез үрдісінің сүйектің буындықтық шеті шегінен, синовиалды қабықшаға таралуы, ісіну, буын

қуысына сұйықтың жиналуымен көрінеді, рентгенологиялық - деструкция ошағы (көбінесе жеке) буын қуысына ашылған, туберкулезді атриттің өршуінде - буында қабыну және деструкциялық көріністер, қатты ауыру, контрактуралардың түзілуімен қозғалыстың шектелуі, сондай-ақ абсцесстер мен жыланкөздер болуы мүмкін, ретгенологиялық - аса айқын остеопороз, буын саңылауының тарылуы, анық еместік, буын беті контурының қыртыстығы, сүйектің буындық шетінің терең деструкциясы. Созылмалы деструктивті артрит - аяқтың олқылығына әкелетін, буындық бетінің субтоталдық немесе тоталдық бұзушылығымен буынның ауыр зақымдануы, дөрекі деформациялану, контрактурасы болып табылады. Метатуберкулездік артроз - аурудың соңғы кезеңі, дегенеративті сипаттағы өзгерістердің болуымен белсенді емес сатыға өтуі болып табылады.

Жалпақ сүйектер және жамбас буындарының және кеуде қуысының туберкулезі.

Жамбастың жалпақ сүйектері мен кеуде қуысының бастапқы зақымдануында үрдіс әдетте сүйектің губка тәрізді затында болады және секвестр мен жыланкөздердің пайда болуымен "бастапқы" туберкулездік остит түрінде дамиды. Қабырға мен бұғана туберкулезі алғашқыда сүйектің сипатты қомпаюымен көрінеді.

Бас сүйегі мен бет сүйектері мен буындарының туберкулезі. Көбінесе маңдай, төбе, бет сүйектері және жоғарғы жақ зақымданады. Бас сүйегінің туберкулездік үрдісінде ішкі пластинкасының зақымдануымен шектеулі және жайылған түріндегі деструкция байқалады.

Туберкулезді-аллергиялық синовиттер мен артриттер буынның синовиалды қабықшасының параспецификалық аллергиялық зақымдануының нәтижесі болып келеді, ол буындарда сұйықтың жиналуымен, функциясының бұзылуымен көрінеді, көбінесе маусымдық сипатта аурудың қайтуы және өршуімен толқын тәрізді жүрумен сипатталады. Ауру организмнің антигенді стимуляциясы және аллергизациясының көзі болып табылатын, жеке көбінесе туберкулезді инфекцияның жасырын ошағымен байланысты.

Зәр және жыныс ағзалардың туберкулезі.

Бүйрек туберкулезі. Аурудың бастапқы кезеңі басқа органдардан бірінші және екінші сипаттағы туберкулездің белсенді ошақтарынан инфекцияның гематогенді таралуымен байланысты. Өзіндік үрдіс морфологиялық эволюцияның - қабыршықты затта орналасатын шектеулі инфильтратқа (казеомалар) қосылатын, туберкулезді гранулемалар элементімен қоршалған және орталығында казеозды некроздан тұратын гематогенді ошақтардан бастап, бүйрек пен зәр шығару жолдарының толық емес бүлінуіне барлық этаптарын өтеді. Бүйректің казеозды туберкулезі бүйректің лоханкасы арқылы қуыс түзіп,

ірімшік тәрізді некроздың өтуі және босауымен сипатталады, оның қабырғасы туберкулез қуысының типтік құрылысындай болып келеді. Қатарлас жүретін деструктивті және талшықты дәнекер-склероздық үрдістер талшықты дәнекер-қуысты туберкулезге өтетін үрдістің таралуына, паренхима мен бүйректің қуыстық жүйесінің (поликаверноз, тыртықтық стеноздар және басқалар) үдемелі бұзылуына әкеледі. Үдемелі бүйрек туберкулезінің ақырғы сатысы жергілікті және жалпы жүйелік асқынулардың және пионефроздың түзілуімен оның тоталдық зақымдануы болып келеді.

Зәр шығару жолдарының туберкулезі. Әдетте, туберкулездің бұл нысаны белсенді бүйрек туберкулезімен бірге жүретін немесе оның асқынуы болып табылады. Үрдістің сипаты тереңге таралуымен және зәр шығару жолдары қабырғаларының зақымдану дәрежесімен: бастапқы кезеңінде шырышты және шырышты асты қабатының ошақтық қабынуынан терең фиброз, тыртықтық деформациялар және стриктуралармен бітетін жаралы-некроздық деструктивті зақымданумен анықталады.

Еркек жыныс ағзаларының туберкулезі. Ауру екі түрлі патогенездік жаратылыстан болады: гематогенді туберкулездің жиі кездесетін түрі және бүйрек пен зәр шығару жолдары туберкулезінің екіншілік асқынуы болып келеді.

Әйел жыныс ағзаларының туберкулезі жатыр трубаларының туберкулезі (сальпингоофорит), үрдістің қосымшалардан жатыр денесіне таралуы арқылы таралған ішкі жыныс ағзаларының туберкулезі түрінде, жатырдың бұлшықетті қабырғасының зақымдануы жатырдың шырышты қуысының зақымдануымен қатарлас, сыртқы жыныс ағзаларының туберкулезінен пайда болады.

Тері және тері асты клетчаткасының туберкулезі. Бастапқы түрге тері қабаты арқылы инфекциялану жағдайында түзілетін "бастапқы аффект" жатады. Бұл топқа терінің жіті көптеген ұсақ аурулар ұясының туберкулезі және бастапқы гематогенді скрофулодерма, сондай-ақ екіншілік скрофулодерма (шеткі лимфа түйіндері туберкулезі кезінде) жатады. Тері туберкулезінің екіншілік түріне әртүрлі нұсқадағы созылмалы үдемелі туберкулезі (волчанкасы) жатады. Тері асты клетчаткасы зақымдануының ерекше нысанына өзіндік инъекциялық абсцесстер жатады.

Шеткі лимфа түйіндерінің туберкулезі. Инфильтративті сатысында лимфа түйіндерінің (бір немесе бірнеше) қабыну инфильтрациясымен, аса айқындалмайтын перифокалдық құбылыстар мен улау белгілерімен лимфа түйіндерінің ұлғаюмен сипатталады, жібусіз немесе ыдыраусыз казеозды некроз фазасында ұлғайған лимфа түйіндерінде ауыру сезімімен, пальпация кезінде флюктуациямен қабыну конгломераты анықталады, айқын улау белгілері болады . Үрдіс фиброздың түзілуімен немесе лимфа түйіндеріне әк байланумен аяқталады.

Көз туберкулезі. Көз туберкулезінің кең таралған түрі гематогенді-шашыранды увеиттер болып табылады, олар алдыңғы увеиттер (ириттер, циклиттер, иридоциклиттер), шеткі увеиттер (артқы увеиттер), хориоидиттер (хореоретиниттер) болып бөлінеді. Көздің бағыныңқы аппаратының туберкулезді зақымдануы сирегірек кездеседі, ол гематогенді шашырау немесе беттің терісі бойымен тарау нәтижесінде, анда-санда - экзогенді инфекциялану жолымен пайда болады. Көздің туберкулезді-аллергиялық аурулары аурудың әрбір қайталануының жіті басталуымен және екпінді мен қысқа жүру арқылы қайталанып жүрумен сипатталады. Келесі түрлерге бөлінеді: фликтенулезді кератиттер, конъюктивиттер, кератоконъюктивиттер, скрофулезді паннус, эписклерит, иридоциклит, хориоретинит.

Басқа ағзалардың туберкулезі - барлық басқа, сирек кездесетін, мысалы, бауырдың, көкбауырдың, бүйрек үсті безінің, жүрек бұлшық етінің, перикардтың, полисерозиттің және басқа ағзалар мен жүйелердің туберкулезді зақымданулары.

3. DOTS стратегиясы шеңберінде мекеменің медициналық бөлімдері мамандарының жұмысын ұйымдастыру

Қазақстандағы жағдайға икемделген туберкулезге қарсы күрес жөніндегі DOTS стратегиясын енгізу барысында мекеменің медициналық бөлімдері мамандарының ролі едәуір өседі, оларға келесі міндеттері:

бактериоскопиялық әдіспен туберкулезді ерте анықтау;

флюорографиялық әдіспен туберкулездің кіші түрлерін ерте анықтау;

туберкулезге қарсы мекемелерге анықталған туберкулезді науқастарды уақытылы этаптау;

туберкулезді науқастарды этапқа дейін дені сау сотталғандардан оқшаулау;

арнайы контингенттер арасында туберкулездің алғашқы белгілері және оның алдын-алу әдістері жөнінде кең түсіндіру жұмыстарын жүргізу жүктеледі.

Туберкулезді анықтау жөніндегі іс-шаралар

Ауруларды ерте және аса толық анықтау мақсатында ең қарапайым, мүмкін және тиімді қақырықтың бактериоскопиялық әдісін қолдану ұсынылады.

Бұл әдісті енгізу барлық режимдегі мекемелер медициналық бөлімдері мамандарын тегіс даярлау, сондай-ақ қажетті жабдықтармен - микроскоптар және реактивтермен жарақтауды қажет етеді.

Лаборанттар, фельдшерлер, дәрігерлерді даярлау туберкулезге қарсы мекемелер, ТМҰО базасында жүргізіліп және тиісті сертификатты беру арқылы аяқталуы керек. Бұл кезде міндетті шарт кейіннен, кемінде жылына бір рет, DOTS стратегиясымен ескерілген әдістерді меңгеруіне медициналық қызметкерлерді аттестациялау болып табылады.

Бактериоскопиялық тексеруге медициналық бөлімге қаралған сотталғандар

бір немесе бірнеше клиникалық белгілері бар мынадай адамдар жатады:

1) 3 аптадан астам жөтелудің болуы (жөтел туберкулездің ашық (жұқпалы) түрімен ауыратын науқастардың негізі белгісі болып табылады);

2) дене салмағының азаюы;

3) түнгі тер;

4) кеуденің ауруы;

5) қан қақыру;

6) дене қызуының ұзақ уақыт бойы көтерілуі;

7) ұзақ уақыт бойы жазылмайтын жыланкөздердің болуы;

Бұл жағдайда медициналық қызметкер қауіпсіздік ережесі мен нұсқауын сәйкес қақырықты жинау және оның бактериоскопиясын қамтамасыз етуге міндетті.

Жағындыда Кох бацилласы анықталған жағдайда науқас дәрігер-фтизиатрға жіберіледі, ол диагноз қою үшін оған қосымша зертханалық тексерулерді тағайындайды. Туберкулезге күдікті белгілер үдей түскенде, және бактериоскопиядан теріс нәтиже анықталған кезде де, науқас міндетті түрде дәрігер-фтизиатрға кеңеске жіберіледі.

Егер бұл медициналық бөлімде бактериоскопия жүргізуге жағдай болмаса, онда қақырықты жинап, жағындыны бекітіп, оны уақытылы туберкулезге қарсы мекеменің зертханасына жеткізу жүргізіледі.

Туберкулезге қарсы күрес жөніндегі жұмыстың жетістігі көбінесе арнайы контингент арасында жүргізілетін санитарлық-ағарту жұмыстарының сапасына байланысты болады. Оны жүргізгенде нақты жағдайдағы мүмкін барлық әдістер мен құралдарды пайдалану қажет, ерекше көңілді туберкулездің ерте белгілеріне, сәйкес тексеру мен емдеудің қажеттілігіне, гигиеналық әдеттерді тәрбиелеуге көңіл аудару қажет.

Дәрігер-фтизиатрмен туберкулез диагнозы қойылған кезде, науқас басқа дені сау сотталғандардан бекітілген туберкулезге қарсы мекемеге этаптауға дейін жеке камерада немесе палатада оқшауланады.

Сол жерде науқасты емдеген жағдайда, бақыланатын стационарлық емдеу курсы тағайындалады.

Әрбір туберкулезге қарсы мекемеде (қажет болған жағдайда мекемеде) сол орында емдеуге қажетті туберкулезге қарсы дәрілік құралдардың жеткілікті қоры болуы тиіс. Әрбір мекемеде ТБ 03 белгіленген түрінде науқастарды есепке алу журналы жүргізілуі тиіс, есеп беру сәкес медициналық қызметке белгіленген мерзімде ұсынылуы қажет.

4. Өкпе туберкулезін бактериоскопиялық және флюорографиялық әдіспен анықтау және диагностикалау

Туберкулезді анықтау - осы инфекциямен күрестің негізгі бөлігі.

Туберкулезді диагностикалаудың әдістері: флюорография, микробиологиялық тексеру, ал жасөспірімдер арасында - туберкулинодиагностика қалады. Мекемелерде өкпе туберкулезімен ауыратын науқастарды анықтаудың негізгі әдісі болып флюорографиялық қарау болып қалады, өйткені флюорография өкпе туберкулезінің барлық жағдайларын кіші түрінен деструктивті түріне дейін және кеуде қуысының басқа патологияларын диагностикалауға мүмкіндік береді. Кеуде қуысының флюорографиялық тексеруі:

тергеу изоляторында тергеу-қамауға алынғандарға - түскен кезде (алғашқа 7-10 күн ішінде) және әр алты ай сайын;

түзеу мекемелерінде сотталғандарға - жылына екі рет жүргізіледі.

Қазіргі түзілген эпидемиологиялық жағдайда, туберкулез кезекті флюорографиялық тексеру арасында дамуы мүмкін, сондықтан да аурудың өзіне де, оның қоршаған ортасына қауіпті болып келетін аурудың жұқпалы түрімен ауыратын науқастарды анықтау өзекті мәселе болып келеді. Туберкулезге қарсы іс-шаралар жүйесінде басымдылық бағыттардың бірі медициналық көмекке қаралған сотталғандар арасынан қақырықтың жағындысын бактериоскопия зерттеу әдісімен туберкулезді анықтау болып табылады. Барлық туберкулезге клиникалық күдік тудыратын, сонымен бірге флюорографияның оң нәтижелілерде, Циль-Нильсен әдісі арқылы жағындының микроскопиясы жүргізілуі тиіс, бактерия бөлушілерді дені сау адамдардан уақытылы оқшаулау мақсатымен бұл әдіс қарапайым және үнемді болып табылады.

Туберкулезге бактериоскопиялық тексеруге жататын адамдар:

1) бір немесе бірнеше клиникалық белгілер болғанда:

3 аптадан астам созылған жөтел (жөтел туберкулездің ашық түріндегі науқастарда негізгі белгі болып табылады);

қан қақыру;

кеуденің ауыруы және ентігу;

тәбеттің және дене салмағының жоғалуы;

түнгі терлеу;

ұзақ уақыт бойы дене қызуының көтерілуі;

әлсіздік және тез шаршағыштық;

ұзақ уақыт бойы жазылмайтын жыланкөздер;

2) бактерия бөлуші болып табылатын, науқас сотталғандармен қарым-қатынастағылар;

3) өкпелерінде туберкулезге күдік туғызатын рентгенологиялық өзгерістері бар адамдар;

4) қақырық бөліп шығаратын өкпе ауруларымен ауыратын тасымалдауға жатпайтын науқастар;

Қақырық бөліп шығармайтын, бірақ туберкулездің басқа күмәнді клиникалық

белгілері бар науқастар, сонымен қатар, қарым-қатынастағылар, рентгенологиялық-флюорографиялық тексеруден өтулері керек, ал балалар мен жасөспірімдерге - қосымша Манту 2ТЕ туберкулин сынамалары жүргізіледі.

Өкпеден тыс ағзалар туберкулезіне күдік тудыратын клиникалық белгілер болған жағдайда, бактериоскопиялық тексеріс жүргізу үшін қандай да болмасын диагностикалық материал (зәр, қан, жыланкөздердің бөліндісі, пунктаттар, плевра және жұлын-ми сұйығы және т.б.).

Қажетті деңгейде құрал-жабдықтар, дайындығы жақсы медицина қызметкерлері болған жағдайда, науқас қаралуға келген медицина мекемесінің өзінде тексерістен өтеді, жағындының бактериоскопиясы әйтеуір бір зертханада, әйтпесе қақырық жиналып, оны мамандандырылған зертханаға жеткізеді.

Оң нәтиже анықталған барлық жағындылар және теріс нәтижелі жағындылардың 10% жоғары тұрған медицина мекемесінде қайта тексерістен өтуге жіберіледі.

Жиі және ұзақ суық тию ауруларымен ауыратындарға, айыптау изоляторы немесе камера типті үлгідегі үй-жайларда жиі болатындарға, сонымен бірге түзеу мекемелері жағдайында басқа контингенттермен салыстырғанда көбінесе нашар жағдайларда ұсталатын, сексуалдық перверзиямен азап шегетіндерге ерекше көңіл бөлу керек.

Өкпеден тыс ағзалар туберкулезіне күдік тудыратын клиникалық белгілер болған жағдайда, МТ-ға бактериоскопиялық тексеріс жүргізу үшін қандай да болмасын диагностикалық материал (зәр, қан, жыланкөздердің бөліндісі, пунктаттар, плевра және жұлын-ми сұйығы және т.б.) алынады.

Туберкулездің диагностикасы аурудың белсенді жағдайларын, яғни МТ-мен сертті, аурудың клиникалық көрінуімен науқастарды анықтау болып табылады. Туберкулезге күдікті барлық қаралушыларды, ретгенограммада патологиялық өзгерістер болмаған жағдайда да, қышқылға төзімді бактериялардың болуына қақырықтың үш жеке үлгісін микроскопиялық тексеруге жинау жүргізіледі. Қаралушыларды туберкулезге тексеруде рентгенодиагностика пайдалы ақпарат береді, дегенмен тек қана бұл әдіс сенімді болмайды, өйткені тыныс алу ағзаларының басқа аурулары рентгенологиялық қағазда өздерінің белгілері бойынша туберкулезге ұқсауы мүмкін, сондықтан да туберкулез диагнозы мүмкіндік болса, бактериологиялық тексерістің нәтижесімен (қақырықтың жағындысы анализімен және себу әдісімен) расталуы қажет. Егер де қаралушыларда бактериалдық пневмония, күмәнді белсенділікті өкпеде туберкулездік өзгерістер болжамдалса, ол 7-14 күн бойы кең спектрлі әсер ететін антибиотиктермен емдеу курсын өтуі тиіс, бұл кезде рифампицин, стрептомицин , офлоксацин тағайындауға үзілді-кесілді рұқсат етілмейді. Неспецификалық антибактериалдық терапия курсын аяқтаған соң науқас қайтадан клиникалық,

рентгенологиялық және бактериологиялық тексеруден өтеді және фтизиатрдың кеңесінен соң клиникалық диагноз, диспансерлік есептің тобы қойылады және сәйкес емдеу тағайындалады. 1А, 1Б, 1В топтағы науқастарды дені сау адамдардан ұстау қамтамасыз етіледі. II ГДУ бойынша бақылаудағы адамдар, локалды оқшауланған жерлерде ұсталады, III топ бойынша жалпы негіздемелер бойынша ұсталуы мүмкін, көрсетімдер бойынша оларға қажетті алдын-алу шаралары жүргізіледі.

Науқастарды туберкулезге тексерудің стандартты жоспарының схемасы

ТБК-ге күдік туғанда

Микроскопия

БК+++

БК+--

БК-

Рентгенге түсіру және дәрігердің қорытындысы

Кең спектрлі антибиотиктер

Жақсару жоқ

Жақсару ТБК емес

Микроскопияны қайталау

```
|      |      |            БК+++ |            |      БК-   |
|      |      |              ++- |            ___________
|      |      |              +-- |                         |
|      |      _________________                            |
|      |      |                       ______________________
|      |      |                       | Рентгенге түсіру және |
|      |      |                       | дәрігердің қорытындысы|
|      |      |                       ______________________
|      |      |                                  |          |
|      |      |                 ___________   ____________
|      |      |                 |  Иә,ТБК  |  |  ТБК емес  |
|      |      |                 ___________   ____________
|      |      |                                  |          |
|      |      |                                  |          |
|      |      |              ____________    ______________
|      |      |              |ТБК-нің жабық|  | Басқа диагноз|
|      |      |              |түрін емдеу  |  | қою          |
|      |      |              ____________    ______________
____________________________
|     ТБК-нің     ашық     түрін     емдеу     |
```

5. Бактериоскопиялық тексеріс жүргізудің әдістемесі

Зертханаға жіберуге арналған қақырық аузы саңылаусыз жабылатын бұрандамалы қақпағы бар, контейнерлерге (түкіргіштерге) жиналады, олар қажетті шамада жуылып дезинфекцияланғаннан кейін бірнеше рет пайдаланылады. Бір рет қана пайдаланылғаннан кейін енді іске жаратылмайды, жойылады. Түкіргіштің сыртына науқастың аты-жөні, туған жылы, қақырық жиналған күн, идентификациялық реттік саны жазылған этикетка жапсырылады. ТБ-05 бір формасы барлық 3 (диагностика мақсатымен) немесе әрбір науқастың 2 (химиотерапияны бақылау) сынамасына толтырылады.

Күдік туғызатын әрбір науқастан тексеруге қақырықтың үш сынамасы жіберіледі.

Бірінші сынама. Науқас медициналық бөлімге келген күні (таңертең) медицина қызметкерінің бақылауымен жиналады.

Екінші сынама. Науқас қақырықты келесі күні таңертең медициналық бөлімде медицина қызметкерінің бақылауымен жиналады.

Үшінші сынама. Науқас қақырықты сол күні медицина қызметкерінің бақылауымен жинайды.

Қақырық бөгде адамдар болмаған жағдайда таза ауада медицина

қызметкерінің жетекшілігімен және бақылауымен, ал осындай жағдай болмағанда, жақсы желденетін ауаны, ауасы тысқа тартып әкететін желдеткіші, кварц шамы бар оңаша бөлмеде жиналады.

Медицина қызметкері міндетті түрде арнайы халат, қалпақ, маска, клеенкалы алжапқыш, резеңке қолғап киіп жүрулері керек. Қолғапты жұмыстан кейін су қайнаған сәттен бастап 15 минут бойы 2 %-тік сода ерітіндісінде қайнатады.

Медицина қызметкері мынаны істеуге тиіс:

пациентті тыныштандыруға, басу айтуға, тексеру жүргізу себебін түсіндіруге, сонымен қатар, қақырықты өкпенің неғұрлым терең бөліктерінен жөтеліп шығару керек екендігін;

пациентке аузы ашық, сыртында оның аты-жөні және медициналық мекеменің атауы жазылған этикетка жапсырылған түкіргіш беруге;

науқастың арт жағында тұрып, оған түкіргішті аузына жақынырақ ұстауды ішке 3 рет дем тартып алып, 3-ші демді ішке тарту соңында қатты жөтеліп, қақырықты түкіргішке түкіруін өтінуге;

қақырық жеткілікті мөлшерде (3-5 мл), жиналуына, оның құрамында сілекей емес қою іріңді бөлікшелердің болғанына көз жеткізуге (егер жинаудың сәті түспесе, түкіргіш пайдаланылған деп есептелінеді және ол зарарсыздандыруға жіберіледі);

қақырық жиналған жағдайда медицина қызметкерінің өзі түкіргішті қақпағымен нығыздап жабады, оны арнайы қалбырға немесе тасымалдауға арналған металды бикске салады;

медицина қызметкері қолғап киген қолын сабындап жууы керек.

Жиналған қақырық бір тәулік ішінде зертханаға жеткізіледі, ерекше жағдайда тоңазытқыш жоқ болса оны медицина мекемесінде (құрғақ, салқын жерде) 2 күн ғана және тоңазытқышта 7 күн сақтауға болады. Қақырықты сақтау мен тасымалдау үшін тоңазытқыш элементтері бар, арнайы контейнерлер, металды бикстер қолданылады.

Қақырық бар түкіргіш салынған бикстерді тасымалдауға дейін тоңазытқыштарда сақталуы керек. Қақырықты жеткізу мүмкіндігі болмаған жағдайда, медицина мекемесінде жақсы бекітілген жағындылар дайындауға және оларды зертханаға жіберуге болады. Себу қажеттілігі болса, қақырық зарарсыздандырылған түкіргішке жиналады және бір тәуліктен аспайтын мерзімде ғана тоңазытқышта сақталынады.

Әрбір медицина қызметкері өзінің жеке қауіпсіздігі үшін және жұмыстас әріптестерінің қауіпсіздігі үшін жауап береді. Қақырық жағындысын дайындау және оны бекіту биологиялық жағынан қауіпсіз, ауасы сорылып тұратын шкаф ішіндегі столда жасалынады. Туберкулезбен ауыратын науқастарды тексеруге қатысты медицина қызметкерлері, артқы жағынан түймеленетін халат,

резеңкелі-клеенкалы алжапқыш, резеңкелі қолғап, медициналық қалпақ, маска киіп жұмыс істеулері керек. Жұмыс орнында тамақ ішуге және шылым шегуге тиым салынады. Жұқпалы материалдармен ластанған заттар дереу зарарсыздандырылады (5 % хлоры бар ерітіндіде 4 сағат бойы) немесе жойылады . Түкіргіштер (контейнерлер) тасымалданар алдында (туберкулез инфекциясында қолданылатын дезинфекция жасайтын ерітіндіге малынған шүберекпен сүртіледі) мұқият зарарсыздандырылуы тиіс.

Тексеру нәтижелерін жіберу.

Микроскопиялық зерттеу сериясы аяқталғаннан кейін ілеспе тізімге зерттеуді жүргізу датасы және оның нәтижесі енгізіледі, кейін тез арада медициналық мекемеге жіберіледі. Көліктік корорбкалар мақта тампондармен, сіңген дезинфекцияланатын ерітіндімен тазартылады және медициналық мекемеге беріледі.

Зерттелген жағындыларды жою.

БК табылған жағындыны арнайы жәшікке салады және 6 ай ішінде зертханада сақтайды. Кейін мазоктар алдын-ала залалсыздандырғаннан кейін (дезерітінідіге салу, қайнату, автоклавтау) қоқысқа шығарылуға жатады.

Теріс жағындылар апта ішінде зертханада сақталады, себебі нәтижелерді растайтын тексеріс жүргізу қажет болады.

6. Туберкулезбен ауыратындарға бақыланатын аз мерзімді химиотерапиясы

ДОТС режиміндегі химиотерапия кез-келген локализациядағы туберкулезбен ауыратындарды емдеудің негізгі әдісі болып табылады және үш принципте негізделеді:

1) химиотерапия бақыланатын болуы керек.

Туберкулезге қарсы дәрілік құралдар стационарияда медициналық қызметкердің болуымен ауруға қолданылады, ал амбулаториялық жағдайларда дәрілік құралдарды қабылдауды медициналық қызметкер бақылайды;

2) дәрілік құралдың саны, жинағын және оның дозасын аурудың санатына қарай қатаң сақтайды;

3) ұзақтылық бойынша емдеу схемасын сақтайды.

ДОТС стратегиясы бойынша химиятерапия екі кезеңнен тұрады:

Бірінші кезең - химиотерапияның интенсивті фазасын стационарияда жүргізу. Қоршаған ортаға қауіпсіз эпидемиологиялық қатысты кейбір 3-санаттағы аурулардың амбулаториялық емделу мүмкіндігін фтизиатр жеке тәртіпте шешеді.

Екінші кезең - қолдаушы фаза, неғұрлым интенсивті химиотерапия, дәрігер-фтизиатрдың шешімі бойынша стацинариялық және амбулаториялық жүргізіледі.

Туберкулезбен ауыратындар категориясы

Туберкулезбен ауыратындар келесі категорияларға бөлінеді:

1-категория. Бұл категорияға бактерия бөліп шығаратын өкпе және өкпеден тыс нысанды туберкулезі алғаш айқындалған, 10 шаршы сантиметрден паренхимасы залалданған, өкпе және өкпеден тыс туберкулездің нысанымен ауырғандарға қатысты.

2-категория. Бұл категорияға туберкулездің рецидиві бар, бактерия шығаруы бар 1 және 3 категориялы ауруды тиімсіз емдеуі кезіндегі; БК+ кезінде екі айдан көп емдеудің үзілуі бар ауруларға қатысты.

