

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы

Күшін жойған

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің м.а. 2014 жылғы 22 тамыздағы № 19 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2014 жылы 1 қазанда № 9772 тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 25 желтоқсандағы № 994 бұйрығымен

Ескерту. Күші жойылды – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 25.12.2017 № 994 (алғашқы ресми жарияланған күнінен бастап күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

2009 жылғы 18 қыркүйектегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 7-бабы 1-тармағының 5) және 44) тармақшаларына сәйкес **БҰЙЫРАМЫН:**

1. Қоса беріліп отырған Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулық бекітілсін.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті (Г.Ұ. Құлқаева):

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің интернет-ресурсына орналастырылуын қамтамасыз етсін;

3) осы бұйрықты мемлекеттік тіркегеннен кейін оның заңнамада белгіленген тәртіппен ресми жариялануын қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму вице-министрі С.Р. Мусиновқа жүктелсін.

4. Осы бұйрық алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Министрдің м.а.

С. Жакыпова

Туберкулезді бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы

1. Жалпы ережелер

1. Осы Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру туралы жөніндегі нұсқаулық (бұдан әрі - Нұсқаулық) 2009 жылғы 18 қыркүйектегі "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасы Кодексінің 7-бабы 1-тармағының 5) және 44) тармақшаларына сәйкес жөніндегі жұмыстарының негізгі тәртібі мен көлемін анықтайды.

2. Осы Нұсқаулықта пайдаланылатын негізгі ұғымдар:

1) қақырық микроскопиясының оң нәтижесімен өкпе туберкулезі (бактерия бөлу) – ем жүргізілгенге дейін қақырық жағындысының микроскопиясы кезінде қышқылға көнбейтін бактериялары (бұдан әрі - ҚТБ), бір рет болса да табылған кезде;

2) қақырық микроскопиясының теріс нәтижесімен өкпе туберкулезі:

қақырық жағындысын қышқылға көнбейтін бактерияларға (бұдан әрі - ҚКБ) микроскопия әдісімен зерттегенде кем дегенде 3 нәтиже теріс болған кезде;

өкпедегі белсенді туберкулезге сәйкес рентгенологиялық айқындалатын өзгерістер;

ауқымды спектрлі әсері бар бактерияға қарсы препараттармен терапия жүргізген кезде тиімділіктің болмауы;

3) туберкулезбен ауыратын науқастың қақырық жағындысының конверсиясы – қарқынды фазаның аяқталуына қарай кемінде екі кезеңділігі бар теріс микроскопиясымен расталған емдеу процесінде ҚТБ жойылуы;

4) туберкулезбен ауыратын науқаста бактерия бөлінуінің тоқтауы – I және II санаттағы режимде бірінші қатардағы ТҚП-мен емдеудің толық курсы аяқтау бойынша қақырыққа екі теріс кезеңділік микроскопиялық зерттеулерді алу;

5) КДК ТБ – бұл штамдары кем дегенде рифампицинге көнбейтін, *Mycobacterium tuberculosis* (бұдан әрі - МТБ) туғызатын көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез;

6) АДК ТБ – бұл штамдары кем дегенде ионазидке және рифампицинге, сондай-ақ фторхинолондардың біріне және екінші қатардағы үш инъекциялық препараттың біріне (капреомицинге, канамицинге немесе амикацинге) көнбейтін МТБ туғызған ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулез;

7) полирезистентті туберкулез (бұдан әрі – ПР ТБ) – бұл штамдары КДК ТБ-ден және АДК ТБ-ден ерекшеленетін екі және оданда көп препараттарға көнбейтін ТМБ туғызған туберкулез;

8) қарқынды фаза – аурудың клиникалық пайда болуын жоюға және МТБ айқындылығына барынша әсер етуге бағытталған терапияның бастапқы кезеңі (қақырық жағындысының конверсиясы және дәрілерге көнбейтін штамдар дамуының алдын алу);

9) қолдаушы фаза – терапияның жалғасу фазасы, ол сақталған микробактериялық папуляцияға әсер етеді және қабыну өзгерістерінің және туберкулез процестері инволюциясының одан әрі азаюын, сондай-ақ науқас организмнің функционалдық мүмкіндіктерін қалпына келтіруін қамтамасыз етеді;

10) КДК ТБ және АДК ТБ бар науқастағы қақырық конверсиясы – кемінде екі кезеңділік теріс микроскопиямен және 1 айда аралығы бар қатты сіңіргіш заттардағы себінділермен расталған емдеу процесінде ТМБ-ның жайылуы;

11) КДК ТБ және АДК ТБ бар науқаста бактерия бөлінуінің тоқтауы – қақырық конверсиясынан кейін 12 айдың ішінде теріс бактериологиялық және микроскопиялық деректер кезінде емделу және тұрақтану процесінің толық аяқталуы;

12) өкпеден тыс туберкулездің асқынуы – абсцесстер, жыланкөздер, неврологиялық бұзылыстар, омыртқа бағанының деформациясы, буындардың контрактурасы, микроцистис, гидронефроз, бедеулік;

13) жоғары қауіпті топтардың туберкулезбен ауыратын науқастары – бұл ТБ/АИТВ бар науқастар, инъекциялық есірткілерді тұтынушылар (бұдан әрі – ИЕТ), алкогольді шамадан тыс тұтынатындар, аз қамтылған адамдар, белгілі тұрағы жоқ адамдар (бұдан әрі – БТЖА), бас бостандығынан айыру орындарында қамауда отырғандар және босап шыққандар;

14) стационарды алмастыратын технологиялар – күндізгі стационар, үй жағдайындағы стационар және тікелей-бақыланатын емге (бұдан әрі – ТБЕ) арналған мобильді бригада;

15) туберкулин – автоклавирленген себінді фильтраты, туберкулез микробактериясының өміршеңдік өнімі;

16) Манту сынамасы – арнайы диагностикалық тест, екі халықаралық туберкулинді бірлігі (бұдан әрі – ТБ) бар тері ішіне арналған туберкулинді Манту сынамасы;

17) ППД-Л – тазартылған туберкулиннің стандартты ерітіндідегі дайын түрі;

18) "ДИАСКИНТЕСТ®" – рекомбинантты ESAT6 - CFP10 протеиндер жиынтығынан тұратын тері ішіне қолдануға арналған стандартты ерітіндідегі туберкулезді аллерген;

19) микроскопиялық зерттеу – фиксациялық жағындыларды ҚТБ анықтау әдісі;

20) себінді – қоректік (қатты және сұйық) орталарда патологиялық материалдан ТМБ өсіндісін (культурасын) бөліп алу әдісі;

21) диагностиканың өсінді әдісі – таза өсіндіні бөліп алу, бөліп алынған штаммды түріне дейін типтеу және оның туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығын анықтау;

22) гендік-молекулярлық әдістер (Geno Type MTB® DR және Xpert MTB/RIF) – туберкулезді және КДК ТБ анықтаудың полимерлі тізбектік реакцияға негізделген жедел әдістері;

23) дәрілік сезімталдық тесті (бұдан әрі – ДСТ) - ТМБ-ның туберкулезге қарсы препараттарға (бұдан әрі – ТҚП) сезімталдық спектрін анықтау;

24) микроскопияның оң (позитивті) нәтижесі – жағындыда ҚТБ анықталуы;

25) микроскопияның теріс (негативті) нәтижесі – 300 көру алаңында ҚТБ анықталмауы;

26) бақылау позитивтік жағындысы – микроскопиялық зерттеулердің сапасын ішкі бақылау үшін оң нәтижесі бар алдын ала дайындалған жағынды;

27) бақылау негативтік жағынды – микроскопиялық зерттеулердің сапасын ішкі бақылау үшін теріс нәтижесі бар алдын ала дайындалған жағынды.

2. Туберкулезді анықтау

3. МСАК ұйымдарының медицина қызметкерлеріне мынадай міндеттер жүктеледі:

1) аурудың клиникалық белгілері бар адамдар арасында қақырық жағындысының микроскопиясы әдісімен және туберкулезбен сырқаттанушылықтың жоғары қаупі бар халық ("қауіп-қатер" тобы) арасында флюорография әдісімен туберкулез ауруын ерте анықтау;

2) бақыланатын химиотерапияны жүзеге асыру;

3) халық арасында туберкулездің алғашқы белгілері және оны профилактикалау туралы ауқымды түсіндірме жұмысын жүргізу.

4. МСАК ұйымының медицина қызметкері қақырықты жинауды және осы Нұсқаулыққа 1-қосымшаға сәйкес зерттеу үшін зертханаға жеткізуді жүзеге асырады.

5. Қақырыққа микроскопиялық зерттеу және Xpert MTB/RIF қолжетімділік болған кезде МСАК ұйымдарында адамдарға екі аптадан артық жалғасатын жөтел (жөтел туберкулездің өкпелі (жұқпалы) түрі бар науқастардың басты симптомдары болып табылады) және төменде санамаланған клиникалық симптомдардың бірі немесе бірнешеуі болған кезде жүргізіледі:

- 1) салмақ тастау;
- 2) тершеңдік;
- 3) кеуде қуысындағы ауырсыну;
- 4) қан түкіру;
- 5) жалпы әлсіздік және тез шаршау;
- 6) ұзақ уақыт бойы дене қызуының көтерілуі.

6. Жөтелі бар науқастар МСАК желісінде кезектен тыс зерттеліп-қаралады және бір рет қолданылатын медициналық бетперделермен қамтамасыз етіледі.

7. Науқаста жоғарыда аталған симптомдар болған жағдайда, медицина қызметкері осы Нұсқаулыққа 2-қосымшаға сәйкес науқасты туберкулезге зерттеп-қараудың диагностикалық алгоритмін жүргізеді.

8. Туберкулезге рентгенологиялық күдік, бірақ өкпеге шағымдар мен интоксикация симптомдары болмаған кезде қақырық жағындысының микроскопиясы теріс болған жағдайда диагностикалық алгоритмді жүргізбей диагнозды нақтылау үшін науқасқа фитизиатр консультация береді.

9. Туберкулезбен ауыратын науқаспен байланыс болған кезде клиникалық-рентгенологиялық күдігі бар жағдайларда диагностикалық алгоритмді жүргізбей диагнозды нақтылау үшін фитизиатр консультация береді.

10. Өкпеден тыс туберкулезге күдік туған кезде МСАК мамандары қосымша: сәулелік, аспаптық және зертханалық (мидың, омыртқа бағанының, буындардың, бүйректердің, іш қуысы және жамбас қуысы ағзаларының компьютерлік және магнитті-резонансты томографиясы, лапароскопия, пунктаттарды, аспираттар мен биоптаттарды ТМБ-ға цитологиялық, гистологиялық, бактериоскопиялық және бактериологиялық зерттеу) зерттеулер жүргізеді.

11. Балаларда қақырық болмаған кезде асқазанның (бронхтардың) шайынды суы немесе 3 күн қатарынан таңертең ашқарынға хлорлы натрийдің 5% ерітіндісімен тыныс алудан кейін бөлінген/индукцияланған қақырық зерттеледі.

12. ҚТБ анықталған жағдайда науқас ТҚҰ жіберіледі, ол жерде оған қосымша зертханалық зерттеулер жүргізіледі және туберкулезге қарсы тиісті ем тағайындалады.

13. Қақырық микроскопиясының нәтижелері теріс болған және туберкулезге күдікті ауру белгілері күшейген кезде науқас фтизиатр-дәрігердің консультациясына жіберіледі.

14. Халық арасында санитариялық-ағарту жұмысын жүргізу кезінде нақты жағдайларда халықты туберкулез туралы хабардар етудің барлық әдістері мен тәсілдері пайдаланылады.

15. Туберкулезбен ауыратын науқастарды хабардар етуді ТҚҰ және МСАК ұйымдарының медицина қызметкерлері осы Нұсқаулыққа 3-қосымшаға сәйкес

амбулаториялық емдеуде жатқан туберкулезбен ауыратын науқастарға арналған жадынаманы пайдалана отырып жүргізіледі.

16. Туберкулезді флюорография әдісімен анықтау сырқаттанудың жоғары қаупі бар адамдардың арасында жүргізеді.

17. Туберкулезге жыл сайынғы міндетті флюорографиялық зерттеп-қарауға жататын "қауіпті" топ адамдарының тізбесі:

- 1) медицина ұйымдарының қызметкерлері;
- 2) әскери қызметке шақырылғандар;
- 3) орта және жоғары оқу орындарының студенттері, училище оқушылары;
- 4) 15-17 жас аралығындағы жасөспірімдер;
- 5) босанғаннан кейінгі кезеңдегі әйелдер перзентханадан шыққаннан кейін бір ай ішінде;
- 6) өкпенің созылмалы ерекше емес ауруларымен, қант диабетімен, алкоголизммен, нашақорлықпен, АИТВ/ЖИТС-пен диспансерлік есепте тұрған адамдар;
- 7) иммундық суппресивті терапия алатын адамдар;
- 8) өкпесінде кез келген этиологияның қалдық пайда болуы бар адамдар; бактерияның бөлінуіне қарамастан туберкулезбен ауыратын науқастармен байланыста болған адамдар;
- 9) 2 және оданда көп жыл бойы флюорографиядан өтпеген адамдар;
- 10) мектепке дейінгі, жалпы білім беретін және мамандандырылған мектептердің, лицейлердің және гимназиялардың қызметкерлері;
- 11) тергеудегі және сотталғандар (жылына 2 рет);
- 12) Ішкі істер министрлігі жүйесінің қызметкерлері, оның ішінде мамандандырылған күзет қызметінің, патрульдік-посттық, жол-патрульдік және учаскелік қызметтердің, тергеу изоляторларының және түзеу мекемелерінің қызметкерлері, сондай-ақ сотталғандарды тасуды, түзету мекемелері мен қоғамдық тәртіпті қорғауды қамтамасыз ететін әскери қызметкерлер (жылына 2 рет);
- 13) жедел қызметтің әскери қызметкерлері (жылына 2 рет);
- 14) Қазақстан Республикасына тұрақты өмір сүруге келген адамдар;
- 15) тамақ өнеркәсібінің, қоғамдық тамақтану және азық-түлік саудасы объектілерінің қызметкерлері;
- 16) халыққа қызмет көрсету саласының қызметкерлері;
- 17) жолаушыларды тасымалдаумен, оларға көліктің барлық түрлерінде қызмет көрсететін адамдар;
- 18) жоғары және орта арнаулы оқу орындарының қызметкерлері;

19) дәріханалық ұйымдардың және фармацевтикалық өндірістің, өндірумен, шығарумен, өлшеп-ораумен және дәрілік заттарды өткізумен айналысатын адамдар;

20) Қазақстан Республикасына уақытша тұруға, оның ішінде еңбек миграциясы бойынша келген адамдар;

21) Қарулы күштердің, Қазақстан Республикасының басқа да әскерлері мен әкери жасақтардың әскери қызметкерлері;

22) Табиғи және техногенді сипаттағы төтенше жағдайлардың алдын алу және жою саласындағы органдардың қызметкерлері;

23) Жаңа туған нәрестенің перзентханадан немесе босандыру бөлімшесінен туберкулезге қарсы вакцинациясыз шыққанға дейінгі отбасы мүшелері.

18. Туберкулездің мынадай клиникалық түрлері бар туберкулездің жаңа жағдайлары туберкулездің асқынған жағдайлары болып есептеледі:

- 1) жітілеу және созылмалы диссеминирленген туберкулез;
- 2) асқынған ағымды туберкулезді менингит;
- 3) казеозды пневмония;
- 4) өкпенің фиброзды-кавернозды туберкулезі;
- 5) асқынулары бар өкпеден тыс туберкулез;

19. Туберкулез кеш анықталған жағдайларда аумақтық тұтынушылардың құқығын қорғау департаментімен, ТҚҰ және МСАК мекемелерімен бірлесіп, міндетті түрде Талдау хаттамасын және іс-шаралар жоспарын жасай отырып, клиникалық талдау жүргізіледі.

20. Туберкулез ауруының алғаш рет және диспансерлік есептен (бұдан әрі – ДЕ) шығарылғандар арасында қайталанған жағдайларының уақытылы анықталуына жауапкершілік МСАК мекемелеріне жүктеледі.

21. Тұрғылықты жері бойынша медицина ұйымында бақылаулы амбулаториялық ем жүргізу тәртібі науқастың амбулаториялық картасы мен туберкулезге шалдыққан науқастың ТБ 01 картасында немесе ТБ 01 IV санатты туберкулезге шалдыққан медициналық картасында толық жазылады, санат туберкулезбен ауыратын науқастын медициналық картасына қосалқы парақ.

22. МСАК ұйымдарында ТҚП туберкулезден басқа ауруларды емдеу үшін қолдануға және оларды дәріханалық мекемелерде рецептсіз сатуға тыйым салынады.

23. Қазақстан Республикасының аумағында жүрген шетелдіктер және азаматтығы жоқ тұлғалар және туберкулезбен ауыратындар тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) шеңберінде тегін медициналық көмек алады.

3. Туберкулезді шоғырлану орны бойынша тіркеу

24. Шоғырлану орны бойынша сәйкес туберкулездің келесі түрлерін ажыратады:

1) өкпе туберкулезі – патологиялық процеспен өкпе паренхимасы тартылған ауру;

2) өкпеден тыс туберкулез – барлық басқа ағзалар мен тіндердің туберкулезі (плевра, лимфа бездері, іш қуысы, несеп-жыныс жүйесі, тері, буындар мен сүйектердің, ми және/немесе жұлын қабықшаларының туберкулезі).

25. Өкпе және өкпеден тыс туберкулез бірдей кездескен жағдайда ол жайылған туберкулез түріне жатады және өкпе туберкулезі ретінде есептеледі. Жайылған туберкулездің бір түріне миллиарлы туберкулез (өкпенің жедел диссеминирленген туберкулезі, басқа ағзалар мен жүйелердің зақымдануымен немесе зақымдануынсыз) жатады.

26. Өкпеден тыс туберкулез кезінде диагноз бактериологиялық, цитоморфологиялық зерттеулерге негізделіп анықталады немесе белсенді өкпеден тыс туберкулезге нұсқайтын клиникалық-рентгенологиялық мәліметтерге негізделеді. Бірнеше ағзасы зақымдалған өкпеден тыс туберкулезі бар науқас процестің шоғырлануының ең ауыр түріне сәйкес тіркеледі.

27. Өкпеден тыс туберкулез диагнозынан бас тарту мүмкін болмаған жағдайда соңғы шешімді ТҚҰ мамандары ашық биопсия әдісін қолдана отырып дәлелдейді.