3 категория. Бұл категорияға бактерия шығаруы жоқ өкпенің алғаш айқындалған шектеуімен, өкпеден тыс жою туберкулезімен (артриттер, перифериялық лимфадениттер, мезоаденит және өзге жоюлар) ауыратындарға, бала-жасөспірім жасындағы алғашқы және қайталанған туберкулездің күрделі емес шектелген нысанымен ауыратындарға қатысты.

4 категория. Бұл категорияға бактерияға қарсы терапияның қайталанған толық курсын өткеннен кейін бактерия бөлу қалып қойған немесе қайта шығатын туберкулездің созылмалы нысанымен ауыратындарға қатысты. Бұл ауруларды емдеу осы санаттағы арнайы бөлінген бөлімшелерде жүргізіледі.

Туберкулезбен ауыратындарды емдеу

1 категориялы ауруларды емдеу:

Химиотерапияның интенсивті фазасы ауруларға стационарияда 2-ден төрт айға дейінгі мерзімде, туберкулездік процестің ауырлығы мен таратылуына қатысты, клинико-ренгенологиялық жақсаруына қол жеткізгенге дейін жүргізіледі. Осы фазада емдеу төрт дәрілік құралдармен: изониазид, рифампицин , пиразинамид, немесе этамбутол немесе салмақ пен жасына тиіс стрептомицин жүргізіледі.

Қақырықтың бактериологиялық зерттеуі барлық емделуге дейін бактериоскопиялық әдіспен БК+ айқындалған ауруларға жүргізіледі.

Екі-төрт айдан кейін химиотерапияның қолдаушы фазасына БК қақырықты екі рет зерттеудің теріс нәтижелерінде ғана амбулаториялық жағдайларда мүмкін болады. Егер қақырық оң болса, онда химиялық препараттардың дәрілік тұрақтылығын байқауға болады. Бұл уақытқа қақырықтың бактериологиялық зерттеуі нәтижелері және оның пайдаланылатын дәрілік құралдарға сезімталдылығы дайын болады. Үшінші айдың аяғына қақырық оң және өкпе клеткасында деструкция сақталған болса, онда стационариялық емдеуді төрт айға дейін созуға болады. Егер бесінші айда және емдеуден кешірек жағынды оң болып қалса, онда ауру "тиімсіз емделу" ретінде тіркеліп, оны 2 категория режимі бойынша бастау керек.

Терапияның қолдаушы фазасы төрт ай ішінде амбулаториялық және стационариялық бақыланатын режимде жүргізіледі, екі дірілік құралдармен интермиттерленген режимде: изониазид және рифампицин жүргізіледі, осы

дозамен төрт ай ішінде күн сайын интенсивті фазадағыдай жүргізіледі. Миллиарлық туберкулез, менингит, кең залалдануларда қолдаушы фазаны жеті айға дейін созу мүмкін болады.

2 категориялы ауруларды емдеу.

Химиотерапияның интенсивті фазасын дәрілік құралдарға сезімталдылықты анықтау арқылы, үш айдан бес айға дейінгі мерзіммен, туберкулездік процестің ауырлығы мен таратылуына қарай клиника-рентгенологиялық жақсаруға (құлдырау жолының жабылуына тенденция, құлдырау жолының жабылуы және жағындының тұрақты конверсиясы) қол жеткізгенге дейін жүргізіледі.

Емделу алғашқы екі айда бес дәрілік құралдармен: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин, үшінші-бесінші айларда - стрептомицинсіз. Емдеудің үш-бес айларын өткеннен кейін БК-ға қақырықты екі рет зерттеу жүргізіледі, бактериоскопия мен посевтің теріс нәтижелерінде емделудің қолдаушы фазасына ауысады. Егер үшінші айдың соңына қақырық оң болса және өкпе клеткасында деструкция жолы сақталса, стационариялық емделу бес-жеті айға созылады. Егер интенсивті фазадағы екі және одан да көп дәрілік құралдарға резистентілік белгіленсе және жеті айдан кейін аурудың емделуі абациллерсенсе, оны 4 категорияға ауыстырады және жеке емдейді.

Қолдаушы фаза дәрігер-фтизиатрдың қорытындысы бойынша стацинариялық және амбулаториялық жүргізіледі, яғни интермиттирленген режимде үш дәрілік құралдармен (изониазид, рифампицин, этамбутол) 4-5 ай ішінде аптасына үш рет қысқалығымен жүргізіледі. Таратылған процестерде қолдаушы фазаны сол дәрілік құралдармен бес ай ішінде жеке көрсеткіш бойынша күнделікті режимде емдеуді жүргізу мүмкін болады.

Ауруларды 3 категориямен емдеу.

Екі ай ішінде емдеудің интенсивті фазасындағы ауруларға үш дәрілік құралдар: изониазид, рифампицин және пиразинамид, яғни амбулаториялық, стационарияда жиі тағайындалады. БК-ға қақырықтың теріс екі анализінде ауру емдеудің қолдаушы фазасына ауыстырылады.

Қолдаушы фаза төрт ай ішінде екі дәрілік құралдармен (изониазид, рифампицин), қосымша аптасына үш рет қысқасымен изониазид жүргізіледі.

Егер ауруда екі айдан кейін бацилла бөліну айқындалса, ол 2 категорияға ауыстырылады және тиісті емдеуді алады.

Балалар мен жас өспірімдерді емдеу

Балалар мен жас өспірімдерді емдеу үлкендерді емдеу принциптерімен жүзеге асырылады.

Өкпе туберкулезінің күрделіленген және таратылған нысанмен және ішкі кеуде БК+ және БК- лимфа түйіндерімен ауыратын балаларға стационарияда екі-бес ай интенсивті емдеу жүргізіледі.

Қолдаушы емдеу стацинария немесе амбулаториялық жағдайларда үш-төрт айлар ішінде жүргізіледі, кейін үш-төрт ай жалпы медициналық тордағы фтизиатр мен қызметкердің бақылауымен амбулаториялық жүргізіледі.

Өкпе және ішкі кеуде БК- күрделенуі жоқ лимфа түйіндеріндегі айқындалған туберкулездік өзгерістері бар балаларға екі ай ішінде интенсивті емделу және екі ай стационария жағдайында қолдаушы емдеу, қалған екі-үш айда - фтизиатрдың бақылауымен амбулаториялық жүргізіледі.

Ішкі кеуде БК+ және БК- лимфа түйіндерінің аз нысанды туберкулезімен ауыратын балаларға интенсивті терапия екі ай ішінде жүргізіледі және екі ай қолдаушы емдеу стационария жағдайында жүргізіледі, келесі екі айда амбулаториялық жүргізіледі.

БЦЖ-мен ауыратын балалар 3 категорияға жататындар ретінде емделеді.

АҚТ және ЖҚТҚ-мен, туберкулезбен ауыратындарды емдеу.

Осы санаттағы ауруларды емдеу туберкулездің химиотерапиясының толық курсын аяқтағанға дейін фтизиатрдың бақылауымен жүргізіледі.

Патогенетикалық терапия

Патогенетикалық құралдар мен әдістер қатаң көрсеткіштер бойынша химиотерапияның негізгі курсы фонында пайдаланылуы керек.

Емдеудің коллапсотерапевтикалық әдісі

Жасанды пневмоторакс - ауаны аурудың өкпесін қысу үшін плевральдық жолға жіберу, бірнеше оқиғалар қатарында бақыланатын стандартты химиотерапияның екі-үш айынан кейін, деструктивті туберкулез кезінде бактерия бөлу тоқтатылғаны жоқ болғанда көрсетілген. Осы әдісті қолданудың қосымша көрсеткіші қан түкіру, қоздырушының дәрілік тұрақтылығының бар болуы немесе химиялық препаратты көтере алмауында болып табылады. Жасанды пневмоторакстық ұзақтылығы екі-төрт ай болуы керек.

Пневмоперитонеум - құрсақ жолына ауа енгізу диафрагма қозғалысын көтеру және шектеу үшін төменгі үлес құлдырауымен кавернозды және инфильтративті туберкулезді емдеуде, шашыранды және төменгі үлесті процестерде, сондай-ақ гемоторакстың кішіреюі мен пострезекциялы қуыстың тез толуы үшін өкпенің резекциясымен сәйкестігінде қолданылады.

Хирургиялық емдеу

Туберкулезбен ауырғандарды хирургиялық емдеу маман-хирургтың кеңесінен кейін көрсеткіші бойынша қолданылады. Хирургиялық араласу туралы мәселе мынадай жағдайларда қатаң түрде жеке шешілуі тиіс:

1) хирургиялық емдеу үшін өмірлік көрсеткіші бар болғанда (өкпе қан ағуы, күші көп спонтанды пневмоторкс, туберкулезбен залалданған орган функциясының бұзылуы);

2) туберкулезге қарсы химиотерапияның аз мерзімді адекватты курсының

тиімсіздігінде, яғни емдеудің негізгі (1 санат) және қайталанған курсында (2 санат);

3) полирезинстентті туберкулезі бар ауруларда екінші қатардағы дәрілік құралдармен туберкулезге қарсы химиотерапияның адекватты курсының тиімсіздігінде (Бүкіләлемдік Денсаулық сақтау ұйымының арнайы әдістемелік нұсқаулығы);

жедел емдеуге тартылған ауруларды ДОТС бойынша жүргізу тактикасы мынадай болуы тиіс:

операция алдында БК+ бар ауруларға операциядан кейін 2 санат бойынша емдеудің толық курсы жүргізіледі;

егер аурудың операция алдында жағындысы теріс болса, онда операциядан кейін емдеу 2 санаттың қолдаушы фазасы схемасы бойынша жүргізіледі.

Егер ауруға оперцияға дейін мультирезистентті туберкулез белгіленсе, онда жеке терапияның толық курсы жүргізіледі.

Стандарттық емдеудің нәтижелерін тіркеу

Емдеу курсының аяғында фтизиатр арнайы журналда емделіп шығудың стандарты қалыпына сәйкес әр аурудың емделіп шығуын тіркейді.

Бактерия бөлулері бар туберкулезбен ауырғандарды емдеу нәтижелерін тіркеу:

"емделді" - 5 айда және емдеудің соңында қақырық бактероскопиясының теріс нәтижесі алынды;

"емдеу аяқталды" - ауру емдеудің толық курсын аяқтады, бірақ жағынды бактерияскопиясын жүргізу қажет емес;

"емдеудің тиімсіздігі (қолайсыз емделу)" - қақырық бактериоскопиясы қалған немесе бесінші айда және емдеудің басынан кешірек қайта оң болады;

"ауру қайтыс болды" - аурудың өлімі емдеу курсы кезінде кез-келген себептер нәтижесінде болған;

"режимнің бұзылуы" - екі ай ағымында емдеуді кейбір себептермен қабылдамайтын ауру. Емдеу аяқталғаннан кейін ол теріс жағындымен ауру болды, екі және одан көп айға үзілістен кейін терапияны жаңартты;

"ауыстыру" - ауру емдеуді басқа медициналық ұйымда жалғастырады және терапияның бітуі белгіссіз.

Емдеудің аяқталу анализі

Фтизиатр тоқсан сайын және әр жылдың аяғында специфкалық терапияның шығу анализін жүргізуі тиіс. Жаңа және бұрын емделген аурулардың нәтижесі жеке талданады.

Емдеудің шығуы туралы тоқсан сайынғы есеп берулер әр мекемеден деректер

талқыланатын және жоғарыда тұрған бөлімшелерге жіберетін тиісті медициналық қызметке жібереді. Талдаудың нәтижесі емдеудің тиімділігін бағалау және тиісті нұсқаулықты өңдеу үшін талдау нәтижелері пайдаланылады.

Дәрілік резистенттік

Қорытындыға жататын аурудың дұрыс емес немесе адекватты емес емделуі туберкулездің дәрілік резистенттік нысанының пайда болуына әкеп соқтырады, инфекцияны тарату күдігін арттырады және қорқынышты тек сотталғанға ғана емес, түрме қызметкерлеріне де, және барлық қоғамға да ұсынады. Рифампицинге резистенттілікті дамытуды ескерту - неғұрлым тиімді туберкулезге қарсы дәрілік құралға, өте маңызды. Егер рифампицинге резистенттілік кең таратуды алса, туберкулез емделмейтін ауруға айналады.

Аса клиникалық-эпидемиологиялық мәні түзеу мекемелерінде туберкулездің шағын бактерияларының дәрілік тұрақтылығын алады.

Туберкулездің резистенттік нысаны - бұл бір немесе бірнеше туберкулезге қарсы дәрілік құралға резистентті шағын бактериялар аурудың қоздырғышы болып табылатын туберкулез жағдайы.

Монорезистенттілік - бір дәрілік құралға тұрақтылық.

Полирезистенттілік - екі және одан да көп дәрілік құралдарға резистенттілік.

Мультирезистенттілік - MDR (көптеген резистенттілік) - кем дегенде изониазидке (H), рифампицинге (R), басқа дәрілік құралдарға резистенттілік пен резистенттіліксіз тұрақтылық.

Алғашқы дәрілік тұрақтылық - өткен өмірінде туберкулезге қарсы дәрілік құралдарды ешқашан қабылдамаған ауруларда резистенттілік (немесе 1 ай қабылдаған).

Жүре біткен резистенттілік - спецификалық терапияны алған ауруларда пайда болған резистенттілік (бір айдан көп).

Клиникалық тұрғыда полирезистенттілікті қалыптастырудың негізгі себептері:

химиотерапияның бақылау приципі және емдеудің кез-келген кезеңінде дәрілік құралдарды қабылдауды жіберу;

емдеудің дұрыс емес доза және кестесін тағайындау, "емдеудің қолайсыздығы" монотерапиясы;

бөлшектік көтере алмаумен мотивирленген бір немесе бірнеше дәрілік құралдарды негізсіз алып тастау;

емдеудің қабылдаудан бас тарту, дәрілік құралдармен қамтамасыз етуде үзілістер, кешірек диагностика;

туберкулез бойынша санитариялық-ағарту жұмыстарының жеткіліксіздігі, аурудың дәрігермен міндетті байланысы болмауы, туберкулезге қарсы дәрілік құралдармен емдеудің ерекшеліктері туралы ауруды жеткіліксіз ақпараттандыру

болып табылады.

Басым тапсырма болып туберкулездің қоздырғыштың көптеген тұрақтылығы бар пайда болуын ескерту, туберкулездің полирезистентті нысанымен бірге аурудың емделуі табылады.

Туберкулездің резистентті нысаны бар ауруды емдеу тек әзірленген кестеге сәйкес, резервті дәрілік препараттың бар болғанда, арнайы стационарияларда жүргізіледі:

Туберкулездің мультирезистентті нысанын емдеу кестесі

Резистент-тілік	Интенсивті фаза		Қолдаушы фаза	
	дәрілік құралдар	Емд. аз жалғ.	дәрілік құралдар	Емдеудің жалғасуы
Изониазид	1. Аминоглюкозид	3	1. этионамид	18
Рифампицин	2. этионамид	3	2. офлоксацин	18
стрептомицин	3. пиразинамид	3	3. этамбутол	18
	4. Офлоксацин	3		
	5. этамбутол	3		

Резистент-тілік	Интенсивті фаза		Қолдаушы фаза	
Изониазид	1. Аминоглюкозид	3	1. этионамид	18
Рифампицин	2. этионамид	3	2. офлоксацин	18
стрептомицин	3. пиразинамид	3	3. циклосерин	18
этамбутол	4. Офлоксацин	3		
	5. циклосерин	3		

Ескерту:

[1] Канамицин немесе амиакцин немесе капреомицин

[2] Нашар көтере алмауда тәуліктік доза 800 г 400 г-ға дейін төмендетуге болады.

Ағзадағы МТ популяциясы

Метаболикалық белсенді, интенсивті көбейетін және таратылатын. Фагоцитирленбейтін және негізінен қуыс пайда болуларда болатын.

Микобактериялар, фагоцитирленген макрофагтар
Белсенді емес, МТ, белсенділіктік спонтанды пайда болуларын беретін.
Дормантты (ақырын өлетін), МТ.

Туберкулезге қарсы дәрілік құралдар іс-әрекетінің тиімділігі

Туберкулезге қарсы дәрілік құралдар үш негізгі қасиеттермен сипатталады: бактерицидті белсенділік, "стерилдейтін" белсенділікпен және қабілеттілікпен резистенттілік дамитыны ескертіледі. Әртүрлі туберкулезге қарсы дәрілік құралдарда бұл қасиеттер әр деңгейде дамыйды.

1. Бактерицидтік іс-әрекет- ИЗОНИАЗИД (1)
РИФМАПИЦИН (1,2,3)
ПИРАЗИНАМИД (2)
СТРЕПТОМИЦИН (1)
2. Стерилдейтін іс-әрекет- РИФМАПИЦИН (1,2,3)
3. Дәрілік тұрақтылықты тоқтататын ИЗОНИАЗИД
РИФМАПИЦИН
ЭТАМБУТОЛ
СТРЕПТОМИЦИН

Пиразинамид макрофагта болатын МТ қарсы қышқыл ортада белсенді.

Стрептомицин өзінің белсенділігін туберкулездің клеткадан тыс бактериясында тез көбейетіндерге қатысты білдіреді.

Этамбутол дәрілік резистенттілікті қалыптасуын ескертетін белсенді бактерицидті дәрілік құралдармен кешенді қабылданатын бактериоскопиялық дәрілік құрал болып табылады.

Туберкулезге қарсы дәрілік құралдарды қабылдау

Бәрінен бұрын барлық дәрілік құралдарды бір жолмен қабылдаған дұрыс (таңертең):
әсер етудің жақсы тимі
ауруға ең ыңғайлы тәсіл;
бақылауға оңай.

Туберкулезге қарсы дәрілік құралдардың дозировкасы

Дәрілік құрал		Дәрілік құралдың дозасы мг/кг Күн сайын	аптасына 3 рет
ИЗОНИАЗИД	H	5	10
РИФАМПИЦИН	R	10	10
ПИРАЗИНАМИД	Z	25	35
ЭТАМБУТОЛ	E	15	30
СТРЕПТОМИЦИН	S	15	15

Изониазид - 100 мг табл., 300 мг; иньекция ерітіндісі 25 пайыз, ампулада 20 мл-ден

Изониазид - изоникотин қышқылының гиразиді - көбейетін микробактерияларға қарсы жоғары бактерицидті белсенділігі бар. Дәрілік құрал ішектен тез сорылады және барлық биологиялық сұйықтық пен тканьдерге жеңіл сіңеді. Дәрілік құралдардың концентрациясының төмендеуі плазмада 2 рет 30-180 минуттан кейін пайда болады. Бүйрек арқылы 24 сағат ішінде шығарылады.

Қолдану:

Бүкіләлемдік Денсаулық сақтау ұйымы нұсқаған туберкулезге қарсы терапияның барлық схемаларында компоненттің бірі болып қолданылады. Кейде изониазид профилактика үшін дербес қолданылады:

байланыстағыларға;

инфицирленгендерге (вираж, гиперергиялық реакция).

Дозировка:

Кейде изониазид ішу арқылы қолданады, бірақ критикалық жағдайдағыларға дәрілік құралдарды бұлшық ет арқылы енгізеді.

Емдеу (комбинирленген терапия):

5 мг/кг (4-6 мг/кг) күн сайын, барынша 300 мг

аптасына 3 рет 10 мг/кг

аптасына екі рет 15 мг/кг

Қарсы көрсеткіш:

дәрілік құралға гиперсезгіштік

бауыр ауруы.

Алдын-ала сақтану:

Бауырдың созылмалы ауруымен ауыратындарда міндетті түрде үзіліссіз қан айналымындағы бауырлық трансаминаза деңгейін тексеру қажет. Невриттер дамуы бар аурулар күн сайын 10 мг дозасында пиридоксин қабылдауы керек.

Эпилепсиямен ауыратын ауруларға нақты бақылау жүргізу қажет, себебі изониазидті қабылдау қозу болуын тудыруы мүмкін.

Жоғарғы реакциялар:

Негізі аурулар берілген дозада емделуді жақсы көтереді. Кейде дәрілік құралдарды қабылдаудың бірінші аптасы ағымында гиперсезімділіктің жүйелі немесе тері пайда болулары байқалады. Егер жоғары қаупі бар ауру күн сайын пиридоксин қабылдаса, невриттердің даму мүмкіндігі болады. Сезімтал ауруларда неврологиялық ауытқулардың неғұрлым өзге нысандары, оған қоса көру нервісінің невриті, улану психозы немесе таралған тартырылулар дамуы мүмкін, бұл изониазидті қабылдаудан бас тартуды талап етеді. Гепатит сирек байқалады, бірақ күрделі асқыну болып табылады, ауыр салдардың алдын-алуға болады, егер дәрілік құралды қабылдауды бірден қысқартса. Бірақ қан айналымындағы бауырлық трансаминаза деңгейінің ең мәнді емделу алдында

клиникалық мағынасы болмайды, бұл бұзушылықтар емдеудің екінші фазасында жоқ болады.

Рифампицин - капсулалар немесе 150 және 300 мг таблеткалар.

Макролидтік күрделі антибиотик - жарты синтетикалық өндірілетін рифампицин болып табылады, олар көптеген патогендік микроағзаларда рибонуклеиндік қышқыл синтезін жояды. Ол іштегі және клеткадан тыс орналасқан туберкулездік микобактерияларға қатысты стерилдейтін эффекті ретінде көрінуі және бактерицидті белсенділігі болады.

Рифампицин - май еритін дәрілік құрал. Ішіп қабылдағаннан кейін ол тез сорылады және барлық тканьдерге және биологиялық сұйықтықтарға сіңеді; ми қабықтарындағы қабынған өзгерістерде дәрілік құралдың мәнді саны арқа миы сұйықтығына сіңеді. Бір рет ішкенде, қан айналымында 600 мг рифампицин концентрациясы 2-3 сағат ішінде осы концентрациясы жартысына дейін төмендеуі 2-4 сағаттан кейін барынша деңгейге жетті. Ішек-бауыр жүйесінде дәрілік құрал интенсивті рецикленеді, бауырда пайда болатын метаболиттер нәжіспен бөлінеді. Себебі, рифампицинге резистенттілік өте жеңіл дамиды, бұл дәрілік құралды туберкулезге қарсы өзге дәрілік құралдармен қолдану керек.

Қолдану тәсілі:

Рифампицин туберкулезді емдеудің Бүкіләлемдік Денсаулық сақтау ұйымдары мәлімдеген барлық алты және сегіз айлық кестесіне кіреді.

Енгізудің дозасы мен тәсілі:

Рифампицин тамаққа дейін 30 минөт бұрын қабылдау керек, себебі бір уақытта қабылдау дәрілік құралдың ішектен сіңуі нашарлайды.

Күн сайын 10 мг/кг, тәулігіне барынша 600 мг аптасына екі немесе үш рет.

Кері көрсеткіштер:

рифампицинге гиперсезімділік;

бауыр функциясының бұзылуы.

Алдын-ала сақтанулар:

Емдеудің ұзақ үзілісінен кейін рифампицин қабылдау жаңартылатын ауруларда бүйрек, гемолиз немесе тромбоцитопен функциясының бұзылуына әкеп соқтыратын күрделі иммунологиялық ауытқулар байқалады. Осындай жағдайларда рифампицинді қабылдаудан бас тарту қажет.

Үлкен адамдарда, созылмалы маскүнемдерде және бауыры ауыратын пациенттерде бауыр ауруын нақты тексеру қажет.

Дәрет, сұйықтық, түкірігі мен қақырығы қызыл түсте болуы туралы ауруларды ескерту қажет.

Қарсы реакциялар:

Көптеген аурулар рифампицинмен мәлімделген дозада емделуді көтере алады , бірақ ішек ауытқуы болуы мүмкін. Анорексия, жүрек айну, іштегі ауруларда

дәрілік құралды ұйқы алдында қабылдауға болады. Өзге қарсы реакцияларда " үзілді кестеде" бойынша емдеу кезінде байқалады.

Рифампицинді аптасына үш рет қабылдайтын ауруларда олигурия, демікпе және гемолитикалық анемия байқалады. Бұл реакциялар егер ауру емдеудің күнделікті дәрілік құралды қабылдауына көшсе жоғалар еді.

Қан айналымында билирубин және трансаминаз концентрациясының артуы транзитор болып табылады және клиникалық мағынасы болмайды. Бірақ кейбір ауруларда өлім-жітімге әкелетін гепатит көбейеді. Сондықтан мәлімденетін барынша тәуліктік дозаны көтеруге болмайды. Ауруда сары ауру, пурпура, жіті бауыр жеткіліксіздігінде дәрілік құралды қолдануды тоқтату қажет. Дәрет түсінде сары-қызғылт пайда болғанда ауруды тыныштандыру қажет.

Пиразинамид - 400 мг, 500 мг таблеткалар.

М.Т қарсы бактерицидті белсенділігі бар никотинамидтің синтетикалық аналогы, бірақ көрінген стерилдеуші эффектісі бар, әсіресе макрофактарда немесе жіті қабынудың ошағында ішкі клеткалық ортаға қатысты. Дәрілік құралда емдеудің алғашқы екі айында тиімділікпен көрінуі бар. Оны қабылдау емдеу ұзақтылығының қысқаруына және рецидивтер дамуының төмендеуіне әсер етеді.

Пиразинамид асқазан-ішек құрылысынан сорылады және тез барлық тканьдерге және биологиялық сұйықтықтарға сіңеді. Плазмадағы барынша деңгей препаратты қабылдағаннан кейін 2 сағаттан соң қол жеткізіледі, ал концентраттың 2 рет төмендеуі 10 сағаттан кейін байқалады. Пиразинамид бауырда метаболизденеді, метаболизм азығының көп бөлігі дәретпен шығады.

Қолдану тәсілі:

Пиразинамид туберкулезді емдеудің Бүкіләлемдік Денсаулық сақтау ұйымдары мәлімдеген барлық алты және сегіз айлық кестесіне кіреді.

Енгізудің дозасы мен тәсілі:

25 мг/кг күн сайын (20-30 мг/кг)

35 мг/кг (300) мг/кг) аптасына үш рет;

50 мг/кг (40-60 мг/кг) аптасына екі рет.

Кері көрсеткіштер:

Пиразинамидке гиперсезімділік;

бауыр функциясының бұзылуы.

Алдын-ала сақтанулар:

Пиразинамидті көтере алу негізінен жақсы. Гиперсезімталдықтың реакциясы ара-тұра байқалады, бірақ кейбір аурулар терінің күю сезімін айтады. Емдеудің алғашқы деңгейінде қан айналымында трансаминаз концентрациясы көтерілуі байқалады. Қандағы дәрет сұйықтығының деңгейі көтерілуі мүмкін, бұл

қандай-да бір симптомның дамуымен алынбайды. Кейде подагра дамиды, аспиринді, аналгетикті қабылдаумен купирленетін артралгия байқалады.

Стрептомицин - иньекцияға арналған ұнтақ, флакондағы 1 г негізі.

Аминогликозид, ол туберкулезді және өзге инфекцияларды емдеу кезінде сезімділік грамотеріс бактериялардан болған емдеуде қолданылады.

Стрептомицин асқазан-ішек трактісінен сорылмайды, бірақ бұлшық етке енгізгеннен кейін көптеген тканьдерге сіңеді, онда бактерицидтік концентрацияға тез жетеді, әсіресе туберкулездік каверналарда.

Стрептомициннің бірнеше салмағы және арқа ми сұйықтығына сіңеді. Плазмадағы дәрілік құрал концентрациясы 2-4 сағаттан кейін 2 рет төменделеді, ал жаңа туғандарда, бүйрек функциясының ауыр бұзылуымен ауыратындар мен үлкен адамдарда - бірқатар кешірек төменделеді. Стрептомицин ағзадан дәретпен өзгермеген түрде шығарылады.

Қолдану тәсілі:

стрептомицинді туберкулезбен ауыратынның Бүкіләлемдік Денсаулық сақтау ұйымының мәлімдеуімен бірнеше кестесінде пайдаланады.

Дозасы мен емдеу тәсілі:

Стрептомицинді бұлшық етке терең жіберу қажет.

5 мг/кг (12-18 мг/кг) күн сайын немесе аптасына 2-3 рет.

Қарсы көрсеткіштер:

Стрептомицинге гиперсезімділік.

Есту нервісінің зақымдануы;

миастения.

Алдын-алу сақтанулар:

Гипер сезімділікті реакцияны ара-тұра қадағалайды. Бірақ олар егер стрептомициннен интоксикация бақыланады. Стрептомицинді жүктілерге енгізуге болмайды. Ол плацента арқылы сіңеді және баланың есту нервісі мен бүйрек зақымдануын болдырады.

Әсер ететін реакциялар:

Стрептомицин инфекциясы ауыр болады, ал оның жүргізілу орындарында олар стерилді абцесстер қалыптасуы мүмкін. Гиперсезімділіктің айқындалған реакциясы байқалады. Вестибуляторлы аппараттың бұзылуы дұрыс дозада байқалады. Бас ауырған кезде, жүрек айнығанда және тепе-теңдігі бұзылғанда дозаны төмендету қажет. Өзге аминогликозидпен салыстырғанда аз нефротоксидті болады. Дәрет көлемінің азаюында, сондай-ақ альбуминурии айқындалғанда немесе дәреттегі цилиндрлердің пайда болуында дәрілік құрал дозасы тез арада жартылай азайту қажет. Ара-тұра қарсы әсер ететін реакциялар болып гемолитикалық анемия, апластикалық анемия, агранулоцитоз және тромбоцитопения табылады. Стрептомицин алатын ауруларға өзге

ототоксикологиялық және нефотоксикологиялық дәрілік құралдар тағайындауға болмайды. Естуі бұзылғанда стрептомицин қабылдауды тоқтатып, этамбутолға көшуге қажет.

Этамбутол - 100 мг, 400 мг таблеткалары.

M. tuberculosis қарсы бактерицидті, M. bovis және өзге туберкулездік емес шағын бактериялардың белсенділігі бар 1,2-этандиаминның синтетикалық аналогы. Дәрілік резистенттіліктің ақырын даму немесе ескерту үшін өзге туберкулезге қарсы дәрілік құралдармен комбинацияда қолданады. Плазмадағы концентрация барынша 2 сағаттан кейін жеткізіледі және 3-4 сағат ішінде жартылай төмендетіледі. Этамбутол дәретпен шығады, өзгеріссіз түрде, солай метаболит түрінде.

Қолдану тәсілі:

Бүкіләлемдік Денсаулық сақтау ұйымдарының мәлімдеген этамбутол туберкулезге қарсы терапияның бірнеше кестесінде енгізеді.

Дозасы мен енгізу тәсілі:

15 мг/кг (15-20 мг/кг) күн сайын

30 мг/кг (25-35 мг/кг) аптасына үш рет

45 мг/кг (40-50 мг/кг) аптасына екі рет

Бүйрегі ауыратын ауруларға дәрілік құралды төменгі дозада береді.

Қарсы көрсеткіштер:

Этамбутолға гипер сезімділік;

түрлі этиологиялық көру нервісінің невриті;

көруінің бұзылуы туралы хабарлау қабілетсіздігі.

Алдын-ала сақтанулар:

Көру нашарлағанда және түсті сезуі бұзылғанда емдеуді тоқтату қажет және дәрігерге айту қажет. Осындай бұзушылықтар туралы хабарлай алмайтын кіші жастағы балаларға немесе ауруларға этамбутол беруге болмайды.

Ауруларда бүйректік жетіспеушіліктер бар болатын егер күдік болса, онда емдеуге дейін бүйрек қызметін тексеру қажет.

Қарсы әсер ететін реакциялар:

Үлкен дозамен емдеу кезінде көру нервісінің невриті дамиды, ол тез арада көрудің төмендеуіне және түс айыру алмауға әкеледі. Бұрынғы бұзушылықтар қаратпа сипаты болады, бірақ, егер этамбутолмен емделу уақытында тоқтатылмаса, көз көрмей қалуы мүмкін. Кейде төменгі жақтың невриттері дамиды.

Туберкулезге қарсы дәрілік құралдарға қарсы реакцияларды симптомикалық емдеуі

Әсер ететін |Реакцияны болдыратын| Емдеу

реакциялар	дәрілік құралдар	
Нашар реакциялар:		Емделуді жалғастыру,
Анорексия, жүрек айнуы, іш ауруы	Рифампицин	дәрілік құралдың дозасын тексеру
Бұлшық ет аурулары	Пиразинамид	Дәрілік құралды ұйқы
Аяқ күюі	Изониазид	алдында қабылдау
Сары-қызғылт/қызыл дәрет	Рифампицин	Аспирин Пиридоксин, тәулігіне 100 мг
Айқындалған	реакциялар:	
Тері зуды, терідегі түтіршіктер	Стрептомицин	Ауруды тыныштандыру Дәрілік құралды
Естудің бұзылуы	Стрептомицин	пайдалануды тоқтату Дәрілік құралды пайдалануды тоқтату
Вертиго немесе нистагм	Стрептомицин	Дәрілік құралды пайдалануды тоқтатып, этамбутолға көшу
Сары ауру (басқа себептер болмағанда)	Көптеген дәрілік құралдар (көбінесе изониазид, пиразинамиз және рифампицин)	Дәрілік құралды пайдалануды тоқтатып, этамбутолға көшу
Құсу және сананың бұзылуы (жіті бауыр жетіспеушілігі қаупі)	Көптеген туберкулезге қарсы дәрілік құралдар	Дәрілік құралды пайдалануды тоқтату Тез арада бауыр сынамасын қою және протромбиндік уақытты анықтау
Көрудің бұзылуы	Этамбутол	Этамбутолды пайдалануды тоқтату
Шошыма, пурпура, жіті бүйрек жетіспеушілігі	Рифампицин	Рифампицинді пайдалануды тоқтату

7. Мекемеде туберкулезбен ауырғандарға диспансерлік қадағалаудың кестесі

1 тобы - Белсенді туберкулез

1А тобы (шектелген процестер), ІІІ санаттағы аурулар

Іс-шаралар - стационариядағы немесе амбулаториялық 2 рет интенсивтік фаза, 4 ай - қолдаушы фазасы.

Қабылдаудың мерзімі - емдеу аяқталғаннан кейін 1 жыл.

Диспансерлік қадағалаудың тиімділік критерийлері - емдеудің тиімсіздігінде 2 санаттағы режимдегі аудару, емдеу тиімділігінде диспансерлік есепке алудың 2-тобына аударылады.

1 Б тобы (таралған процестер, сондай-ақ ауырлататын факторы бар, 1-2 санаттағы аурулар бар болуында шектелген процестері бар адамдар)

Іс-шаралар - 3 айдан 4 айға дейінгі интенсивті фаза, қолдаушы фаза - қатаң бақыланатын режимде стационариялық немесе амбулаториялық жағдайларда 4 айға дейін.

Бақылау мерзімі - емдеуді аяқтағаннан кейін 2 жыл.

Диспансерлік қадағалаудың тиімділік критерийлері - емдеудің тиімсіздігінде 2 санаттағы режимге аудару, емдеу тиімділігінде диспансерлік есепке алудың ЕА 2-тобына аударады.

1 В (созылмалы туберкулез) - IV санат бойынша, 1А және 2Б топтарында емдеудің тиімсіздігі салдарынан адамдар 4 санаттағы ауруларда созылмалы туберкулездік процесс, қақырық резистенттілігі 2 не одан да көп дәрілік құралдарға қалыптасқандар.

Тексерудің бақылау мерзімдері - тоқсанда 1 реттен жиі емес (көшірме, қақырық тұнбасы, туберкулезге қарсы дәрілік құралдарға сезімталдылықты анықтау, клиника-рентгенологиялық бақылау, қанның жалпы анализі).

Бақылау мерзімі - тиімсіз емдеуде үнемі. Жағынды мен тұнба конверсиясымен табысты емдеулерде - бактерия бөлулерді тоқтатқаннан кейін бір жылдан соң. Мультирезистенттілік туберкулез бар болғанда - арнайы бөлімшелерде резервтік қатардағы дәрілік құралдарды 12-18 айлар қабылдау. Көрсеткіші бойынша - жедел емдеу.

Диспансерлік бақылаудың тиімділік критерийі - табысты емдеуде 2-топтарға ауыстыру.

II-топ - белсенді емес туберкулез - ДЕ 1 тобынан табысты емделуден кейін ауыстырылады.

Тексерудің бақылау мерзімі - жылына 2 рет: бактериоскопия, клиника-рентгенологиялық бақылау, қанның жалпы анализі.

Бақылау мерзімі - 1 жыл, одан соң есептен шығарылады.

Диспансерлік қадағалаудың тиімділік критерийлері - туберкулез рецидивтерінің жоқтығы.

III топ - туберкулезбен ауырудың жоғары күдігі бар адамдар.

Туберкулез ошағы мен өлім ошағымен байланыстағы адамдар кіреді.

Туберкулезбен ауыратындармен байланыста болған барлық жасөспірімдерге ТЕ Мантуға егіп көру жүргізу қажет, инфекция жұқтармағандарға - сынаманы 6 айдан кейін, сондай-ақ клиникалық тексерісті, бактероскопия және ФГ, қан және дәрет анализін қайталау қажет.

Химиопрофилактика - белсенді туберкулез ауруларымен (БК+, БК-) байланыста болған барлық жасөспірімдерге жүргізіледі - изониазид 10 мг/кг, инифицирлендерге (папула 5мм және одан да көп) - 2 ай ішінде, инифицирленбегендерге (2 ТЕ Манту сынамасы) - 3 ай. Гиперергиялық реакциясы бар жасөспірімдерге - химия профилактика 2 дәрілік құралдармен жүргізіледі - изониазид 10 мг/кг+этамбутол 15 мг/кг 2 ай ішінде. Химиопрофилактика поливитамин фонында, В6 витаминін міндетті қосумен жүргізіледі.

Тексерудің бақылау мерзімдері - клиникалық тексеріс, бактериоскопия, рентгенологиялық зерттеу, қан және дәрет анализдері.

Бақылау мерзімі - 1 жыл.

8. Бактериологиялық диагностиканың және ДОТС стратегиясының критерийі бойынша емдеу нәтижелерін есепке алу-есеп беру құжаттамасы

1. Есепке алу құжаттамасы:

1) Туберкулезбен ауыратын ауруды емдеу медициналық картасы - ТБ 01-каз.(дисп.) нысаны;

Белсенді туберкулезбен ауруды айқындағанда, диагнозды қолдау, емдеу стратегиясын анықтау, ауруды бақылау туберкулезге қарсы мекеменің ДӘК шешімі жүргізіледі. Туберкулез қайта пайда болған ауруларға стационариялық және амбулаториялық кезеңге ТБ 01-каз. нысаны толтырылады және жүргізіледі. Айқындалудың барлық кезеңінде ауруды емдеу, зертханалық зерттеу және диспансерлік зерттеулердің сыйымдылығы болуы керек.

2) Мекемеде туберкулезді тіркеу журналы - ТБ 03 нысаны.

Бұл журнал әр мекемеде жүргізіледі. Журналдың сол жақ бөлігі емдеуге дейін толтырылады, оң бөлігі емдеудің медициналық картасы негізінде толтырылады. Бұл журналдар ай сайын зертханалық тіркеу жураналымен (ТБ 04-каз. нысаны) және ТБ 02 нысанымен, "Инфекциялық және паразитарлық аурулар туралы есеп берулер" N 1 нысанына қосымшамен салыстырылады.

3) Зертханалық тіркеу журналы - ТБ 04 нысаны;

Қақырықты зерттеудің зертханалық тіркеу журналы медициналық бөлімнің осы зерттеулерді жүргізетін әр зертханада жүргізіледі. Зертханалық реттік нөмір қақырық үлгісі емес, ауруға беріледі.

4) Қақырық анализін жүргізуге жіберу - ТБ 05 нысаны;

5) Жіберу бланкісі мен антибиотиктерді зерттеу нәтижесінің антибиотикке қақырықтың сезімталдығын зерттеу нәтижелері - ТБ 06 нысаны.

2. Есеп беру құжаттамасы:

1) Жаңа жағдайлар мен туберкулездің рецидиві туралы тоқсандық есеп беру - ТБ 07.

Бұл есеп беру тіркеу журналы немесе ауруды емдеудің медициналық картасы негізінде құрылады. Тоқсандық есеп беру жоғарыда тұрған қылмыстық-атқару жүйесінің медициналық бөлімшелеріне "төменнен-жоғары" ұсынылады;

2) 12-15 ай бұрын тіркелген туберкулезбен ауыратындарды емдеу нәтижесі бойынша тоқсандық есеп беру - ТБ 08 нысаны. Бұл нысан тоқсаннан бір жыл кейін келген, есеп беру күнінде аяқталған туберкулезді тіркеу журналының негізінде толтырылады. Есеп беру сол тәртіпте "төменнен-жоғары", ТБ-07 нысанына ұқсас ұсынылады.

9. Туберкулиндік сынамасын қолдану

1. Қабылдау мақсаты.

Тазартылған туберкулиннің туберкулиндік көруі туберкулезбен ауыратын "қауіп" тобына жататын балаларды зерттеу кезінде қолданылады. 2 ТЕ Манту егуі бір жолғы туберкулиндік шприцтермен туберкулинге қосымша талап етуге сәйкес қойылады.

2. Манту сынамасының нәтижелері бағасы.

Манту сынамасы нәтижелері инфильтратты миллиметрде (бұдан әрі - мм) өлшеу жолымен 72 сағаттан кейін бағаланады. Шыны түссіз миллиметрлік сызғышпен (пластмассадан) өлшенеді және инфильтраттың көлденең (қолдың осі негізіне) көлемі тіркеледі.

Реакция:

"теріс" - инфильтраттың толығымен болмауы немесе егу реакциясының болуында (0-1 мм);

"күдікті" - 2-4 мм көлемдегі инфильтратта (папулада) немесе инфильтратсыз кез-келген көлемде тек гиперемияда;

"оң" - берілген 5 диаметрлі инфилитрат (папула) бар болуында немесе егу реакциясының болуында;

"гиперергиялық" балаларда - 15 мм диаметрі бар инфильтрат (папула), жасөспірімдерде - 17 мм, үлкендерде - 21 мм;

"везикуло-некротикалық" - инфильтраттың лимфангоитпен инфильтраты көлеміне қарамастан, немесе туберкулинге талап етуге сәйкес. Инфильтратты өлшеуде термометрдің шкаласын, миллиметрлік қағазды, қолдан жасалған сызғышты және т.б. пайдалануға тыйым салынады.

3. ТЕ Манту сынамасына тексеруге жататын балалар контингенті:

"қауіп" тобының балалары;

туберкулез ошағынан балалар мен жасөспірімдер;

вакцинация алдында екі айдан жоғары және ревакцинация алдында 6-7, 11-12

жастағы балалар.
4. "Қауіп" тобына келесі контингенттер жатады:
әлеуметтік нашар отбасынан шыққан балалар (аналары - алкоголиктер, наркомандар, бомждар және басқалар);
амбулаториялық және стационариялық емдеуде болған, ұзақ жөтелуі бар (екі аптадан көп), үдемелі интоксикация симптомы (субфебрилитет, терлегіштік, тәбеттің және дене салмағының төмендеуі, ашуланғыштық, әлсіздік және тағы басқа) бар балалар;
перифериялық лимфа түйіндері үлкейген балалар (төрт және одан да көп);
гормоналдық терапияны жүргізер алдында;
поствакцинальді тыртығы дамымаған балалар.
5. Туберкулезге қарсы диспансер медбикелердің туберкулиндік көруді жүргізуге анықтама-рұқсат қағазын берумен дайындау және қайта дайындауын жүзеге асырады. Туберкулиндік көру нәтижелері мен қою техникасы бойынша медбикелерді дайындау деңгейін тексеру жыл сайын жүргізіледі.
6. Манту сынамасы себебі немесе оның жоспарлы егумен бір уақытта немесе одан бұрын емес жүргізіледі, оларды жүргізгеннен кейін туберкулиндік диагностика жүргізілгеннен егуден 4 аптадан немесе гаммаглобулин енгізгеннен кейін екі жұмадан кейін ерте емес жүзеге асырылады.
Ауырған аурулар және профилактикалық егулер баланың тубиркулинге терісінің сезімділігін күшейтеді немесе нашарлатады. Бұл реакция бағасын қиындатады және "вираж" немесе "гиперергия" диагнозын дұрыс қоймауға әкеп соқтырады және қарсы көрсеткіштер тізбесін белгілеуде негіз болып табылады.
7. Туберкулиндік көруді қоюға арналған қарсы көрсеткіштер:
тері аурулары;
реконвалесценцияны қоса алғанда қабынған кезеңдегі жіті және созылмалы инфекциялы аурулар (барлық клиникалық симптомдары жоғалғаннан кейін екі айдан көп емес);
аллергиялық жағдайы (жіті және жітілеу фазасындағы ревматизм, бронхиалдық астма, айқындалған тері пайда боluларымен идиосинкразия);
8. Мантуды балалар инфекциясы бойынша карантині бар балалар ұжымында жүргізуге болмайды, себебі аурудың басталуы туберкулинге терінің сезімталдылығы байқалады.
9. Туберкулездің инфицирленген микобактериясымен бұрын сауыққан және туберкулиндік сезімділікпен вакцинадан кейінгі оң белгісі бар балаларға алдын-ала егулер (БЦЖ-дан басқа) оның нәтижесін фтизиопедиатр бағалағаннан кейін жүргізуге болады.
10. Манту сынамасының нәтижесі N 063/у есеп беру нысанында, баланың медициналық картасында (N 026/у), баланың даму тарихында (N 112/у нысаны)

жазылады. Сонымен бірге тарихында:

стандартты туберкулин, сериясын, бақылау нөмірін және сақталу мерзімін шығаратын мекеме;

туберкулиндік сынама жүргізетін датасы;

оң және сол қолды пайдалану;

инфильтраттың миллиметрдегі көлемі түрінде Манту сынамасының нәтижесі белгіленеді.

11. 2 ТЕ ППД-Л бар Манту сынамасы нәтижесін есепке алу.

2 ТЕ Манту сынамасын БЦЖ ішіне вакцинация жіберу жағдайында инфекциялы және вакциннен кейінгі аллергия айқындалады. Дәрігер-фтизиатрға аллергия этиологиясы туралы мәселесін тексеру және шешу үшін анамнездік, клиникалық мәліметтер құжаттамамен, балаларды жіберу, вакцинациядан кейін аз интенсивті және оның вакцинация кезіндегі барлық нәтижелерімен баланы жіберу керек. Вакцинациядан кейін аллергия аз интенсивтілігі бар және инфекциялық аурумен салыстырғанда динамикада бақылауда нашарлау тенденциясы байқалады. Вакцинациядан кейінгі аллергия кезінде инфильтраттың орташа көлемі 7-9 мм тең, инфекциялы кезінде 11-13 мм тең болады. Гиперергиялық реакция (15 мм және одан да көп) вакцинациядан кейінгі аллергияға сипатты емес. Инфицирленгенге динамикада қадағалауда:

алғашқы туберкулиндік оң реакциясы белгіленген (папула 5 мм және одан да көп);

бірнеше жылдар қатарында инфильтраты бар реакция тұрақты сақталатын;

6 мм және одан да көп диаметрде күдікті және оң реакциясын күшейту белгіленетін адамдар жатқызылады.

БЦЖ ревакцинациясын алу үшін балаларды таңдау мақсатында 2 ТЕ Манту сынамасы мектепте 6-7, 11-12 жастағы балаларға, оқу жылының алғашқы айында салынады. Бұл кезеңде басқа егулер болмауы тиіс. Осы жас тобында туберкулиндік диагностика біруақытта ревакцинация үшін контингенттерді таңдау тестісі болып табылады.

10. Спецификалық иммунопрофлиактика мақсатында БЦЖ вакцинасын қолдану

1. Препаратты тағайындау.

БЦЖ вакцинасы туберкулездің белсенді спецификалық профилактикасы үшін тағайындалады. Препарат 1,5 пайыз натрий глютаминаты ерітіндісінде кептірілген, ақ кептірілген салмағы бар, БЦЖ вакциндік штамма тірі микробактериясы болып табылады. Флаконда немесе ампулада шығарылады. Вакцинаға стандартты ерітінді салынады.

2. Қолдану тәсілі мен дозасы.

Алғашқы вакцинацияны жаңа туған сау балаларға 0-4 күніне және шала

туғандарға 1,5 кг дене салмағы жеткенге дейін жүзеге асырады. Жаңа туғандарды егуді тоңазытқышы, термоконтейнері, бір жолғы туберкулиндік шприці, егу материалдары, шокқа қарсы терапия препараттары бар егу кабинетінде жүргізеді. Вакцинацияға педиатр қарағаннан кейін, жаңа туған баланың тарихында рұқсат жазылғаннан кейін жіберіледі. Жаңа туғандардың вакцинациясын егу кабинетінің егуді жүргізуге рұқсаты бар, дәрігерлік тағайындау негізінде, баланың анасының болуымен медициналық бике жүргізеді. Алынған егу, вакцина туралы деректер жаңа туғанның тарихына және ауыстыру картасына енгізіледі, мұнда баланы шығарғаннан кейін балалар үйінен тұрғын жері бойынша емдеу мекемесіне беріледі.

3. БЦЖ вакцинасы сол жақ иықтың сыртқы жоғарғысында 0,05 мл көлемінде тері ішіне енгізіледі. Ресей вакцинасы 0,1 мл көлемінде жасына қарамастан енгізіледі.

4. БЦЖ ревакцинациясына сау инфицирленбеген балалар жатады, ал теріс және күдікті сынамамен 6-7, 11-12 жастағы балалар, жыл ішінде 2 ТЕ Манту сынамасын алдын-ала қоюмен жасына жетуі бойынша жатқызылады. Ревакцинация біруақытта елдің барлық аумағы бойынша жүргізіледі. БЦЖ ревакцинациясы аралығында басқада егу жүргізілгенде мектепте тоқтатылады. БЦЖ вакцинасының қалдығы қолданылып болғанда ай аяғында МСЭҚ бөліміне тапсырылады. БЦЖ вакцинасын ұдайы сақтау тек қана босанатын жерде рұхсат етіледі (босанатын бөлімдерде) биксте, сондай-ақ құлыпқа жабылып және мұздатқышта сақталады.

5. Манту сынамасын және БЦЖ ревакцинациясын қоюдың аралық мерзімі үш тәуліктен кем болмауы және екі аптадан кейін болуы тиіс.

6. БЦЖ вакцинациясы бала балалар үйінде және балалар үйінен тыс жүргізілген жоқ, балалар емханасында және емдеу-алдын-алу мекемелерінде алғашқы екі ай ішінде Манту сынамасын алдын-ала қоймай вакцинирленеді. БЦЖ вакцинасын осы мақсаттар үшін емдеу-алдын-алу мекемесі МСЭҚ бөлімшесіне алады, балалардың тізімдік құрамына сәйкес, иммунизацияға жататын вакцинаны пайдалану және МСЭҚ бөлімшесіне вакцина қалдығын беру туралы есеп беруді тапсырумен алады.

7. Бір жасқа дейінгі, БЦЖ дамымаған белгісі бар балалар Манту сынамасына алдын-ала қоюсыз алты айдан кейін қайта вакциналациялауға (бір рет қана жүргізіледі) жатады.

8. Бір жастан асқан балалар, вакцинальдік тыртықтары болмаған жағдайда алдын-ала Манту сынамасынан кейін егіледі.

9. Вакцинация және ревакинация үшін бір жолғы туберкулиндік шприцтер қолданылады.

10. БЦЖ-нің құрғақ вакцинасын тікелей пайдаланғаннан кейін таратады.

Вакцинаны ерітуге тек ерітіндімен рұқсат етіледі, ол осы вакцинаны шығарушымен салынады. Ерітінді ашық, түссіз және бөгде қоспасыз болуы тиіс. Егу дозасын алу үшін, 0,05 мл көлеміне тең, 20 дозалық флаконға (ампулаға) 1,0 мл стандартты ерітінді енгізеді, вакцинаның 40 дозасын енгізу үшін 2,0 мл ерітінді қажет болады. Араластырылған вакцина бір минут ішінде тең салмақ беруі тиіс.

11. БЦЖ вакцинасының күндізгі және күн жарығына жоғары сезімділігіне орай, ол қараңғы жерде сақталып, қара қағаздан цилиндр пайдаланылады. Ерітілген БЦЖ вакцинасы қоса берілген нұсқаулыққа сәйкес пайдаланылуы қажет, сондықтан этикетте вакцинаны ашу уақыты мен датасы қойылады. Пайдаланылмаған вакцина 30 минут ішінде қайнаған сумен немесе 5 пайыздық хлор ерітіндісінде ерітіндіде жойылады.

12. Вакцинаны қолдану алдында үйретуді зерделеу қажет, беріліп отырған нұсқаулық препаратының сәйкестілігіне маркировканы және ампуланың (флаконның) бүтіндігін тексеру қажет.

13. Препарат қолданылуға жатпайды:

ампуладағы (флакондағы) этикеткасы немесе болмағанда;

қолданылу мерзімі өткен кезде;

ампулада (флаконда) жарықшақ болған кезде;

препараттың құбылысы өзгерген кезде (таблетканың түсі бұзылуы, түсі мен түрінің кез-келген өзгеруі).

14. Стерилденген шприцпен бір егу үшін 1,5 араластырылған вакцина дозасын алады, кейін стерилденген шарға вакцинаның бөлігін ине арқылы шығарады, себебі шприцке ауа жіберу және поршенін (0,05 немесе 0,1 мл нұсқаулыққа сәйкес) жіберу үшін қажет. Шприцке вакцинаны әр алуында міндетті түрде сол инеде араласуы тиіс.

15. Инені терінің жоғарғы қабатына енгізеді. Бірінші вакцинаның аздаған мөлшерін, иненің тері астына нақты енгеніне көз жеткізу үшін, одан соң препараттың барлық дозасын енгізеді. Дұрыс техника кезінде ақ түсті папула пайда болады, 15-20 минуттан кейін папула жоғалады.

Тері астына препаратты енгізу мүмкін емес, онда суық абцесс пайда болуы мүмкін. Вакцина енгізу орнына және оны йодпен және өзге дезинфицирлейтін ерітіндімен таңу салуға тыйым салынады.

16. Енгізуге реакциясы. БЦЖ вакцинасын тері ішіне енгізу орнында 5-10 мм диаметрінде кішкене түйіні бар инфильтрат түрінде дамиды. Көп жағдайлар қатарында пустуляция белгіленеді. Инфильтрат орталығында кейде серозды бөлінуі бар кішкене некроз пайда болады.

17. Вакцинирленгендерде жаңа туылған кезеңінде егу реакциясы 4-6 аптадан кейін пайда болады, ревакцинациядан кейін жергілікті егу реакциясы жүргізілген

егуден кейін бірінші аптада пайда болады. Мұндай реакциялар қалыпты болып саналады және еш емдеусіз кері дамуға тартылады. Су процедурасы кезінде өзгерген учаскенің механикалық қозуын болдырмау керек. Егу орнында өзгерудің кері дамуы 2-4 ай ішінде, ал кейбір балаларда неғұрлым ұзақ мерзімде болады, кейін бұл орында жоғары рубчик пайда болады. Егудің жақсы техникасында және вакцинаны дұрыс сақтауда егу орнында 95-90 пайыз пайда болады.

18. Вакцинирленгендер мен ревакцинирленген балаларды бақылауды жалпы емдеу торының дәрігерлері мен медициналық бикелері жүргізеді. Бұл мәліметтер NN 63/е, 112/е, 26/е есепке алу нысанында тіркеледі.

19. Асқынулар:

тері асты суық абцесстер;

дене үсті жарасы;

поствакцинальдық лимфаденittтер;

келлойдық тыртықтар.

Нашарлаудың сипаты мен көлемі туралы мәліметтер NN 63/е, 112/е, 26/е есепке алу нысанында жазылады. Жоғары реактогендік немесе поствакцинальдық нашарлаудың дамуы оқиғалары туралы тіркеу сәтінен бастап 24 сағат ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігіне хабарлануы тиіс. Емдеу-алдын-алу мекемесі нашарлаған балаларды туберкулезге қарсы диспансерге жібереді.