28. Науқаста келесі жағдайларда қақырық микроскопиясы оң нәтижелі өкпе туберкулезі анықталады (бактерия бөлуші):

1) ем тағайындалғанға дейінгі қақырық микроскопиясы кезінде кем дегенде екі рет ҚТБ анықталса;

2) қақырық микроскопиясы кезінде ҚТБ бір рет анықталса және де рентгенологиялық зерттеуде анықталған патологиялық өзгерістер дәрігер-фтизиатрдың қорытындысы бойынша өкпенің белсенді туберкулезіне тән болса.

29. Қақырық микроскопиясы теріс нәтижесі бар өкпе туберкулезі науқастың анамнезіне, клиникалық-рентгенологиялық мәліметтерге, тиісті белсенді арнайы процеске, ауруды міндетті бактериологиялық және гистологиялық растай отырып молекулалы-генетикалық зерттеулер нәтижесіне негізделіп қойылады.

30. Қақырық микроскопиясының нәтижесі теріс болған кезде науқаста белсенді туберкулездің бар екені туралы дәлелденеді және диагнозды растауға болады.

4. Науқастарды емдеу санаты мен типтері бойынша тіркеу

31. Туберкулезге шалдыққан науқастар 3 санат бойынша тіркеуге алынады:

1) I (бірінші) санат - өкпелік және өкпеден тыс туберкулезге алғаш рет шалдыққан бактерия бөлуші немесе бөлмейтін барлық науқастар;

2) II (екінші) санат - туберкулез ауруы қайталанған (рецидив, емі сәтсіз аяқталған, үзілістен кейін емін жалғастырушы және басқа) науқастар;

3) IV (төртінші) санат – зертханалық дәлелденген ҚДТ ТБ және ДАТ ТБ; I, II және IV санат кестелері бойынша емі "сәтсіз" аяқталған ПР ТБ бар науқастар.

32.Туберкулезге шалдыққан науқастардың мынадай типтері ажыратылады:

1) жаңа жағдай - бұрын ешқашан ТҚП қабылдамаған немесе оларды бір айдан кем уақыт қабылдаған науқас;

2) рецидив – бұрын бірінші қатардағы ТҚП емнің толық курсы қабылдап, "сауықты" немесе "ем аяқталды" деген ем нәтижесі анықталған науқаста кейіннен бактерия бөлу анықталған науқас;

3) сәтсіз ем – бірінші қатардағы ТҚП бірінші немесе қайта жүргізілген ем курсы сәтсіз болған науқастар;

4) үзілістен кейінгі ем – қақырық микроскопиясының нәтижесі оң және емін 2 ай және одан да астам уақытқа үзгеннен кейін қайта бастаған науқас;

5) ауыстырылды – басқа емдеу мекемесінде туберкулезбен ауыратын науқас деп тіркелген, ТБ-09 және/немесе Амбулаториялық картасынан немесе сырқатнамасынан көшірмесі бар, ем тағайындау не жалғастыру үшін осы мекемеге ауысып келген науқас. Ем курсы аяқталғаннан кейін осы науқастың ем нәтижесі туралы ақпарат ол алғаш рет тіркелген ТҚҰ жіберіледі;

6) басқалар – жоғарыда аталған типтерге сәйкес келмейтін туберкулездің барлық қайталанған түрлерін қамтиды (бактерия бөлусіз өкпе туберкулезі мен өкпеден тыс туберкулез). Мұндай әрбір жағдай диагноз гистологиялық және/немесе бактериологиялық әдістермен дәлелдеуді талап етеді.

5. Туберкулезді емдеу

33.Туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу үзіліссіз екі кезеңде жүргізіледі:

1) бірінші кезең – емнің қарқынды кезеңі, негізінен стационарда жүргізіледі, кейіннен, қақырық конверсиясына қол жеткізгеннен кейін амбулаториялық жағдайда жалғастырылады;

2) бактерия бөлмейтін науқастар бастапқыда орталық дәрігерлік-консультациялық комиссияның (бұдан әрі-ОДКК) шешімі бойынша амбулаториялық, санаториялық, сондай-ақ стационарды алмастыратын жағдайларда емделуге жіберіледі;

3) екінші кезең – қолдау фазасы, амбулаториялық, санаториялық немесе стационарды алмастыратын жағдайларда, жүргізіледі. Қолдау фазасын

клиникалық және әлеуметтік көрсеткіштерге сәйкес стационарда жүргізуді ОДКК шешеді.

34. Туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу, соның ішінде тағайындалған дәрілік заттарды қабылдауларын бақылау білікті медицина қызметкерінің тікелей бақылауымен жүргізіледі. Емді бастамас бұрын науқаспен тағайындалған дәрілерді ТҚП міндетті түрде қабылдау қажеттілігі туралы әңгіме жүргізіліп, науқас ақпарат алғаннан кейінгі ем қабылдауға берген келісіміне қол қояды (ТБ 14).

35. Емдеу барысында ай сайын науқастың салмағы өлшеніп, ТҚП мөлшері түзетіледі.

36. Осы Нұсқаулыққа 4-қосымшада бірінші қатардағы ТҚП дәрілік түрлері мен дозалары келтірілген.

37. Емдеу басталғанға дейін фертильді жастағы әйелдер ТҚП химиотерапия курсынан өту кезеңінде жүкті болмау туралы және контрацепцияның тиімді әсерлері туралы хабардар етіледі.

38. I санаттағы науқастарды емдеу:

1) қарқынды фаза туберкулез процесінің ауырлығы мен жайылуына сәйкес екі айдан төрт айға дейін жүргізіледі. Емдеу басталғанға дейін туберкулез микобактерияларының ТҚП дәрілік сезімталдығын анықтау үшін қақырыққа себінді зерттеуі жүргізіледі;

2) емдеу науқастың салмағына сәйкес мөлшерде тағайындалған төрт ТҚП-мен жүргізіледі: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z), этамбутол (E) немесе стрептомицин (S) басымдық этамбутолға беріледі. Стрептомицин екі айдан артық қолданылмайды;

3) екі ай аяқталғаннан кейін, ТМБ екі қайта зерттелген қақырық жағындысы теріс нәтижелі болған жағдайда ғана науқасты емнің қолдау фазасына ауыстыруға болады;

4) егер емнің екінші айының соңында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, қатты және сұйық қоректік орталардағы себінді зерттеу қайталанып, DST жүргізіледі де, емнің қолдау фазасы тағы бір айға созылады;

5) емнің үшінші айының соңында қақырық жағындысы екі рет теріс нәтижелі болса, науқас емнің қолдау фазасына ауыстырылады;

6) егер емнің үшінші айының соңында қақырық жағындысы оң нәтижелі болып сақталса, емнің қарқынды фазасы тағы бір айға созылады;

7) емнің төртінші айының соңында қақырық жағындысы екі рет теріс нәтижелі болса, науқас емнің қолдау фазасына ауыстырылады;

8) егер емнің төртінші айының соңында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса немесе бактерия бөлу қайтадан пайда болса, науқасқа "сәтсіз ем" деген ем нәтижесі қойылады;

9) КДТ бірінші қатардағы ТҚП-ға сезімдалдық сақталған кезде науқас ІІ санаттағы режимде емделу үшін қайта тіркелді. Расталған полирезистенттілік болған кезде екінші қатардағы ТҚТ емдеу үшін ІV санатқа ауыстырылды және оның емінің аяқталуы "ІV санатқа ауыстырылды" деп анықталды

10) егер науқаста КДТ ТБ және ДАТ ТБ анықталып, дәлелденсе, онда науқас ІІ санат бойынша ем тиімділігіне қарамастан, ІV санатқа ауыстырылып, оған "ІV санатқа ауыстырылды" деген ем нәтижесі анықталады;

11) қолдау фазасы төрт ай бойы екі дәрі - изониазид (Н) және рифампицинді (R) күнсайын (аптасына 3 рет) немесе күнделікті қабылдау тәртібінде жүргізіледі;

12) емдеу басталғанға дейін изониазидтке монорезистенттілік айқындалған кезде қолдау базасы этамбутолды қосумен жүргізіледі;

13) ТБ/АИТВ ко-инфекциясы бар науқастарға қолдаушы фаза күнделікті режимде жүргізіледі;

14) Аурудың ауыр жағдайлары кезінде қолдаушы фаза күнделікті немесе интермитацияланған режимде жеті айға дейін ұзартылуы мүмкін.

39. ІІ санаттағы науқастарды емдеу:

1) қарқынды фазасы туберкулез процесінің ауырлығы мен жайылуына қарай үш айдан бес айға дейін жүргізіледі. Ем басталғанға дейін қақырықты ДСТ-мен себінді зерттеу жүргізіледі;

2) екі ай ішінде емдеу науқастың салмағына сәйкес дозада тағайындалған бес дәрімен жүргізіледі: изониазид (Н), рифампицин (R), пиразинамид (Z), этамбутол (E) және стрептомицинмен (S). Кейіннен ем стрептомицинсіз, төрт дәрімен жалғастырылады: изониазид (Н), рифампицин (R), пиразинамид (Z) және этамбутолмен (E);

3) үш ай емдегеннен кейін, ТМБ екі қайта зерттелген қақырық жағындысы теріс нәтижелі болған жағдайда науқасты емнің қолдау сатысына ауыстыруға болады;

4) егер үшінші айдың соңында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, ДСТ қайталанып, емнің қарқынды фазасына тағы бір айға созылады;

5) егер төртінші айдың соңында қақырық жағындысы екі рет теріс нәтижелі болса, науқас емнің қолдау фазасына ауыстырылады;

6) егер төртінші айдың соңында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, емнің қарқынды фазасы тағы бір айға созылады;

7) бесінші айдың соңында қақырық жағындысы екі рет теріс нәтижелі болған жағдайда, науқас емнің қолдау фазасына ауыстырылады;

8) егер бесінші айдың соңында қақырық жағындысы оң нәтижелі болса, науқасқа "сәтсіз ем" деген ем нәтижесі анықталып, ол ІV санат бойынша тіркеледі;

9) егер ДСТ нәтижесі бойынша КДТ ТБ анықталса, науқас ІІ санат бойынша қабылдап жатқан емнің тиімділігіне қарамастан ІV санатқа ауыстырылып, оған " ІV санатқа ауыстырылды" деген ем нәтижесі анықталады;

10) емнің қолдау сатысы бес ай бойы күнсайын (аптасына 3 рет) немесе күнделікті изониазид (H), рифампицин (R) және этамбутолды (E) қабылдау арқылы жүргізіледі;

11) ТБ/АИТВ-қосарласқан жұқпасы бар науқастарға емнің қолдау фазасы дәрілерді күнделікті қабылдау тәртібінде жүргізіледі.

40. ТҚП ересектерге арналған тәуліктік мөлшері осы Нұсқаулыққа 5-қосымшасына сәйкес анықталуы тиіс.

41. КДТ ТБ растайтын ДСТ нәтижелерін алған кезде ІV санатқа қайта тіркеу және екінші қатардағы ТҚП тағайындау туралы мәселені шешу үшін науқастың медициналық құжаттамасын 5 жұмыс күні үшін ОДКК ұсынылады.

42. Туберкулезге шалдыққан АИТВ жұқтырған және жұқтырмаған науқастарды қарап-тексеру (анықтау, емдеу және бақылау) тәсілі және туберкулезге қарсы ем жүргізу режімі бірдей болып табылады.

43. Балалар мен жасөспірімдердегі туберкулезді емдеу схемалары ересектерді емдеу схемаларына ұқсайды.

44. Милиарлы туберкулез, туберкулезді менингит және сүйек-буын туберкулезіне шалдыққан балаларды емдеудің жалпы ұзақтығы 12 ай: І санаттағы науқастарды емдеудің қарқынды фазасы – 4 ай, қолдау фазасы – 8 ай; ІІ санат бойынша емнің қарқынды фазасы – 5 ай, қолдау фазасы – 7 ай.

45. Балаларды емдеу схемасында стрептомицин туберкулезді менингитті емдеуде және ІІ санат бойынша емдеу режімінде бастапқы 2 айда ғана қолданылады.

46. Өкпе және кеуде ішілік лимфа бездері туберкулезінің жайылған және асқынған түрлері (І және ІІ санаттар) бар балаларды қарқынды емдеу фазасы стационарда жүргізіледі, оның ұзақтығын ОДКК емдеудің стандартты схемаларына сәйкес шешеді.

47. Балалар мен жасөспірімдерде оң динамика мен бактериоскопиялық және өсінді зерттеулердің теріс нәтижелерімен бірінші қатардағы ТҚП ем жүргізу барысында туберкулездің клиникалық-рентгенологиялық өршу белгілері болмаған кезде емнің одан әрі тәсілін айқындау үшін ұлттық деңгейдегі мамандардың сырттай немесе көзбе-көз консультациясы уақтылы жүргізіледі.

48. Туберкулездің бактерия бөлусіз түрі анықталған балаларды емнің қолдау фазасына ауыстыру процестің рентгендік-томографиялық динамикасына негізделеді.

49. Емнің қолдау фазасын стационарда, санаториялық немесе амбулаториялық жағдайда жүргізу қажеттігін ОДКК шешеді.

50. Балаларға емнің қолдаушы фазасы күнделікті режімде жүргізіледі.

51. Емдеу барысында ай сайын балалардың салмағы өлшеніп, ТҚП фазасы түзетіледі.

52. 18 жасқа дейінгі балалардағы туберкулезді I және II санат режіміндегі бір құрамды туберкулезге қарсы препараттармен емдеу кезіндегі стандартты схемалар мен туберкулезге қарсы препараттың тәуліктік дозасы осы Нұсқаулыққа 6-қосымшаға сәйкес тағайындалады.

53. Туберкулезге қарсы терапия үзілген кезде осы Нұсқаулыққа 7-қосымшаға сәйкес шаралар қолданылады.

54. Патогенетикалық терапия химиотерапияның негізгі курсының аясында туберкулез процесінің фазасына, жеке көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерге сәйкес жүргізіледі.

55. Туберкулезбен ауыратын науқастарды хирургиялық емдеу ем курсы аяқталғанға дейін фтизиохирургтың консультациясынан кейін айғақтар бойынша жүргізіледі.

56. Өкпеден тыс туберкулезбен ауыратын науқастарды хирургиялық емдеу туберкулезді процестің асқынулары болған кезде емнің қарқынды фазасында жүргізіледі.

57. Туберкулезбен ауыратын науқастар емінің аяқталуы:

1) жазылды/сауықты - емнің соңындағы және кем дегенде оның алдындағы бір зерттеу кезінде қақырық микроскопиясы теріс нәтижелі болса;

2) ем аяқталды - науқас тағайындалған ТҚП барлық фазасын белгіленген мерзім ішінде қабылдады, бірақ "жазылды" немесе "сәтсіз ем" нәтижелерінің критерийлеріне сәйкес келмейді;

3) сәтсіз ем - егер науқаста:

ТМБ изониазид пен рифампицинге сезімталдығы сақталған жағдайда, DST нәтижелері белгісіз болса немесе полирезистенттілік анықталып, емнің 5-айында және одан кейін қақырық микроскопиясы оң нәтижелі болса;

қақырық жағындысының конверсиясынан кейін бактерия бөлу қайта жаңарса; басында теріс нәтижелі қақырық микроскопиясы емнің қарқынды кезеңінің соңында оң болып, МТБ изониазид пен рифампицинге сезімталдығы сақталса, DST нәтижелері белгісіз болса және полирезистенттілік анықталса;

басында теріс нәтижелі қақырық микроскопиясы емнің қолдау сатысында оң болса, DST нәтижесінің қандай болғанына қарамастан;

4) қайтыс болды – науқас ем алу барысында қандай да бір себептен қайтыс болса;

5) режім бұзу – науқас емді 2 ай және одан да ұзақ мерзімге үзсе;

б) ауыстырылды – науқас ТҚҰ бақылауынан басқа ТҚҰ бақылауына ТБ-09 және стационарлық немесе амбулаториялық медициналық картасынан

көшірмесімен ауысып, емінің нәтижесі әлі белгісіз болған жағдайдағы аралық нәтиже;

7) IV санатқа ауыстырылды – КДТ/ДАТ ТБ зертханалық дәлелденген науқас, өкпеден тыс туберкулезі бар науқаста КДТ/ДАТ ТБ күдіктену және КДТ ТБ науқаспен қарым-қатынаста болған балада бактерия бөлусіз туберкулез анықталса.

58. Өкпеден тыс туберкулезі бар науқастар мен бактерия бөлусіз өкпе туберкулезі бар балаларда "сәтсіз ем" нәтижесі клиникалық-рентгенологиялық зерттеулердің қорытындысына негізделеді.

59. Емнің табыстылығы – ем нәтижелері "жазылды" және "ем аяқталды" деп тіркелген жағдайлардың саны.

60. Туберкулез бойынша есепке алу-есеп беру құжаттары осы Нұсқаулыққа 8-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

6. Туберкулезбен ауыратын науқастарды стационарлық емдеу

61. Туберкулезге қарсы стационарларда науқастарды қақырық жағындысының микроскопиясы, ДСТ нәтижелері мен тағайындалған ем режиміне (бұдан әрі - эпидемиологиялық мәртебесіне) сәйкес келесі бейінді бөлімшелерге бөліп жатқызуды қамтамасыз ету керек:

1) рифампицинге сезімталдығы сақталған бактерия бөлуші науқастарға арналған бөлімше;

2) КДТ ТБ және ДАТ ТБ шалдыққан науқастарға арналған бөлімше;

3) арнайы ем қабылдамайтын, созылмалы туберкулезі бар бактерия бөлушілерге арналған бөлімше;

4) бактерия бөлмейтін науқастарға арналған бөлімше;

5) мәжбүрлі түрде ем жүргізуге арналған бөлімше. Бөлімше ішінде науқастар эпидемиологиялық мәртебесіне сәйкес бөлінеді.

Бактерия бөлуші науқастарға арналған әрбір бөлімше эпидемиологиялық мәртебе аудандастырылады. Дәріге сезімталдық мәртебесі белгісіз бактерия бөлуші науқастар ДСТ нәтижесі анықталғанға дейін бір орындық палатада оқшауланады.

62. Облыстық және республикалық деңгейде негізінен КДТ ТБ және ДАТ ТБ шалдыққан науқастар ауруханаға жатқызылады.

63. Ауданаралық туберкулезге қарсы ұйымдарға жатқызу негізгі патология бейініне сәйкес жүргізіледі.

64. ТҚҰ клиникалық бөлімшелері ТҚП дәріханалық қоймадан аптасына 1 рет алады және дәрілердің кем дегенде 3 күндік шығын мөлшері мен 14 күнтізбелік күндік шығын мөлшерінен аспайтын тұрақты қоры болуы тиіс.

65. Облыстық (өңірлік, қалалық) деңгейдегі ТҚҰ ТҚП кем дегенде 3 айлық шығын мөлшеріне сәйкес тұрақты қоры (резервті қоры) болуы тиіс.