20. Жаңа туғандардың вакцинацияға кері көрсеткіші:

миға қан құюлумен жүретін туу жарақаттары;

туа пайда болған лейкоз;

фебрильді температуамен немесе жалпы жағдайдың салмақты бұзушылықтары болумен жүретін орташа ауыр және ауыр түрдегі аурулар;

шала туу (1,500 грамм немесе 33 аптадан кем емес гестационды жас);

отбасында генерализденген БЦЖ-ит бар балада (тұқымқуалаушылық иммунды жетіспеушіліктің болуы).

21. Ревакцинацияға кері көрсеткіштер:

фебрильді қызу немесе жалпы жағдайдың күрделі бұзушылығы бар ауырлығы орташа және ауыр аурулар (вакцинация сауыққаннан кейін жүргізіледі);

от басындағы баланың генерализденген БЦЖ-иті (тұқым қуалаушылық иммунды жетіспеушіліктің болуы);

бұрын ауырған туберкулез;

асқынған БЦЖ вакцинациясы;

Клиникасымен білінген АҚТҚ - қоздырғыштары.

22. Тасымалдау және сақтау шарттары.

Препаратты 0 + 8 С. Температурада сақтау қажет. Егілетін дәрінің сақталу мерзімі - нұсқаулық бойынша. Термоконтейнерде барлық температураларда +8^{0}С жоғары болмағанда тасымалдануы мүмкін.

11. Туберкулез кезінде залалсыздандыру және жұмыс режимі

Туберкулезге қарсы стационардың жұмыс режимі

Туберкулезге қарсы стационарлық жұқпалы бөлімдерге ұсынылатын санитарлақ ережелер мен нормаларға сәйкес болуы тиіс. Туберкулезге қарсы әрбір медицина қызметкері өзінің жеке қауіпсіздігі, өзінің әріптестерінің қауіпсіздігі үшін жауап береді және жұқтырған аурулардың ішкі ауруханалық алдын алу шараларын сақтауға міндетті.

Қызметкер туберкулезге қарсы мекемеге жұмысқа қабылдануының алдында туберкулез ауруларымен жұмыс режимі бойынша аттестациядан және дайындықтан, сондай-ақ флюорографиялық тексеріс жыл сайын жүргізіледі.

Әр туберкулездік стационарияда ішкі ауруханалық және кәсіптік туберкулездің профилактикасы бойынша комиссия құрылуы тиіс. Оның функциясына туберкулезге қарсы стационарияның жұмыс режимінің сақталуына бақылауды жүзеге асыру, туберкулезбен аурудың жағдайлары пайда болуы себебін есепке алу және тергеу енгізіледі.

Аурулармен байланыста болатын қызметкер медициналық халатта, бас киімде болуы тиіс. Масканы БК+ ауруларды және диагностикалық палатаға баруда киеді. Зертхананың, хирургиялық бөлімшенің, бронхоскопия бөлімшесінің қызметкері, кіші медициналық қызметкер қосымша масканы, резеңке-торлы алға жапқышты және резеңке бес саусақты пайдалануы тиіс. Стационариядан, зертханадан шығарда арнайы киімді шешуі және қолын сабынмен жууы қажет.

Туберкулезге қарсы мекемелерде арнайы респираторлар пайдаланылады, онда фильтрлі материал болып полипропилен, жапқышы-полиуретан табылады, 0,5 микронға дейін көлемінің бөлігін ұстайды. Зертханада темекі шегуге және ас ішуге тыйым салынады.

Туберкулезге қарсы мекеменің барлық үй-жайы, бөлімшелері жақсы ауа тазарту үшін және күн жарығымен үй-жайға еніп, бактерицидті ықпал етуді пайдаланатын инсоляция жасау үшін үлкен терезелері болуы тиіс. Үй-жайды желдету суық уақытта әрбіреуі 5 минуттан жабық есікте жүзеге асырылады, ал жылы уақыттарда терезелер барынша ұзақ ашық тұруы тиіс.

Аурулардың әр түрлі санатына қызмет ететін рентгенологиялық бөлімшелер оның қабылдауы бойынша кестесі болуы тиіс. Туберкулезбен ауыратындарға снимок жүргізу күннің екінші жартысында қаралуы тиіс.

Дезинфекциялық құралдарды пайдаланумен үй-жайдың ылғалды тазартылуы тәулігіне 2 рет жүргізіледі.

Бактерицидті лампалар үй-жайларда қойылады, онда туберкулездің таратылуы мүмкін, (бронхоскопиялық бөлім, операциялық, зертханалық, процедуралық, жараларды таңу), түзу еместерді уақытымен алмастыру, олардың жұмыстардағы тиымдылығын тексеру жылына 2 рет жүзеге асырылады.

Бөлімдерде қақырықтарды зерттеу және жинау үшін аса қатаң режим белгіленеді.

Қақырықтарды жинау адамдардан алысырақ, күннің көзі желдендіретін жерде , бөлмеден тыс болғаны ыңғайлы. Медицина қызметкері ем жасау кезінде емделушінің сырт жағында тұрғаны тиіс, сондай-ақ жел оның сыртынан болғаны жөн. Егер ауру адамның қақырықғы медицина қызметкерінің қолбағына түссе оны жедел түрде дезинфекцияланған тұндырмаға бұқтырып және таза киімдер киеді.

Егер қақырықтарды жинау арнайы бөлінген бөлмеде жүргізілсе ол жақсы желдеткішпен қамтамасыз етілуі тиіс. Әрбір аурудан соң бөлме мұқият желдетіледі. Осы бөлмені тек қана қақырық жинаудан басқа мақсаттарға үшін қолдануға тиым салынады.

Қызметкер қақырықтарды зертханаға тасымалдаудың алдында түкірік жинағыштардың қақпағы дұрыс жабылғанын тексеруге тиіс. Қақырықтар сынамасын зертханаға дезинфекцияға тартуға болатын арнайы бикселерге салып жібереді. Түкіргіш биксте болуы тиіс, сонда олар тасыған кезде сынбайды.

Жіберу қағазы биксенің ішіне салынады. Бикс қатты жабылуы тиіс. Қақырық салынған контейнер болған орынды оларды жібергеннен кейін дезинфекциялау керек.

Қақырық сынамасы бар контейнердің қақпағы дезинфекциялау ерітіндісімен өңделуі қажет. Контейнерді ашу және жағындыларды дайындау аэрозолия пайда болуын болдармау үшін өте сақ орындалуы қажет. Жағындыны дайындау бойынша процедуралар толығымен стандартталып, материалдың үстелдің үстінде орналасуы барынша қауіпсіздікті қамтамасыз ету үшін біркелкі болуы қажет.

Жаңадан пайда болған ауруларды госпиталдандыру жеке жүзеге асырылады, екі аптадан кем емес мерзімде, арнайы емделген аурулардан.

Түсініксіз диагнозы бар аурулар диагностикалық палатада госпиталдандырады. Туберкулездің резистенттік нысаны бар аурулар туберкулезге қарсы мекеме базасында ұйымдастырылған арнайы бөлімшелерде госпиталдандырылады.

Туберкулездің созылмалы нысаны бар аурулар үшін көзделген стационариясында госпиталдандырылады.

Стационарияда емдеуде тұрған БК+ бар аурулар асты палатада қабылдайды, жалпы үй-жайға бармайды. Аурулардың палатадан шығуы медициналық қажеттіліктер бойынша рұқсат етіледі және маскада, маскалы режимді қадағалауды стационарияның медициналық қызметкерлері жүргізеді.

Ауруларды тәртіп ережесімен үнемі оқыту және стационарияда, далада, үйде, қоғамдық орындарда жөтел және қақырықты жинау кезінде этикетті сақтау маңыздылығы жүргізіледі.

Барлық аурулар толуына қарай күніне бір рет ауыстырылатын түкіргішті пайдалануы тиіс.

БК+ бар ауруларды оқшаулау микробактерияға теріс анализ алғанға дейін жүргізіледі.

БК+ бар аурулардың келуі барынша шектеулі болуы тиіс және араласу жағдайларында маскада болуы қажет.

Ошақтағы зарарсыздандыру тәртібі. Ошақта мекеменің алдын-ала оқытылған медициналық қызметкерлерімен зарарсыздандыру жүргізіледі. Көрпе, жастық, жүннен жасалған заттар күнде жаю арқылы желдетіледі. Науқастың бөлмесі күн сайын желдетіледі, ылғал жинау зарарсыздандырғыш заттарды пайдалану арқылы жүргізіледі. Науқастың ыдысы 2% сода ерітіндісінде 30 минөт бойы қайнатылады. Науқаста екі қалталық түкіргіш (аузы тығыз жабылатын шыны ыдыс): біреуін ол пайдаланады, ал қақырықпен басқасы төменде сипатталған әдіс бойынша зарарсыздандырылады. Науқастың төсек орнын, сүлгіні, мұрын орамалын жуу ұнтағына салып қойып, 30 минөт бойы қайнату керек. Қағаздан жасалған мұрын орамалдары, майлықтар, пайдаланылған газеттер қолданылғаннан соң жағылуы керек.

Туберкулез жағдайында зарарсыздандыру әдістері, құралдары мен режимдері

Зарарсыздандыру объектілері	Зарарсыздандыру әдістері мен құралдары	Қойыртпа, процент, грамм есебімен	Қажетті уақыт минөт есебімен
1. Қақырық	Зазарсыздандырғыш ерітіндімен ыдысқа құяды:	Қақырықтың 1 көлеміне зарарері. тіндінің 2 көлемі есебімен	
	-хлорамин	5,0%	240

-хлорамин тазартқыш ерітіндісі 2,5% 120

Мына дәрі-дәрмектердің бірін салады:

-хлорлы әк, 200г/л 60

-тазартқыш кальций гипохлориді 100г/л 60

-хлорамин 100г/л 60

2. Түкіргіш (қақырықтан босатылған) Құрамында хлоры бар ерітіндіге салу:

-хлораминнің тазартқыш ерітіндісі 2,5% 120

-кальций гипохлоридінің тазартқыш ерітіндісі 1,0% 120

-сода ерітіндісінде қайнату 2,0% 30

3. Қақырығы бар түкіргіш Қақпақтарын ашпай жабық қазанда 0,5 атм. ысыту.

Зарарсыздандырғыш ерітіндіге салу: 5,0% 240

-хлорамин, 2,5% 120

-хлораминнің тазартқыш ерітіндісі, 1,0 120

-кальций гипохлоридінің тазартқыш ерітіндісі

4. Ыдыс (тамақ қалдықтарынан босаған асханалық) Зарарсыздандырғыш ерітіндіге салу: 5,0% 240

-хлорамин, 0,5% 60

-хлораминнің тазартқыш ерітіндісі, 1,0% 60

-кальций гипохлоридінің 2,0 30

тазартқыш ерітіндісі 120° 30

Сода ерітіндісінде қайнату.

құрғақ күйдіру шкафында

5. Тамақ қалдықтары Зарарсыздандырғыш ерітіндіге себу, құю:

-құрғақ хлор әгімен, 200г/кг 60

-хлор-әк сүті 20% 60

Қайнату 30

6. Кір Суға салып қою:
бұйымдар -хлорамин ерітіндісіне 5,0 240
төсек орын, -хлораминнің тазартқыш 1,0 60
ішкиім қап. ерітіндісіне
тамалар, Сода ерітіндісінде 2,0 30
халаттар, қайнату, содан соң
сүлгілер) әдеттегі тәсілмен жуу
7. Төсек-орын Пар-ауа әдісімен камерада Термометрдің 30
(науқас шық. зарарсыздандыру жасау сыртқы темпе.
қаннан кейін), ратурасы
жұмсақ ойын. 80-90°С
шықтар
8. Резеңке Сода ерітіндісінде қайнату: 2,0 30
бұйымдар, -хлорамин ерітіндісіне 5,0 240
клизма жасауға салып қою
арналған ұштық -хлораминнің тазартқыш 1,0 60
ерітіндісіне салып қою
9. Күтім Хлораминнің ерітіндісіне
заттары (дәрет немесе хлораминнің тазартқыш 5,0-1,0 240-60
алатын ыдыс. ерітіндісіне салып қою
тар, зәр ыдыс.
тары, жамбасқа
төсеніш шең.
берлері)
10. Унитаздар, Зарарсыздандырғыш ерітіндімен
раковиналар, жуады
ванналар, қол -хлораминнің немесе кальций 2,5%
жуғыштар гипохлоридінің тазартқыш 1,0%
ерітіндісінде
11. Бөлме - Заттарын қолдана отырып
қабырғалары, жуады:
едені, -хлораминнің немесе 5,0 немесе 1,0
есіктері хлораминнің тазартқыш
ерітіндісімен
12. Науқас. Формалин ерітіндісіне
тардың шәркесі шыланған шүберекпен сүрту 25 180
немесе сіркесу қышқылы 40 180

13. Бөлмені Зарарсыздандырғыш ерітіндісіне
жинау заттары салып қою:
хлораминнің немесе 5,0 немесе 1,0 240-60
хлораминнің тазартқыш
ерітіндісімен
14. Науқасты Зарарсыздандырғыш ерітіндімен
ауруханаға сүртеді:
жатқызғаннан -хлораминнің немесе 5,0 немесе 1,0
кейінгі хлораминнің тазартқыш
көлікті ерітіндісімен

Ескерту: Зарарсыздандырғаннан кейін қақырықты канализацияға ағызып жібереді, ал қақырық зарарсыздандырылған түкіргішті немесе ыдысты әдеттегі әдіспен жуады. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау агенттігінің белгілеген тәртіпте бекітілген әдістемелік нұсқауларына сәйкес тіркеген зарарсыздандырғыш заттарды қолдануға рұқсат етіледі.

І-категорияға жататын ересек адамдар туберкулезін емдеу сызбасы

Емдеу | Химиотерапиялық 2-4 айлық |Химиотерапияны жал.
бастал.| қарқынды кезең |ғастыру кезеңі 4 ай
ғанға | |----------------------
дейінгі| |1-вариант |2-вариант
салмағы| |(күн сайын)|(үзіліспен)
(кг) |---------------------------------|----------------------
|Изониа. |Пира. | Этам. |Стрепто. |Изониазид+ |Изониазид+
|зид+ри |зина. | бутол |мицин (S),|рифампицин |рифампицин
|фампицин |мид | не. |1гр. фла. |(HR) таб. |(HR) таб.
|(HR), |(Z), | месе |кондағы |летка |летка
|таблетка |таб. | (E) |негіз |100мг+150мг|100мг+
|100мг+ |летка | таб. | |150мг+300мг|150мг,
|150мг |500мг | летка | | |150мг+
|150мг+ | | 400мг | | |300мг+
|300мг | | | | |Н 300мг
| | | | | |

<33 2 таб. 2 таб. 2 таб. 500мг күн 2 таблетка 2 таблетка
летка летка летка сайын (100мг+ (100мг+
(100мг+ күн күн 150мг) күн 150мг)+Н

150мг) сайын сайын сайын аптасына
күн 3 рет
сайын
33-50 3 таб. 3 таб. 2 таб. 750мг күн 3 таблетка 3 таблетка
летка летка летка сайын (100мг+ (100мг+
(100мг+ күн күн 150мг) күн 150мг)+Н
150мг) сайын сайын сайын аптасына
3 рет
>50 2 таб. 4 таб. 3 таб. 1г күн 2 таблетка 2 таблетка
летка летка летка сайын (150мг+ (150мг+
(150мг+ күн күн 300мг) 300мг)+Н
300мг) сайын сайын аптасына
күн 3 рет
сайын

Егер изониазид+рифампицинді емдеуді жалғастыру кезеңінде үзіліспен қабылдаса, Н мөлшері дененің 10 мг/кг салмағы есебінен арттырылады.

Стрептомицинді кемінде екі ай (60 инъекция) қабылдайды.

II категорияға жататын ересек адамдар туберкулезін емдеу сызбасы

Емдеу | Қарқынды химиотерапия 3-5 ай |Жалғастыру химиотера.
бастал.| |пиясы 5 ай (күн сайын)
ғанға |---------------------------------|----------------------
дейінгі|Изониа. |Пира. | Этам. |Стрепто. |Изониазид+ |Этамбутол
салмағы|зид+ри |зина. | бутол |мицин (S),|рифампицин |(Е),
(кг) |фампицин |мид | (Е) |егуге ар. |(HR) таб. |таблетка
|(HR), |(Z), |таблет.|налған ұн.|летка |400мг
таблетка	таб.	ка 400	тақ 1гр	100мг+150мг
100мг+	летка	мг	флаконда	
150мг	500мг			
150мг+				
300мг				

<33 2 таб. 2 таб. 2 таб. 500мг күн 2 таблетка 2 таблетка
летка летка летка сайын (100мг+ күн
(100мг+ күн күн 150мг) күн сайын
150мг) сайын сайын сайын
күн

сайын
33-50 3 таб. 3 таб. 2 таб. 750мг күн 3 таблетка 3 таблетка
летка летка летка сайын (100мг+ күн
(100мг+ күн күн 150мг) күн сайын
150мг) сайын сайын сайын
күн
сайын
>50 2 таб. 4 таб. 3 таб. 750мг күн 4 таблетка 4 таблетка
летка летка летка сайын (100мг+ күн
(150мг+ күн күн 150мг) сайын
300мг) сайын сайын күн
күн сайын
сайын

Кестенің жалғасы

Емдеу |Жалғастыру химиотера.
бастал.|пиясы 5 ай (үзіліспен)
ғанға |---------------------
дейінгі|Изониазид+ |Этамбутол
салмағы|рифампицин |(Е),
(кг) |(HR) таб. |таблетка
|летка |400мг
|100мг+150мг |
|150мг+300мг+|
|изониазид |
|(Н) 300мг |

<33 2HR (100+ 2 таблетка
150)+1
таблетка Н
33-50 3 таблетка 3 таблетка
HR (100+
150)+1
таблетка Н
>50 2 таблетка 4 таблетка
HR (150+
300)+
1 таблетка Н

____

Стрептомицинді қарқынды кезеңінің алғашқы 2 айында егу керек (60 инъекция).

Егер изониазид+рифампицин және этамбутолды емдеудің жалғастыру кезеңінде үзіліспен қабылдаса, H мөлшерінің дененің 10мг/кг дейін арттырылады.

III категорияға жататын ересек адамдар туберкулезін емдеу сызбасы

____

Емдеу |Қарқынды химиотерапия: 2 ай|Жалғастыру химиотерапиясы: 4 ай
бастал.|---------------------------|-----------------------------
ғанға |Изониазид+ |Пиразинамид (Z)|Изониазид+ |Изониазид (Н),
дейінгі|рифампицин |таблетка 500мг |рифампицин |таблетка 300мг
салмағы|(HR), | |(HR), |(үзіліспен
(кг) |таблетка | |таблетка |қабылдағанда
|100мг+150мг| |100мг+150мг|қосылады)
|150мг+300мг| | |

____

<33 2 таблетка 2 таблетка 2 таблетка 1 таблетка аптасына
(100мг+ күн сайын күн сайын 3 рет
150мг) күн немесе
сайын аптасына
3 рет
33-50 3 таблетка 3 таблетка 3 таблетка 1 таблетка аптасына
(100мг+ күн сайын күн сайын 3 рет
150мг) күн немесе
сайын аптасына
3 рет
>50 2 таблетка 4 таблетка 4 таблетка 1 таблетка аптасына
(150мг+ күн сайын күн сайын 3 рет
300мг) күн немесе
сайын аптасына
3 рет

____

Туберкулезбен ауыратын науқастарды диспансерлік бақылау сызбасы

____

Қауіп |Контингент.|Кезекті |Бақылау| Жүргізі. |Диспансерлік
тобы | тердің |тексеріс|жүргізу| летін |бақылау тиім.

|сипаттамасы|жүргізу |мерзімі| шаралар |ділігінің
| |мерзімі | | | өлшемі

І топ І,ІІ,ІІІ Катего. Шағын Категориясы. Емдеу нәтижесіз
Бел. категорияға риясына топта. на сәйкес болған жағдайда
сенді жататын сәйкес рына ІІ категорияға
тубер. науқастар сәйкес және IV кате.
кулез горияға ауыс
тырылады. Емдеу
нәтижелі болған.
да-диспансерлік
есептің ІІ тобына
ауыстырылады.

І А ІІІ кате. Катего. Қарқын. Емнің қарқын. Емдеу нәтижесіз
(шек. гориядағы риясына ды ке. ды фазасы болған жағдайда
телген науқастар сәйкес зең- ауруханада ІІ категорияның
про. 2 айға өткізіледі. режиміне ауыс.
цес. дейін. Жалғастыру тырылады. Емдеу
тер) Жалғас. кезеңі амбу. нәтижелі болғанда
тыру латориялық - диспансерлік
кезеңі- немесе сана. есептің ІІ тобына
4 айға ториялық ауыстырылады.
дейін. жағдайда
Бақылау бақылау
мер. тәртібінде
зімі- 4 ай жүргі.
1 жыл зіледі.

І Б І және ІІ Катего. Қар. Көрсеткіштері Емдеу нәтижесіз
(кең катего. риясына қынды болған жағ. болған жағдайда І
тарал. рияға сәйкес кезең дайда-хирур. категориядан ІІ
ған жататын 3 айдан гиялық ем категорияның
про. науқастар 4 айға немесе кол. тәртібіне және IV
цес. дейін лапсотера. категориясына
тер, стацио. пия. Емнің ауыстырылады.
соны. нарда. жалғастыру Емдеу нәтижелі
мен Жалғас. кезеңі 4 ай болғанда-диспан.
қатар тыру бойы бақылау серлік есептің ІІ
ауырт. кезеңі- тәртібінде тобына
палық. 4 ай, амбулатория ауыстырылады.

ты бақылау немесе сана.
фак. мер. тория жағ.
торлар зімі- дайында жүр.
болған 2 жыл гізіледі.
кезде Туберкулез
шектеулі инфекциясы
процесі ошағында
бар санитарлық-
науқас. сауықтыру
тар, алдын алу
тубер. шаралары.
кулезге
операция
жасат.
қан
адамдар.
Өкпеден
тыс ағ.
зала.
рының
тубер.
куле.
зімен
ауыра.
тын
науқас.
тарда
ұзақ
уақыт
бойы
бітіп
жазыл.
майтын
жылан.
көздер)
I B IV катего. Тоқса. Нәтиже. Туберкулезге
(со. рияға жата. нында 1 сіз ем қарсы қолда.
зыл. тын науқас. реттен байқал. нылатын дәрі.
малы тар II ка. кем емес ғанда, лік құралдарға

тубер. тегория (қақы. үнемі сезімталдығын
кулез) бойынша рыққа бақы. ескере отырып,
(антибак. бакте. лауда жеке дара
териалдық риоско. болады. емдеу тәртібі
және хирур. пия жа. Нәтиже. қолданылады.
гиялық) сау, лі ем
және нәти. себу қоры.
жесіз ем. әдісі, тындысы
делу сал. тубер. анық.
дарынан IА кулезге тал.
және IБ ша. қарсы ғанда
ғын топта. қолда. қақы.
рында бақы. нылатын рықтың
лауда бол. дәрілік тазаруы
ған кезде құрал. бакте.
созылмалы дарға риоско.
туберкулез сезім. пиялық,
түрі қалып. талдығын себу
тасқан, се. анықтау, әдісте.
біндінің 2 клиника. рімен-
немесе бір. лық-рен. бакте.
неше препа. тгеноло. рия бөлу
раттарына гиялық тоқта.
төзімділігі бақылау, тылған.
анықталған қанның нан кейін
науқастар жалпы 1 жылдан
анализі) соң.
II топ IА және Б Жылына 2 Бақылау Туберкулез
Бел. шағын топ. рет: қа. 1 жыл ауруының
сенді. тарынан қырық бойы. қайталануы
лігі нәтижелі бакте. Содан жоқ.
жоқ ем қорытын. риоско. кейін
тубер. дысы анық. пиясы, есептен
кулез талған соң, клиника. шығары.
диспанкер. лық-рен. лады,
лік бақылау тгеноло. АМСКБ
мерзімі гиялық маман.
анықталған. тексе. дарының
нан соң ріс, бақыла.

		ауыстыры. лады.	қанның жалпы анализі.		уына жібе. ріледі.
III топ тубер. кулез ауруы. на қаупі зор адам. дар	Туберкулез инфекциясы ошағында (БК+) және өлім ошағында қа. рым-қаты. настағы адамдар жатады. Инфекция алғаш жұқ. қан бала. лар (тубер. кулин сына. масының виражы) және гипе. рргиялық реакция анықталған балалар, туберку. лезбен ауыратын жануарлар. мен қарым-қатынаста. ғылар	Клиника. лық тек. серу, бакте. риоско. пия, рентге. нология. лық тек. серіс. тер, диспан. серлік есепке алу және есептен шығаруда қанның және зәрдің анализі	Тубер. кулез ошағын есепке алған. да, ба. лалар мен жа. сөспі. рімдер. ге, 18 жасқа толма. ған адам. дарға қосымша Манту сынамасы жүргі. зіледі. Инфекция жұқпаған балаларға Манту сынамасы 6 ай өткен соң қайта жасалынады.	Бақылау мерзімі- 1 жыл	Туберкулез ошағы есебін еске ал. ғанда, балалар мен жасөспірім. дерге 3 ай бойы изониазидпен хи. миопрофилактика жүргізіледі. Инфекция жұқпа. ғандарға - БЦЖ-ның ревакцинациясы. Туберкулез инфекциясы ошағында сауық. тыруға бағыттал. ған шаралар жүргізіледі. Инфильтраттың көлемі 15 мм және одан жоғары болса, химиопро. филактика 2 дәрілік құрал. дармен H, E 2 ай бойы жүргізіледі. Манту 2ТЕ сына. масының нәтижесі кезекті тексе. рісте 6мм-ге ұлғайған жағ. дайда, балаға қосымша инфекция жұғу көзін анықтау мақсатында клиникалық-

эпидемиологиялық тексеріс жүргізеді, химиопрофилак. тиканың дұрыс, сенімді жүргізілгеніне тексеріс жасайды.

Қазақстан Республикасы Әділет министрінің 2004 жылғы 25 мамырдағы N 145 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығымен бекітілген 2-қосымша "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Қазақстан Республикасы Әділет органдарының түзеу мекемелері мен тергеу изоляторларында ұсталатын адамдарды санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз ету ережесі

1. Санитариялық-эпидемиологиялық қадағалауды ұйымдастырудың жалпы қағидалары

1. Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінің және тергеу изоляторларының медициналық бөлімдері (бұдан әрі - мекеме) ведомствоға қарасты объектілерде Қазақстан Республикасы халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саулығы саласындағы нормативтік құқықтық актілерін орындауды сақтау бойынша санитариялық-эпидемиологиялық

қадағалау жасайды:

мекеменің барлық объектілерінде санитариялық-эпидемиологиялық жағдайдың жақсаруына бағытталған іс-шаралар жүргізу бойынша;

мекеменің барлық объектілерінде Қазақстан Республикасының қолданыстағы санитариялық-эпидемиологиялық ережелері мен нормаларын сақтау бойынша.

2. Мекеме объектілеріне санитариялық-эпидемиологиялық бақылау

1. Мекемелердегі пайдалануға, уақытылы жөндеу және канал жүргізу құрылысын есепке алуға жауапкершілік интенданттық және шаруашылық қамтамасыз ету қызметінің бастығына жүктеледі.

2. Аумақ және мекеме тазалығына, канал жүргізу торының және құрылысының жабдықтау және пайдалануына санитариялық қадағалауды - санитариялық қадағалаудың ескерту және ағымдағы нысанында медициналық бөлім ұйымдастырады және жүргізеді.

3. Медициналық бөлім ескертетін санитариялық-эпидемиологиялық қадағалаудың мәселелерін шешуде Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау бөлімшелерінің (бұдан әрі - МСЭҚБ) әдістемелік нұсқауларын басшылыққа алады, олардан және Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің (бұдан әрі - ДСМ) мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалаудың аймақтық мемлекеттік мекемелерінен (бұдан әрі - МСЭҚБ) канал жүргізу торлары мен құрылуының құрылысына жер учаскісін, қалдықтарды пайдалану және залалсыздандыру орындарын таңдауда, сондай-ақ жер бетіндегі және жер үстіндегі суды залалдандыру және зиянды өндіріс және басқа да шаруашылық-тұрмыстық қалдықтарды ескерту және тарату бойынша іс-шараларды жүргізу кезінде оларды пайдалануға қабылдау кезінде кеңес және практикалық көмек алады.

4. Мекемені қатты қалдықтарды пайдалану және залалсыздандыру бойынша қондыру мен канал жүргізу жүйесімен қамтамасыз ету кезінде, медициналық бөлім тек мекеме аумағында орналасқан канал жүргізу жүйесі мен құрылысын пайдалануына ағымдағы санитариялық қадағалауды ұйымдастырады және жүргізеді.

Мекеменің өзінің күшімен және қаражатымен канал жүргізу жүйесі мен құрылысын пайдалану және қызмет көрсету кезінде, медициналық бөлім канал жүргізудің торлары мен құрылысына, соның ішінде суды тазалау бойынша құрылысына ағымдағы санитариялық қадағалауды жүзеге асырады.

5. Мекеменің медициналық бөлімінің бастығы:
канал жүргізу торы мен құрылысының жағдайы, суды тазалаудың тиімділігі, қатты қалдықтарды жинау, алып тастау және пайдалану жүйесі туралы мәліметтерді таратуға, кемшіліктерді анықтауға және жауапты лауазымды адамдармен бірге оларды жою мерзімін белгілеуге;
мекеме бастығына аумақтың санитариялық жағдайы туралы және оны жақсарту бойынша іс-шаралар туралы, су арнасы көздерінің ластануы немесе аумақты ұстаудың санитариялық ережелері бұзылғаны пайда болатын жағдайда баяндауға міндетті.

3. Сумен жабдықтауға санитариялық-гигиеналық бақылау

6. Сумен жабдықтау жүйесінің қондырғылары мен пайдалануына санитариялық-эпидемиологиялық қадағалауды мекеменің медициналық бөлімі ұйымдастырады және жүргізеді.

7. Мекеменің медициналық бөлімінің міндетіне:
сумен жабдықтау көздерін таңдауға және санитариялық күзет аймағын белгілеуге қатысу;
сумен жабдықтау объектілерінің су сапасына және санитариялық жағдайына бақылау;
сумен жабдықтау объектілерінде жұмыс істейтін адамдарды медициналық мәлімдеу енеді.

Медициналық бөлімнің бастығы сумен жабдықтау объектілерінде жұмыс істейтін адамдардың болжамды және кезеңдік медициналық тексерістен уақытылы және толық өтуін қамтамасыз етеді.

8. Су көзінің (ашық, жер асты) шаруашылық-ауыз сумен жабдықтауға, судың сапасының жарамдығы туралы мәселені шешуде қолданыстағы санитариялық ережелер мен нормалар, әдістемелік нұсқаулықтар, нұсқауларды басшылыққа алуы керек.

9. Кепілді сумен жабдықтау көздері жоқ орындарға су жеткізу қажет болған жағдайда санитарлық көлігі және ДСМ актілеріне сәйкес алдын-ала, кезеңдік медициналық тексеруден өткен тұрақты адамдары бар арнайы көлік бөлінеді. Су сақтауға және тасуға арналған ыдыс жарамды, жуылған және дезинфекцияланған болуы керек.

10. Суды зарарсыздандыру, су көздерін дезинфекциялау қолданыстағы " Шаруашылық-ауыз суын зарарсыздандыру және орталықтандырылған және жергілікті сумен жабдықтаудағы су құбырларының құрылыстарын дезинфекциялауға бақылау жөніндегі нұсқаулыққа" сәйкес жүргізіледі.

4. Тамақтандыруды ұйымдастыру

11. Мекемеде ұсталатын адамдар Қазақстан Республикасы Үкіметі белгілеген нормалар бойынша тамақтандырумен қамтамасыз етіледі.

12. Тамақтандыруды ұйымдастыруды интенданттық және шаруашылық қамтамасыз ету қызметі жүзеге асырады, оған мынадай міндеттер жүктеледі:

тамақтанушылардың жұмысының мінезі мен ерекшеліктерін есепке алумен түрлі санаттары үшін тамақтандырудың режимін әзірлеу;

тәуліктік тамақтанудың белгіленген нормасы бойынша ас дайындауды ұйымдастыру және тамақтанушыға осы норманы жеткізуге бақылау.

13. Медицина бөлімінің бастығы:

тамақтандыруды ұйымдастыруға санитариялық-гигиеналық бақылауды қамтамасыз етеді;

тамақтану режимін әзірлеуге, меню-жайып салуды құруға қатысады, меню-жайып салудың калориясының теоретикалық есебін жүргізеді (1-қосымша);

мекеме бастығына арнайы норма бойынша тамақтандыруға ауыстыруға жататын адамдар тізбесін ұсынады;

сапасын күнделікті тексеруді, арнайы контингентте жеке пайдалануда тұратын тамақтандыру азық-түліктерін іске асыру мерзімінің, сақтауы және ережесінің жағдайын сақтауды ұйымдастырады.

14. Энергетикалық құндылықтар (калориялығы) бойынша үш мезгілдік тамақтанудың тәуліктік нормасы: тамақтанудың тәуліктік нормасының жалпы калориясынан таңертеңгі асқа - 30-35 %, түскі асқа - 40-45 %, кешкі асқа - 30-20 % таратылады. Энергетикалық құндылықтар бойынша көрсетілген азық-түліктерді тарату жұмыс кернеуіне, айтқанда (пайызбен): бірінші ауысымда жұмыс істейтіндерге - таңертеңгі ас - 35 %, түскі ас - 40 %, кешкі ас- 25 %; екінші және үшінші ауысымда (түнде) жұмыс істейтіндер үшін - таңертеңгі ас және кешкі ас 30 % бойынша, түскі ас - 40 % қатысты ауыстырылады.

5. Кір жуумен қамтамасыз етуге санитариялық-гигиеналық бақылау

15. Арнайы контингенттің кір жуумен қамтамасыз етуді интендантты және шаруашылық қамтамасыз ету қызметінің күшімен және қаражатымен ұйымдастырылады және жүзеге асырылады.

16. Мекеменің медициналық бөлімінің міндетіне:

кір жуу блоктарының құрылысы немесе қайта жөндеуінің жүргізілуіне алдын алу санитариялық қадағалауды;

санитариялық ережеге сәйкес қондырғыларға, моншаның жабдығы мен ұсталуына, кір жууға, дезинфекция жасаудың сапасына, уақытылы жүргізілуіне бақылауға, санитариялық өңдеуге, киім ауыстыруына, оны жууына, үздіксіз ыстық және суық сумен жабдықтауға ағымдағы санитариялық қадағалауды;

кір жуумен қамтамасыз ету жұмысын істейтін адамдарға, оның декреттелген топтағы адамдарға қатысты барлық іс-шараларымен медициналық тексерісті;

кір жуумен қамтамасыз ету бөлігіне МСЭҚБ-нің ұсынысы мен тапсырмасын мекеменің басшылығына хабарлаумен бірге орындауына бақылауды жүзеге асыру енеді.

17. Моншада мекемеде ұсталатын тұлғаларға санитариялық өңдеу жүргізіледі .

Оны жүргізудің жиілігі:

жоспарлы іс-шаралар ретінде - айына 1 рет;

жоспардан тыс - эпидемиялық көрсеткіш бойынша және жаңадан келген адамдарды қабылдау кезінде туындайды.

18. Санитариялық өңдеу - моншада адамның сабын мен сүрткішпен жуынуы (педикулез кезінде шашты өңдеу), төсек орыны мен киімдерді міндетті ауыстыруы, дезинфекцияланған камерада жеке киімдер мен төсек орындарды (көпшіктерді, матрацтарды, көпшіктерді) дизенсекциялау, дезинфекциялау болып табылады.

19. Санитариялық өңдеу жүргізу кезінде моншалар өткізу режимі бойынша, яғни оған түсетіндердің қозғалысы бір бағытта ғана болады.

Санитариялық өңдеуге белгіленген моншалардың жеке кіру және шығу есігі, жуатын киімдері мен іш киімдерін дезинфекциялау камерасына беретін шешінетін орыны; жуынған соң шығып, дезинфекция мен дезинфекциядан өткен киімдерін жеке камераның таза бөлімшесінен терезе арқылы алатын киінетін орны болады. Стационарлық дезинфекция камерасы болады.

Дезинфекция камерасының өткізу тәртібі моншаның өткізу тәртібіне сәйкес болуы керек.

20. Камералық дезинфекция бойынша іс-шаралар сәйкестендірілген бұйрықтары мен нұсқаулықтарының талаптары негізінде жүргізіледі.

21. Дезинфекциялық-камералық үй-жайды тексеру кезінде мыналарға:

дезинфекция камерасының санитариялық-техникалық жағдайына;

залалсыздандырудың белгіленген режимін сақтауына;

төсек орындары мен киімдерді залалсыздандыру камерасының толықтығына;

барынша термометрдің көмегі кезінде температуралық режимді тексеруге;

санитариялық ережені сақтау, өңдеу режимі бойынша қызметкердің білімін тексеруге;

алдындағы ұсынысты орындауды тексеруге;

дезинфекция сапасын тексерудің физикалық және химиялық пайдалануына көңіл аудару керек.

22. Мекемеде ұсталатын адамдар моншада ішкі киім мен төсек орынын бір уақытта ауыстырумен жеті күнде бір реттен көп жуынады. Терінің тез кірленуімен байланысты жұмыстарды орындаушы адамдар мен аспазшылар, одан басқа, күнделікті душ қабылдайды.

Моншада жуынатындардың әр ауысымы алдында кезекшілер үй-жайды тазалап жуады және аумақта пайдалануға рұқсат етілген препараттармен дезинфекция жасайды.

23. Жуынғаннан кейін дене жуғышты әр ауысым алдында 2 %-тік сабын-сода ерітіндісінде 15 минөттай қайнатумен дезинфекцияланады немесе дезинфекциялайтын ерітіндіде ұсталады. Легендер, орындықтар дезинфекциялайтын ерітіндімен өңделеді.

Шаштараз құралдары (май, ұстара) 0,6 %-тік кальций гипохлориді ерітіндісінде 30 минөттай немесе кез-келген басқа дезинфекциялайтын ерітіндіде ұсталады, сосын тұндырылған суда шайылады және кептіріледі.

24. Терінің іріңді және грибок ауруларымен зақымданған адамдар басқа адамдардан кейін және соңғы кезекте жеке жуынады, сосын моншада 2 %-тік сабын-сода ерітіндісінде Қазақстан Республикасы аумағында қолдануға рұқсат етілген басқа да дезинфектант ерітіндісінде дезинфекция жүргізіледі.

Туберкулез бойынша бақылаудағы сотталғандар арнайы оларға белгіленген күні жеке жуынады, кейін моншада соңғы дезинфекция жасалады.

25. Моншадан кір киімдер, сондай-ақ тікелей жатақханадан төсек орын жабдықтары кір жуу бөлімдеріне жіберіледі.

26. Медицина бөлімінің стационарынан туберкулезбен ауыратындарды ұстауға алынған киімдер жуу алдында міндетті түрде сілтілі ерітіндіде 1 сағат бойы қайнатылады немесе дезерітіндіде ұсталады және арнайы бекітілген машинада жуылады.

27. Кір бөліктің үй-жайы жұмыстан соң тазалап жуылады және дезинфекцияланады.

28. Көрпе, матрас қапшығы және төсек орын жабдықтары тоқсанда 1 рет жуылады.

29. Монша, кір жуу бөлмелері су жүргізумен, су жүргізу каналымен, жылытумен, желдеткішпен және ыстық су жабдықтаумен қамтамасыз етіледі.

30. Судың сапасы ауызсуға қойылатын санитариялық ережелер талаптарын қанағаттандыруы керек.

31. Тазалау құбырлары бар су жүргізу каналдары пунктінде тұрып қалған сулар су жүргізу каналдарының торынан өткізіледі, оны алдын-ала тазалау (өшірілген әк ерітіндісімен коагулициялау) кір жуу блогынан тұрып қалған сулар

тазалау құбырына жіберілетін тұрып қалған сулар санынан 25 %-ға жоғарыласа жүргізіледі. Ұйыту үшін CaO белсенділігі бойынша тұрып қалған судың 400 г/м көлемінде әк қолданылады. Белсенді калций қышқылының есептеулі көлемі әктен 50%-ын құрайды.

Тұрып қалған суды тазалауға арналған су жүргізу каналы емес пунктте жергілікті тазалау су жүргізу каналының құбырын орналастырады.

32. Тұрып қалған суды тазалау орны мен түсіру орнын сәйкес аумақтардағы халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саулығы саласында қызмет ететін атқарушы органдармен келісілуі қажет.

33. Кір жуу блогының тұрып қалған суын су қоймасына, аңғарға ұйыту және тұндыру схемасы бойынша алдан-ала тазалаусыз түсіруге тыйым салынады (белсенді хлордың 5-10 мг/л дозасы).

5. Эпидемияға қарсы қамтамасыз етуді ұйымдастырудың жалпы ережелері

34. Мекемеде эпидемияға қарсы іс-шаралар кешенін ұйымдастыру мекеме бастығына жүктеледі. Оны өткізуге режимді, жедел, тәрбие, инденданттық және шаруашылықпен қамтамасыз ету және басқа да қызметтер тартылады.

35. Эпидемияға қарсы іс-шаралар:

мекемеде инфекциялық ауруларды асқындыруды;

арнайы контингент арасында инфекциялық ауруларды болдыруды, таратуды және жоюды;

мекеме шегінен инфекциялық ауруларды таратуды ескертуге бағытталады.

36. Эпидемияға қарсы қамтамасыз ету:

мекемеде және оның орналасқан ауданында санитариялық-гигиеналық жағдайын қадағалауды;

арнайы контингентті қабылдауда мекемеде өткізілетін іс-шараларды;

арнайы контингентті медициналық жүйелі қадағалауды;

декретирленген адамдарды (тамақтандырумен, сумен жабдықтаумен байланысты) жүйелі медициналық тексеріс және зертханалық зерттеуді;

аумақты, жатақхананы ұстауға, тамақтандыру, сумен жабдықтау және су жүргізу каналын ұйымдастыруға, кір жуумен қамтамасыз етуге, жеке гигиенаны сақтауға санитариялық-эпидемиологиялық бақылауды;

жоспарлы және алдын-ала егуді жүргізуді;

алдын-ала дезинфекциялауды, дезинсекциялауды және дератизациялауды жүргізуді;

арнайы контингенттің санитариялық мәдениетін көтеруді;

мекеменің медициналық қызметкерінің эпидемиологияға қарсы қорғау

мәселелері бойынша жүйелі жетілдіруді және дайындауды;
инфекциялы аурулардың (медициналық бөлімдерге қосымша керуеттер әкелу, қажетті жабдықтармен жарақтандыру) пайда болуы жағдайында эпидемияға қарсы іс-шаралар жүргізу үшін күш және қаражат дайындауды;
жедел және ретроспективті талдауын енгізеді.

37. Санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау - арнайы контингентті эпидемияға қарсы қамтамасыз етуі бойынша іс-шараларды ұйымдастыру және жоспарлау үшін негізі болып табылады.

38. Санитариялық-эпидемиологиялық қадағалаудың тапсырмалары:
мекеменің орналасу ауданының санитариялық-эпидемиологиялық жағдайын жүйелі зерттеу;
мекеме орналасқан аумақтың, су көздерінің және жергілікті пункттің санитариялық жағдайына үздіксіз бақылау жасау;
мекеменің орналасу ауданындағы сыртқы орта объектілерінің бактериалы ластануын табу, эпизотия және инфекциялы аурулардың қозуы туралы мәліметтерді уақытылы алу болып табылады.

39. Мекеменің орналасу ауданының санитариялық-эпидемиологиялық жағдайы бойынша мәліметтерді зерттеу және нақтылау:
жергілікті жердің инфекциялы аурулармен ауру құрылымымен және өсуімен танысумен;
эпидемиялық ауруларды тарату жолдарының мүмкін көздерін және мекемеде ұсталатын адамдардың тез қабылдауын зерттеумен;
медицина және ветеринарлық емдеу-алдын-алу мекемелер жүргізетін алдын-алу, эпидемияға қарсы және эпизоотикалық іс-шаралардың көлемі және сапасымен танысумен қамтамасыз етіледі.

40. Мекеменің орналасқан ауданындағы эпидемиологиялық жабдықталуы туралы жүйелі ақпарат:
жергілікті денсаулық сақтау органынан жұртшылық арасында инфекциялы аурумен ауыратындар туралы ақпаратты алумен;
жоғарыдағы медицина мекемелерінен республиканың, облыстың санитариялық-эпидемиологиялық жағдайы туралы мәліметті алумен;
денсаулық сақтау органдарының мекемелері өткізетін медициналық съездер, конференциялар, кеңестер, семинарлар және қоғам отырыстары жұмыстарына дәрігерлердің қатысуымен жеткізіледі.

41. Мекеменің медицина бөлімінің бастықтары санитариялық-эпидемиологиялық қадағалауды жүргізуде:
жұртшылық пен жануарлар арасында инфекциялы аурумен ауыратындар туралы, мекеме орналасқан аудандарда жүргізілетін алдын-алу, эпидемияға қарсы және эпизоотикалық іс-шаралар туралы мәліметтерді жүйелі алу үшін;

жүргізілетін алдын-алу, эпидемияға қарсы іс-шараларды реттеу үшін; арнайы контингентті эпидемияға қарсы қамтамасыз ету мәселелері бойынша кеңес және басқа көмек түрлерін алу үшін денсаулық сақтаудың жергілікті органдарымен және ветеринариямен тығыз байланыста болуы керек.

42. Мекемеге инфекциялы ауруларды әкелудің алдын-алу мақсатында тәуліктік мерзімге келгендердің барлығы тері, венерологиялық аурулары немесе басқа да инфекциялы аурулары табылуы мүмкін толық санитариялық өңдеуден және медициналық мәлімдемеден өтеді. Келген сотталғандардың үзіліссіз флюоротексерістен өтеді: қажет жағдайда қаралады. Түзеу мекемесіне келгендердің барлығы 6 айға дейін медициналық карауға жатады.

Түзеу мекемелерінде, аумақта орналасқан ауруханаға емделуге жіберілген және белгіленген диагнозы бар адамдардан тыс барлық жаңадан келген сотталғандар түзеу мекемесі құрамында оларға 15 тәулік ішінде медициналық қадағалау белгіленген, басқа контингенттен оқшауланған карантин үй-жайына орналастырылады, кейін олар тұрғын аймақтарға ауыстырылады.

Медициналық қадағалау кезінде сотталғандар санынан инфекциялы аурумен ауыратындарды айқындағанда эпидемияға қарсы іс-шаралар кешені өткізіледі. Медициналық қадағалаудың ұзақтылығы соңғы ауырған адамды оқшаулаған күннен бастап белгіленеді.

Ескерту. 42-тармаққа өзгерту енгізілді - ҚР Әділет министрінің 2008.12.12 N 338, ҚР Денсаулық сақтау министрінің 2008.12.18 N 651 бірлескен бұйрығымен.

43. Мекемелерде алдын-алу, эпидемияға қарсы іс-шараларды уақытылы жүзеге асыруды арнайы белгіленген күнтізбе-ай, тоқсан, жыл кезеңінде эпидемиологиялық талдау (ретроспективалық талдау) жүргізу қажет. Одан басқа, эпидемиологиялық талдау (жедел эпидемиологиялық талдау) эпидемия ошағында жүргізіледі. Мекемеде эпидемиологиялық талдауды МСЭҚБ-нің мамандары жүргізеді.

44. Ретроспективті эпидемиологиялық талдауды жүргізуде қызмет көрсететін адамдар арасында аурудың құрылымы, динамикасы, деңгейі зерттеледі. Инфекция көзі, жұқтыру жолының ерекшелігі әр нозологиялық нысан бойынша зерттеледі. Одан басқа, инфекциялы аурудың келесі жорамалы үшін эпидемиялық ошақтың пайда болу себебінің нақты талдауы жүргізіледі.

45. Эпидемиологиялық болжамдар нақты жағдайлардағы эпидемиялық үрдісі ағымының тенденциясын белгілеу үшін жүргізіледі және жыл мерзімінің өткен кезеңіне және нақты инфекциялы аурудың эпидемиологиялық ерекшеліктеріне эпидемиологиялық қадағалау, эпидемиологиялық талдау нәтижелерін есепке ала отырып беріледі. Эпидемиологиялық болжам негізінде медицина бөлімінің бастықтары арнайы контингент арасында инфекциялы аурудың алдын-алуын ұйымдастыру бойынша ұсыныстарды әзірлейді.

6. Мекемелерде эпидемияға қарсы қамтамасыз ету 1. Инфекциялы ауруларды айқындаған кездегі эпидемияға қарсы іс-шаралар жүйесі

46. Мекемелерде инфекциялық аурулар анықталғанда медициналық бөлімдерінің бастықтары эпидемияға қарсы мынадай іс-шаралар өткізуді ұйымдастырады:

ауруларды анықтау, оқшаулау және госпиталдандыру, дәрігер-инфекционисттің кеңесі мен емдеуі;

ағымды және қорытынды дезинфекциясы;

инфекциялы аурулардың көздерін айқындау және оқшаулау провизорлық іс-шараларды өткізу үшін байланыстық аяны белгілеу мақсатында медициналық қарау, обсервация және карантин;

санитариялық-гигиеналық іс-шараларды өткізуге бақылау;

егулерді өткізу.

47. Инфекциялы аурулардың уақытылы (ерте) айқындау амбулаторлық қабылдауда, медициналық тексерістер кезінде, сондай-ақ жатақханаларды, мекеменің әкімшілігімен бірлесіп, айналып өту кезінде медициналық қызметкерлер жүзеге асырады.

48. Инфекциялы ауруға айқындалған аурулар мен күдіктілер алдын-ала мекеменің медициналық бөлімі жанында жабдықталған медициналық изоляторларға тез арада барады. Эпидемимиялық көрсеткіштері бойынша (науқастар жаппай түскенде) ол кеңейтілуі және жабдықталуы мүмкін (медициналық изолятор ретінде камера, жатақхана, мекеменің мектебі жабдықталуы мүмкін). Медициналық изоляторларда дәрігер аурудан эпидемиологиялық анамнез жинайды, оны тексереді, диагнозын анықтайды, және оған дәрігерлік жәрдем көрсетеді. Инфекциялы ауруға аурулар мен күдіктілерді медициналық изоляторға инфекциялы ауруы таратылуының мүмкіндігін болдырмау үшін уақытша госпиталдандыруға дейін немесе бақылау үшін орналастырады. Олар медициналық изоляторда болған кезде жұмыстың эпидемияға қарсы режимі сақталады.

49. Эпидемияға қарсы режим ретінде медициналық персонал үшін толық қауіпсіздікті қамтамасыз ететін медициналық изолятор жұмысының ұйымдастыру тәртібі, ол аурулар, сондай-ақ қызмет көрсету персоналымен палата ішінде жұқтыру және оның шектеріне инфекцияның тарау мүмкіндігін болдырмайды. Эпидемияға қарсы режим нақты инфекцияның эпидемиологиялық ерешелектерімен анықталады (беру механизмі).

Жалпы талаптар:

инфекцияны берудің түрлі механизмдері бар инфекциялы аурулар бөлек орналастыру;

оқшауланған палаталарды (палата ретінде жабдықталған үй-жайларды) тамақтандыру мен сумен жабдықтау объектілерінен 30 метрден кем емес қашықта орналастыру;

оқшауланған палаталарды киім-кешек, толық комплекті мен төсек орын керек-жарақтары, ауруды күту заттары, кірді суға салуға арналған ыдыстар, ыдыс аяқ, киім сақтауға арналған қаптар, аурулардан бөлінетін заттарды дезинфекциялауға арналған қабылдағыштармен, сондай-ақ дезинфекциялық және дезинсекциялық заттармен қамтамасыз ету;

оқшауланған палатаға түскен ауруларды гигиеналық шаю, ал көрсету кезінде - санитарлық өңдеу;

дезинфекциялық режимді сақтау болып табылады.

50. Денсаулық сақтау органдарының инфекциялық ауруханасына (бөліміне) немесе мекеме ауруханасының (инфекциялық бөліміне, инфекциялық боксіне) жекеленген жағдайларда инфекциямен ауырған жеткізіледі. Көліктің барлық түрлерінде сау және инфекциялық аурумен ауырған адамдарды бірге алып жүруге жол берілмейді. Азық-түлік тағамдарды тасымалдайтын көлікті үзілді-кесілді пайдалануға тыйым салынады.

Инфекциямен ауырған инфекциялық ауруханаға жеткізу үшін міндетті түрде медициналық қызметкер бөлінеді оның өзінде жедел көмек көрсету үшін кажетті медикаменттері, сондай-ақ инфекциялық ауру сипатына сәйкес ауруды күту заттары (аурудың шығындыларын жинау мен залалсыздандыру үшін шелек және т.б.) мен дезинфекциялайтын құралдар болуы тиіс.

Инфекциямен ауырғанды тасымалдаған көлік госпиталдандырған мекеменің күшімен көшірілгеннен кейін 2 сағаттан кешіктірілмей қорытынды дезинфекцияға жатады.

51. Эпидемияға қарсы іс-шаралар ауру пайда болғанда эпидемиялық ошақ шегінде өткізіледі. Эпидемиялық ошақ шектері осы инфекция аурудың жұғу механизмі жүруі мүмкін шегіндегі аумақпен (камера, жасақ, бригада, мекеме) белгіленеді. Эпидемиологиялық ошақ әсерінің ұзақтығы инфекция көзі жойылғаннан және қорытынды дезинфекциялау өткізілгеннен кейін аурудың инкубациялық кезеңінің барынша мерзімімен белгіленеді.

52. Эпидемияға қарсы іс-шараларының тізбесін анықтау мен нақтылау үшін мекеме медициналық бөлімінің бастығы және МСЭҚБ эпидемиологы эпидемиологиялық тексеруін.

Тексеру үрдісінде инфекцияның болжамды көзі, нақты жағдайларда қоздырғыштың таратылуы мүмкін жолдары мен факторлары айқындалады, жұғу қауіпсіздігін төндіретін адамдар аясы белгіленеді.

Аурудың жете жағдайларының себебі бойынша эпидемиологиялық тексеріс кезінде медициналық бөлімнің бастығы:

аурудан жауап алу мен тексеруін;

ошақта онымен байланысқандардан жауап алу мен тексеруін;

сыртқы аяны тексеру, соның ішінде лабораторлық тексерісті өткізеді.

Жауап алу мен тексеріс нақты инфекцияның эпидемиологиялық ерекшеліктеріне сәйкес және инфекция көздерін және жұғу жолдарын анықтау мақсатында зерттеудің зертханалық әдістерін пайдаланумен мақсатты жүргізіледі . Эпидемиологиялық тексерістің мәліметтері ошақта өткізілетін іс-шараларды реттеу үшін қолданылады.

Топтасқан аурулардың (эпидемиологиялық тұтану) себебі бойынша эпидемиологиялық тексеріс кезінде медициналық бөлімінің бастығы МСЭҚБ эпидемиологымен бірлесіп, жоғарыда көрсетілген іс-шаралардан басқа, жасақтар, бригадалар, камералар бойынша аурудың пайда болған мерзімдері бойынша, нақты жағдайларға сәйкес ауырғанның тұрмысының ерекшеліктері мен басқа белгілер бойынша тараудың талдауын жүргізеді. Осындай тексерістің мақсаты әр ауырған үшін инфекцияның көзі мен жұғу жолдарын және топтасқан аурудың дамуының барлық механизмін анықтау болып табылады.