7. Туберкулезбен ауыратын науқастарды амбулаториялық емдеуді ұйымдастыру

66. Амбулаториялық емдеу ТҚҰ диспансерлік бөлімдерінде, МСАК ұйымдарында немесе стационарды алмастыратын технологиялар жағдайында жүргізіледі.

67. Амбулаториялық емдеу бактерия бөлмейтін науқастарға жүргізіледі.

68. Бастапқыда бактерия бөлген науқастар кемінде 10 күнтізбелік күн интервалымен алынған кезеңділік микроскопиясының екі теріс нәтижесі алынғаннан кейін амбулаториялық емге ауыстырылады.

69. Бактерия бөлінетін науқас стационарлық емдеуден мүлдем бас тартқан кезде оған инфекциялық бақылау шараларын сақтау туралы хабардар ете отырып, қақырық жақпасының конверсиясына қал жеткізгенге дейін үйде бақыланатын ем ұйымдастырылады.

70. МСАК ұйымдары айына 1 рет аумақтық ТҚҰ-дан туберкулезге қарсы препараттар (бұдан әрі – ТҚП) алады және кемінде 7 күндік шығыстық препараттардың тұрақты ең төменгі қоры болады. Науқастарды амбулаториялық бақыланатын емдеуде ТҚП есепке алу және жұмсау ТҚП (ТБ 12) тіркеу журналында тіркеледі. ТҚП қозғалысы туралы есеп (ТБ 13) ай сайын ТҚҰ-ға ұсынылады.

71. Амбулаториялық емге ауыстырғанға дейін 10 күнтізбелік күн бұрын бөлінген режимде ТҚП қабылдайтын науқас 5-топтың ТҚП қоспағанда бір реттік қабылдауға ауыстырылады.

72. Науқасты амбулаториялық емдеуге ауыстырғанға дейін 10 күнтізбелік күн ішінде емдеуші дәрігер және бөлімше меңгерушісі емдеуді жалғастыру жағдайы: ҮБЕ өткізу орны, ТҚП болуы, жанама әсерлерді диагностикалау және емдеу мүмкіндігі, әлеуметтік көмек көрсету түрі туралы ақпаратты нақтылайды.

73. Амбулаториялық емдеуге жіберу кезінде ТҚҰ немесе МСАК ҮБЕ кабинетіне ТБ01 немесе IV санатындағы ТБ 01 картасы беріледі.

74. МСАК химизаторы дәрігерді амбулаториялық емге алғаш келген туберкулезбен ауыратын науқас туралы хабардар етеді.

75. 10 күнтізбелік күнде кемінде 1 рет арнайы ем алатын туберкулезбен ауыратын науқастарды айғақтар бойынша – ТҚҰ немесе МСАК ұйымдарының учаскелік дәрігерлер тікелей-бақылау емдеу жүргізу орнына қарамастан жиі қарап, тексереді.

76. ТҚҰ немесе МСАК ұйымдарының диспансерлік бөлімшелерінде арнайы ем алатын туберкулезбен ауыратын науқастардың ТҚП жанама әсерлері мен қосалқы ауруларының себебі бойынша симптоматикалық және патогенетикалық емдеу жағдайлары көзделген.

77. Жоғары қауіп тобының туберкулезбен ауыратын науқастарына барлық емдеу курсы бойы психоәлеуметтік қолдау көрсетіледі.

8. Диспансерлік есепке алуды ұйымдастыру

78. Диспансерлік есепке алу және бақылау төмендегі топтар бойынша жүргізіледі:

- 1) нөлдік топ (0) – туберкулез ауруының белсенділігінің күмәні бар адамдар;
- 2) бірінші топ (I) – белсенді туберкулезі бар науқастар;
- 3) екінші топ (II) – туберкулез ауруының белсенділігі жоқ адамдар;
- 4) үшінші топ (III) – туберкулезбен ауыру қаупі жоғары адамдар.

79. (0) топта төмендегілер бақыланады:

1) МСАК ұйымдарында жүргізілген стандартты диагностикалық алгоритмнен кейін өкпедегі немесе басқа ағзалардағы туберкулез ауруының белсенділігін жоққа шығару және анықтау мүмкін болмаған туберкулезге күдік туғызатын адамдар;

2) ТҚҰ диспансерлік есепке алынбаған, туберкулинге сезімталдық сипаттамасын нақтылап анықтауды және ауруды ажыратып, анықтауды талап ететін балалар.

80. 0 топта бақыланатын адамдарға зертханалық, клиникалық, рентгенологиялық, аспаптармен қарап тексеру және басқа да зерттеу әдістері, туберкулинмен диагноз қоюды қоса жүргізіледі (2 ТБ (туберкулин бірлікті) Манту сынамасы оң нәтижелі болған балаларда "ДИАСКИНТЕСТ®" қолданылады). Өкпеден тыс туберкулез түрлері бар науқастарда туберкулездің белсенділігі басқа клиникалық-зертханалық әдістерімен дәлелденеді.

81. 0 топта бақыланатын адамдарға ТҚП қолдануға тыйым салынған. Бақылау мерзімі – 4 айға дейін. Науқаста туберкулездің белсенділігі түрі анықталса, ол I топқа ауыстырылады. ТМБ жұғуы салдарынан туберкулин сынамасының нәтижесі оң болса, бала III Б тобына ауыстырылады.

82. I топта кез келген ағзада шоғырланған белсенді туберкулезі бар бактерия бөлетін не бөлмейтін науқастар бақыланады:

- 1) I А - ТБ алғаш рет шалдыққандар (I санат);
- 2) I Б - ТБ қайталанған жағдайлары (II санат);
- 3) I В – дәрігерге көнбейтін ТБ (IV санат) жағдайлар;
- 4) I Г-науқастар;

"емнің сәтсіздігімен" аяқталған екінші және/немесе үшінші қатардағы ТҚП емдеу курсы аяқтағандар;

ТҚП толық көнбейтіндігінің нәтижесінде "емнің сәтсіздігі" емінің аяқталуы бар бактерия бөлінетін науқастар.

83. ОДКК бактерия бөлінудің тоқтауы туралы қорытындысынан кейін науқас бактерия бөлуші ретінде эпидемиологиялық есептен алынады.

84. IA, IB және IB топтарында бақыланатын науқастарға санаттарына сәйкес стандартты кестелер бойынша ем жүргізіледі. Туберкулезге шалдыққан науқастарды диспансерлік бақылау (топтардың сипаттамасы, бақылау мерзімі, қажетті шаралар мен нәтижелері) осы Нұсқаулыққа 9-қосымшаға сәйкес жүргізіледі. Емнің нәтижесі "жазылды" немесе "ем аяқталды" деп анықталса, науқас II диспансерлік есеп тобына ауыстырылады.

85. I Г тобында бақыланатын науқастарға ТҚП ем жүргізілмейді. Көрсеткіштеріге сәйкес симптоматикалық (патогенетикалық) ем, коллапсотерапия мен хирургиялық ем әдістерін қоса, қолданылады.

86. II топта ем курсы сәтті аяқталған туберкулездің белсенділігі жоқ адамдар бақыланады.

87. Туберкулез процесінің рецидиві туындаған кезде науқас алдыңғы емдеу эпизодына қарамастан I Б немесе I В ДЕ тобына ауыстырылады.

88. III топта туберкулезбен аурудың жоғары қаупі бар адамдар байқалады және мынадай топтарға бөлінеді:

1) III А:

туберкулездің белсенді түріне шалдыққан науқастармен қарым-қатынастағы адамдар;

туберкулездің белсенді түріне шалдыққан бактерия бөлуші/бөлмейтін

89. Туберкулезге шалдыққан науқастардың нақты тұратын мекенжайы, оқу орны, әскери қызметін өтеу орны, түзету мекемесінде болуы ескеріле отырып, ТҚҰ есепке және диспансерлік бақылауға алынады (тұрақты тіркелген мекенжайына қатыссыз).

90. Науқастың мекенжайы өзгерген жағдайда, оның жаңа мекенжайы бойынша бақылайтын фтизиатр дәрігер науқасты күнтізбелік 10 күнтізбелік күн ішінде ДЕ тіркейді.

91. Науқас 1 жыл бойы диспансерлік бақылаудан қол үзген болса және де Қазақстан Республикасы Ішкі істер министрлігінің аумақтық органдары берген науқасты іздестіру сәтсіз болды деген құжаттар негізінде ТҚҰ диспансерлік бақылаудан шығарады.

9. Туберкулезбен аурып тұрған адамдарды жұмыс істеуге және оқу оқуға жіберу тәртібі

92. Туберкулезге шалдыққан науқастарға жұмыс істеуге және оқуға рұқсат беру туралы медициналық қорытындыны ТҚҰ ОДКК береді.

93. Туберкулезге шалдыққан мынадай науқастарға оқуға немесе жұмыс істеуге рұқсат беріледі:

1) I, II және IV санаттарының режімінде емдеудің толық курсы "Жазылды" немесе "Ем аяқталды" деген ем нәтижесімен сәтті аяқтағандар;

2) шектелген процесі бар бактерия бөлмейтін немесе тұрақты қақырық конверсиясы анықталған емдеу санаты мен фазасына қарамастан амбулаториялық ем қабылдап жүрген, жалпы жағдайы қанағаттанарлық, ТҚП жақсы көтетеретін және ТҚП бақылаулы қабылдауға бейім науқастарға ОДКК шешімімен перзентханалар (босану бөлімшелері), балалар ауруханалары (бөлімшелері), жаңа туған және шала туған нәрестелер патологиясы бөлімшелерінің, мектепке дейінгі мекемелердің (балабақшалар мен бөбекжайлар, балалар үйлері, балалар санаторилері) қызметкерлері мен мектептердің бастауыш сынып оқушыларынан басқаларға оқуға немесе жұмыс істеуге рұқсат беріледі.

94. Ведомстволық ұйымдардың қызметкерлері (Қорғаныс министрлігі, Ішкі істер министрлігі), арнайы мемлекеттік органдардың (Ұлттық Қауіпсіздік Комитеті, сыртқы барлау саласындағы уәкілетті орган, Қазақстан Республикасының мемлекеттік қорғау қызметі) жұмыскерлері мен қызметкерлері, I, II және IV санаттарының режімінде емдеудің толық курсы "Жазылды" немесе "Ем аяқталды" деген ем нәтижесімен сәтті аяқтағандар ОДКК шешімінің негізінде жұмысқа жіберіледі.

10. 2 ТБ туберкулинді Манту сынағасы

95. Манту сынағасын жүргізу мақсаты:

1) МТБ алғаш рет жұқтырғандарды және туберкулинге гиперергиялық реакциясы бар балалар мен жасөспірімдерді анықтау;

2) БЦЖ вакцинасы мен ревакцинасына контингентті іріктеу;

3) ауруды ерте анықтау үшін.

96. Манту сынағасының нәтижесі 72 сағаттан кейін инфильтрат (папула) көлемінің қанша миллиметр (бұдан әрі – мм) екендігін миллиметрлік бөліктері бар сызғышпен өлшеп, білек осіне көлденең жатқан көлемін тіркеу арқылы бағаланады. Инфильтрат болмаған жағдайда гиперемия/қызару көлемі өлшеніп, тіркеледі.

97. Жоспарлы тері ішілік БЦЖ вакцинациясы (ревакцинациясы) жағдайында туберкулинді Манту сынағасы инфекциялық аллергияны да, вакцинадан кейінгі аллергияны да анықтайды. Сараланған диагностика кезінде аллергия сипаты мынадай кешенде ескеріледі:

- 1) оң туберкулинді реакцияның қарқындылығы;
- 2) вакцинадан кейінгі тыртықтардың болуы және көлемі;
- 3) БЦЖ еккенен кейін өткен мерзім (вакцинадан кейінгі 5 жыл ішінде вакцинадан соң аллергия болуы мүмкін);
- 4) туберкулезге шалдыққан науқаспен қарым-қатынастың болу-болмауы;
- 5) аурудың клиникалық белгілерінің болуы.

98. Вакцинадан кейінгі аллергияға күмәнді немесе папула көлемі 5-11 мм оң реакцияларды сипаттайды.

99. Гиперергиялық реакциялар вакцинадан кейінгі аллергияға жатпайды.

100. Туберкулинге сезімталдық түрін ажыратуда қиындықтар болған кезде, парааллергиялық реакцияларды анықтау үшін балалар фтизиатры-дәрігернің бақылауымен ("0" диспансерлік есеп тобында) жалпы тәжірибе мамандары балаларда емдеу-профилактикалық іс-шараларды міндетті түрде жүргізуі тиіс (гипосенсибилизация, инфекция ошақтарын санациялау, дегельминтизация – созылмалы аурулар кезінде ремиссия кезеңіне жеткенге дейін). Туберкулинге сезімталдық этиологиясын ажырату мақсатында сараланған диагностика жүргізу кезінде ТҚҰ баланың екінші білегіне "ДИАСКИНТЕСТ®" жасалады. ТМБ жұққандар қатарына 2 ТБ Манту сынамасына сезімталдық динамикасы туралы сенімді ақпарат анықталған мына балалар жатқызылады:

1) алғаш рет анықталған оң реакция (көлемі 5 мм және одан үлкен папула), БЦЖ вакцинасымен иммундаумен байланыссыз (туберкулин сынамасының виражы);

2) тұрақты (4-5 жыл бойы) сақталатын көлемі 12 мм және одан үлкен көлемді инфильтрат түріндегі реакция;

3) 1 жыл ішінде туберкулинге сезімталдықтың күрт күшеюі (6 мм және одан астам) (туберкулин сынамасы оң әсері бар балаларда).

101. 2 ТБ Манту сынамасы бойынша алғаш рет анықталған оң және гиперергиялық туберкулинді реакциясы бар балалар фтизиатры-дәрігеріне толық қаралып тексерілуге жіберіледі. Туберкулинге оң реакциясы бар балаларды толық қарап тексеру кезеңі 1 айдан аспауы тиіс.

102. ТҚҰ балаларға ТМБ қосымша жұғуының алдын алу мақсатында балалар фтизиатры-дәрігері балалар емханасы жағдайында консультация жүргізеді.

103. "ДИАСКИНТЕСТ®" препараты 2 ТБ Манту сынамасы оң болған жағдайда ТҚҰ ғана қолданылады:

туберкулез инфекциясын анықтау үшін;

туберкулезді басқа туберкулезді емес аурулардан саралап диагностикалау үшін;

вакцинадан кейінгі және инфекциялық аллергияны саралап диагностикалау үшін;

туберкулез процесінің белсенділігін анықтау үшін.

104. "ДИАСКИНТЕСТ®" БЦЖ ревакцинасына (вакцинасына) балаларды іріктеу үшін қолданылмайды.

105. Манту сынамасы мен "ДИАСКИНТЕСТ®" реакциялары:

теріс – инфильтраттың және гиперемияның болмауы немесе "инемен шаншу реакциясының" болуы;

күмәнді – инфильтрат көлемі 2-4 мм болса немесе кез-келген көлемді инфильтратсыз гиперемия ғана анықталса;

оң – 5 мм және одан астам диаметрлі инфильтрат анықталса;

гиперергиялық –15 мм және одан астам диаметрлі инфильтрат немесе везикула-некроздық өзгерістер және/немесе лимфангоит, лимфаденит анықталса, инфильтрат көлемі есепке алынбайды.

106. "ДИАСКИНТЕСТ®" бойынша алғаш рет оң (нормергиялық және гиперергиялық) реакция анықталған балада шоғырланған туберкулез анықталмаған жағдайда оған "туберкулез микобактерияларының жұғуы, алғаш рет анықталған" диагнозы қойылып, химиопрофилактикалық ем тағайындалады.

107. 2 ТБ Манту сынамасы алғаш рет оң және гиперергиялық болған балаларда "ДИАСКИНТЕСТ®" нәтижесі теріс болған жағдайда олар III ДЕ тобына бақылауға алынады, бірақ оларға химиопрофилактикалық ем жүргізілмейді.

108. "Туберкулез микобактерияларын жұқтыру, алғаш рет анықталған" диагнозы қойылған балалар III ДЕ тобына бақылауға алынады.

109. Туберкулинге және/немесе "ДИАСКИНТЕСТ®"-ке қайтадан гиперергиялық реакциясы бар балалар шоғырланған туберкулезді процесті анықтау мақсатында жан-жақты қарап тексеріледі. Шоғырланған туберкулезді өзгерістер анықталмаған жағдайда, мұндай балалар диспансерлік есепке алуға және қайтадан химиопрофилактика жүргізуге жатпайды.

110. 2 ТБ Манту сынамасын бойынша қарап тексеруге мына балалар жатады: "қауіп" тобындағы балалар,

туберкулез ошақтарына шыққан балалар мен жасөспірімдер, вакцинация және ревакцинация алдындағы 2 айдан асқан балалар.

111. Туберкулезбен ауыру бойынша "қауіп" тобына:

әлеуметтік жағдайы төмен отбасынан шыққан (табысы аз және көп балалы, ата-анасы – жұмыссыздар, бас бостандығынан айыру орнынан шыққандар, маскүнемдіктен, нашарлықтан зардап шегетіндер, АИТВ-жұқтырғандар, тұрақты мекенжайы жоқтар, мигранттар);

жөтелі ұзақ (2 аптадан астам) және үдемелі интоксикация белгілері (субфебрилитет, тершендік, тәбеті мен дене салмағының төмендеуі, ашушаңдық, әлсіздік және т.с.с.) бар амбулаториялық немесе стационарлық емдеуде жатқан;

эртүрлі аурулармен педиатрда диспансерлік есепте тұрған;
жабық оқу орындарының (мектеп-интернаттар, мүгедек балалар мен жас қылмыскерлерге арналған арнайы мектептер) контингенті;

БЦЖ вакцинациясы жасалмаған және вакцинадан кейінгі тыртық пайда болмаған;

иммунносупрессивті ем қабылдап жүрген балалар (глюкокортикоидтар, иммунодепрессанттар, цитостатиктер, гендік-инженерлік биологиялық препараттар) жатады.

112. Учаскелік педиатр, жалпы тәжірибе дәрігері (бұдан әрі – ЖТД) баланың даму тарихнамасына (№ 112/е үлгісі) эпикриз толтырады - қауіп факторын көрсете отырып, баланы туберкулез бойынша "қауіп" тобына алуды дәлелдеу. Қауіп тобын учаскелік педиатр (ЖТД) қызмет өрсететін барлық балаларға қалыптастырады.

113. ТБ шалдыққан науқаспен қарым-қатынастағы, алғаш рет тексергенде 2 ТБ Манту сынамасы теріс нәтижелі болған балаларға сынама 8-10 аптадан кейін қайта жасалады.