53. Медициналық бөлімінің бастығы инфекциялық аурудың пайда болған жағдайы туралы жоғарыдағы медициналық бастығын хабарландырумен мекеменің бастығына баяндайды, сондай-ақ диагноз белгіленген сәттен бастап 12 сағаттан кешіктірілмей инфекциялық ауру, аспен улану, егуге бұрыс реакция туралы жедел хабарламаны МСЭҚБ-не жібереді. Хабарландырудың уақтылығына жауапкершілік мекеменің бастығына жүктеледі. Эпидтексеріс кезінде белгіленген нысан бойынша инфекциялық ауру ошағының эпидемиологиялық тексерісінің картасы жасалады, ол одан әрі МСЭҚБ жіберіледі.

54. Эпидемиологиялық ошақта эпидемияға қарсы режимдік-шектеу іс-шаралары өткізіледі, олардың мәні инфекцияның сипатына, мекемелердегі арнайы контингентінің орналастыру ерекшеліктеріне байланысты.

Эпидемияға қарсы режимдік-шектеу іс-шараларының үш санаты бар:

күшейтілген медициналық қарау;

обсервация;

карантин.

55. Күшейтілген медициналық қарау инфекциямен ауырғандарды оларды сонан соң оқшаулау және госпиталдандырумен белсенді анықтауға бағытталған. Инфекциямен ауыратындарды белсенді анықтау сұрау салу, тексеріс,

термометрия, зертханалық зерттеу жолдарымен жүзеге асырылады.
Күшейтілген медициналық қарау мекеменің медициналық бөлімі бастығының нұсқауы бойынша енгізіледі.

56. Обсервация медициналық бөлімі бастығының ұсынымы бойынша мекеме бастығы бұйрығымен енгізіледі.
Обсервация:
күшейтілген медициналық қарауды;
мекемелерге сотталғандардың түсуін шектеуді. Обсервация кіргізілген мекемеге этаптың келуі жағдайында келген сотталғандар бөлек орналастырылады, ал мекемеден кету туралы мәселе әр жағдайда жеке шешіледі;
туысқандармен кездесулерді шектеу және тоқтатуды;
арнайы емдеу-алдын-алу және санитариялық эпидемияға қарсы іс-шараларды өткізуді көздейді.

57. Карантин мынадай іс-шараларды өткізуді:
арнайы контингентті толық оқшаулау, мекемеден шығуға және одан шығуға тыйым салу, мекеме ішінде сотталғандардың жүруін;
күшейтілген медициналық қарауды;
арнайы емдеу-алдын-алу және санитариялық эпидемияға қарсы іс-шараларды өткізуді көздейді;
Мекеменің материалдық-техникалық жабдықталуы жүк алаңдары арқылы жүзеге асырылады. Мекеменің ішінде жасақтар бойынша сотталғандардың бөлінуі бір бірінен барынша оқшаулау және жеткізу пунктері арқылы тамақтандыруын ұйымдастырумен жүзеге асырылады.
Карантин шарттарын орындауын қамтамасыз ету үшін мекеменің жұмысы қызметті атқарудың күшейтілген нысаны бойынша ұйымдастырылады. Мекемеде карантин қылмыстық-атқару жүйесінің аумақтық органдарының басшылығының бұйрығымен санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау органдарының ұсынымен белгіленеді.
Уақытша кездесулерге және мекемеге келуге тыйым салынады, бұл туралы қадағалайтын прокурорға хабардар етіледі.

2. Жеке инфекциялық аурулар кезінде эпидемияға қарсы іс-шаралар

58. Ішек инфекциясының алдын-алу жөніндегі іс-шаралар кешенді ұдайы жүргізіледі. Негізгі санитариялық-алдын-алу шаралары:
арнайы контингентті орналастыру, су және тамақпен жабдықтау жағдайларына лабораториялық зерттеу әдістерін қолдана отырып, пәрменді медициналық бақылауды қамтамасыз ету;

декретирленген контингентті қолданыстағы нормативтік құқықтық актілерге сәйкес лабораториялық зерттеу;

алдын-ала дезинфекция мен дезинсекцияны жүргізу (үй-жайларды, қоқыс және қалдықтар жиналған орындарды, шыбындармен күрес, ауыз су және шаруашылық-тұрмыстық қажеттіліктері үшін пайдаланатын суды заласыздандыру, сумен жабдықтау автономдық жүйелерін және суды жеткізу мен сақтауға арналған ыдыстарды дезинфекциялау, ас-үйдің керек-жарақтары мен ыдыстарын залалсыздандыру);

жеке гигиенаның негізгі талаптарын арнайы контингентпен сақтауға және гигиеналық ережелерді сақталуы үшін тиісті жағдайларды жасауға медициналық бақылау;

дизентерия мен өткір ішек аурулармен соңғы 6 ай ішінде барлық ауырғандарды, іш сүзегімен және паратифтермен - мерзіміне қарамастан айқындау және есепке алу; медициналық тексерістерді өткізу одан әрі олардың диспансерлік бақылауымен;

дизентериямен ауыратындарды, сондай-ақ өткір ішек инфекциялық ауырулармен ауратындарды ерте айқындау (бірінші тәулікте), оқшаулау және госпиталдандыру;

аурулармен байланыста болған адамдарды көрсетімдер бойынша медициналық тексеру (бактериологикалық тексеріспен) және оларды профилактикалық фагировалау;

іш сүзегіне қарсы тиісті контингенттерге профилактикалық егулерді ұйымдастыру және жүргізу;

арнайы контингент арасында санитариялық - ағарту жұмыстарын жүргізу болып табылады.

59. Медициналық бақылауға тамақтандыру және сумен жабдықтау объектілерінде тұрақты жұмыс істейтін, соның ішінде аспазшылар, нан кесушілер, қоймашылар, тұрақты асхананың қызметкерлері, азық-түлік фургондары мен суға арналған цистерналарының жүргізушілері, слесарлар және су алатын құрылыстар мен су құбырларына қызмет көрсететін өзге персонал жатады.

Тамақтандыру және сумен жабдықтау объектілері қызметкерлерінің тексеріс мерзімдері бұзылғаны үшін тиісті қызметтің бастықтары жауапты.

60. Асханаға жұмысқа шығатын арнайы контингенттің медициналық қарауы олардың нарядқа шығу алдында медициналық қызметкерімен жүргізіледі, бұл туралы тері мен тері клетчаткасының іріңді ауруларына тамақ блокының қызметкерлерін медициналық қарау журналында белгі соғылады.

Өткір ішек инфекцияларымен немесе дизентерияның созылмалы нысанымен зардап шегетін аурулардан кейін диспансерлік бақылауда тұратын адамдар ас үйіне нарядқа қойылмайды.

61. Диагнозы анықталмаған науқастар, 3 күн және одан да көп қызуы көтерілгендер іш сүзегіне тексеріледі. Науқастың қанын гемокультураға және нәжісін копрокультураға тексереді, динамикада серологиялық диагностикалау әдістері (Видаль реакциясы, Vi - гемагглютинациясы, цистеин сынамасымен пассивтік гемагглютинация реакциясы) пайдаланылады.

62. Сальмонеллез, іш сүзегімен ауырғандар есепке алу мен диспансерлік бақылауға жатады.

Диспансерлік бақылау кезінде ауырғанның денсаулық күйі туралы мәліметтер, сондай-ақ лабораториялық және клиникалық тексерістердің нәтижелері тексерілетін адамның медициналық амбулаторлық картасына енгізіледі. Мекеменің медициналық қызметкерлері диспансерлік бақылау кезіндегі лабораторлық зерттеулері үшін материалды алып, лабораторияларға жеткізеді.

63. Эпидемияға қарсы іс-шаралар ошақтарды жоюға бағытталады және жедел ішек инфекцияларымен жеке немесе топтасқан аурулардың эпидемиологиялық тексерістер нәтижесі негізінде жүргізіледі.

64. Жедел ішек инфекцияларымен жеке аурулардың эпидемиологиялық тексерістерін медициналық бөлімдері дәрігерлері (бастықтары) жүргізеді және мынадай мақсаттарды көздейді:

аурудың жұқтырған орнын анықтау;

қоздырғыштың жұқтыру мүмкіндік жолдарын анықтау (тамақ - қандай, қашан және қайда қолданылған, су - қашан, қай көзден және қашан қолданылған);

жұқтыру қатарыне жататын адамдардың аясын анықтау.

Бұл мақсаттарды шешу үшін:

ауруларға сұрау салу және тексеру;

ошақтардағы байланысқандарға сұрау салу және тексеру;

мекеменің шегінде сыртқы қоршау объектілерін қарау және тексеру;

Ауруға сұрау салғанда эпидемиологиялық анамнез жиналады. Сонымен қатар :

аурудың басталу уақыты;

бұрын ішек инфекцияларымен ауырды ма (қашан, қайда емделді);

тамақтанудың және су пайдаланудың сипаты;

аурудың басына дейін инкубациондық кезеңде барынша мерзімі ішінде ауырған адам қайда болғаны (жұқтыру орны туралы мәселесін шешу үшін);

осы аурудың клиникалық ерешеліктері анықталады.

Аурумен бірге мүмкін жұқтырған (немесе одан) адамдарды айқындау

жүргізіледі. Мекеме ішінде жұқтыру фактісі айқындалғанда тамақтандыру қызметкерлері мен ауырғандардың бактериологиялық тексерісі жүргізіледі.

Аурудың жұқтыру пайда болған жағдайларды анықтау мақсатында ауруға және өзге адамдарға сұрау салғанда алынған мәліметтерге сәйкес сыртқы қоршаудың (тамақтандыру және сумен жабдықтау объектілері, ауру болған орындар, дәретханалар, аумақтар) элементтері зерттеледі.

65. Топтасқан аурулардың (өршудің) эпидемиологиялық тексерісін, әдеттегідей, эпидемиолог-дәрігері медициналық бөлімінің бастығы (дәрігері) қатысуымен жүзеге асырады. Эпидемиолог-дәрігері келгенге дейін медициналық бөлімінің бастығы (дәрігері) дербес эпидемиологикалық тексерісін бастау тиіс және оның негізінде - қажетті эпидемияға қарсы іс-шараларды өткізу міндетті.

Эпидемиологикалық тексерістің негізгі мақсаты тұтанудың түрі мен сипатын, сондай-ақ оның дамуына әсер ететін жағдайларын белгілеу болып табылады.

Эпидемиологикалық тексерістің барысында тұтануға әсер еткен болжамды себептерді анықтау мақсатында ошақтың бөлек объектілерінің (тамақтандыру және сумен жабдықтау объектілері, аумақтың тазалануы) санитариялық күйі туралы мәліметтер жиналады. Жасақтар бойынша аурудың құрылымы тұтанудың дамуына әсер ететін факторларымен және ауырғандардың еңбек пен тұрмыс жағдайларымен салыстырылады. Сонымен қатар судың, күдікті ас тағамдардың және тамақтандыру блоктары шайындарының лабораториялық зерттеулері, сондай-ақ тамақтандыру қызметкерлерінің, ауырғандардың бактериологиялық тексерістері жүргізіледі.

66. Эпидемиологикалық тексерістің қорытынды кезеңі барлық материалдарды талдау мен жинақтау болып табылады. Фактілерді салыстыру және барлық мәліметтерді критикалық бағалау негізінде инфекция көздері, жұғу жолдары мен жедел ішек инфекциясы пайда болуына әсер ететін жағдайлары туралы соңғы қорытындылар қалыптасады. Бұл қорытындылар эпидемияға қарсы іс-шараларының көлемі мен сипатын анықтау және оларды неғұрлым жедел тиімділігін нақты жағдайларда қамтамасыз етіп мақсатты жүргізу үшін қолданылады.

67. Мекемеде ішек инфекциялық аурудың бірі пайда болғанда эпидемияға қарсы іс-шаралар бірден ауру айқындалған кейін басталады.

Медициналық бөлімінің бастығы:

ауруды тез арада оқшаулау мен госпиталдандыруын ұйымдастыру;

бұл туралы мекеме бастығы мен жоғарыда тұрған медициналық бастығына хабарлауға, инфекциялық ауру, жедел кәсіби улану, егудің ерекше реакциясы туралы жедел хабарлама аумақтық МСЭҚБ-не жіберуге;

ошақтағы қорытынды дезинфекциялауын өткізуін ұйымдастыруға;

эпидемиялық ошақтарда аурулармен байланысқан адамдарға, міндетті түрде

лабораториялық тексеріспен және оларды сол уақыт аралығында наряд құрамына қосуға тыйым салумен дизентерияда - 7, іш сүзегінде - 21, вирустық гепатитте - 35 тәулік ішінде медициналық бақылау белгілеуге, көрсетім бойынша зертханалық тексерумен және оларды осы мерзім бойы асхана бойынша наряд құрамына қосуға тыйым салуға;

аурудың сылтаурату көріністерінің мүмкіндігін болдырмау жөніндегі жұмыстарын жүргізуге;

тамақтандыру және сумен жабдықтауға, аумақты тазалауға бақылауды күшейтуге міндетті.

68. Жедел ішек инфекцияларының эпидемиялық тұтануы пайда болғанда жоғарыда көрсетілген іс-шаралардан басқа, қосымша:

1) тағам сипаты тұтануда:

санитариялық-эпидемиологиялық мекемесіне сараптамаға байқауына кейін жіберумен күдікті азық-түліктерді, тағамдарды немесе олардың қалдықтарын пайдаланудан шығару;

тамақтың инфекциялануына және онда қоздырғыштардың көбеюіне әсер ететін себептерін айқындау және жою;

жуу, дезинфекциялау құралдарды пайдаланумен азық-түлік тағамды объектілерін жете тазалау, ыдыс-аяқ пен керек-жарақты қайнату;

тамақтандыру қызметкерлерінің және ас үйде нарядтағы адамдардың жеке гигиена ережелерін сақтауына бақылауды күшейту;

2) су сипатты тұтануда:

сумен жабдықтау жүйесінің немесе оның жеке элементтері ластану себептерін айқындау және жою;

су жеткізу құрылымдарын, су немесе судың көздеріне арналған ыдыстарды дезинфекциялау;

пайдалануға жарамды сумен арнайы контингентті тез арада қамтамасыз ету.

Дизентерия кезінде - 7, (іш сүзегі кезінде - 21, А вирустық гепатиті кезінде - 35) тәулік өткенннен кейін соңғы ауру оқшауланғаннан кейін және қорытынды дезинфекциялау өткізілгеннен кейін ошақта жаңа аурулар мен бактерия тасымалдаушылар пайда болмаса ошақ жойылды деп есептеледі.

69. Эпидемияға қарсы іс-шаралары өткізгенде инфекцияның мынадай эпидемиологиялық ерекшеліктері есепке алынуы тиіс:

1) дизентерия кезінде:

жедел бактериялық дизентерия жасырын өтуіне байланысты, арнайы контингент арасында колит, энтерит және энтероколит аурудың әр жағдайы бойынша мекемелерде дизентерия кезіндегідей эпидемияға қарсы іс-шараларының барлық кешенін өткізу қажет;

2) іш сүзегі мен паратиф кезінде:

эпидемиологиялық талдауды жеңілдету үшін тифопаратифозтық аурулар пайда болған жағдайларда, инфекция көзі ретінде осы тасымалдаушы күдікті болғанда іш сүзегі мен паратиф бактериясының созылмалы тасымалдаушысында ол шығаратын бактериялар фаготипі белгіленеді және медициналық амбулаториялық картасында көрсетіледі.

Тасымалдаушы басқа мекемеге кеткенде немесе босағанда, ол туралы мәліметтер МСЭҚБ-не хабарланады.

3) холера кезінде:

жедел ішек ауруларымен аурудың тұрақты эпидемиологиялық талдауы;

тұрғын орны анықсыз жедел ішек инфекциялары бар ауруларды, декретирланған топтарды асқазан-ішек трактінің дисфункциясымен адамдарды холераға бактериологиялық тексерісі (мекемеге түскен кезде);

мекемелерде жедел ішек ауруларынан барлық өлгендерді холераға, сондай-ақ холералық инфекцияға қарсы сипатты ерекшелікті немесе өлудің басқа себептері айқындалмағанда бактериологиялық тексерісімен ашып көру.

70. А вирусты гепатиті (инфекциялық гепатит) кезінде ең эпидемиологиялық қаупін продромальді (сарыауру алдындағы) кезеңде ауырған адам төндіреді. Аурулардың көбінде қоздырғыштың бөлінуі сарыауру пайда болғаннан кейін тоқтатылады. Ауруларды сарыаурудың басталуынан кемінде үш аптаға дейін немесе аурудың басталуынан бастап 28 күнге дейін оқшаулайды.

А вирусты гепатитімен ауырып қалғандармен байланыста болған адамдарға, сондай-ақ тамақтандыру және оған тең объектілердің барлық қызметкерлеріне 35 күн ішінде аптасына 1 реттен кем емес медициналық бақылау (термометрия, дәрет пен тері түсіне, көздің қасаң қабығына бақылау, бүйрек пен көкбауыр көлемін анықтау және т.б.) белгіленеді.

Аурулармен қатынасқан адамдардың лабораториялық тексерісі (аланинаминотрансфераза немесе фруктоза-1-фосфатальдолазаны анықтау) терапевтің бақылауы және көрсеткіштер бойынша (жедел респираторлық аурулар санының өсуі бар болуы, әсіресе бүйректің өсуімен анықсыз этиологияның гепатолиеналық себебі болуымен) байланысты жүргізіледі. Мекемеде соңғы (отряд) ауруды оқшаулау күнінен бастап екі ай ішінде жоспарланған егулер, диагностикалық реакциялар, сондай-ақ стоматологиялық тексерістері жүргізілмейді.

71. Ауа-тамшылық инфекцияларының алдын алудың негізгі іс-шаралары:

жатақханаларды, камераларды, тамақ блоктарын, клубтарды және басқа үй-жайларды гигиеналық ұстау (температуралық режимді, желдету режимін, тазалау режимін сақтау);

кез-келген респираторлық аурумен ауырғандарды белсенді айқындау және уақытылы оқшаулау;

алдын-алу егулері.

Аурудың өсуіне қарай оқшаулау-шектеу іс-шаралары жүргізіледі.

72. Тұмаумен күрестің ең тиімді шарасы вакцинопрофилактика болып табылады, ол инфекцияның эпидемиялық өрлеу кезінде жүргізіледі.

73. Дифтерия кезінде инфекция көздері аурулар мен бактерия тасымалдаушылар болып табылады, және дифтерия палочкаларының токсигендік штаммдарын шығаратын тасымалдаушылар ғана қауіпті төндіреді. Сондықтан дифтерия ошақтарында аурулармен байланысқан адамдар 7 тәулік ішінде медициналық қарауға және бір сәттік бактериологикалық тексеріс пен вакцинацияға жатады (егер олар егілмесе). Дифтериямен науқас немесе дифтерия қоздырғышының тасымалданушысы айқындалғанда олар инфекциялық стационарға госпиталдандыруға жатады. Ошақтардағы байланыстағыларға бактериологиялық тексерістен кейін антибиотикопрофилактика жүргізіледі.

Дифтерияны ерте айқындау мақсатында бадамшаларда патологиялық белгілері бар баспамен ауыратындарға аурудың басталуынан 3 күн аралығында белсенді бақылау жүзеге асырылады. Медициналық көмекке бірінші рет жолыққанда дифтерияға бір мәртелік бактериологиялық тексерісі жүргізіледі.

Мекеме орналасқан аймақта дифтерия ауруының пайда болуы баспаның ауыр нысандарымен ауруларды госпиталдандыру үшін негізі болып табылады.

Реконвалесценттер және токсигендік коринебактерий тасымалдаушылары бактериологикалық тексерістің бір мәртелік теріс нәтижелері алынғаннан кейін ғана саулардың арасында болуы мүмкін.

74. Менингитпен ауыратын адам тез арада госпиталдандыруға жатады.

Реконвалесценттер стационардан шыққаннан соң 5 күннен бұрын емес өкізілген бактериологиялық тексерістің бір теріс нәтижесінен кейін камераға (жасаққа) кіргізіледі.

Байланыстағы адамдар 10 күн ішінде вакцинация мен медициналық қарауға және бір мәртелік бактериологиялық тексерісіне (мұрын-жұтқыншақтың, тері қабатын қарау және тәулікте екі рет термометрия) жатады. Терілерінде анықсыз этиологиялы бөртпелері бар адамдардың ауыз, мұрын-жұтқыншақтарында созылмалы және жедел қабыну көріністерін айқындауға ерекше назар аударылады.

Ауыз бен мұрын-жұтқыншақтарда патологиялық өзгерістер болғанда аурулар мекеменің медициналық бөлімдеріне оқшауланады және емделеді. Терілерінде анықсыз бөртпелері бар адамдар менинггококцемияға күдіктеліпіп, госпиталандырылады.

Тасымалдаушылармен контактта болған адамдарға бактериологиялық тексеріс жүргізілмейді.

Санация курсы аяқталғаннан кейін 3 күннен соң бактериологиялық тексеріс

бір рет жүргізіледі.

Санациядан кейін тасымалдаушылар бір теріс бактериологиялық анализі болғанда сау адамдардың арасында болуы мүмкін.

Ұзақ тасымалдауда (1 айдан жоғары) және мұрын-жұтқыншақта қабыну өзгерістері болмағанда тасымалдаушы сау адамдардың арасында болуы мүмкін.

Қорытынды дезинфекциялау ошақтарда жүргізілмейді. Менингок инфекциясы бар ауруды тасымалдаған көлік дезинфекцияландыруға жатпайды.

Үй-жайда күн сайын ылғалды тазалау және жиі желдету, ультрафиолет және бактерцидтық сәулендіру, камераларды барынша ошақты жабқанша нығыздау жүргізіледі.

Менингококтық вакцинамен вакцинациялау эпидкөрсетімдер бойынша ДСМ шешімі бойынша ауырудың өрлеуі және оның деңгейінің 100 мың халыққа 20,0 көп артуы кезінде жүргізіледі.

75. Медициналық көмекке жолыққанда және бөртпе сүзектің ошағы айқындалғанда күн сайын термометрия өткізумен қызуы бар ауруларды белсенді бақылайды. Бөртпе сүзегі болуы мүмкін (тұмау, пневмония, энцефалиттер) аурудың диагнозымен қызбалы аурулар 5 күннен астам қызбасы созылған жағдайда аурудың 6-күнінен бастап 3-5 күн аралығымен аурудың басталуында және реконвалесценция кезеңінде 7-10 күн аралығында міндетті серологиялық тексеріске жатады.

Бөртпе сүзегімен ауыратындарға қатысқан адамдар тексеріс пен қаралуға тартылады:

инкубациялық кезеңде аурулармен байланысқандар (инкубацияның соңғы күнінен басқа) сұрау салу арқылы, ал көрсеткіштері бойынша және реакция гемагглютинациясымен комбинациядағы комплементі байланыстыру реакциясы арқылы, соңғы 3 ай ішінде олардың біреуі бөртпе сүзегімен ауырды ма екені анықталады.

инкубацияның соңғы күн кезеңінде аурумен қатынас жасағандар ауруханаға инфекциялық бөліміне түскеніне дейін санитариялық өңдеу өткізу сәтінен санай бастап, күнделік термометриямен 25 күндік қарауға тартылады.

инкубация кезінде аурулармен қатынасқандарға, сондай-ақ оның ауру кезінде қатысқандарға да жоғарыда көрсетілген шаралардың барлық кешені жүргізіледі.

Байланыста болғандардың қатарынан температурасы көтерілгендер айқындалғанда олар медициналық бөлімінің стационар жағдайларында диагнозды анықтау үшін тез арада госпиталдандыруға жатады.

Байланыста болған барлық басқа адамдардың лабораторлық тексерісі (комплементті байланыстыру реакциясы (бұдан әрі - КБР), гемагглютаниция реакциясы (бұдан әрі - ГАР) немесе агглютинация реакциясы (бұдан әрі - АР) арқылы) инфекцияның көзін анықтау үшін жүргізіледі. Педикулез болмағанда

осындай тексерісті өткізудің көрсеткіштері болса: ошақ айқындалғанға дейін соңғы 3 ай ішінде қызба ауруларымен ауырғандар (олардың диагнозы мен ұзақтылығына қарамастан), педикулез болғанда бөртпе сүзегімен байланыста болған барлық адамдар тексеріледі.

Аурулар мен барлық байланыста болған адамдар санитариялық өңдеуге дейін педикулезге міндетті түрде тексеріске тартылады.

Ауру госпиталдандырылғаннан кейін медициналық қызметкер басшылығымен ошақта бөртпе сүзегінің және биттердің қоздырғыштарын толық жою мақсатында қорытынды дезинфекциясы өткізіледі.

Байланыстағылар санитариялық өткізу пунктінде немесе нақтылық ережелерін сақтаумен сол мақсаттарға жабдықталған моншаларда санитариялық өндеуді өтеді.

Бөртпе сүзегін алдын-алу жөніндегі іс-шаралары сотталғандар арасында биттеуді айқындауға және толық жоюға бағытталған.

76. Педикулезге қарсы іс-шараларына ұжымдарда тиісті санитариялық-гигиеналық және эпидемияға қарсы режимді сақтауға бағытталған жалпы іс-шараларының кешені және педикулез табылған адамдарды санациялау жөніндегі спецификалық шаралар кіреді.

Ұйымдастырылған ұжымдарда санитариялық-гигиеналық және эпидемияға қарсы режимді сақтауға қажетті жағдайларын қамтамасыз ету (санитариялық өткізу пункттермен, моншалармен, кір жуу бөлмелерімен, душ, ыстық сумен, ауыспалы іш-киіммен қамтамасыз ету).

Медициналық бөлімінің бастығы арнайы контингенттің жоспарланған тексерістерін педикулезді адамдарды айқындау мен санациялау мақсатында өткізеді. Педикулезге қарсы іс-шараларды өткізуге мекеме әкімшілігі жауапты.

Өмірге қабілетті, сондай-ақ өмірге қабілетті емес биттер дамудың кез келген тексеріс өткізу кезінде айқындалған адамдар есепке жатады (сірке-жұмыртқасы, ұясы, ересек жәндік).

Медициналық қызметкер педикулездің әр айқындалған жағдай туралы МСЭҚБ-не хабарлауға тиіс.

Педикулез ошағын бақылау мерзімі - 1 ай 10 күнде 1 рет ошақта педикулезге тексерісті жүргізумен.

Педикулез ошағы аралығында 10 күн интервалы бар үш мәрте тексерілгеннің теріс нәтижелері болғанда санацияланды деп есептеледі. Ошақтардың санациясына бақылауын медициналық бөлімдерінің қызметкерлері жүргізеді. МСЭҚБ қызметкерлері іріктеп бақылау жүргізеді.

Медициналық бөлімдерінде педикулезге қарсы өңдеулерді өткізуге арналған арнайы қондырғылары болуы тиіс.

Арнайы контингент кемінде жылына 4 рет, сондай-ақ мекемеге түсу және

одан шығу кезінде тексеріске жатады. Тексерісті медициналық персонал жүргізеді. Медициналық бөлімдері мен ауруханалардың тиісті қызметкерлері тексеріс медициналық көмекке жүгінгенде, диспансеризациялануға және станционарлық емделуге түсу кезінде жүргізіледі. Стационарға түсетін адамдарды қабылдау бөлімінің медбикесі, ал ұзақ емделуде - емдеу бөлімінің медициналық бикесі кемінде 10 күн ішінде 1 рет тексереді. Айқындалған педикулез себебінен негізгі ауруы бойынша госпиталдандыруға жол бермеуге тыйым салынады.

77. Маляриямен ауыратындарды және паразиттасымалдаушыларды ерте айқындау үшін адамдардан маляриияға клиникалық-эпидемиологиялық көрсетімдер бойынша сұрастыру және қанды жинауын:

малярия бойынша қолайсыз елдерден келген тұлғалардан диагнозына қарамастан үш күн ішінде дене қызуы көтерілгендер, қалтырау, сырқаттану, ұшық, гепатоспленомегалия және белгісіз этиологиялық анемия кезінде;

қан құйғаннан соң екі ай бойы дене қызуы көтерілген тұлғалардан;

донорлардан қан тапсыру алдында;

маляриямен ауырып жазылған тұлғалардан, дене қызуының көтерілуімен жүретін кез келген ауруларда;

дене қызуының көтерілуімен жүретін тұлғалардан, кез келген аурулар кезінде ;

белгіленген диагнозына сәйкес жүргізілген тұлғаларда емдеуге қарамастан, созылмалы кезеңдік дене қызуының көтерілуімен жүретін аурулар кезінде ұйымдастырылады.