114. БЦЖ ревакцинациясына балаларды іріктеу мақсатында 2 ТБ Манту сынамасы 6 жастағы балаларға (1-сынып) мектепте, оқу жылының бірінші айында (қыркүйек) жасалады. Бұл айда мектепте басқа екпелерді жүргізу уақытша тоқтатылады. Манту сынамасы алдындағы екі айлық үзіліс кезеңін сақтау мақсатында, АДС және ККП вакциналарының ревакцинациясы оқу жылына дейін екі ай бұрын жасалады.

115. 2 ТБ Манту сынамасы мен "ДИАСКИНТЕСТ®" арнайы оқытылған медицина қызметкерлері жасайды.

116. Ұйымдастырылған ұжымдарда (мектеп, мектепке дейінгі мекеме) арнайы оқытылған медицина қызметкерлері болмаған жағдайда туберкулинмен диагноз қоюды емхана мейіргері жүргізеді, балалар мекемелеріне бару кестесі мен құрамы МСАК ұйымының басшысының бұйрығымен бекітіледі.

117. Ерте шақтағы және мектеп жасына дейінгі ұйымдаспаған балаларға 2 ТБ Манту сынамасын МСАК мекемелерінде жасалады.

118. "Туберкулез микобактерияларының жұғуы, алғаш рет анықталған" диагнозы қойылған балаларға басқа профилактикалық екпелер бақылаулы химиопрофилактика курсы аяқталған соң жасалады.

119. ТҚҰ балалар фтизиатр-дәрігері Манту сынамасы мен/және "ДИАСКИНТЕСТ®" жүргізуге әдістемелік басшылық етеді.

120. Манту сынамасы мен/және "ДИАСКИНТЕСТ®" нәтижелері профилактикалық екпелер картасына (№ 063/е үлгісі), баланың медициналық картасына (№ 026/е үлгісі), баланың даму тарихнамасына (№112/е үлгісі) тіркеледі және де төмендегілер жазылады:

стандартты туберкулин мен/және "ДИАСКИНТЕСТ®"-ті шығарған мекеме, сериясы, бақылау нөмірі мен оның жарамдық мерзімі;
туберкулин сынамасы мен/және "ДИАСКИНТЕСТ®"-ті жүргізген күн;

Манту сынамасы мен/және "ДИАСКИНТЕСТ®"-тің нәтижесі фильтрат немесе гиперемияның көлемін миллиметрмен өлшеу арқылы жазылады, ал инфильтрат және гиперемия болмаса – теріс деп тіркеледі.

121. Манту сынамасы мен "ДИАСКИНТЕСТ®" жүргізудің қарсы көрсеткіштері:

туберкулинді дербес көтере алмаушылығы (абсолютті);

жедел және созылмалы жұқпалы аурулар (өршу кезеңі) және соматикалық аурулар, туберкулез ауруына күдік тудыратын жағдайлардан басқа;

жайылған тері аурулары;

аллергиялық жағдайлар (өршу кезеңі);

эпилепсия.

122. Аурудың барлық клиникалық белгілері басылғаннан кейін екі айдан соң Манту сынамасын жүргізуге болады.

123. Манту сынамасын жүргізбес бұрын дәрігер (мейіргер) қарсы көрсеткіштерді анықтау мақсатында медициналық құжаттармен танысып, сынама жүргізілетін балаларға сұрақ қойып, оларды қарап тексереді.

124. Балалар инфекциясы бойынша карантин жарияланған балалар ұжымында Манту сынамасы мен "ДИАСКИНТЕСТ®" жүргізуге болмайды (карантин аяқталған соң жасалады).

125. "Қауіп" тобындағыларға туберкулин диагностикасы әртүрлі жұқпаларға қарсы профилактикалық екпелерді жүргізуге дейін жоспарланады.

126. "Қауіп" тобындағыларда Манту сынамасы қандай да бір себептермен әртүрлі профилактикалық екпелерді жүргізгеннен кейін жасалған жағдайларда, туберкулинмен диагноз қою екпелерден кейін екі айдан соң жүргізіледі.

127. Туберкулинді Манту сынамасы мен/немесе "ДИАСКИНТЕСТ®"-ті үйде жасауға болмайды.

128. Туберкулез ошақтарындағы балаларға Манту сынамасы және/немесе "ДИАСКИНТЕСТ®" туберкулезге қарсы күрес жүргізу ұйымдарында жасалады.

129. АИТВ-инфекциясы бар балалар мен жасөспірімдердегі теріс немесе күмәнді Манту реакциясы ТМБ жұғуының ғана емес, белсенді туберкулез процесінің болуын да жоққа шығармайды. Сондықтанда АИТВ-инфекциясы бар балаларға Манту сынамасы жасалмайды.

130. Манту сынамасы алғаш рет оң не гиперергиялық болған балаларға аурудың кімнен жұққандығын анықтау мақсатында олардың ата-анасы мен бірге тұратын барлық адамдар туберкулезге тексеріледі.

11. БЦЖ вакцинасын қолдану

131. БЦЖ вакцинасы лиофильді кептірілген, теріішіне енгізуге арналған, БЦЖ вакциндық штаммының (вируленттігі төмендетілген, иммуногендік қасиеттері басым) тірі микобактериялары. Препарат туберкулез ауруының арнайы белсенді профилактикалауға арналған. Вакцинаның қасында мөлдір, түссіз, бөгде қоспалары жоқ, стандартты еріткіші болады.

132. Вакцинация нәрестелерге туғаннан кейінгі алғашқы 1-4 күндері анасына вакцинациядан бас тартудың салдары және болуы мүмкін реакциялар мен асқынулар туралы түсіндіргеннен кейін, анасының қатысуымен және жазбаша түрде келісім бергеннен соң перзентханада егу бөлмесінде жасалады. Нәрестелерді педиатр -дәрігерқарап тексеріп, нәрестенің даму сырқатнамасына (№ 097/е үлгісіне) екпе жасауға рұқсатын рәсімдеген соң, нәрестелер вакцинацияға жіберіледі. Вакцинацияны егу бөлмесінің екпе жасауға рұқсаты бар мейіргері жүргізеді. Нәрестенің анасы денсаулық жағдайына байланысты егу бөлмесіне келе алмаса, оның жазбаша түрде рұқсаты бойынша медицина қызметкері қатысады. Перзентханадан шығармас бұрын нәрестенің анасына осы Нұсқаулыққа 10-қосымшасына сәйкес перзентханада жасалған екпелер туралы ақпарат жазылған "Екпе паспорты" беріледі.

133. БЦЖ вакцинасын қолдану тәсілі мен мөлшері:

1) вакцинасы бар ампулаларды ашпас бұрын мұқият тексереді, келесі жағдайларда препаратты қолданбайды:

ампулада этикетканың болмауы немесе оның дұрыс толтырылмауы;

жарамдық мерзімінің өтіп кетуі;

ампула жарылған болса не кетігі болса;

препараттың физикалық қасиеттері өзгерген болса (түсі, түрі өзгерсе және т.с.с.);

препарат ерітіндісінде бөгде қоспалар немесе вакцинаға нұсқаулықта көрсетілген мерзімде ерімейтін үлпектер/қауыздар болса;

2) БЦЖ вакцинасы сол жақ иықтың сыртқы бетінің жоғарғы және ортаңғы үштен бір бөліктерінің шекарасында нұсқаулықта аталған мөлшерде тек қана тері ішіне егіледі.

134. Келесі жағдайларда БЦЖ вакцинациясын жасауға қатаң тыйым салынады:

бірінші дәрежелі туысқандығы бар адамдарда генерализацияланған БЦЖ инфекциясы анықталса;

адамның иммундық тапшылық вирусы немесе жүре пайда болған иммундық тапшылық синдромы болса;

шала туылған бала – салмағы 2000 граммнан аз немесе гестациялық мерзімі 33 аптадан кем болса;

орталық нерв жүйесі (бұдан әрі – ОНЖ) зақымдануы болса – босану кезіндегі жарақаттар неврологиялық симптоматикамен (орташа ауырлықтағы және ауыр дәрежелі);

күрсақ ішілік инфекция, жаңа туылған нәрестелердің сепсисі болса;

жаңа туылған нәрестелердің гемолитикалық ауруы (ауыр және орташа ауырлықтағы түрлері) болса;

субфебрильді температура және баланың жалпы жағдайының бұзылуымен өтетін орташа ауырлықтағы және ауыр түрдегі аурулар болса.

135. Перзентханада БЦЖ вакцинациясы жасалмаған балаларға МСАК мекемелерінде вакцинация жасалады және де екі айға дейін вакцинация алдында туберкулинді сынама жүргізілмейді де, екі айдан асса – Манту сынамасының теріс нәтижесінде ғана.

136. Вакцинация жасалған және перзентханадан шығысымен бактерия бөлушімен қарым-қатынас жағдайына түсетін балаларды жаңа туылған нәрестелерді күту бөлімшелерінде немесе сәбилер үйінде кем дегенде 2 ай бойы оқшаулау қажет (туберкулезге шалдыққан науқасты оқшаулау мүмкін болмаған жағдайда).

137. БЦЖ вакцинасы егілмеген нәресте перзентханадан отбасы мүшелерінің барлығы туберкулез ауруына тексерілгендігі туралы МСАК мекемесі берген анықтама негізінде ғана шығарылады.

138. Егер сәбидің анасы туберкулездің белсендігі түріне шалдыққан болса, нәрестені 3 ай бойы химиопрофилактика жүргізу үшін оқшаулайды. Содан кейін 2 ТБ Манту сынамасы жасалады. Манту сынамасы оң нәтижелі болса, изониазидпен химиопрофилактика 6 айға дейін созылады. Манту сынамасы теріс нәтижелі болса, БЦЖ вакцинасы егіліп, анасынан иммунитет түзілгенге дейін тағы 2 ай бойы оқшауланады.

139. Егер анасындағы өкпелік туберкулез босанар алдында анықталған болса, нәресте (мүмкін болса сәбидің жолдасы/плацента да) туа біткен туберкулезге тексерілуі тиіс.

140. Егер нәресте өкпелік туберкулезі бар бактерия бөлуші анадан туылған болса, химиопрофилактикалық ем 6 ай бойы жүргізіледі де, кейін 2 ТБ Манту сынамасы теріс нәтижелі болса, БЦЖ вакцинациясы жасалады.

141. БЦЖ ревакцинациясы:

дені сау ТМБ жұқпаған Манту сынамасы теріс нәтижелі 6 жасар (1-сынып) балаларға жасалады;

күмәнді реакциясы бар балаларға 2 ТБ Манту сынамасы 3 айдан кейін қайта жүргізіліп және оның нәтижесі теріс болған жағдайда БЦЖ ревакцинациясы жасалады;

ревакцинацияны МСАК мекемелерінің медицина қызметкерлері жүргізеді, мектептерде, республика бойынша бір уақытта 6 жасар оқушылар арасында (1-сынып) оқу жылының бірінші айында (қыркүйек) ұйымдастырылады. Бұл айда мектепте басқа екпелерді жасауға тыйым салынады. Қолданылмай қалған БЦЖ вакцинасының қалдықтары облыстық, қалалық және аудандық денсаулық сақтау басқармаларының қоймасына қайтарылады. БЦЖ вакцинасын перзентханаларда (босану бөлімшелерінде) ғана тұрақты түрде құлыптанатын бикстерде және тоңазытқышта сақтауға рұқсат етіледі;

Манту сынамасы мен БЦЖ ревакцинациясы аралығы - үш күннен кем және екі аптадан артық болмауы тиіс. Медициналық қарсылықтар болған жағдайда ревакцинация қарсы көрсеткіштер жойылғаннан кейін бірден жасалады.

142. БЦЖ ревакцинациясының қарсы көрсеткіштері:

- 1) ТМБ жұққандығы немесе бұрын туберкулезбен ауыруы;
- 2) Манту сынамасының оң және күмәнді болуы;
- 3) БЦЖ вакцинациясының жанама әсерлерінің болуы;
- 4) бірінші дәрежелі туысқандығы бар адамдарда генерализацияланған БЦЖ инфекциясының болуы;
- 5) АИТВ-инфекциясы;
- 6) иммундық тапшылық жағдайлары, қатерлі ісіктер;
- 7) жедел жұқпалы және жұқпалы емес аурулар, созылмалы аурулардың өршу кезеңі, аллергиялық ауруларды қоса. Аурудан жазылғаннан немесе ремиссиядан кейін екі айдан соң ревакцинация жасалады.

Екпелерден уақытша босатылған балаларды есепке алып, олар толық сауыққаннан немесе қарсы көрсеткіштер жойылғаннан кейін ревакцинация жасалады.

143. БЦЖ вакцинасын екеннен кейінгі реакция төмендегідей болады:

1) БЦЖ екпесіне жалпы организм жауап береді. Аймақтық лимфа бездерінің 15-20 мм-ге дейін ұлғаюы арқылы организм жалпы реакция беруі мүмкін, бұл қалыпты реакция болып саналады және бірнеше айдың ішінде өз бетінше қалпына келеді;

2) аумақтық лимфа бездерінің 20 мм және одан да үлкен болып ұлғаюы БЦЖ вакцинациясының асқынуы болып саналады және ондайда арнайы ем жүргізіледі ;

3) БЦЖ вакцинасын екеннен кейін папула пайда болып, 15–20 минуттен кейін сорылып кетеді;

4) вакцина жасалғандардағы вакцинациядан кейінгі жергілікті екпе реакциясы 4-6 аптадан кейін ғана пайда бола бастайды, ал ревакцинация жасалғандарда бір аптадан кейін басталуы мүмкін. Бұл уақытта вакцина енгізілген жерде гиперемия мен диаметрі 5-9 мм инфильтрат (папула) пайда болады. Кейіннен инфильтрат везикулаға, пустулаға ауысып, кейін қабыршық пайда болады да, ол өз бетімен түсіп қалып, орнында тыртықша түзіле бастайды. Аталған реакциялар қалыпты болып саналады және қандай да бір дәрілік заттармен емдеуді қажет етпейді.

144. Нәресте перзентханада болған уақытта дәрігер (мейірбике) тері ішілік вакцинациядан 4-6 аптадан кейін жергілікті екпе реакциясы пайда болатынын және сол кезде баланы учаскелік дәрігер-педиатрға көрсету керектігін оның анасына айтады.

145. Вакцинация (ревакцинация) жасалған балаларды МСАК жүйесінде педиатр-дәрігерлер немесе ЖТД бақылайды. Содан соң жүйелі түрде 1, 3, 6, 12 айдан кейін жергілікті екпе реакциясын тексеріп, оның сипаттамасы мен көлемі Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген 063е, 026е, 112е есепке алу нысандарында тіркеледі (Қазақстан Республикасының мемлекеттік нормативтік құқықтық актілер Реестірінде № 6697 болып тіркелді).

146. Осы уақытта шеткі лимфа бездерінің реакциясы да бақыланады.

147. БЦЖ вакцинациясы мен ревакцинациясының ақтық нәтижесі екпеден кейінгі 1 жылдан соң тыртықшаның көлемі бойынша бағаланады. Диаметрі 5-8 мм тыртықша ең оңтайлы болып саналады. Өте сирек жағдайда БЦЖ вакцинасын енгізген жерде пигментті дақ пайда болады.

148. Жергілікті екпе реакциясы болмаған жағдайда (тыртықшаның болмауы) балалар міндетті түрде есепке алынып, 6 айдан кейін алдын ала Манту сынамасын жүргізбестен, 1 жылдан соң – Манту сынамасының теріс нәтижесінде қайта (тек бір рет) егіледі (толық вакцинациялау).

149. Сирек жағдайларда БЦЖ вакцинасын енгізгенде төмендегі мынадай нысандағы түрде жергілікті екпе реакциялары болуы мүмкін:

- аймақтық лимфаденит;
- тері астылық суық абсцесс;
- беткей жара;
- келоидты тыртық;
- сүйек жүйесінің зақымдануы (оститтер).

БЦЖ вакцинасына жанама әсерлер байқалған балаларда осы Нұсқаулыққа 11-қосымшасына сәйкес ем жүргізіледі.

150. БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқынуларда "ДИАСКИНТЕСТ®"-ке реакция теріс болады.

151. Фтизиатр вакцинацияның жанама әсерлерін жан-жақты клиникалық, рентгенологиялық, зертханалық тексеру және ДИАСКИНТЕСТ®-ке теріс реакция негізінде анықтайды. БЦЖ вакцинасын енгізгенге реакция анықталған соң, медицина мекемесінің бастығын анықталған жанама әсерлер туралы хабардар етіп, аумақтық Тұтынушылардың құқығын қорғау департаментіне, облыстық туберкулезге қарсы күрес диспансеріне (бұдан әрі - ОТҚП), Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Туберкулез проблемалары ұлттық орталығына (бұдан әрі – ТПҰО) хабарлама жолдау керек.

152. Реакцияның сипаттары туралы ақпарат 063/е, 026/е, 112/е есепке алу үлгілерінде тіркеледі. Реакциясы бар барлық балаларға карта толтырылады.

153. БЦЖ вакцинасына жанама әсерлері байқалған балалар III В диспансерлік есеп тобында 1 жыл бойы бақыланады.

154. Есепке алу және есептен шығару кезінде келесі тексерулерді жүргізу қажет: қан мен зәрдің жалпы талдамасы, кеуде қуысы ағзаларының рентгенографиясы, қосымша (есептен шығару кезінде) – Манту сынамасы мен "ДИАСКИНТЕСТ®".

155. Туберкулезге қарсы профилактикалық екпелер (БЦЖ вакцинациясы мен ревакцинациясы), 2 ТБ Манту сынамасы және "ДИАСКИНТЕСТ®" оларға қоса берілген нұсқаулықтарға сәйкес жүргізіледі.

12. 18 жасқа дейінгі АИТВ-инфекциясы бар балаларда арнайы профилактика жүргізу

156. АИТВ-инфекциясы бар аналардан туған нәрестелер АИТВ-инфекциясының клиникалық белгілері болмаған және басқа қарсы айғақтар болмаған жағдайда күнтізбелік мерзімге сәйкес БЦЖ вакцинасының стандартты мөлшерімен тері ішіне бір рет егіледі.

157. АИТВ-инфекциясы бар аналардан туылған және күнтізбелік мерзімге сәйкес егілмеген нәрестелер өмірінің 4 аптасы ішінде (жаңа туылған нәресте кезеңіде) алдын ала Манту сынамасын жүргізбей-ақ егіледі. Төрт апта өткеннен кейін БЦЖ вакцинасын егуге болмайды, өйткені генерализацияланған БЦЖ инфекциясы дамуы мүмкін. Вакцинациядан кейінгі белгі (тыртық) пайда болмаған балаларға 12 айға толғанға дейін, кейде 15-18 айға дейін (АИТВ жұққандығы толық анықталғанға дейін) БЦЖ вакцинасы қайта егілмейді. АИТВ-инфекциясы болмаған жағдайда 12 айында, кейде 15-18 айында Манту сынамасы теріс нәтижелі болса, БЦЖ екпесі жасалады.

158. АИТВ-инфекциясы бар балалар мен жасөспірімдерде үдемелі иммундық тапшылық аясында генерализацияланған БЦЖ инфекциясының даму қаупі болғандықтан БЦЖ ревакцинациясы жасалмайды.

159. Егер бала АИТВ-инфекциясы бар анадан туылса, бірақ өзінде АИТВ-инфекциясы болмаса, БЦЖ ревакцинациясы календарлық мерзімде 6 жаста (1-сынып) алдын ала жүргізілген Манту сынамаcы теріс нәтижелі болса ғана жасалады.

13. Туберкулез ауруының химиофилактикасы

160. Химиофилактикалық ем "ДИАСКИНТЕСТ®" реакциясы оң (нормергиялық және гиперергиялық) болған балаларда шоғырланған туберкулез анықталмаған келесі жағдайларда жүргізіледі:

1) "Туберкулез микобактерияларының жұғуы, алғаш рет анықталған" диагнозы қойылған балаларға;

2) бактерия бөлуші/бөлмейтін науқастармен қарым-қатынаста болған инфекция ошақтарындағы, соның ішінде ТҚҰ бұрын белгісіз болған туберкулез ауруының өлім-жітім ошақтарындағы, туберкулез микобактериялары жұққан балалар мен жасөспірімдерге.

161. КДТ/ДАТ ТБ шалдыққан науқастармен қарым-қатынаста болған туберкулез микобактериялары жұққан балалар мен жасөспірімдерге изониазидпен химиофилактика жүргізілмейді, оларды III А ДЕ тобында бақылап, 6 ай сайын, ал көрсеткіштер болса – одан жиірек, туберкулез ауруын анықтау мақсатында 2 ТБ Манту сынамаcын және/немесе "ДИАСКИНТЕСТ®"-ті жасап және басқа да зерттеу әдістерін қолданады.

162. Бактерия бөлінген туберкулез инфекциясы ошақтарындағы 1 жасқа дейінгі барлық балаларға БЦЖ вакцинациясынан кейін 2 ай өткен соң химиофилактика жүргізіледі.

163. Химиофилактика сонымен қатар 18 жасқа толмаған, туберкулез микобактериялары жұққан, иммуносупрессивті дәрілермен ем қабылдап жүрген балаларға да жүргізіледі: базисты гормональді ем (преднизолон мөлшері ≥ 15 мг/тәулігіне немесе соның эквиваленті), ағзалардың трансплантациясына байланысты цитостатикалық ем мен гендік-инженерлік биологиялық препараттар

164 АИТВ-инфекциясы бар адамдарға химиофилактиканы фтизиатр-дәрігер жан-жақты клиникалық-рентгенологиялық тексеру нәтижесінде белсенді туберкулез анықталмаған жағдайда ғана тағайындайды.

165. Туберкулезге шалдыққан науқаспен қарым-қатынастың болу/болмауына қарамастан АИВ-жұққандығы бар 12 айдан асқан барлық балаларға,

жасөспірімдер мен ересектерге АИТВ-статусы оң болғаны анықталған кезде бір рет туберкулездің химиофилактикасы жүргізіледі.

166. АИТВ-инфекциясы бар 12 айға дейінгі балаларға химиофилактика туберкулезге шалдыққан науқаспен қарым-қатынас болған жағдайда ғана жүргізіледі.

167. Химиофилактика жүргізуге арналған негізгі дәрі - изониазид (Н). Н тәуліктік мөлшері бір рет, күн сайын қабылданады, баланың 1 кг салмағына 10 мг деп есептеледі (300 мг-нан аспауы тиіс).

168. Химиофилактика бір рет қана жүргізіледі. Химиофилактика курсының ұзақтығы 6 ай. Изониазидпен бірге құрамында В тобының дәрумендері бар поливитаминдер тағайындалады (пиридоксин – тәулігіне 25 мг).

169. Химиофилактика жүргізудің қарсы көрсеткіштері: қояншық/эпилепсия, ОНЖ органикалық зақымдануы, бауыр мен бүйректің қызмет бұзылыстары бар аурулары.

170. Н қабылдағанда жанама әсерлер пайда болған жағдайда қосымша тексерулер жүргізіп (қан, зәр талдамалары), дәріні қабылдауды 5-7 күнге тоқтатады. Десенсибилизациялық ем тағайындалады. Н қайта тағайындағанда, оны көтере алмаса, химиофилактика тоқтатылады. Вирусты гепатитпен ауырғандарға химиофилактика аурудың барлық клиникалық белгілері жойылғаннан кейін кем дегенде 6 ай өткен соң, инфекционисттің қорытындысы бойынша тағайындалады. Бұл контингентке химиофилактика гепатопротекторлар аясында жүргізіледі.

171. Химиофилактиканы ТҚҰ дәрігерлері тағайындайды және мониторингілейді.

172. Химиофилактика МСАК жүйесінде Амбулаториялық жағдайда, шипажайлық тектес МДҰ және балаларға арналған туберкулезге қарсы шипажай жағдайында жүргізіледі.

173. Химиофилактиканы МСАК жүйесінің (емхана, медициналық пункттер, дәрігерлік амбулаториялар, жалпы емдеу тәжірибесі бөлімшелері), ұйымдастырылған ұжымдардың (мектеп, балабақша, орта оқу орындары) және шипажай тектес ұйымдардың (санаториялық балабақша, санаториялық топ, балаларға арналған туберкулезге қарсы санаторий) медицина қызметкерлері әрбір дозаны қабылдауды тікелей бақылап, жүргізеді.

174. Амбулаториялық жағдайда химиофилактика аптасына 6 рет қатаң бақылаулы түрде жүргізіледі.

175. АИТВ-инфекциясы бар пациенттерде химиофилактика МСАК жүйесінің және ЖИТС орталықтарының медицина қызметкерлерінің тікелей бақылауымен жүргізіледі.

176. Химиопрофилактика пациенттің (баланың ата-анасы немесе қамқоршысының) ақпарат алған соң өз еркімен берген ауызша немесе жазбаша келісімінен кейін жүргізіледі.

177. Химиопрофилактика туралы ақпарат Амбулаториялық науқастың медициналық картасына (026/е үлгісі), ТБ 01 туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасына жазылып, "жүргізілген емді бақылау парағында" күнделікті тіркеледі.

14. IV санаттағы науқастарды анықтау және тіркеу

178. КДТ ТБ зертханалық әдістермен дәлелденген немесе оған күдік тудырған науқастар, сонымен қатар зертханалық әдістермен дәлелденген ДАТ ТБ бар науқастар IV санат бойынша тіркеліп, емделеді. IV санатта туберкулезге шалдыққан келесі науқастар жатады:

1) зертханалық әдістермен дәлелденген КДТ ТБ – бұл кез-келген бактериологиялық (БАКТЕК, Левенштейн-Йенсен) немесе молекулалы-генетикалық әдіс (Xpert MTB/RIF, Geno Type MTBDR®) нәтижесімен рифампицинге резистенттілік анықталғанда;

2) ПР ТБ бар I және II санаттар бойынша ем нәтижесі "сәтсіз ем" болғанда (КДТ ТБ даму қаупі өте жоғары);

3) зертханалық әдістермен дәлелденген ДАТ ТБ анықталғанда;

4) екінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен жүргізілген ем сәтсіз болған науқастар (ДАТ ТБ даму қаупі өте жоғары);

5) алдыңғы емделу барысында КДТ ТБ анықталған, бірақ бірінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен ем курсы "жазылды" немесе "ам аяқталды" нәтижелерімен аяқтаған науқастарда ауру қайталанған жағдайда;

6) алдыңғы емделу барысында КДТ ТБ анықталған және екінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен ем курсы "жазылды" немесе "ам аяқталды" нәтижелерімен аяқтаған науқастарда ауру қайталанған жағдайда;

7) алдыңғы емделу барысында КДТ ТБ анықталған және бірінші немесе екінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен ем курсы "ем тәртібін бұзды" нәтижесімен аяқтаған науқастарды ем жүргізуге қайта алған жағдайда.

179. IV санаттағы науқастар мынадай типтер бойынша тіркеледі:

1) IV санат, алғаш рет анықталған науқас/аурудың жаңа жағдайы - бұрын ешқашан ем қабылдамаған немесе 1 айдан кем қабылдаған науқаста I санат бойынша емнің қарқынды кезеңі аяқталғанға дейін ем алдында жүргізілген дәріге

сезімталдық тестінің (бұдан әрі - ДСТ) нәтижесі КДТ ТБ болуын анықтаған жағдайда. I санат бойынша ем басталғанға дейін КДТ ТБ алғаш рет зертханалық дәлелденген науқастар бірден ТБ 11 аудандық тіркеу журналына тіркеледі.

2) IV санат, сәтсіз ем:

дәрілерге сезімталдығы сақталған, моно- немесе полирезистенттілігі бар немесе дәрілерге сезімталдық статусы белгісіз науқастарда бірінші қатардағы ТҚП емдеудің ҚК соңында қақырық конверсиясы байқалмаса;

дәрілерге сезімталдығы сақталған, моно- немесе полирезистенттілігі бар немесе дәрілерге сезімталдық статусы белгісіз науқастарда бірінші қатардағы ТҚП емдеудің ЖК немесе ем соңында қайтадан бактерия бөлу анықталса;

дәрілерге сезімталдығы сақталған, моно- немесе полирезистенттілігі бар немесе дәрілерге сезімталдық статусы белгісіз науқастарда бірінші қатардағы ТҚП емдеудің ЖК немесе ем соңында бактерия бөлу анықталса;

зертханалық дәлелденген ДАТ ТБ жоқ немесе туберкулезге қарсы қолданылатын екінші қатардағы дәрілерге ДСТ нәтижелері жоқ және екінші қатардағы ТҚП алғаш рет немесе қайталап емделгенде "сәтсіз ем" нәтижесі анықталған бактерия бөлуші науқас;

3) IV санат, рецидив/аурудың қайталануы – бактерия бөлуші және КДТ ТБ зертханалық дәлелденген науқас бұрын бірінші не екінші қатардағы ТҚП емделіп, "сауықты" немесе "ем аяқталды" деген ем нәтижесі анықталған;

4) IV санат, үзілістен кейінгі ем – бактерия бөлуші және КДТ ТБ зертханалық дәлелденген науқас, бірінші қатардағы ТҚП 2 ай және одан астам уақыт бойы қабылдамай үзіліс жасағаннан кейін емді қайта бастаған;

5) IV санат, үзілістен кейінгі ем – бактерия бөлуші және КДТ ТБ және/немесе ДАТ ТБ зертханалық дәлелденген науқас, екінші қатардағы ТҚП емін 2 ай және одан да астам уақытқа үзіп, емді қайта бастаған;

6) IV санат, ауыстырылды – ем тағайындау не жалғастыру үшін басқа мекемеден ТБ 09 және Амбулаториялық картасы немесе сырқатнамасының көшірмесін алып келген науқас;

7) IV санат, басқалар – жоғарыда аталған типтердің анықтамаларына сәйкес келмейтін барлық жағдайларды қамтиды (аурудың қайталанған бактерия бөлусіз барлық жағдайлары және I "Г" ДЕ тобынан ауыстырылып, ЕҚД және/немесе 5-топтағы ҮҚД ем тағайындау мақсатында ТБ 11 журналына қайта тіркелген науқастар.

180. ДАТ ТБ жағдайы зертханалық дәлелденгенде:

1) екінші қатардағы ТҚП емдеудің қарқынды кезеңінде (12 айға дейін) ДАТ ТБ анықталған науқас қайта тіркелмейді және де оның типі өзгермейді. Ем

кестесін моксифлоксацинмен және 5-топтағы ТҚП тағайындау арқылы күшейтуді ҚДТ/ДАТ ТБ бойынша ОДКК шешеді. Бұл жағдайда емнің қарқынды кезеңі ем кестесі өзгертілген уақыттан бастап 12 айға дейін ұзартылады;

2) екінші қатардағы ТҚП емдеудің қарқынды кезеңі (12 ай) аяқталғаннан кейін ДАТ ТБ дәлелденген, ем нәтижесі "сәтсіз ем" деп анықталған науқас аудандық IV санатны тіркеу журналы ТБ 11 "сәтсіз ем" типімен қайта тіркеуге алынады. Науқасты бұдан әрі емдеу кестесі ҚДТ/ДАТ ТБ ОДКК отырысында ДАТ ТБ емге іріктеу шарттарын ескере отырып анықталады.

15. IV санаттағы науқастарды емдеу

181. IV санаттағы науқастарды емдеу:

1) бірінші, екінші және үшінші қатардағы ТҚП стандартты және жеке–дара кестелер бойынша қолдануға негізделген;

2) IV санат бойынша тіркелген науқастарға I және II санаттың ем кестелері қолданылмайды;

3) тағайындалған дәрілердің барлық мөлшерін арнайы даярланған медицина қызметкерінің тікелей бақылауымен қабылдау арқылы жүргізіледі;

4) үзіліссіз екі кезеңде жүргізіледі:

бірінші кезең – емнің қарқынды кезеңі стационарда жүргізіледі, кейіннен қақырық конверсиясына қол жеткеннен соң Амбулаториялық жағдайда жалғастырылады.

Ауру анықталған кезден бастап бактерия бөлмеген науқастар ОДКК шешімімен емін бірден Амбулаториялық жағдайда, шипажайларда, сонымен қатар стационарды алмастыратын жағдайларда бастайды;

екінші кезең – емнің қолдау сатысы Амбулаториялық жағдайда, шипажайда немесе стационарды алмастыратын жағдайларда жүргізіледі. Емнің қолдау сатысын клиникалық және әлеуметтік көрсеткіштерге сәйкес стационарда жүргізу мүмкіндігін ОДКК шешеді.

182. Екінші қатардағы ТҚП, әсіресе аминогликозидтер, капреомицин және фторхинолондарға, сұйық және/немесе қатты қоректік орталарда ДСТ анықтау ТҚҰ бактериологиялық зертханаларында жүргізіледі Пенитенциарлық секторда екінші қатардағы ТҚП ДСТ анықтау мүмкін болмаса, бұл зерттеу түрі азаматтық сектордың бактериологиялық зертханаларында екі жақты келісім негізінде жүргізіледі.

183. Екінші қатардағы ТҚП (әсіресе инъекциялық дәрілер мен фторхинолондарға) сұйық және қатты қоректік орталарда және

молекулалы-генетикалық әдістермен ДСТ анықтау ЕҚД ем тағайындалғанға дейін IV санатға тіркелген КДТ ТБ шалдыққан науқастардың бәрінде бірдей жүргізіледі.

184. IV санат кестесі бойынша ем алып жатқан, бірақ жүргізілген ем нәтижесіз болған (бақылаулы емнің 5-айынан кейін қақырық микроскопиясы немесе дақылды әдіс бойынша бактерия бөлуі сақталған, аурудың клиникалық, рентгенологиялық көрінісінде теріс динамика байқалған) КДТ ТБ шалдыққан науқастарда екінші қатардағы ТҚП сұйық және қатты қоректік орталарда ДСТ қайта жасалады.

185. Науқасты IV санат бойынша емдеу туралы шешім қабылдауға, ем кестесін анықтауға тек қана КДТ/ДАТ ТБ ОДКК құқылы және де олар ем кестесі, ТҚП қабылдау жиілігі мен мөлшерін бекітеді.

186. ОДКК жұмыс тәртібі мен құрамы осы Нұсқаулықтың 12-қосымшасында келтірілген.

187. IV кесте бойынша және ДАТ ТБ емдеу емнің толық курсына жеткілікті дәрілер жиынтығы болған жағдайда ғана тағайындалады.

188. ДАТ ТБ бар науқастарды екінші және үшінші қатардағы ТҚП емдеу осы Нұсқаулықтың 13-қосымшасында келтірілген туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің ересектерге ұсынылған тәуіліктік мөлшеріне (мг) сәйкес жүргізіледі.

189. IV кесте бойынша және ДАТ ТБ емдеуді бастамас бұрын науқаспен, балалар мен жасөспірімдердің ата-анасымен (қамқоршыларымен) ем курсы міндетті түрде толық аяқтау қажеттілігі туралы сұхбат жүргізіледі. Әрбір жағдайда ТБ 14 – науқастың ақпарат алғаннан кейінгі ем қабылдауға берген келісімі толтырылады.

190. IV кесте бойынша емнің қарқынды кезеңінде екінші қатардағы кем дегенде 4 ТҚП, оның біреуі – инъекция түрінде, тағайындалады. Пиразинамид ем кестесіне міндетті түрде қосылады. Сезімталдығы сақталған бірінші қатардағы басқа да ТҚП ем кестесіне қосылады.

191. Пиразинамид КДТ/ДАТ ТБ емдеу кестесіне тек емнің қарқынды кезеңінде ғана қосылады.

192. ТМБ этамбутолға сезімталдығы сақталған жағдайда бұл дәрі IV санат бойынша емнің қарқынды және жалғастыру кезеңдерінде ем кестесіне қосылады.

193. Науқасты ЕҚД емдеуге Хpert МТВ/RIF нәтижелері бойынша алған жағдайда ВАСТЕС немесе Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасында этамбутолға төзімділік анықталғанға дейін бұл дәрі ем кестесіне қосылады.

194. ДАТ ТБ бар науқастарды емнің қарқынды кезеңінде емдеу үшін ТҚП 5 тобы қолданылады:

1) 1–топ: сезімталдығы сақталған ауыз қуысы арқылы қабылданатын дәрілер этамбутол және/немесе пиразинамид. Пиразинамид емнің толық курсы бойы науқастардың оны көтере алуын ескере отырып қолданылады;

2) 2–топ: инъекциялық дәрі (канамицин, капреомицин немесе амикацин). Аминогликозидтерге сезімталдық сақталған жағдайда соларды қолданған жөн. Аминогликозид тобының дәрілеріне төзімділік анықталған жағдайда капреомицинді тағайындаған жөн;

3) 3–топ: фторхинолондар тобының соңғы буынды дәрісі (моксифлоксацин);

4) 4–топ: екінші қатардағы бактериостатикалық әсер ететін дәрілер (этионамид/протионамид, циклосерин, ПАСК) емнің толық курсы бойы науқастардың оларды көтере алуын ескере отырып қолданылады;

5) 5–топ – амоксициллин-клавуланат, кларитромицин, линезолид, клофазимин.

195. Емнің қарқынды кезеңі:

IV кесте бойынша 8-12 ай бойы егу әдісінің екі теріс нәтижесін алғанға дейін жүргізіледі. IV санат бойынша стандартты ем кестесі:

$Cm/Km/Am + Ofx (Lfx) + Eto (Pto) + Cs + Z + PAS$.