78. Туляремияны алдын-алу үшін табиғи ошақтарда арнайы контингенттің вакцинациясы жүргізіледі.

Тышқан түрлі кеміргіштер арасында эпизоотия дамығанда, сол эпизоотия нәтижесінде аурулары пайда болғанда дератизациялық іс-шаралар белсендіріледі .

79. Бруцеллездің алдын-алуы мекемелерде сотталғандарды тамақтандыруға арналған жануарлардан жасалған азық-түліктеріне қатаң медициналық бақылауға жатады. Қосалқы шаруашылық болған кезде медициналық бөлімінің бастығы ветеринариялық қызметпен өзара іс-қимыл жасап, алдын-алу шараларын ұйымдастыруға міндетті.

80. Мекемеге сібір ойық жарасының енгізу кауіпі болғанда санитариялық-гигиеналық және ветеринария-санитариялық іс-шаралары (малды союға, түсетін етке, оның термиялық өңделуіне бақылау) күшейеді.

Жануарларға күтіммен байланысты тұлғалар вакцинацияға тартылады.

Сібір ойық жарасынан өлген адамдар мен жануарларды ашып көруге тыйым салынады.

81. Кене энцефалиті ауруын алдын-алу үшін табиғи ошақта арнайы контингент болғанда кене шабуындарынан жеке қорғану жөніндегі шараларды қолдану қажет:

кене денеге кіруіне кедергі жасайтын киім болуы тиіс;

үздіксіз (2-4 сағат аралығында) кіретін және соратын кенелерді табу үшін өз және өзара тексерістерді жүргізу (кенелердің қадалуын ауыртпай);

арнайы контингент жиі болатын аймақтың шектелген учаскелерін интексектицидтармен (сұйық нысандары, аэрозолдер) өңдеу;

Эндемиялық аймақтарда арнайы контингент егулерге тартылады.

82. Бүйрек синдромды геморрагиялық қызбасының (бұдан әрі - БСГҚ) алдын-алу және онымен күрес дератизациялық іс-шаралар жүргізу, жатақханаларға, тамақ блоктарына кеміргіштердің кіруін болдырмау және олардың тамақтарға тиуін болдырмау жолдарымен жүзеге асырылады.

83. Ку-қызбалары ошақтарындағы іс-шаралардың алдын-алу сүт және сүт тағамдарын термиялық өңдеуге, жануарларға ветеринариялық-санитариялық бақылауға, мал ұсталынатын үй-жайларды үзіліссіз дезинфекциялауға жатады.

84. Лептоспирозды алдын-алу ауыл шаруашылық жануарларға қатысты дератизацияландыру және ветеринариялық-санитариялық іс-шараларымен, сондай-ақ үй жануарлардың бөлуілері мүмкіндік түсуінен су алу және шомылу орындарын қорғаумен қамтамасыз етіледі.

85. Сіреспе ауруы пайда болуын алдын алу үшін жарақат жағдайларында жедел профилактиканы өткізу қажет (хирургиялық өңдеу және иммунологиялық қорғауды жасау).

86. Ботулизм күдікті болғанда мұқият эпидемиологиялық тексерісті жүргізу қажет.

Аурулармен бірге ботулинистік токсикоинфекцияны туғызған немесе оған күдікті тамақты пайдаланған адамдарға ботулинистікке қарсы сыворотка егіледі.

87. Вирустық гепатиттермен жіті түрімен ауырған барлық аурулар, сондай-ақ созылмалы түрімен ауыратын аурулар күшею кезеңінде міндетті түрде инфекциялық палаталарға госпиталдандырылады.

Стационарларда вирустық гепатитпен ауыратындарға сәйкес эпидемияға қарсы режим сақталуы тиіс.

Вирус гепатитімен ауыратындар жалпы таңылу процедуралық және арнайы кабинеттерге (стоматологиялық, гинекологиялық, урологиялық, рентген) кіруге рұқсат етілмейді, оларға қабылдаудың бөлек сағаттары бөлінеді, бұл кабинеттерде тиісті режим қамтамасыз етіледі (инструменттерді, ауруларды күту заттарды ауыстыру мен тазалау).

88. Иммуноблотингтің оң нәтижесі және клиникалық белгілері бар адамдар одан әрі тексерілуі және симптоматикалық емделуі үшін стационарларға

госпиталдандырылады. Иммуноблотинг оң нәтижесі және клиникалық белгілері жоқ адамдар диспансерлік қаралуға, сондай-ақ кеңейтілген иммунологиялық тексеріске жатады. Иммунологиялық тексеріс кезінде оң нәтижесі болған жағдайда олар кеңейтілген клиникалық тексеріске және диагнозды анықтау үшін госпиталдандырылуға жатады.

Клиникалық диагнозды қою және АҚТҚ жұқтырғандарға диспансерлік бақылау Покровский классификациясына сәйкес жүзеге асырылады.

3. Алдын-алу егулері

89. Мекеменің бастығы нормативтік актілердің талаптарына сәйкес вакциналарды және басқа да медициналық иммунобиологиялық препараттарды пайдалануын, сақтауын, жеткізуін қамтамасыз етуге міндетті.

90. Бактериялық препараттардың қажеттілігін жоспарлануы және есептелуі ДСМ әдістемелік нұсқаулары негізінде, мекеме орналасқан аймақтың эпид жағдайын ескере отырып жүзеге асырылады. Спецификалық иммунизацияға арналған препараттардың есеп-қисабы жоспарланған жылы егулерді жүргізуге жататын арнайы контингенттің санына сәйкес жүргізу қажет. Есеп-қисапта 10 пайызға дейін шекте құюға препараттың шығынын есепке алу қажет. Препараттардың әр номенклатурасы бойынша көрсетілетін санды анықтау заказ-тапсырма құрастыру кезінде: өткен кезеңде жұмсалған препараттың санын; алдыңғы жылғы препараттың қалдықтарын; ағымдағы жылдың соңына препараттың күтілетін қалдығын; препараттың азаймайтын қорын уақытылы жандандырудың қажеттілігін көрсетумен құрастыру қажет.

Заказ-тапсырма аумақтық МСЭҚББ-не МСЭҚБ тапсыратын заявкаға оны енгізу үшін белгіленген мерзімде МСЭҚБ-не жіберілуі тиісті.

91. Алдын-ала егу жүргізілетін инфекциялық аурулардың тізбесі, жоспарлы алдын-ала егуге жататын халық топтары, егуді жүргізу ережесі Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2003 жылғы 23 мамырдағы N 488 "Инфекциялық ауруларға қарсы халықтарды вакцинациялауды жақсарту бойынша шаралар туралы" қаулысымен бекітілген.

92. Мекемелерде егулерді жүргізуге жалпы басшылық Қазақстан Республикасы әділет органдарының медициналық қызметтерімен жүргізіледі. Егулерді ұйымдастыру және оларды жүргізуге бақылау тікелей мекеме бастығына жүктеледі.

93. Алдын-ала егулерді жүргізуге егулерді жүргізуге рұқсаты бар, жоғары және орта медициналық білімі бар тұлғаларға рұқсат етіледі. Рұқсат арнайы құрылған комиссиямен жыл сайын беріледі.

Егулерді ұйымдастыруға, алдын-ала егулерді жүргізетін мамандарды дайындауға жауапкершілік егуді жүргізетін медициналық ұйымдардың басшыларына жүктеледі.

Алдын-ала егу кезінде пайдаланылатын барлық инструментарийлер (шприцтер, инелер, скарификаторлар) бір реттік пайдаланылатын болуы қажет.

Егуді жүргізу алдында медициналық қызметкер мұқият вакцинаның сапасын, маркировкасын, ампуланың (флаконның) тұтастылығын, вакцинаның еріткішке және препаратқа ұсынылған нұсқауға сәйкестігін тексеруі қажет.

Егілетін тұлғаны дәрігер қарайды, ол болмағанда - тәжірибелі фельдшер, егілетін тұлғаның медициналық құжаттарына рұқсатты ресімдеу арқылы жүргізеді. Егілетін тұлғамен вакцинацияға әдеттен тыс реакция болған жағдайда медициналық көмек сұраудың қажеттілігі туралы түсініктемелік жұмыстар жүргізеді.

Егілген тұлғалар 30 минөт бойы егуді жүргізген медициналық қызметкердің вакцинаны егуге әдеттен тыс реакция пайда болған жағдайда шаралар жүргізу үшін бақылауында болуы қажет. Кейінгі 1-3 күн бойы анатоксин, 5-10 күн бойы тірі вакциналар егілгендер, вакцинадан кейінгі асқынулар жағдайларының тіркелуіне және де уақытылы медициналық көмек үшін медициналық қызметкерлердің бақылауында болуы қажет.

94. Жат сывороткаы (гамма-глобулин) енгізу алдында жат белокка сезімдікті айқындау үшін тері ішінде байқау қойылады. Байқау тері ішіндегі байқау үшін (ол әдетте гетерологиялық препараттармен бірге қорапқа салынады) арнайы дайындалған және ерітілген сывороткамен немесе ол жоқ болғанда сол мақсатқа арнайы ерітілген сывороткамен қояды.

95. Антибиотиктер (пенициллин және тетракциклин қатарындағы, левомицетин) жедел профилактика тәсілдері ретінде аурулармен байланыста болған және оба, сібір ойық жарасы, туляремия, бруцеллез, бөртпе сүзегін жұқтыру қаупі бар адамдарға тағайындалады.

4. Дезинфекциялау, дезинсекциялау және дератизациялау

96. Дезинфекциялауға дербес дезинфекциялау, дезинсекциялау және дератизациялау жатады.

Санитариялық және эпидемиологиялық мәніне қарай профилактикалық және ошақтыққа бөледі, соңғысы өз қатарында ағымдағы және қорытынды болады.

97. Профилактикалық дезинфекциялау патогенді микроорганизмдерді, мүшелі аяқты және кеміргіштерді, олардың мүмкін жиналуы орындарында: мекеменің асханаларында, шаштаразтарында, жатақханаларында, моншаларында , кір жуу орындарында, жуыну бөлмелерінде, дәріханаларында және басқа

үй-жайларында жою жолдарымен инфекциялық аурулардың пайда болуының алдын алу мақсатында жүйелі түрде жүргізіледі.

98. Ағымдағы дезинфекция мекемелері медициналық бөлімдерінің стационарларында, түзеу мекемелерінің туберкулез ауруханаларында, туберкулезбен ауыратындарды диспансерлік бақылау үшін түзеу мекемелерінің оқшауланған учаскелерінде, сондай-ақ уақытша немесе тұрақты ұсталатын кез келген басқа үй-жайларда жүргізіледі. Бұл ошақтардың шектеріне инфекциялық аурулардың қоздырғыштары таратылуын алдын алу үшін қажет.

99. Қорытынды дезинфекциялау инфекцияланған ауру болған үй-жайда бір рет инфекция қоздырғыштан инфекцияланған ошақты толық залалсыздандыру мақсатында жүргізіледі (оны госпиталдандырғаннан, оқшауланғаннан, ауыстырған, босатқаннан немесе өлуінен кейін). Үй-жай, төсек орындары, жиһаз, аурудың жеке заттары залалсыздандыруға жатады.

Қорытынды дезинфекциялау инфекцияланған ауру оқшауланғаннан кейін алғашқы сағаттарда жүргізіледі.

Дезинфекцияландыру жұмыстарының сапасы санитариялық-көрсеткіш флораға бактериялық бақылаумен жүргізіледі.

100. Дезинфекцияландыру іс-шараларын мекемелерде медициналық бөлімдерінің дәрігерлері немесе фельдшері басшылығымен дезинфекторлар жүргізеді.

101. Дезинфекциялау құралдары мен материалдарының қажеттіліктері уақыттың тиісті кезеңіне көзделген дезинфекцияландыру жұмыстарының көлемі мен сапасымен, эпидемияға қарсы және профилактикалық іс-шараларының жоспарына қатысты, белгіленеді.

Дезинфекциялау құралдарына тапсырыс жасалғанда бар нормалармен қатар және кейінгі жылдың нақты шығындалуын есептеумен эпидемиологиялық жағдайдың болжамдарын, сондай-ақ өткізілетін іс-шараларды жаңа дезинфекциялау құралдарымен қамтамасыз етудің мүмкіндігін ескеру қажет.

Мекемелерге дезинфекциялау құралдарының қажеттіліктері дезинфекциялау құралдары шығындарының бар нормаларына сәйкес медициналық бөлімінің бастығы белгілейді.

102. Дезинфекцияландыру іс-шаралары түрлі инфекциялық аурулары кезінде актілерге сәйкес жүргізіледі. Ішек инфекциялары кезінде жеке объектілерді дезинфекциялау режимі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің нормативтік құқықтық актілеріне сәйкес жүргізіледі.

3-қосымша
Қазақстан Республикасы
Әділет министрінің
2004 жылғы 25 мамырдағы N 145

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2004 жылғы 7 мамырдағы N 405 бірлескен бұйрығымен бекітілген "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Жеке ауруларға қатысты емдеу-алдын-алу іс-шараларын ұйымдастыру жөніндегі Нұсқаулық 1. Психиканың бұзылуымен зардап шегетін адамдарға емдеу-алдын-алу шараларын ұйымдастыру

1. Мекемелерде ұсталатын адамдардың медициналық тексеруін жүргізу алдында дәрігер міндетті түрде психоневрологиялық диспансерде (бұдан әрі - ПНД) есепте қамауға дейін тұрған, сот-психиатриялық сараптамаға немесе оны өткен адамдарды анықтау затына жеке істің материалдары мен медициналық құжаттамамен міндетті түрде танысады. Қажет болғанда амбулаторлық аурудың медициналық карталарынан көшірме үзінділері және осы сараптаманы өткізген мекемелерден сот-психиатриялық сараптама актілерінің көшірмелері сұрана алынады. Тексерілетін адамның психикасының бұзылудың бар немесе жоқтығын анықтау дәрігер психиатрдың ғана құзыры болып табылады. Дәрігер психиатр мекемеде болмағанда бұл мақсаттар үшін денсаулық сақтандыру органдары емдеу-алдын-алу ұйымдарының дәрігер-психиатрлары тартылуы тиіс (келісілуі бойынша).

Дәрігер-психиатрдың мұқият медициналық тексерісіне психикасының бұзылуы бар болуына негіздеме беретін әрекеттерді жасайтын, невротикалық сипатты немесе мінез-құлқында (эмоционалдық қоздырылатын, жиі себепсіз қылықтарды жасайтын, ұстау режимді бұзатын, жан-жал жасайтын адамдар және аутоагрессивтік және суицид әрекеттерін жасауға бейім адамдар) олқылықтар көрсететін шағымдармен жиі жолығатын адамдар, сондай-ақ сот-психиатриялық сараптамамен ақыл есі дұрыс болып табылған, бірақ психикасының бұзылулары бар ПНД-да есепте бұрын тұрғандар жатады.

Психикасының аурудың диагнозын дәрігер-психиатр ғана белгілейді.

Диспансерлік есепке алу және диспансерлік есептен шығарылуы мекеменің медициналық бөлімі дәрігерлік-кеңестік комиссияның (бұдан әрі - ДКК) комиссиялық шешімімен ғана жүзеге асырылады.

2. Дәрігер-психиатрға тексеруге жіберілген адамдар екі негізгі топқа бөлінеді:

1) кеңестік есепке алудың тобы:

ұдайы қадағалауды емес, уақытша емдеуді талап ететін невротикалық бұзылулары бар аурулар;

терең тұрақты ремиссиялары бар болғанда компенсация жағдайларында психикасының бұзылумен зардап шеккен адамдар;

психикасының саласында бұзушылық табылмаған жағдайда кеңес тәртібінде тексеріске жіберілгендер.

Бұл топтың аурулары арнайы есепке алынуға жатпайды.

2) диспансерлік есепке алудың тобы:

үрдістің кезеңіне қарамастан психикалық аурудың барлық нысандарымен ауыратындар, соның ішінде резидуальдық белгілері бар жеке басының патологиялық дамуымен (психопатиялар), олигрофрениямен, эпилепсиямен орталық жүйке жүйесінің органикалық зақымдарымен өзге психикасының бұзушылықтарымен зардап шегетіндер;

невроздың ауыр нысандарымен, реактивтік жәй-күймен зардап шегетін адамдар.

3. Диспансерлік есепке тұрғызу және диспансерлік есептен шығару мекеменің медициналық бөлімінің ДКК шешімі бойынша жүзеге асырылады.

4. Кеңестік және диспансерлік есепте тұрған әр ауруға, сондай-ақ сот психикасының бұзылу себебіне байланысты мәжбүрлеп амбулаториялық емдеу белгілеген адамдарға соның ішінде есі дұрыстық ескертілсе, психикасының бұзушылығы бар адамға бақылау картасы және психикалық аурудың диспансерлік бақылау картасы толтырылады. Сотталған бір мекемеден басқа мекемеге көшірілген кезде Карта жеке істің материалдарына сотталғандардың амбулаторлық картасымен бірге тіркеледі.

5. Психикалық аурулардың емделуі мекемелерде амбулаторлы немесе медициналық бөлімдердің стационарында жүргізіледі. Сот-психиатриялық сараптамасы, психикасының бұзылу себептері бойынша тағайындаған адамдарға, жіті психотикалық жағдайда селкілдек ұстамалар және ауыр декомпенсациялар болғанда ғана жүзеге асырылады. Есі дұрыс емес деп танылған адамдарға емдеу шаралары медициналық бөлімнің стационарында қалған контингенттен міндетті түрде оқшаулау арқылы жүргізіледі. Мекеме медициналық бөлімі стационарындағы психикалық аурумен ауыратын ауруларды мекеменің дәрігер-психиатры күн сайын қарайды. Дәрігер-психиатр болмаған жағдайда медициналық бөлімнің бастығы немесе дәрігер-терапевт денсаулық сақтандыру

аймақтық органдарының емдеу-алдын-алу ұйымдарының дәрігер-психиатрларының ұсынымдары бойынша емдеу іс-шараларын жүзеге асырады. Тексеру нәтижелері стационарлық аурудың медициналық картасына енгізіледі. Стационардан ауруды шығарғанда толық эпикриз жасалады, ол психикалық (наркологиялық) ауруды қадағалау картасына жазылады.

6. Жіті психотикалық жай-күйімен және аурудың жиі декомпенсациялары бар , медициналық бөлім жағдайларында ұзақ болмаған адамдарға стационарлық көмек қылмыстық-атқару жүйесінің психиатриялық ауруханасында (бөлімшесінде) көрсетіледі. Ауру жіті жағдайдан шыққанға дейін жазбалар күн сайын, одан әрі кемінде үш күнде бір рет жүргізіледі. Ауру стационарда ұзақ болған кезде әрбір үш айда кезеңдік эпикриз құрастырылады. Ауруханадан (бөлімшеден) ауру шығарылғанда оны амбулаторлық қарау, емдеу және тиімді еңбекке орналастыру мәселелері бойынша міндетті медициналық ұсынымдар толық қорытынды эпикриз жасалады.

7. Стационарда ауруханалардың тереңдетілген және жан-жақты тексеру ауруына байланысты сотталғанды жаза өтеуден босату мәселесін шешуде міндетті болып табылады. Психиатриялық куәландыруды түзеу мекемелерінің дәрігерлерінен тұратын дәрігерлік комиссия жүргізеді. Комиссия құрамында кемінде екі дәрігер - психиатр болуы тиіс. Психиатриялық куәландырудың мәліметтері және тексерілетіннің психикалық саулығының жай-күйі туралы қорытынды медициналық құжаттамада жазылады. Нәтижелер бойынша сотталғандарды психиатриялық куәландыру актісі құрастырылады.

Аурулардың осы санаты бұрын ұсталған орны бойынша қайтарылмайды, сот органдарының соңғы шешіміне дейін ауруханада (бөлімшеде) болады. Сотталғандар босатылғанда немесе оған сот шешімі бойынша қатаң не күшейтілген бақылаумен медициналық сипатты мәжбүрлеу шаралар қолданғанда ол белгіленген тәртіпте сонда жіберіледі.

2. Алкоголизм және нашақорлықпен (токсикоманиямен) зардап шегетін адмдарға емдеу шараларын ұйымдастыру

8. Алкоголизм немесе нашақорлық себептері бойынша мәжбүрлеп емдеулеріне жататын сотталғандар мамандырылған мекемелерде ұсталады. Алкоголизммен ауыратындарды мәжбүрлеп емдеуді (нашақорлық, токсикомания) сот шешімі негізінде мамандандырылған мекеме медициналық бөлімінің дәрігер психиатр-наркологы, ал ол болмағанда дәрігер-терапевт немесе медициналық бөлімнің бастығы жүргізеді.

9. Мекемеге түскен алкоголизм немесе нашақорлықтан (токсикоманиядан) мәжбүрлеп емдеу белгіленген сотталғандар үш күндік мерзімде

психиатр-нарколог қарау тиіс, ол алғашқы әңгімелесуде ұйымның және мекемеде мәжбүрлеп емдеуді жүргізудің негізгі ережелерімен таныстырады. Бұл сотталғандар диспансерлік есепке алынады. Осы санаттың әр сотталғанға психикалық (наркологиялық) ауруды диспансерлік қадағалаудың бақылау картасы және амбулаторлық нашақор аурудың медициналық картасы жүргізіледі. Алкоголизм және нашақорлық (токсикомания) себептері бойынша белсенді емделудің барлық кезең бойы емделу үзіліссіз болуы тиіс. Алкоголизм (нашақорлық, токсикомания) себептері бойынша белсенді емделу курсы аяқталғанға дейін сақталатын ем тағайындалады.

Алкоголизм және (нашақорлық, токсикомания) себептері бойынша камералық типті үлгідегі үй-жайда (бұдан әрі - КҮҮ) ұсталатындарға жоспарланған спецификалық емдеу жүргізуге болмайды.

10. Емделуден бас тарту ұстау режимнің елеулі бұзылуы болып табылады және психотерапевтикалық барлық әдістері қолданылғаннан кейін сотталған мекеме бастығының құқықтарымен медициналық бөлімнің ұсынымы бойынша жазаланады.

11. Емдеудің "бұзылуына" әкеп соқтырған адамдарға рецедивтерге қарсы терапия жүргізіледі. Емдеудің "бұзылуы" ретінде мәжбүрлеп емдеуде алкогольдан, оның сурогаттарынан, есінен тануды тудыратын наркотикалық заттарды қабылдау болып танылады.

12. Мәжбүрлеп емдеудің курсын аяқтамаған сотталғандардың бір мекемеден басқа мекемеге ауыстыруы аса қажетті жағдайда ғана жүзеге асырылуы мүмкін. Бұл ретте аурудың жағдайы, алкоголизм (нашақорлық, токсикомания) себептері бойынша жүргізілген емдеу туралы толық эпикриз жасалуы тиіс.

13. Мәжбүрлеп емдеуге жататын сотталғанда созылмалы алкоголизм (нашақорлық, токсикомания) айқындалғанда оған еркін түрде алкоголизм (нашақорлық, токсикомания) себептері бойынша терапия курсын өту ұсынылады. Алкоголизмнен (нашақорлықтан, токсикоманиядан) еркін түрде емдеу жаза өтеу орны бойынша жүргізіледі.

Еркін түрде емдеуден бас тартқан жағдайда, дәрігер-терапевттен, дәрігер-психиатрдан (наркологтан) және мекеменің медициналық бөлімінің бастығынан тұратын медициналық комиссия қорытынды шығарады, оның негізінде мекеменің әкімшілігі медициналық сипатты мәжбүрлеу шараларын қолдану туралы сот алдында өтінішті жасайды.

14. Мәжбүрлеп емдеудің тоқтатылуын мекеменің әкімшілігі ұсынымы бойынша сот жүргізеді. Алкоголизммен және нашақорлықпен, (токсикоманиямен) зардап шегетін адамдарды мәжбүрлеп емдеудің ұзақтылығы Қазақстан Республикасының Қылмыстық-атқару кодексінің 16-бабына және Қылмыстық кодексінің 93-бабына сәйкес белгіленеді. Аурудың рецидиві және емдеу

курсының бұзылуы болмағанда мәжбүрлеп емдеуді тоқтату туралы мәселені шешу үшін медициналық комиссиясы материалдар дайындайды.

Мәжбүрлеп емдеуді тоқтату туралы мәселені шешу үшін негіздеме медициналық комиссияның қорытындысы болып табылады.

15. Алкоголизмнен (нашақорлықтан) мәжбүрлеп емдеуден өткен сотталғандарды бас бостандығынан айыру орындарынан босату кезінде медициналық бөлім босатылғанға бір ай бұрын босатылғанның тұрғын жері бойынша денсаулық сақтау органдарына нашақор адамның амбулаториялық картасынан алкоголизм (нашақорлық, токсикомания) жағдайы бойынша жүргізілген мәжбүрлеп емдеу және оның нәтижесі туралы көшірмесін жібереді.

16. Бас бостандығынан айыру орындарынан босатылған мерзімге емдеу аяқталмаған жағдайда медициналық комиссия оны жалғастыру қажеттілігі туралы дәлелденген қорытынды жасайды. Қорытындының негізінде мекеме әкімшілігі сотқа мәжбүрлеп емдеуді денсаулық сақтау органдарының арнайы және еңбектік режимімен бірге медициналық мекемеде жалғастыруы туралы ұсыныспен шығады.

3. Соз және тері ауруларымен зардап шегетін адамдарға емдеу-алдын-алу шараларын ұйымдастыру

17. Тергеу изоляторына түскен кезде әр адам соз және жұқпалы тері ауруларының айқындалуына тексерістен өтеді. Айрықша көңіл бастың шашына, ауыз қуыстарына, жыныс органдарына, артқы тесік жерлеріне аударылады, мойын, жақ, қолтық асты лимфоузелдері қаралады. Ауруды растау немесе мерез және гонореяға күдікті адамдарды болдырмау үшін міндетті түрде дәрігер-дерматовенеролог қарайды. Соз ауруының диагнозының қорытындысы Медициналық амбулаториялық картаға жазылады. Педикулезге қарсы іс-шаралар Педикулезге қарсы (алдын-алу және жою) іс-шаралары әдістемелік ұсынысына сәйкес жүргізіледі (қосымша).

18. Мерезге міндетті серологиялық тексеріске тергеу изоляторына түскен 3 айдан кейінгі бақылау вассерманизациясын жүргізу арқылы барлық контингент тартылады. Гонореяға клиникалық-зертханалық тексеріске Қазақстан Республикасы Қылмыстық кодексінің 115, 116, 120, 121, 122, 123, 124-баптары қолданған адамдар, сондай-ақ барлық әйелдер мен жасөспірімдер тартылады.

19. Мекемеде барлық жүкті әйелдерге жүктіліктің бірінші жартысында (жүктілік бойынша есепке алу үшін жүкті әйелдердің акушер-гинекологқа бірінші келуі) және екінші жартысында (жүктіліктің 5-6 айында, бірақ 8 айдан кеш емес) екі рет міндетті серологиялық тексерісі жүргізіледі. Жүкті әйелден мерезге күдіктенетін шығуларды айқындағанда немесе қан серореакциясында табылатын

болса, акушер-гинеколог шұғыл дәрігер-дерматовенерологпен оның диагнозы және жүктілікті жүргізудің одан әрі тактикасы туралы кеңесуі керек.

20. Мерездің серодиагностикасы міндетті түрде екі антигенмен жүргізілетін (кардиолипидтік және трепонемдік) Вассерман реакциясы, сонымен бірге микрореакцияны қою арқылы жүргізілетін кешенмен жүзеге асырылады. Мерез серодиагностикасы мүмкіндігі болмаған жағдайда серологиялық реакция кешенімен плазма немесе қан сары суымен және кардиолипиндік антигенмен микрореакцияны жеткізу жолымен экспресс-диагностиканы пайдалану керек.