ДАТ ТБ бойынша 12-15 ай бойы егу әдісінің төрт теріс нәтижесін алғанға дейін жүргізіледі. ДАТ ТБ емдеудің стандартты кестесі:

$Z (E) + Cm/Km/Am + Mfx + Eto/Pto + Cs + PAS + Amx-Clv + Clr$;

196. IV кесте бойынша емнің қолдау сатысында екінші қатардағы ТҚП кем дегенде үшеуін, фторхинолон тобының дәрісін міндетті түрде қоса қолдану керек. ДАТ ТБ бойынша емнің қолдау сатысында - моксифлоксацин, амоксициллин-клавуланат, кларитромицин, сезімталдық сақталған және науқас көтере алған жағдайда - циклосерин, тиоамидтер мен ПАСК қолданылады.

197. IV кесте бойынша емнің қолдау сатысы 12 ай бойы жүргізіледі. Стандартты ем кестесі:

$Lfx (Ofx) + Pto (Eto) + Cs + PAS$.

ДАТ ТБ бойынша емнің жалғастыру кезеңінің ұзақтығы - 15-18 ай. Стандартты ем кестесі:

$Mfx + Cs + Eto/Pto + PAS + Amx-Clv + Clr$;

198. IV кесте бойынша жалпы ем курсының ұзақтығы 20 - 24 ай: емнің қарқынды кезеңі – 8 - 12 ай; қолдау сатысы – 12 ай; ДАТ ТБ бойынша жалпы ем курсының ұзақтығы 27 - 33 айды құрайды: емнің қарқынды кезеңі – 12 - 15 ай; қолдау сатысы – 15 - 18 ай.

199. Ем алдында бактерия бөлуі анықталмаған және шектеулі үрдісі бар балаларда емнің қолдау сатысын КДТ ТБ ОДКК шешімімен 6 айға дейін қысқартуға болады.

200. IV кесте және ДАТ ТБ бойынша ем қабылдап жатқан науқастарда қақырықты микроскопиялық және егу әдісімен тексеру: емнің қарқынды кезеңінде – ай сайын, қолдау сатысында – тоқсан сайын жүргізіледі.

201. Науқас IV кесте бойынша емнің қолдау сатысына клиникалық, рентгенологиялық оң өзгерістер байқалып, ай сайын алынған қақырықты егу нәтижесі қатарынан екі рет теріс болғанда, ал ДАТ ТБ бойынша – ай сайын алынған қақырықты егу нәтижесі қатарынан төрт рет теріс болғанда ауыстырылады.

202. Бастапқы кезде культуральдық және/немесе микроскопия әдістерінің нәтижелері теріс болған науқастар IV кесте бойынша емнің қарқынды кезеңінде 8 ай емделгеннен соң емнің қолдау сатысына ауыстырылады.

203. IV кесте және ДАТ ТБ бойынша дәрілер емнің қарқынды кезеңінде күн сайын аптасына 7 рет, емнің қолдау сатысында аптасына 6 рет қабылданады. Егер емнің қарқынды кезеңі амбулаториялық түрде жүргізілсе – аптасына 6 рет.

204. ТҚП тәуліктік мөлшері стационарда бір рет немесе екіге бөліп, ал Амбулаториялық жағдайда бір рет қабылданады. Стационардағы ТҚП тәуліктік мөлшерін бөліп ішетін науқастар, ауруханадан шығар алдында кем дегенде 2 апта бұрын бір рет қабылдау тәртібіне ауыстырылады.

205. IV кесте және ДККТ ТБ бойынша ем науқастың салмағын ескере отырып тағайындалады да, ай сайын науқастың салмағы тексеріліп, салмақ қосылған сайын ТҚП мөлшері түзетіліп отырады.

206. ЖҚА, ЖЗА, ҚБА ем басталғанға дейін жүргізіліп, кейіннен емнің қарқынды кезеңінде ай сайын, қолдау сатысында тоқсан сайын, көрсеткіштер болса – жиірек жүргізіледі.

207. Реберг сынағасы, креатининнің клиренсін есептеу және электролиттердің балансы ЕҚД ем тағайындалғанға дейін барлық науқастарда жүргізіледі де, кейіннен – көрсеткіштерге сәйкес жүргізіледі.

208. Іш қуысы ағзаларын және қалқанша безін УДЗ, тиреотропты гормонның титрын анықтау, КТ, ФГДС, ФБС, телімді мамандардың кеңестері (невропатолог, эндокринолог, психотерапевт, ЛОР және басқалар) көрсеткіштер бойынша жүргізіледі.

209. IV санаттағы науқастардың Амбулаториялық емін ұйымдастыру:

1) Амбулаториялық ем ТҚҰ диспансерлік бөлімдерінде және МСАК мекемелерінде жүргізіледі;

2) бактерия бөлмейтін, интоксикация белгілері айқын емес, қосарласқан аурулары және дәрілерге аллергиялық реакциялары жоқ науқастарға;

3) бактерия бөлуші науқастарда тағайындалған ем жүргізілгеннен кейін қатарынан, кем дегенде 10 күн аралықпен жасалған қақырық жағындысы микроскопияның екі нәтижесі теріс болған науқастарға;

4) науқастарға капреомицин немесе аминогликозидтердің инъекциялары ТҚҰ диспансерлік бөлімдері немесе МСАК мекемелеріндегі егу бөлмелерінде жасалады;

5) IV санат бойынша арнайы ем қабылдап жатқан науқастарды 10 күнде 1 рет, қажет болған жағдайда одан да жиірек, ТБЕ жүргізіліп жатқан орнына сәйкес - ТҚҰ немесе МСАК мекемесінің учаскелік дәрігерлері қарап–тексеруі тиіс;

6) ТҚҰ диспансерлік бөлімдері немесе МСАК мекемелерінде IV санат бойынша арнайы ем қабылдап жатқан науқастарға көрсеткіштер бойынша ТҚП жанама әсерлері мен қосарласқан ауруларға қарсы симптоматикалық және патогенетикалық ем жүргізу мүмкіндіктері қарастырылуы керек;

7) туберкулезге қарсы қолданылатын екінші қатардағы дәрілердің жанама әсерлерін емдеу қағидалары 12-қосымшада келтірілген;

8) Амбулаториялық кезеңде КДТ ТБ шалдыққан барлық науқастарға элеуметтік және психологиялық қолдау көрсетілуі тиіс;

9) ем үзілмей жүргізілуі мақсатында науқасқа да (ай сайын төленетін ақы, азық–түлікпен, ыстық тағаммен, жол ақысымен және т.б. қамтамасыз ету) және тікелей бақылаулы ем жүргізетін медицина қызметкерлеріне де (қаржылай қолдау, тұрғын үй бөлу және т.с.с.) материалды қолдаудың әртүрлі тәсілдері жүйелі түрде қолданылуы тиіс;

210. Балалар мен жасөспірімдерді IV кесте бойынша емдеу КДТ ТБ емдеудің жалпы қағидаларына сәйкес жүргізіледі.

211. Екінші қатардағы ТҚП қабылдауды 2 ай және одан да астам уақытқа үзген науқастарда ем, екінші қатардағы ТҚП ДСТ анықталғанша, IV санаттың қарқынды кезеңінің стандартты кестесімен жүргізіледі. Екінші қатардағы ТҚП ДСТ анықталғаннан кейін ем кестесі дәріге сезімталдықты ескере отырып түзетіледі;

212. КДТ ТБ шалдыққан науқастарды ЕҚД емдеу барысында микроскопия әдісімен 4-айда және культуральдық әдіспен 6-айда қақырық конверсиясы байқалмаса, уақытылы ұлттық деңгейдегі мамандардың сырттай немесе көзбе-көз кеңесі қажет.

213. IV кесте бойынша 10 ай бойы және ДАТ ТБ бойынша 15 ай бойы жүргізілген бақылаулы емге қарамастан қақырық жағындысы микроскопиясының және/немесе егу әдісінің нәтижелері бойынша бактерия бөлу сақталған жағдайда науқастарды IV санат бойынша емдеу тоқтатылады.

214. Туберкулезге қарсы ем тоқтатылғаннан кейін бактерия бөлуші науқас симптоматикалық ем жүргізу бөлімшесіне ауыстырылады.

215. Науқас симптоматикалық ем жүргізу бөлімшесінде бактерия бөлу тоқтағанша оқшауланады (қақырық микроскопиясы мен культуральдық әдістің теріс нәтижелері).

216. Емді тоқтату себебі туралы науқас және оның туысқандарын хабардар ету керек. Аталған науқастар санитарлық және эпидемияға қарсы шараларды жүргізумен қатар, психологиялық көмек және симптоматикалық емге мұқтаж.

16. IV санаттағы науқастардың ем нәтижесін тіркеу

217. IV санаттағы науқастардың ем нәтижесін тіркеу:

1) сауықты/жазылды:

IV кесте бойынша емнің толық курсы аяқтаған және емнің соңғы 15 айы ішінде 3 ай сайын жүргізілген қақырық жағындысының нәтижелері қатарынан кем дегенде бес рет теріс болған науқас;

IV кесте бойынша емнің толық курсы аяқтаған, емнің соңғы 15 айы ішінде егу әдісінің нәтижесі бір рет оң болған, бірақ аурудың клиникалық-рентгенологиялық нашарлау белгілері анықталмаған және кейіннен 3 ай сайын жүргізілген қақырық жағындысының нәтижелері қатарынан 3 рет теріс болған науқас;

ДАТ ТБ бойынша ем курсы толық аяқтаған және емнің соңғы 21 айы ішінде 3 ай сайын жүргізілген егу әдісінің нәтижелері қатарынан кем дегенде жеті рет теріс болған науқас;

ДАТ ТБ бойынша ем курсы толық аяқтаған, емнің соңғы 21 айы ішінде егу әдісінің нәтижесі бір рет оң болған, бірақ аурудың клиникалық-рентгенологиялық нашарлау белгілері анықталмаған және кейіннен 3 ай сайын жүргізілген қақырық жағындысының нәтижелері қатарынан 5 рет теріс болған науқас;

емнің 0 айында қақырық микроскопиясы теріс нәтижелі болған, бірақ микроскопияның алдыңғы нәтижелері бойынша бактерия бөлуші науқаста ем барысында "сауықты" деген ем нәтижесін анықтауға жеткілікті егу әдісінің теріс нәтижелері болған жағдайда;

2) ем аяқталды - IV кесте және ДАТ ТБ бойынша емнің толық курсы аяқтаған, бірақ "сауықты" немесе "сәтсіз ем" анықтамаларына сәйкес келмейтін науқас;

3) сәтсіз ем:

IV кесте бойынша ем қабылдап жатқан не аяқтаған науқаста емнің соңғы 15 айы ішінде жүргізілген қақырықты қақырық жағындысының 5 нәтижесінің кем дегенде екеуі немесе емдеудің осы уақыты ішінде жүргізілген соңғы үш культуральдық әдістің кез-келген біреуі оң болған жағдайда;

IV кесте бойынша 10 ай бойы ем қабылдаған науқаста микроскопия немесе культуральдық әдіс бойынша бактерия бөлу сақталса;

IV кесте бойынша ем қабылдап жатқан науқаста соңғы 12 ай ішінде микроскопия әдісімен қақырық конверсиясы анықталмаса;

IV кесте бойынша ем қабылдап жатқан науқаста ТҚП барлығын қабылдай алмау салдарынан емді аяқтау мүмкін болмаған жағдайда;

ДАТ ТБ бойынша ем қабылдап жатқан не аяқтаған науқаста емнің соңғы 21 айы ішінде 7 рет жүргізілген қақырық жағындысының нәтижелерінің кем дегенде екеуі немесе емдеудің осы уақыты ішінде жүргізілген соңғы үш культуральдық әдістің кез-келген біреуі оң болған жағдайда;

ДАТ ТБ бойынша ем қабылдап жатқан не аяқтаған науқаста емнің соңғы 21 айы ішінде 7 рет жүргізілген қақырық жағындысы нәтижелерінің кем дегенде екеуі оң болған жағдайда;

ДАТ ТБ бойынша 15 ай бойы ем қабылдап жатқан науқаста микроскопия не жағынды бойынша бактерия бөлу сақталса;

ДАТ ТБ бойынша ем қабылдап жатқан науқаста ТҚП барлығын қабылдай алмау салдарынан емді аяқтау мүмкін болмаған жағдайда;

4) қайтыс болды - IV кесте және ДАТ ТБ бойынша ем барысында кез-келген себептен қайтыс болған науқас;

5) ем тәртібін бұзды - IV кесте және ДАТ ТБ бойынша емді екі не одан да көп айға үзген науқас;

б) ауыстырылды – осы емдеу мекемесінен басқа мекемеге кетіп, IV кесте және ДАТ ТБ бойынша ем нәтижесі белгісіз науқас. "Ауыстырылды" деген ем нәтижесі ТБ 09 үлгісінің жыртылмалы түбіршігі бар және қабылдап алған жақта науқастың диспансерлік есепке алынып, емін жалғастырғаны құжатталған жағдайда ғана қойылады. Бұл ем нәтижесі аралық болып есептеледі және емдеу мерзімі аяқталғаннан кейін емнің түпкілікті нәтижесі анықталуы тиіс.

КДТ ТБ екінші қатардағы ТҚП емдеу тиімділігінің индикаторлары: емнің 9-айында микроскопия және культуральдық әдіспен бактерия бөлуші өкпелік туберкулезі бар науқастардың 85% конверсияға қол жеткізу, емнің сәтті/табысты болу көрсеткіші – КДТ ТБ барлық жағдайларының 75%-да.

17. IV санаттағы науқастарды диспансерлік бақылау тәртібі

218. IV санатта IV кесте және ДАТ ТБ бойынша ем қабылдап жатқан науқастар IB диспансерлік есеп тобында бақыланады.

219. Арнайы ем жүргізілмейтін IV санат науқастары IIГ диспансерлік есеп тобында бақыланады.

220. IIГ диспансерлік есеп тобында бақыланатын IV санаттағы науқастарға ТҚП ем жүргізу көрсетілмеген.

221. 1Г диспансерлік есеп тобында бақыланатын IV санаттағы науқастарға симптоматикалық ем, негізгі дерттің және қосарласқан аурулардың асқынуларын емдеу арнайы стационарларда жүргізіледі.

222. 1Г диспансерлік есеп тобында бақыланатын IV санаттағы науқастарды Тұтынушылардың құқығын қорғау Департаментінің эпидемиологы мен дәрігер-фтизиатрдың қорытындысы бойынша, тұрмыс жағдайын ескере отырып, Амбулаториялық жағдайда бақылауға болады (ауаны табиғи желдету мүмкіндігі бар жеке тұратын үйінің болуы, бірге тұратын балалар мен жүкті әйелдердің болмауы).

223. 1Г диспансерлік есеп тобында бақыланатын IV санаттағы науқастарда қақырық микроскопиясы мен культуральдық әдіс жарты жылда кем дегенде 1 рет жүргізіледі.

224. 1Г диспансерлік есеп тобында бақыланатын IV санаттағы науқастарда жалпы клиникалық талдамалар, рентгенмен тексеру және аспапты тексерудің басқа түрлері көрсеткіштерге сәйкес жүргізіледі.

225. IV кесте және ДАТ ТБ бойынша емнің толық курсы аяқтап, "сауықты" немесе "ем аяқталды" деген ем нәтижесі анықталған науқастар II диспансерлік есеп тобына ауыстырылып, екі жыл бойы бақылауда болады.

226. IV санаттағы науқастар әлеуметтік қорғау мен көмекке мұқтаж.

227. IV санаттағы науқастар емнің толық курсы (емнің қарқынды және жалғастыру кезеңдері) барысында лайықты мүгедектік тобын белгіленген мерзім ішінде алуға құқылы.

228. Патогенетикалық ем химиотерапиялық емнің негізгі курсы аясында туберкулез процесінің сатасына, жеке көрсеткіштер мен қарсы көрсеткіштерге сәйкес жүргізіледі.

229. IV кесте және ДАТ ТБ бойынша ем қабылдап жатқан науқастар тәулігіне 5 рет тамақтанып және де тағам құнарлығы 6 мың ккал кем болмауы тиіс.

230. КДТ ТБ және ДАТ ТБ бар науқастарды хирургиялық емдеу IV санат бойынша емдеу фонында, арнайы үрдістің тұрақталғанда, емнің қарқынды кезеңінде дәрігер-фтизиохирургтың консультациясынан кейін көрсеткіштерге сәйкес жүргізіледі. Дәрігер-фтизиохирургтың кеңесі ДАТ ТБ бар арнайы ем алып жатқан барлық науқастарға ем алдында және ем барысында көрсетілген.

231. ТҚП жанама әсерлерінің алдын алу IV кесте және ДАТ ТБ бойынша емнің толық курсы (емнің қарқынды және жалғастыру кезеңдері) барысында жүргізіледі:

1) циклосеринмен емдеудің барлық кезеңінде глютамин қышқылын күнделікті және "В" тобының дәрумендерін анда-санда жанама әсерлердің алдын алу мақсатында тағайындау;

2) екінші қатардағы инъекциялық ТҚП қабылдау барысында калий препараттарын тағайындау;

3) гепатопротекторлар мен асқазан-ішек жолының қызметін жақсартатын ферменттерді көрсеткіштер бойынша тағайындау.

18. Туберкулез ауруын зертханалық анықтау туралы

232. Зертханалық қызметтің құрылымы МСАК және ТҚҰ зертханаларының жүйесінен тұрады және олар атқаратын міндеті мен қызметтеріне сәйкес үш деңгейге бөлінеді:

1) I деңгей – МСАК жүйесі мен ТҚҰ перифериялық/шеткі аймақтағы (аудандық) зертханалар;

2) II деңгей – ТҚҰ облыстық/аймақтық зертханалар;

3) III деңгей, ұлттық – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігі Туберкулез мәселелерінің Ұлттық орталығындағы Ұлттық референс-зертхана (бұдан әрі – ҰРЗ).

233. I деңгейдегі зертханалар:

Аудандық деңгейдегі зертханалар жүйесі бактериоскопиялық зертханалар мен себу орындарынан құрылған. Аудандық деңгейдегі зертханалардың негізгі міндеттері:

жағынды микроскопиясы;

Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасына себу;

зертханалық тексерулердің сапасын сырттай бағалау жүйесіне қатысу.

234. II деңгейдегі зертханалар:

II деңгейдегі бактериологиялық зертханалар – бұл облыстық, аймақтық және қалалық ТҚҰ зертханалары. II деңгейдегі зертханалардың міндеттеріне I деңгейдегі зертханалардың барлық міндеттері мен қызметтері жатады және оған қосымша:

I деңгейдегі зертханалардың жұмыс сапасын сырттай бағалау;

I деңгейдегі зертханалар үшін мамандарды даярлау;

I деңгейдегі зертханаларға қажетті шығын материалдары, реагенттер мен жабдықтардың жылдық мөлшерін анықтау;

қатты және сұйық қоректік орталарда культуральдық зерттеулер жүргізу;

қатты және сұйық қоректік орталарда ТМБ штамдарының ДСТ жүргізу;

молекулалы-генетикалық технологиялардың (GenoTypeMTB®DR, Xpert MTB /RIF) көмегімен туберкулезді жедел анықтау;

I деңгейдегі бактериологиялық зертханаларға бақылау жүргізу.

235. III деңгейдегі зертхана:

ҰРЗ негізгі міндеттері мен қызметтері:

I және II деңгейдегі зертханалардың жұмысын ұлттық және халықаралық стандарттарға сәйкес үйлестіру;

бактериологиялық зерттеулер жүргізу;

ҚР зертханалар жүйесінің жұмыс сапасын сырттай бақылауды қамтамасыз ету;

жүргізілген зерттеулер бойынша есеп беру мәліметтеріне сараптама жасау;

қажетті зертханалық жабдықтардың тізімін спецификацияларға сәйкес құрастырып, негіздеу;

микробиологиялық зерттеулердің сапасын сырттай бағалау мәселесі бойынша супранациональді референс-зертханамен өзара әрекеттесу;

ғылыми-практикалық және операциялық зерттеулер жүргізу;

туберкулез бойынша зертханалық зерттеу жобаларына сараптама жасау;

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрлігіне клиникалық-диагностикалық зертханалардың туберкулезді анықтау бойынша қызметін жетілдіру мақсатында ұсыныс жасау және сараптамалық қорытынды беру;

зертхана қызметкерлерін оқыту;

ТҚҰ зертханаларындағы қызметкерлердің біліктілік деңгейін бақылау (біліктілігін арттыру, мамандарды дайындай және қайта дайындау);

I және II деңгейдегі бактериологиялық зертханаларға бақылау жүргізу;

зертханалық тексерулер бойынша, Қазақстан Республикасы аумағында таралған ТМБ штамдарының дәрілерге төзімділігінің деңгейі туралы ақпаратты тұрақты түрде жинап, статистикалық мәліметтерге сараптама жасау;

нормативті және әдістемелік құжаттарды, есепке алу-есеп беру үлгілерін сараптау және әзірлеу;

микробиологиялық зерттеулердің сапасын зертханаішілік бақылауды жүйелі түрде жүргізу және әдістерін жетілдіру;

туберкулез ауруын анықтаудың жаңа зертханалық әдістерін дайындау, сынау және тәжірибеде қолданысқа енгізу.

236. Туберкулез ауруын зертханалық дәлелдеу материалды алған уақыттан бастап зертханаға жеткізген уақыт ұзақтығына және ем санаты мен емделу мерзіміне байланысты осы Нұсқаулыққа "Диагностика (өкпелік түрі, ҚТБ+); патологиялық материал ≤ 4 күн" атты 15-қосымшадағы зерттеу алгоритміне сәйкес жүргізіледі.

237. Туберкулез ауруын анықтау алгоритмі (өкпелік түрі, ҚТБ+) қақырық жиналғаннан кейін 4 тәулік ішінде зертханаға жеткізілген жағдайда төмендегілерден тұрады:

диагностика қақырық жағындысының микроскопиясынан басталады (3 үлгі);

егер қақырық микроскопиясының нәтижелері оң болса, құрамында ең көп мөлшерде ҚТБ анықталған үлгі тест жүргізу үшін таңдалып алынады. Материал Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасы бар 1 түтікке және сұйық қоректік ортасы бар (MGIT) 1 түтікке себіледі, сонымен қатар Geno Type®MTBDR plus немесе Xpert MTB/RIF (Хайн-тест болмаған жағдайларды) жасалады. Бұдан әрі алгоритм қадамдары осы Нұсқаулыққа "Диагностика (өкпелік түрі, ҚТБ+); патологиялық материал \leq 4 күн" атты 15-қосымшаға (№ 1 схемаға) сәйкес жүргізіледі.

238. Туберкулез ауруын анықтау алгоритмі (өкпелік түрі, ҚТБ-). Тестілеу үшін материалдың ең сапалы үлгісі таңдалады. Материал Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасы бар 1 түтікке және сұйық қоректік ортасы бар (MGIT) 1 түтікке себіледі де, Xpert MTB/RIF жүргізіледі. Бұдан әрі алгоритм қадамдары осы Нұсқаулыққа "Диагностика (өкпелік түрі, ҚТБ-); патологиялық материал \leq 4 күн" атты 15-қосымшаға (№ 3 схемаға) сәйкес жүргізіледі.

239. Туберкулез ауруын анықтау алгоритмі (өкпелік түрі) қақырық жиналғаннан 4 тәулік асқан соң зертханаға жеткізілген жағдайда төмендегілерден тұрады:

диагностика қақырық жағындысының микроскопиясынан басталады (3 үлгі); егер қақырық микроскопиясының нәтижелері оң болса, құрамында ең көп мөлшерде ҚТБ анықталған үлгі тест жүргізу үшін таңдалып алынады. Материал Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасы бар 2 түтікке себіледі, сонымен қатар Geno Type®MTBDR plus немесе Xpert MTB/RIF (Хайн-тест болмаған жағдайларды) жасалады. Бұдан әрі алгоритм қадамдары осы Нұсқаулыққа "Диагностика (өкпелік түрі, ҚТБ+); патологиялық материал $>$ 4 күн" атты 13-қосымшаға (№ 2 схемаға) сәйкес жүргізіледі;

егер қақырық микроскопиясының нәтижелері теріс болса, тестілеу үшін материалдың ең сапалы үлгісі таңдалады. Материал Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасы бар 1 түтікке себіледі де, Xpert MTB/RIF жүргізіледі. Бұдан әрі алгоритм қадамдары осы Нұсқаулыққа "Диагностика (өкпелік түрі, ҚТБ-); патологиялық материал $>$ 4 күн" атты 15-қосымшаға (№ 4 схемаға) сәйкес жүргізіледі.

240. Туберкулез ауруын анықтау алгоритмі (өкпеден тыс түрі) патологиялық материал жиналғаннан кейін 4 тәулік ішінде зертханаға жеткізілген жағдайда:

жағынды микроскопиясы жасалып;
материал Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасы бар 1 түтікке және сұйық қоректік ортасы бар (MGIT) 1 түтікке себіледі де, сонымен қатар Xpert MTB/RIF жүргізіледі. Бұдан әрі алгоритм қадамдары осы Нұсқаулыққа "Диагностика, өкпеден тыс түрі" атты 15-қосымшаға № 5 схемаға сәйкес жүргізіледі.

241. Туберкулез ауруын анықтау алгоритмі (өкпеден тыс түрі) патологиялық материал жиналғаннан 4 тәулік асқан соң зертханаға жеткізілген жағдайда: жағынды микроскопиясы жасалып, материал Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасы бар 2 түтікке себіледі және сонымен қатар Хpert MTB/RIF жүргізіледі. Бұдан әрі алгоритм қадамдары осы Нұсқаулыққа "Диагностика, өкпеден тыс түрі" атты 15-қосымшаға № 5 схемаға сәйкес жүргізіледі.

242. I санаттағы науқастардың емін бақылау алгоритмі осы Нұсқаулыққа 15-қосымшаға "I санат емін бақылау" № 6,7,8 схемаға сәйкес жүргізіледі.

243. Микроскопиялық зерттеулер жүргізу әдістемесі осы Нұсқаулыққа 16-қосымшада келтірілген.

244. ТҚҰ туберкулез ауруын культуральдық әдістермен анықтау тәртібі осы Нұсқаулықтағы 17-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

245. ТҚҰ автоматтандырылған ВАСТЕС MGIT-960 жүйесінде сұйық қоректік орталарды қолдана отырып туберкулез ауруын культуральдық әдістермен анықтау тәртібі осы Нұсқаулықтағы 18-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

246. Туберкулез ауруын және дәріге сезімталдықты анықтаудың молекулалы-генетикалық әдістерін (Geno Type ®MTBDR, Хpert MTB/RIF) қолдану тәртібі осы Нұсқаулыққа 19-қосымшада келтірілген.

247. Қышқылға төзімді микобактерияларды микроскопиялық анықтаудың сапасын бақылау осы Нұсқаулықтағы 20-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

Туберкулез бойынша профилактикалық
іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге
асыру жөніндегі нұсқаулыққа
1-қосымша

1. Қақырықты жинау және зерттеу жүргізу үшін зертханаға тасымалдау

1. Науқастарға қызмет көрсететін және емдейтін барлық емдеу мекемелерінде қақырық жиналады. Егер бұл мекемеде қышқылға төзімді микобактерияларды анықтау мақсатында бактериоскопиялық зерттеу жүргізілмесе, жиналған қақырық зертханаға жеткізіледі.

2. Зерттеу жүргізу үшін қақырық негізгі бактериоскопиялық зертханаға жеткізіледі. Зертханаға тасымалдау үшін қақырық көлемі 50,0 мл, ауызы кең - диаметрі 35 мм-ден кем емес, жиналған материалдың мөлшері мен сапасын бақылау үшін - мөлдір, қақпағы саңылаусыз/герметикалы бұралып жабылатын арнайы контейнерге жиналады. Таңба контейнердің бір бүйіріне ғана қойылады. Науқастың аты-жөні мен үлгінің нөмірі жазылады. Жиналған барлық 3 (диагностика мақсатында) немесе 2 (емді бақылау мақсатында) үлгілерге бір ТБ-05 жолдамасы толтырылады.

3. Зертханаға тасымалдау үшін қақырығы бар контейнерлер таңбаланған темір бикске жиналады. Жиналған қақырық зертханаға бактериоскопиялық зерттеу мақсатында бір тәулік ішінде жеткізіледі, медицина мекемесінде 7 күнге дейін тоңазытқышта сақтауға рұқсат беріледі. Бактериологиялық зерттеу мақсатында жиналған қақырықты 3 тәулікке дейін тоңазытқышта сақтауға болады.

4. Патологиялық материал төгіліп қалмау үшін қақырық жиналған контейнерлер жақсылап буып-түйілуі тиіс. Тасымалдау кезінде бикстер (жәшіктер) салқын жерде сақталып, тікелей күн сәулелерінен қорғалуы тиіс.

5. Қақырықты зертханаға медицина қызметкері емдеу мекемесінің медициналық көлігімен тасымалдауы тиіс. Зертханалық зерттеуге жолдама бланкілері патологиялық материалы бар контейнерлерден бөлек болуы керек. Термосөмкелерге жолдама құжат дайындалып, онда науқастар және қақырық үлгілері туралы ақпарат жазылуы тиіс. Ондағы контейнерлер саны тізімдегі науқастардың санына сәйкес болуы керек. Әрбір контейнердегі сәйкестендірме нөмірі тізімдегі сәйкестендірме нөміріне тура келуі керек.

6. Жолдама тізімде тасымалдау күні мен медицина ұйымының атауы көрсетілуі тиіс.

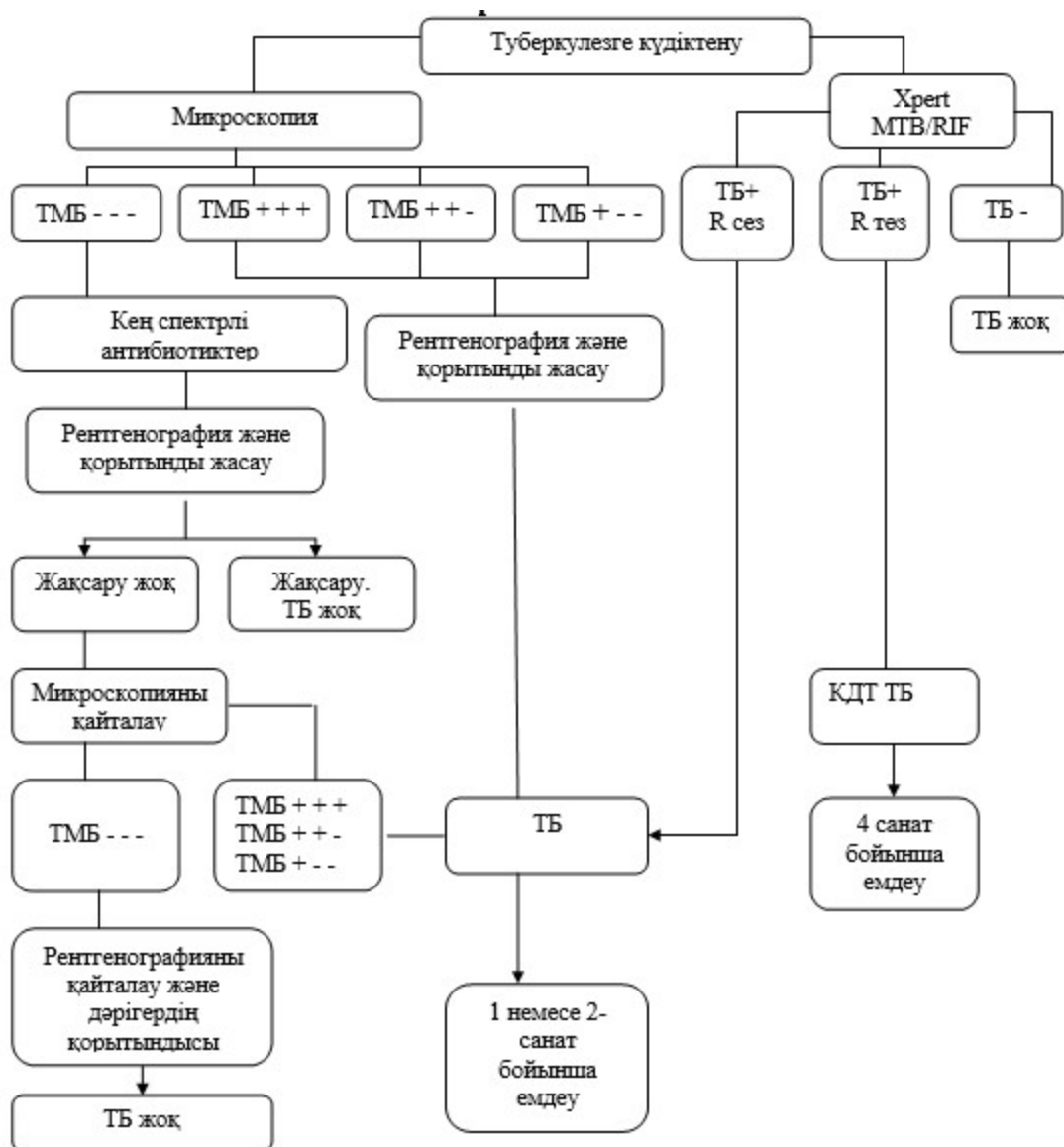
7. Зертханаға келіп түскен қақырық үлгілерін қабылдау барысында:

- 1) жеткізілген биксте қақырықтың төгілу белгісі бар-жоқтығын тексеру керек;
- 2) бикстің сыртқы жақтарын зарарсыздандыру керек;
- 3) биксті ақырындап ашып, контейнерлердің жарылғаны немесе сынғаны бар-жоқтығын тексеру керек;
- 4) бикстің ішкі жағын зарарсыздандыру керек.

8. Қақырық көлемі жеткіліксіз болса (3-5 мл-ден аз), контейнерлер жарылған не сынған болса және тасымалдау ережелері сақталмаса, үлгілер зерттеуге қабылданбайды.

Туберкулез бойынша профилактикалық
іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге
асыру жөніндегі нұсқаулыққа
2-қосымша

Науқасты туберкулез ауруына тексерудің диагностикалық алгоритмі



Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы 3-қосымша

Амбулаториялық емдеуде жатқан туберкулезбен ауыратн науқасқа арналған жадынама.

Сіз стационардан шыққаннан кейін өзін өзі қалай ұстау керек?

- Үйге келгеннен кейін Сіз әлі күнге дейін сырқат екеніңізді ұмытпаңыз! Дұрыс тамақтанбау, жиі суық тию, тез шаршау, жағымсыз әдеттер (алкоголь, темекі шегу) сияқты туберкулезбен қайта сырқаттануға әкеп соқтыруы мүмкін көптеген факторлар бар.

- Туберкулезге қарсы препараттарды уақтылы қабылдауды ұмытпаңыз, ешқашан емді үзбеңіз.

- Емдеуші дәрігерге қарап тексерілуге уақтылы келу және қажетті талдауларды тапсыру (қақырық талдау, қан және несеп талдауы) және рентген-зерттеп-қараудан өту қажет екені есте болсын.

- Жөтел пайда болған немесе туберкулездің басқа да симптомдары (әлсіздік, салмақтың төмендеуі, қызудың көтерілуі, түңгілік терлеу) байқалған кезде амбулаториялық кезеңде ем қабылдайтын науқас, не емдеу аяқталғаннан кейін дәрігерге қаралуы және зерттеп-қараудан өтуі қажет.

- Емдеу мен зерттеп-қарау тегін жүргізілетінін біліңіз!

- Препараттарды қабылдау медициналық қызметкерлердің тікелей қадағалауымен ғана жүзеге асырылуы тиіс.

- Бұл дегеніміз Сізге сенім білдіреді, бірақ мұның бәрі:

- пациенттер туберкулезге қарсы препараттарды уақтылы қабылдауды ұмытпауы;

- емдеу дұрыс және үздіксіз жүргізілуі, сондай-ақ, оң нәтиже беруі;

- туберкулезге қарсы препараттардың жанама әсерлерінің уақтылы алдын алу немесе жою;

- алатаны препараттарға көнбеушіліктің туындауының алдын алу үшін;

- аурудың емделмейтін нысанға айналуының алдын алу үшін жасалды.

- пациенты не забывали вовремя принимать противотуберкулезные препараты;

- Науқас тұрмыста қандай қағидаларды ұстануы тиіс?

- Жөтелген кезде, әсіресе қоғамдық орындарда аузыңызды жабыңыз.

- Жерге, еденге немесе терезеге түкірмеңіз. Қақырықты осы мақсатқа арналған ыдысқа жинаңыз.

- Пайдаланған медициналық бет пердені жер жерге тастамаңыз.

- Өз бөлмеңізді күніне 3-4 рет желдетіңіз.

- Емдеудің ең жоғнары тиімділігін алу үшін науқас не істеуі қажет?

- Дәрігер жазып берген барлық препараттарды уақтылы қабылдау.

- Тамақтану құнарлы және толық қанды болуы тиіс (ет, көкөністер, сүт және айран өнімдері, жемістер және т.б.).

- Уақытты таза ауада өткізген және тыныс алу жаттығуын жүргізген өте пайдалы.

- Ұйқы мен демалуға жеткілікті уақыт бөлу (8-10 сағат).

- Ешқашан қандай да бір себеппен емді өз бетінше үзбеу, емдеу курсына аяғына дейін жеткізу.

Есіңізде болсын: емдеу режимін сақтаған кезде туберкулезді емдеуге болады!

Туберкулез бойынша профилактикалық
іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге
асыру жөніндегі нұсқаулыққа
4-қосымша

Бірінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің дозасы және дәрілік түрлері

Дәрі атауы	Дәрілік түрі	Белсенді заттың дозасы
Изониазид	Таблетка, инъекцияға арналған ерітінді, сироп	100мг, 300мг, 500 мг, 4000 мг
Рифампицин	Таблетка, капсула, инъекцияға арналған ерітінді	150мг, 300мг
Пиразинамид	Таблетка	400мг,500мг
Этамбутол	Таблетка, инъекцияға арналған ерітінді	100мг, 400мг, 500 мг/3 мл, 1000 мг, 2000 мг
Стрептомицин	Инъекцияға арналған ұнтақ	1000 мг

Үйлестірілген белгіленген дозасы бар туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілер (бұдан әрі - ҮБМД)

Дәрі атауы	Дәрілік түрі	Қабылдауға арналған белсенді заттардың дозасы (мг)	
		күнделікті қабылдау	аптасына 3рет
Изониазид + Рифампицин	таблетка	75+150 150+300	150+150
Изониазид + Этамбутол	таблетка	150+400	-
Изониазид + Рифампицин Пиразинамид	таблетка	75+150+400	-
Изониазид + Рифампицин + Пиразинамид + Этамбутол	таблетка	75+150+400+275	-

Емнің стандартты кестелері

Санат	Қарқынды саты	Жалғастыру сатысы
I	2-4 HRZE (S) Стрептомицин 2 ай қолданылады	4 (7) H3 R3 немесе 4 (7) HR немесе 4 (7) HRE*
II	3-5 HRZES Стрептомицин 2 ай қолданылады	5 H3R3E3 немесе 5 HRE

Ескерту: әріптердің алдындағы сандар ем кезеңінің айлық ұзақтығын көрсетеді. Төменгі индекстегі сандар ТҚП мөлшерінің аптадағы санын көрсетеді. Егер әріптен кейін сан болмаса, науқас ТҚП күнде қабылдауы керек. Баламалы ТҚП жақша ішінде көрсетілген.

*Бұл кесте изониазидке монорезистенттілік анықталған жағдайда қолданылады.

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа
5-қосымша

Туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің ересектерге арналған тәуліктік дозасы (мг)

Дәрі атауы	Салмағы (кг)			
	30-39	40-54	55-70	70-тен аса
Қарқынды кезең – күнделікті қабылдау				
Изониазид	200 мг	300 мг	300 мг	400 мг
Рифампицин	300мг	450 мг	600 мг	750 мг
Пиразинамид	1000 мг	1500 мг	2000 мг	2000 мг
Этамбутол	600 мг	800 мг	1200 мг	1600мг
Стрептомицин (1гр)	500 мг	750 мг	1000 мг	1000 мг
Қолдау сатысы – күнделікті қабылдау				
Изониазид	200 мг	300 мг	300 мг	400 мг
Рифампицин 150 мг	300 мг	450 мг	600 мг	750 мг
Этамбутол 400 мг	600 мг	800 мг	1200 мг	1600 мг
Қолдау сатысы – аптасына 3 рет қабылдау				
Изониазид	300 мг	600 мг	600 мг	700 мг
Рифампицин 150 мг	300 мг	450 мг	600 мг	750 мг
Этамбутол 400 мг	1200 мг	1600 мг	2400 мг	2400 мг

Ескерту: Рифампициннің КБМД ең жоғарғы тәуліктік мөлшері – 750 мг.

КБМД науқастардың салмағына сәйкес ересектерге арналған дозасы

Салмақ диапазоны (кг)	Қарқынды саты		Жалғастыру сатысы	
	Тиімділігі мен ем санатына сәйкес 2-5 ай		Ем санатына сәйкес 4-5 ай	
	Күнделікті	Күнделікті	Күнделікті	Аптасына 3 рет
	RHZE 150мг+75мг+ 400мг+275мг	RHZ 150мг+75мг +400мг	RH 150мг+75мг	RH 150мг+150мг
	КБМД тағайындағандағы таблеткалар саны			
30-37	2	2	2	2
38-54	3	3	3	3
55-70	4	4	4	4
71 және одан аса	5	5	5	5

Ересектер дәрілерді күнделікті қабылдаған жағдайдағы тәуліктік мөлшердің рұқсат етілген ауытқулары (ең жоғары дозасы): изониазид – 4-6 мг/кг,

рифампицин – 8-12 мг/кг, пиразинамид – 20-30 мг/кг, этамбутол – 15-20 мг/кг; аптасына 3 рет қабылдағанда: изониазид – 8-12 мг/кг, рифампицин – 8-12 мг/кг, пиразинамид – 30-40 мг/кг, этамбутол – 25-35 мг/кг.

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа
6-қосымша

Бір құрамды туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен I және II санат тәртібінде 18 жасқа дейінгі балалардағы туберкулезді емдеуге арналған стандартты кестелер мен туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің тәуліктік дозасы Бірінші қатардағы ТҚП стандартты ем кестелері

Санат	Қарқынды саты	Жалғастыру сатысы
I	2-4 HRZE	4 HR немесе HRE*
II	3-5 HRZE2S	5 HRE

Миллиарлы туберкулез, менингит және сүйек-буын туберкулезіне шалдыққан балаларды бірінші қатардағы ТҚП емдеудің стандартты кестелері

Санат	Қарқынды саты	Жалғастыру сатысы
I	4 HRZE немесе 2HRZS/2HRZE*	8HR немесе HRE**
II	5 HRZE2S	7HRE

Ескерту: әріптердің алдындағы сандар емнің айлық ұзақтығын көрсетеді. Емнің бір айы дәрілердің 30 мөлшерін қабылдауды білдіреді.

*Бұл кесте туберкулезді менингит кезінде қолданылады және де стрептомицин (S) емнің бастапқы екі айында ғана тағайындалады.

** Бұл кесте изониазидке монорезистенттілік анықталған жағдайда қолданылады.

Бірінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің дозасы және дәрілік түрлері

Дәрі атауы	Дәрілік түрі	Белсенді заттың дозасы
Изониазид	Таблетка, инъекцияға арналған ерітінді, шәрбат	100мг, 300мг, 500 мг, 4000 мг
Рифампицин	Таблетка немесе капсула, инъекцияға арналған ерітінді	150мг, 300мг
Пиразинамид	Таблетка	400мг,500мг
Этамбутол	Таблетка, инъекцияға арналған ерітінді	100мг, 400мг, 1000 мг, 2000 мг

Стрептомицин	Инъекцияға арналған ұнтақ, құты	1000 мг
--------------	---------------------------------	---------

Бірінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің салмағы 5-30 кг арасындағы балаларға арналған тәуліктік мөлшерін есептеу және олардың рұқсат етілген ауытқулары

Дәрі атауы	Тәуліктік дозасын мг/кг салмағына есептеу	Тәуліктік дозаның мг/кг салмағына сәйкес мүмкін ауытқулары	Ең жоғары тәуліктік дозасы (мг)
Рифампицин	15	10-20	600
Изониазид	10	10-15	300
Пиразинамид	35	30-40	2000
Этамбутол	20	15-25	1200

Бір құрамды туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен I және II санат тәртібінде салмағы 5-30 кг аралығындағы 18 жасқа дейінгі балалардағы туберкулезді емдеуге арналған туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің тәуліктік дозалары

Дәрі атауы	Салмағы (кг)		
	5-10	11-20	21-30
Қарқынды саты – күнделікті қабылдау			
Изониазид	50 - 100мг	100 - 200 мг	200 - 300мг
Рифампицин	75 - 150мг	150 - 300 мг	225 - 450 мг
Пиразинамид	175 - 350 мг	385 - 700 мг	735 - 1000 мг
Этамбутол	100 - 200мг	200 - 400 мг	400 - 600 мг
Қолдау сатысы – күнделікті қабылдау			
Изониазид	50 - 100мг	100 - 200 мг	200 - 300мг
Рифампицин	75 - 150мг	150 - 300 мг	225 - 450 мг
Этамбутол	100 - 200мг	200 - 400 мг	400 - 600 мг

Ескерту: салмағы 5 кг дейінгі балалардағы дәрілердің мөлшері мг/кг/тәулігіне есептеледі.

Көп құрамды белгіленген мөлшерлі туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілер (бұдан әрі - КБМД)

Дәрі атауы	Дәрілік түрі	Қабылдауға арналған белсенді заттың дозасы (мг)
		күнделікті
Рифампицин+Изониазид Пиразинамид+Этамбутол	+ Таблетка, қабыршақты қабықпен қапталған	150+75+400+275

Рифампицин+Изониазид Пиразинамид	+	Таблетка, қабыршақты қабықпен қапталған	60+30+150
Рифампицин+Изониазид +Этамбутол		Таблетка, қабыршақты қабықпен қапталған	150+75+275
Рифампицин +Изониазид		Таблетка, қабыршақты қабықпен қапталған	60+30
Рифампицин +Изониазид		Таблетка, қабыршақты қабықпен қапталған	150+75
Рифампицин +Изониазид		Таблетка, қабыршақты қабықпен қапталған	60+60
Рифампицин +Изониазид		Таблетка, қабыршақты қабықпен қапталған	150+150

2 және 3 құрамды КБМД салмағы 5-20 кг арасындағы 18 жасқа дейінгі балаларды I санат тәртібінде емдеу кестелері мен ұсынылған тәуліктік дозалары

Салмақ санаттары (кг)	Таблеткалар саны (мг)					
	қарқынды кезең			қолдау сатысы		
	RHZ 60+30+150	RH 60+60	E 100	RH 60+30	RH 60+60	*E 100
5-7	1	1	1	1	1	1
8-14	2	1	2	2	1	2
15-20	3	2	3	3	2	3

* Н монорезистенттілік анықталған жағдайда, қосымша Е (100мг) тағайындалады.

2 және 4 құрамды КБМД салмағы 21-30 кг арасындағы 18 жасқа дейінгі балаларды I санат тәртібінде емдеу кестелері мен ұсынылған тәуліктік дозалары

Салмақ санаттары (кг)	Таблеткалар саны (мг)						
	қарқынды саты			Қолдау сатысы			
	RHZE (150мг+75мг+400мг+275мг)			RH 60+60	RH 150+75	RH 60+60	*E 400
21-30	2			2	2	2	1

* Н монорезистенттілік анықталған жағдайда, қосымша Е (400мг) тағайындалады

2 және 3 құрамды КБМД салмағы 5-20 кг арасындағы 18 жасқа дейінгі балаларды II санат тәртібінде емдеу кестелері мен ұсынылған тәуліктік дозалары

Салмақ санаттары (кг)	Таблеткалар саны (мг)					
	қарқынды саты			Қолдау сатысы		
	RHZ 60+30+150	RH 60+60	E 100	RH 60+30	RH 60+60	E 100
5-7	1	1	1	1	1	1
8-14	2	1	2	2	1	2
15-20	3	2	3	3	2	3

*Емнің қарқынды кезеңінде бастапқы 2 ай бойы стрептомицин тағайындалады.

2 және 4 құрамды КБМД салмағы 21-30 кг арасындағы 18 жасқа дейінгі балаларды II санат тәртібінде емдеу кестелері мен ұсынылған тәуліктік дозалары

Салмақ санаттары (кг)	Таблеткалар саны (мг)						
	қарқынды саты			Қолдау сатысы			
	RNZE (150мг+75мг+400мг+275мг)			RH 60/60	RH 150+75	RH 60/60	E 400
21-30	2			2	2	2	1

Емнің қарқынды сатында бастапқы 2 ай бойы стрептомицин тағайындалады.

Ескертулер:

1) салмағы 5-20 кг арасындағы балаларды емдеу үшін келесі КБМД қолданылады (еритін):

- қарқынды сатында

Рифампицин+ изониазид + пиразинамид (60+30+150) и

Рифампицин+ изониазид (60мг+60мг)

қолдау сатысында

Рифампицин+ изониазид (60мг+60мг) и

Рифампицин+ изониазид (60мг+30 мг)

* Н монорезистенттілік анықталған жағдайда, қосымша Е (100мг) тағайындалады

2) салмағы 21-30 кг арасындағы балаларды емдеу үшін келесі ҮБМД қолданылады (ересек жастағы балалар жұта алатын ерімейтін 4 құрамды дәрілер) :

- қақынды саты

Рифампицин+ изониазид + пиразинамид + этамбутол
(150мг+75мг + 400 + 275) и

Рифампицин+ изониазид (60мг+60мг)

- қолдау сатысы

Рифампицин+ изониазид (60мг+60мг)

Рифампицин+ изониазид (150мг+75 мг) таблетка, қабыршақтықабықпен қапталған

Н монорезистенттілік анықталған жағдайда, қосымша Е (400мг) тағайындалады

3) салмағы 5 кг дейінгі балаларды емдеу үшін бір құрамды дәрілер қолданылады.

Салмағы 30 кг астам 18 жасқа дейінгі балаларда бірінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің тәуліктік мөлшері қолдануға болатын ең жоғары мөлшерден мг/кг/тәулігіне есептеледі.

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа
7-қосымша

Туберкулезге қарсы жүргізілген ем үзілген жағдайда қолданылатын іс-шаралар

1. Ем 1 айға дейінгі уақытқа үзілсе	
Науқасты табыңыз Емнің не себепті үзілгенін анықтап, себебін жойыңыз Емді жалғастырыңыз және үзіліс нәтижесінде қабылданбаған ТҚП мөлшерін тотыру мақсатында ем мерзімін ұзартыңыз	
2. Ем 1-2 айға үзілсе	
Бірінші кезекте жүргізетін іс-әрекеттер	Кейіннен жүргізетін іс-әрекеттер
1) науқасты табу ; 2) емнің не себептен үзілгенін анықтау және себебін жою; 3) 2 рет қақырық	Қақырық жағындысының нәтижесі теріс немесе науқаста өкпеден тыс туберкулез Емді жалғастырыңыз және үзіліс нәтижесінде қабылданбаған ТҚП мөлшерін тотыру мақсатында ем мерзімін ұзартыңыз

жағындысын зерттеу; 4) нәтиже анықталғанша емді жалғастыру	Кем дегенде 1 нәтиже оң болса	Қақырықты культуральдық әдістермен зерттеу және ДСТ жүргізу. ДСТ нәтижесін алғанға дейін бұрын жүргізілген ем тәртібін жалғастыру. Емді бұдан әрі жалғастыру тактикасы ДСТ нәтижесі мен ОДКК шешіміне байланысты
2. Ем 2 айдан аса уақытқа үзілсе		
1) науқасты табу ; 2) емнің не себептен үзілгенін анықтау және себебін жою; 3) 3 рет қақырық жағындысын зерттеу; зерттеу 4) нәтижесі анықталмағанша емді бастамау	Қақырық жағындысының нәтижесі теріс немесе науқаста өкпеден тыс туберкулез	Шешімді ОДКК қабылдайды: Егер ДСТ нәтижелері болмаса немесе зертханалық дәлелденген КДТ ТБ болмаса, қақырық немесе басқа биологиялық материалды ДСТ зерттеу керек, науқасты "Басқалар" типімен II санатқа қайта тіркеп, II санаттың қолдау сатысын бастау керек
		Егер науқаста үзіліс кезінде КДТ ТБ зертханалық дәлелденген болса, науқасты "Басқалар" типімен IV санатқа тіркеп, ЕҚД ем бастау керек
	Кем дегенде 1 нәтиже оң болса	Егер ДСТ нәтижелері болмаса немесе зертханалық дәлелденген КДТ ТБ болмаса, қақырықты ДСТ зерттеу керек, науқасты "Үзілістен кейінгі ем" типімен II санатқа қайта тіркеп, II санаттың қолдау сатысын бастау керек
		Егер науқаста үзіліс кезінде КДТ ТБ зертханалық дәлелденген болса, науқасты "Үзілістен кейінгі ем" типімен IV санатқа тіркеп, ЕҚД емдуді бастау керек

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа
8-қосымша

Туберкулез бойынша құжаттың есепке алу нысандары

1. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23-қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген Туберкулез бойынша құжаттың есепке алу нысандары (Қазақстан Республикасының Мемлекеттік нормативтік құқықтық актілер тізілімінде № 6697 болып тіркелген):

1) 089/е – өмірінде алғаш рет туберкулездің белсенді түрі, жыныстық жолмен берілетін жұқпалы аурулар, трихофития, микроспория, фавус, қышыма, трахома, психикалық аурулардың анықталғандығы туралы хабарлама. Есеп берілетін жылы туберкулез ауруының диагнозы ОДКК анықталғаннан кейін туберкулезге алғаш рет шалдыққан (алғаш рет тіркелген) барлық науқастарға толтырылады.

2) 058/е - "жұқпалы ауыру, азық-түлік өнімдерімен, жедел, кәсіби улану, егуге организмнің өзгеше жауабы туралы шұғыл хабарлама" негізінде бактерия бөлуші науқастар есепке алынады. Шұғыл хабарламаның жіберілу мерзімі – бактерия бөлу анықталғаннан кейін, бір тәулік ішінде.

3) ТБ 01/е – туберкулезге шалдыққан науқастың медициналық картасы, туберкулезге шалдыққан әрбір науқасқа ем тағайындағанда немесе емдеу курсына қайта тіркегенде, ОДКК "туберкулез" деген диагноз қойғаннан кейін

немесе туберкулезбен ауыратын науқастың типі өзгертілуі туралы шешім қабылданғаннан кейін тұрғылықты мекен жайына сәйкес аудандық фтизиатр немесе аурухананың фтизиатры толтырады. Бұл карта емнің толық курсы барысындағы науқас туралы ақпаратты тіркеуге арналған және де "Туберкулезге шалдыққан науқастарды тіркеудің Ұлттық регистрі" порталына кіріс құжаты болып табылады. Ауруханадан шыққанда науқастың қолына ТБ 01 медициналық картасы беріліп, науқас емін жалғастыратын МСАК мекемесіне не аудандық ТҚКҰ жеткізіледі. Ем курсы аяқталғаннан кейін ТБ 01 медициналық картасы аудандық ТҚКҰ-ға жіберіледі.

4) ТБ 01/е – санат IV – туберкулезге шалдыққан IV санаттағы науқастың медициналық картасы.

5) ТБ 03/е - облыстағы (қала, аудандағы) туберкулезді тіркеу журналы. Аталған журнал науқас диспансерлік есепке, емделу мен бақылауға алынған ТҚҰ жүргізіледі. Журналдың сол жағы ем тағайындалғанға дейін толтырылады, ал оң жағы науқастың медициналық картасы ТБ 01 негізінде толтырылады. Журналдағы