21. Тексерілетін адамнан анамнезге жинаған кезде қылмыстық іске тартылғанға дейін соз ауруымен емделгені немесе тері соз диспансерінде (бұдан әрі - ТСД) есепте (серобақылау) тұрғаны көрсетілсе, онда тергеу изоляторының медициналық бөлімі үш күндік мерзімде көрсетілген мекемеге диагнозы, жүргізілген емделуі және серобақылау мерзімдері туралы сұраныс жасайды. Аурудың одан әрі емделуі және серобақылауы тергеу изоляторының медициналық бөлімінде алынған жауаппен жүргізіледі. Бір уақытта өткенде соз ауруы бар болуы расталған адам серологиялық реакцияның кешені көмегімен тексерістен өтеді. Жақсы нәтижеде жабық мерездің диагнозы бойынша емдеу жүргізіледі.

22. Соз ауруының соңғы диагнозын белгілегеннен кейін және қарсы көрсеткіштер болмаған жағдайда емдеу басталады. Соз ауруымен ауыратын адамдар олардың ауру диагнозын белгілегеннен бастап емделудің барлық кезеңінде және есептен шыққанға дейінгі бақылауда ауру болып есептеледі.

23. Соз ауруының диагнозы тергеу изоляторында бірінші рет айқындалып отырса, медициналық бөлім аурудың тұрғын жері бойынша қамауға дейін ТСД-ға байланыстағы аурудың жыныстық және тұрмыстық соз ауруына тексеруге тартылуы туралы тапсырыспен жіберіледі.

Егер тұрғылықты жері бойынша ТСД-да спецификалық терапияны алған, сифилиспен ауырған аурудың созылмалы емдеу әдісі бойынша емдеу тоқтатылып, ал емдеудің кезекті курсынан кейін үзіліс үш айдан кем еместі құраса, онда осындай ауруды тергеу изоляторында одан әрі емдеу алғашқы курстан бастап жаңартылады.

24. Соз ауруынан емделуден бас тартқан адам міндетті емделуге жатады.

25. Әйел адамнан гонореяны айқындау мақсатында зерттеу үшін материал мүмкін болатын залалдың барлық орындарынан (уретра, жатыр мойны, тік ішек т.б.) алынады. Гонореяға зеттеу жүргізгенде зәріжыныс саласының қабынған созылмалы ауруымен ауырған әйелдерге айрықша көңіл бөлінеді. Осы жағдайларда міндетті түрде комбинирленген үгіттеу жүргізіледі. Үгіттеудің ең жақсы әдісі: биологиялық (гоновакцина, пирогенал енгізу), термикалық (диатермия), ер адамдарда - механикалық (бужирлеу, бужеге массаж жасау) және

алиментарлық болып табылады. Әйелдерде физиологиялық үгіттеу - етеккір пайдаланылады.

Бөлінулерде гонококк табылмаған, ал анамнестикалық және клиникалық мәліметтері аурудың гонореялық этиологиясына қатысты күдікті аурулар гонореяға күдікті болып есептеледі. Мұндай аурулар созылмалы гонореяны емдеу кестесі бойынша кешенді алдын-алу емдеуге жатады.

Гонореямен ауыратын әйелдерге емдеумен қатар қосымша трихомонадаға қарсы терапия жүргізіледі.

Егер гонорея диагностикасының бактериоскопиялық әдісі жеткіліксіз болса, онда культуралдық әдіс (сіңімді ортаға егіс) жүргізіледі. Егіс бактерияға қарсы дәрілік құралдарды және антисептикалық құралдарды қабылдағаннан кейін бір аптадан кешіктірілмей жүргізіледі.

26. Соз ауруы диагнозын белгілегеннен кейін аурулармен аурудың сипаттамасы туралы, тәртіп ережесі, емдеу және қадағалау мерзімі, соз ауруы туралы заңнамаға әңгіме жүргізіледі. Бір уақытта соз ауруымен ауырған адамға ескерту бланкісі толтырылады, онда аурудың және дәрігердің қолы қойылады, бір жағдайларда ескерту стационариялық аурудың медициналық амбулаториялық картасына немесе медициналық картасына салынады. Дәрігер - аурудың көшірмесін ескерту бланкісінде ресімдеу және тек себепті болса, стационарлық аурудың медициналық амбулаториялық картасында немесе медициналық картасында және басқа да медициналық құжатқа жазылады. Мерезбен ауыратындарға емдеу кезінде және есептен алынып тасталғаннан кейін басқа адамға құю үшін қан тапсыруға тыйым салынады.

27. Соз ауруының диагнозын белгілегеннен кейін мекеменің медициналық бөлімі тәуліктік уақытта Қазақстан Республикасы Әділет министрлігі Қылмыстық-атқару жүйесі комитетінің мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау бөлімшесіне (бұдан әрі - МСЭҚБ) ауру туралы жедел хабар жібереді.

28. Тергеу изоляторынан соз ауруы бар адамды түзеу мекемесіне жіберу алдында дәрігер-дерматовенеролог немесе дәрігер-терапевт медициналық амбулаториялық картасын одан әрі емдеу және бақылау қадағалау жөніндегі ұсынымдар мен этаптік эпикриз түрінде жазба жасайды.

29. Мерез және гонореяның нысанды түрлерімен (мерезге қарсы емдеудің І курсының жүргізілуіне дейін немесе гонореяға қарсы толық курстың жүргізілуі), сондай-ақ тері аурулардың жұқпалы нысандарымен ауыратын адамдарды басқа мекемелерге жіберуге тыйым салынады. Мерезбен ауыратындарды дәрігер-дерматовенеролог рұқсаты бойынша емдеу курстары арасындағы үзілістерде ғана ауыстыруға болады.

30. Соз ауруларымен ауыратындар түзеу мекемесіне келгеннен кейін емдеуді және серологиялық бақылауды одан әрі жүргізу үшін диспансерлік есепке алынады. Медициналық бөлімнің штатында дәрігер-дерматовенеролог болмағанда соз ауруларды жүргізу басқа маман-дәрігерлеріне (терапевт) немесе дәрігер-гинекологқа (әйел түзеу мекемелерінде) жүктеледі.

31. Толыққанды спецификалық терапия аяқталғаннан кейін мерезбен ауыратындар және превентивтік емдеу алған адамдар клиникалық-серологиялық бақылауда болады.

Жұқпалы немесе ерте жасырын мерезбен ауыратын аурумен алғашқы немесе тығыз тұрмыстық байланыстан кейін 14 күннен кешіктірілмей превентивтік емдеу алған адамдар 6 ай ішінде клиникалық серологиялық бақылауға жатады. Бұл ретте дәрігерге бару және серологиялық реакция кешенін (СРК) зерттеу айына бір рет тағайындалады.

Жұқпалы немесе ерте жасырын мерезбен ауыратын аурумен алғашқы немесе тығыз тұрмыстық байланыстан кейін 14 күннен кешіктірілмей превентивтік емдеу алған адамдар бір жыл ішінде клиникалық-серологиялық бақылауға, алты ай ішінде дәрігерге бару және СРК зерттеу ай сайын, содан кейін тоқсанында бір рет белгіленеді.

Алғашқы серонегативті мерезбен ауыратындар бір жыл ішінде клиникалық-серологиялық бақылауға, алғашқы алты айда дәрігерге бару және СРК зерттеуіне ай сайын, кейін тоқсанына бір рет белгіленеді.

Алғашқы серопозитивті және екінші жаңа мерезбен ауырғандар клиникалық-серологиялық бақылауға 3 жыл ішінде жатады. Дәрігерге бару және СРК зерттеу айына бір рет СРК толық негативациялаумен; сосын бақылаудың екінші жылы аяғында - 6 айда 1 рет белгіленеді.

Екінші рецидивті және жасырын серопозитивті (ерте, кеш, белгіленбеген) мерезбен ауырғандар үшін диспансерлік бақылаудың бесжылғы мерзімі қажет. Дәрігерге бару және СРК зерттеу, содан кейін бақылаудың екінші жылының аяғында - тоқсанында бір рет, үшінші жылдың ағымында - 6 айда бір рет және алдағы жылдың ағымында - жылына бір рет.

Диспансерлік есепте тұратын гомосексуалистерді СРК-де қан тапсырумен мерезге тексеру алты айда бір жүргізіледі.

32. Түзеу мекемелерінің медициналық бөлімдерінде мерезге міндетті серологиялық зерттеуге ұзақ кездесуде болған, қоныс колониясынан келген сотталғандар тартылады.

33. Түзеу мекемелерінде мерездің жұқпалы нысанымен ауыратындарды айқындағанда оларды шұғыл оқшаулау жүргізіледі. Диагнозды белгілегеннен кейін аз уақыт ішінде міндетті госпиталдандыруға жұқпалы ауруы бар аурулар (1 -ші реттік мерез, 2-ші реттік жаңа, рецидивті), ерте жасырын мерезбен

ауыратындар (бірінші рет анықталған), сондай-ақ күрделенген және созылмалы гонореясы бар адамдар жатады.

Соз ауруы бар ауруларды госпиталдандыру қылмыстық-атқару жүйесі ауруханаларының тері-соз бөлімшелерінде немесе оларға жеке керует, палата берілетін басқа бөлімшелерде жүзеге асырылады. Ауруханаға жіберу мүмкін болмаса, соз аурулар мекеме медициналық бөлімдерінің стационарларына оларға бөлек палаталар бөлінумен госпиталдандырылады.

Госпиталдандыруға, сондай-ақ медициналық көрсетімдер бойынша емдеудің қайта курсын жүргізу үшін мерезбен ауыратындар жатады; превентивтік емдеуді жүргізу үшін мерездің жұқпалы нысанымен ауыратындармен жыныс байланыста болғандар.

Ішкі органдары мен жүйке жүйесі зақымданумен мерезбен ауыратындар дәрігер-дерматовенерологтың кеңесінен кейін сотталғандарға арналған салалық бөлімшелерде мамандырылған: ішкі органдарының мерезінде - терапевтикалық, жүйке жүйесі мерезінде - неврологиялық бөлімшелерде емдеу алады.

34. Емделуі аяқталмаған мерезбен ауыратындар қоныс-колонияларына жіберілмейді.

35. Бір немесе бірнеше емдеу курсын аяқтаған серобақылаудағы мерезбен ауыратындарға және емдеудің толық курсын өткен, бірақ есептен алынбаған гонореямен ауыратындарға ұзақ кездесулер берілмейді.

36. Ұзақ кездесу мерзімінде сотталған соз ауруын жұқтыру фактісі айқындалғанда мекеменің медициналық бөлімі жұқтырудың болжамды көзін соз ауруға тексеріске тарту туралы ТСД-не тапсырма жібереді.

37. Жаза өтеу мерзімі аяқталатын ауруларды диспансерлік есепке алудан шығарылмағандар туралы ақпаратты мекеменің медициналық бөлімі босатылуына бір айға дейін босатылатынның қалаған тұрғын жері бойынша ТСД-не жібереді. Бұл ретте аурудың диагнозы, жүргізілген емдеудің сипаты, серобақылаудың нәтижелері көрсетіледі.

38. Мерездің жұқпалы нысаны бар ауррулар немесе емдеудің бірінші курсын аяқтамағандар, сондай-ақ емделмеген гонореямен аурулар босатылуында ТСД-не жіберіледі.

39. Соз аурулардың топтасқан аурулары пайда болған жағдайларда мекемеде эпидемияға қарсы іс-шаралардың кешеннің жүргізу мерзімге сотталғандарға күшейтілген медициналық қадағалау жасалады. Сонымен бірге ауырып қалған және олардың жыныс партнерлерін оқшаулау жүргізіледі. Мекеменің барлық контингенті дәрігер-мамандардың серологиялық реакцияларды міндетті түрде жүргізумен мақсатты алдын-алу тексерісіне жатады.

Дәрігер-дерматовенерологтың қорытындысы бойынша мақсатты тексеріс 3 айдан кейін қайталанады, ал дене мүшелерін қарау апта сайын топтасқан ауру

тіркелгеннен кейін 2 ай ішінде жүргізіледі.

Соз ауру қозу ошағында эпидемияға қарсы іс-шаралардың (ауруларды оқшаулау және госпиталдандыру, жұқтыру көздерін және байланыстағы адамдарды анықтау) жүргізілуі МСЭҚБ бақылауымен мекеменің медициналық бөлімдеріне жүктеледі.

40. Бунақ микоздарымен күресті ұйымдастырудың негізгі нысандары: айқындау, есепке алу, емдеу, диспансерлік бақылау, санитариялық-гигиеналық жағдайларды жақсарту, санитариялық ағарту болып табылады.

Барлық айқындалған аурулар дәрігер-дерматовенерологтың кеңесінен кейін ұстау орны бойынша емделуге тартылады. Мекеменің медициналық бөлімдерінде бунақ микоздарымен ауыратындарға диспансерлік бақылау карталары жүргізіледі.

41. Қышыма таралуының негізгі алдын алу шарасы медициналық тексерістің барлық түрлерінде, сондай-ақ мекеменің медициналық бөлімдерінде амбулаториялық қабылдауда ауруларды ерте айқындау қажет.

Қышыма ауруы табылғанда медициналық қызметкер оны тез арада оны оқшаулау және оны емдеуді бастау тиіс. Сонымен бірге аурудың киімін, іш-киімін және төсек орнын камералық дезинфекциялау қажет. Камера болмағанда сыртқы киім мұқият желдетіліп, ал іш киім ыстық үтікпен үтіктелуі тиіс. Қышымамен ауыратын айқындалған күні байланысты адамдардың мұқият медициналық карауы өткізіледі.

4. Дене зақымдары, жарақаттар мен уланулар

42. Дене зақымдарының бар болуына (қылмыстық әрекеттер, арнайы заттарды пайдалану, өндірістік жарақаттар, бақытсыз оқиғалар нәтижесінде және т.б.) медициналық куәландырудың әр фактісі бойынша медициналық қызметкер мекеменің бастығына рапортпен хабарлайды, мекеменің кезекші көмекшісіне тез арада айтылады.

43. Арнайы контингент арасында дене зақымдары, жарақаттар мен улануларды алдын-алу жөніндегі іс-шараларын барлық қызметтер жүргізеді.

44. Дене зақымдары, жарақаттар мен улануларды алдын-алудың негізгі шаралары:

сотталғанды тиісінше ұстауды қамтамасыз ету, оларды дұрыс еңбекте пайдалану, жарақаттар мен улануларды және апат жағдайларды алдын-алу жөніндегі Қазақстан Республикасы актілерінің талаптарын орындалуына мекеме, қызметтер бастықтары және медициналық қызметкерлері тарапынан ұдайы бақылау;

қызмет бастықтары бұйрықтар мен нұсқаулықтардың талаптарын орындау

бойынша бағыныстағылармен жүйелі түрде сабақтарды жүргізу;
арнайы контингенттің біліктілігі мен денсаулық жағдайына сәйкес оларды еңбекте пайдалану;
техника қауіпсіздігінің негізгі ережелерін зерделеу, жарақаттар мен улануларды жеке алдын-алу шараларымен таныстыру, жарақаттар, уланулар және апат жағдайларында (өз-өзіне көмек көрсету және өзара көмек көрсету ретімен) алғашқы көмекті көрсету тәсілдерін зерделеу және практикалық өңдеу бойынша сабақтарды арнайы контингентпен жүйелі түрде жүргізу;
техникалық нұсқаулау және жұмыстың белгіленген түрлеріне рұқсатнама ресімдеу;
нашар дене дамуы және созылмалы аурулары бар адамдарды ұдайы бақылау, оларға еңбек ұсынымдарын белгілеу және оларды жұмысқа орналастыруына бақылау;
жарақаттар мен улanулардың мән-жайларын және себептерін оларды алдын-алу бойынша нақты іс-шараларын әзірлеумен жүйелі түрде зерделеу болып табылады.

45. Мекеменің медициналық бөлімі жұмысының жоспары бойынша арнайы контингенттің еңбегінің санитариялық-гигиеналық жағдайларына, еңбекті сақтандыру және өндіріс санитариясы ережелері орындалуына, дәрі дәрмек қобдишалары және санитариялық сөмкелері бар болуы мен жабдықталғанына, өндірісте ауыз су жабдықтаудың жағдайына, арнайы киім бар болуына, аймақтың, жұмыс орындарының санитариялық жағдайларына медициналық бақылау жүзеге асырылады. Тексеріс нәтижелері цехтің, учаскелердің және арнайы контингентті еңбекте пайдалану объектілерінің әкімшілігі атына айқындалған кемшіліктерді жоюдың нақты мерзімдері көрсетіліп, тексеру актілерімен және ұйғарымдармен ресімделеді. Өндірісте санитариялық-гигиеналық өрескел бұзушылықтары айқындалғанда тексеріс нәтижелері тікелей мекеме басшылығына оларды жою үшін дереу шараларды қабылдауға баяндалады. Кемшіліктерді жою жөніндегі шаралар қабылданбағанда медициналық бөлімнің бастығы аға медициналық бастыққа баяндайды.

46. Өндіріс объектілері медициналық қызмет көрсетумен мынадай тәртіпте қамтамасыз етіледі:
1) бір қатар объектілерде сауықтандыру пункттері ұйымдастырылады, олардың қамтамасыз етілуі шаруашылық орган немесе мекеменің өндіріс есебінен медициналық мүлікпен және медикаменттермен жүзеге асырылады.
2) барлық цехтер, дербес учаскелер және арнайы контингентті еңбекте пайдалану шеберханалары және объектілері алғашқы көмек көтсетудің дәрі-дәрмек қобдишаларымен жабдықталады. Дәрі-дәрмек қобдишаларының сақталуына және уақтылы толтырылуына цехтың, учаскелердің бастықтары,

мастерлері жауапты. Қобдишалардың толтырылуын өндіріс есебінен медициналық қызметкерлері жүргізеді.

3) бөлек учаскеде, цехте, жұмыс істейтін әр өндіріс бригадада немесе бригада тобында алғашқы көмекті көрсету үшін арнайы дайындалған бір сотталған бөлінеді, оны мекеменің медициналық бөлімі медикаменттері және таңу материалдары бар санитариялық сөмкемен қамтамасыз етеді.

4) егер өндірісте зардап шеккен сотталған жедел дәрігерлік көмек көрсетуін қажет етсе, оны медициналық бөлімге немесе жақындағы емдеу мекемесіне апару ұйымдастырылады.

47. Өндіріске байланысты жұмысшыда (жұмысшыларда) әр бақытсыз оқиға кемінде бір күн мерзімде жұмысқа жарамсыздығын жоғалту бойынша медициналық қорытындымен (ұсынымдармен) бақытсыз оқиға туралы немесе Н-1 түріндегі жұмысшының өндірісте басқа денсаулығының зақымдануы 2001 жылғы 3 наурыз айындағы Қазақстан Республикасы Үкіметінің N 326 "Жұмыс қызметіне байланысты жұмысшылардың денсаулығының бақытсыз оқиғалары мен басқа жарақаттарын тіркеу және тергеу ережелерін бекіту туралы" қаулысына (бұдан әрі - Қаулы) сәйкес акті хатталады. Қараныз V090005614

Н-1 түріндегі бақытсыз оқиға туралы акті тергеу материалдарына сәйкес хатталады. Өндірістік жарақат, кәсіптік ауру немесе улану туралы тергеу материалдарының актісі белгіленген тәртіпте сотталғанның жеке ісіне тіркеледі.

Ауыр немесе өліммен біткен бақытсыз оқиға, топтық бақытсыз оқиғалар, жұмысшылардың жіті кәсіптік аурулары (уланулар) жөніндегі тергеу тергеудің арнайы актісімен Қаулыға сәйкес хатталады.

Егер тергеу кезінде сотталғанның өлімі немесе ол жұмысқа жарамсыздығын жоғалту ұстау режимін бұзумен (төбелес, денеге зақым келтіру, өлтіру және өзелер) немесе улы заттар құрамында бар түрлі техникалық сұйықтықтарды (лактар, сырлар, ерiткiлер және өзгелер) мас болу мақсатында қасақана пайдаланудан уланумен байланысты әрекеттердің нәтижесі болып табылуы және өндіріс үрдісімен байланысты емес болуы айқындалса, акт жасалмайды.

Жеке ауруларға қатысты
емдеу-алдын-алу іс-шараларын
ұйымдастыру жөніндегі
нұсқаулыққа қосымша
Қазақстан Республикасы
Әділет министрінің
2004 жылғы 25 мамырдағы N 145
Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрінің
2004 жылғы 7 мамырдағы N 405

бірлескен бұйрығымен бекітілген "Қазақстан Республикасы әділет органдарының түзеу мекемелерінде және тергеу изоляторында ұсталатын адамдарды емдеу-алдын-алу және санитариялық-эпидемиялогиялық саулығын қамтамасыз етуді реттейтін нормативтік құқықтық актілерді бекіту туралы"

Педикулезға қарсы (алдын-алу және жою) іс-шаралары әдістемелік ұсыныс

1. Педикулезді айқындау жоспарланған тәртіпте мекемеге жаңадан түскендерді медициналық тексеру кезінде, басқа мекемеге жіберу алдында, сондай-ақ айында бір реттен кем емес толық санитариялық өңдеу жүргізген кезде жүргізіледі.

Биттердің пайда болуын болдырмау және арнайы контингент арасында оның таратылуын болдырмау мақсатында алдын-алу (гигиеналық) іс-шаралары жүргізіледі, оған: ұдайы жуу - 7 күнде кемінде бір рет, жуыну күні дене және төсек кірін сонан соң жуумен ауыстыру кіреді.

2. Биттер таралғанда дамуының кез-келген деңгейінде (сірке-жұмыртқалары, құрт, ересек жәндік) дезинсекциялық іс-шаралар бірге жүргізіледі, тікелей адамның денесінде, сондай-ақ оның іш киімінде, киімінде жою арқылы жүргізіледі.

3. Биттерге қарсы күрес жөніндегі дезинсекциялық іс-шаралар: жәндіктер мен олардың сіркелері-жұмыртқаларын жоюдың механикалық, физикалық және химиялық тәсілдері кіреді.

4. Бас биттері аз көлемде жұқтырылғанда (1-ден 10 данаға дейін, соның ішінде сірке-жұмыртқасы) жәндіктер мен олардың жұмыртқаларын жоюдың, оларды жиі тарақпен тарау, шаштарын қию немесе алып тастау арқылы механикалық тәсілін қолдану орынды. Шаштарды жинау үшін клеенка немесе қағаз салынады, олар сонан соң шаш және жәндіктермен өртенеді.

Шаштан сіркені тарап тастау алдында бас жуылады, жылы асханалық сірке суымен немесе сірке қышқылдың 5-10 %-дық ерітіндісімен шайылады. Сонан соң сіркелер жиі тарақпен тарап тасталынады, алдын-ала тарақтың тістері арасына сірке суымен суланған мақталы немесе жіп тартылады.

5. Адамның денесінде бит табылғанда оның санитариялық емдеуін жүргізеді: денесінің ыстық сумен, сабынмен және дене жуғышпен, іш киімін ауыстырумен, қажеттілігене қарай медқызметкерлердің қорытындысы бойынша шашын алу.

6. Адамның көйлек педикулезімен аз көлемде залалданғанда немесе педикулоцит болмағанда киім-кешекті қайнатады, қайнатуға жатпайтын іш киімнің және киімнің тігіндерін, қапсырмаларын, белбеулерін ыстық үтікпен үтіктейді.

7. Орташа және көп залалданағанда (10 дана және одан жоғары, соның ішінде жәндіктер мен жұмыртқалар), инсектицидтар-педикулоцидтар қолдануға ұсынылады. 5 жасқа дейінгі балаларды, емізетін және жүкті әйелдерді, терісі зақымданған (шағын жарақаттары, дерматидтар, экземалар) адамдарды өңдеу жасауға тыйым салынады.

Дененің шашты мүшелерін өңдеу үшін мынадай инсектицидтер қолданылады : 10 %-ды су сабын керосинді (10-50 мг.); "Нитифор" лосьоні (50-80 мг.); " Антибит" лосьоні (50-80 мг.); эктоцид 1:1000 (100 мл); ақсырқақ суы (100 мл); " Педилин" шампуні (10-30гр.). Көрсетілген тәсілдерде экспозиция 30-40 минутты құрайды.

Бастың шашы өңделгеннен кейін және оны жуғаннан кейін сірке қышқылдың 5-10% су ерітіндісімен шаш шайылады.

8. Іш киімдегі, киімдегі және өзге заттардағы биттерді тез арада жәндіктерді тапқанына қарай жояды. Биттелген іш киім 15 минут ішінде кальцтенген соданың 2%-тік ерітіндісінде қайнатады, екі жағынан үтіктейді; киім кешекті, төсек орындарды, аяқ киімді және басқа объектілерді бу-ауа формалиндік, бу және біріктірілген дезинфекциялық камераларда және бұл объектілерді ауа дезинсекциялық камераларда дезинфекциялау және дезинсекциялау жөніндегі нұсқаулыққа сәйкес камералық өңдеуге жатады.

9. Инсектицид ретінде киімді өңдеу үшін 10 %-дық су-сабын - керосиндік эмульсия қолданылады.

10. Жууға жататын іш киім және төсек орын, басқа бұйымдар жұмыртқалармен залалсыздандырғанына қарай 5-10 минут ішінде су эмульсияларда ұсталынады, су эмульсия шығындарының нормасы іш киім комплектісіне 2,5 литрді құрайды; төсек орынның немесе құрғақ киімдердің 1 кг. комплектісіне 4-4,5 литр құрайды. Сонан соң киімдер жақсы шайылады, киім міндетті түрде сабын және сода қолданылумен қалыпты тәсілде жуылады.

11. Сыртқы киім, төсек орындар (матрацтар, жастықтар) нұсқаулыққа сәйкес камерлық өңдеуге жатады.

12. Дезкамералар жоқ болғанда сырт киім және төсек орындар (жастықтардан басқа) және өзге заттар су эмульсиямен суланады. Аса мұқият жәндіктердің

болған орындары өңделеді; жағалар, белбеулер, тігістер, қыртыстары. Шығын нормасы: төсек орын комплетісіне - 400 мл., киім кешек комплектісіне - 350 мл.

13. Киім-кешекке, төсек орындарға (матрацтар, көрпелер) сұйық препараттарды жағу үшін, үй-жайларды өңдеу үшін, қол шышқыштар: дезинфаль , гидропульт, автомакс, сондай-ақ көйлек шөткелері қолданылады.

14. Инсектицидтер мен адамдарды өңдеу жақсы мәжбүрленген желдетумен арнайы бөлінген үй-жайларда (10 шаршы метрге 4 адамнан астам емес), жазда ашық ауада жүргізіледі.

15. Қажеттілігіне қарай педикулоцидтермен өңдеу 7-10 күн аралығында қайталанады.

16. Инсектицидпен импрегнирланған іш киімді тері аурулары бар, сондай-ақ жүкті және емізетін әйелдерге киюге болмайды.

17. Педикулезге қарсы өңдеуді жүргізуге арналған қалаудың құрамы:

1) педикулезді жұқтырған адамдардың киімдерін жинауға арналған клеенкалық немесе мақталы қап;

2) мырышталған шелек немесе шашты жағу немесе залалсыздандыруға арналған лоток;

3) клеенкалық пелерина;

4) рәзеңке биялай;

5) қайшы;

6) жиі тарақ (металды болсын);

7) шашты алуға арналған машинка;

8) спирттік шам;

9) орамал (2-3 дана);

10) мақта;

11) асханалық сірке суы немесе 5-10 %-дық сірке қышқылдығы;

12) бастағы биттерді жоюға арналған препараттар: биттің (овицидтер) барлық стадиясында жою әсерін тигізетін препараттар: 10 %-дық су-сабын керосиндік эмульсия, "Нитифор" лосьоні, "Антибит" лосьоні, 1:1000 эктоциді, черемич суы, "Педилин" шампуні.

Препараттар ұдайы оларды сақтау мерзімдеріне сәйкес және олардың қолданылу қажеттілігіне қарай жаңартылады.

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК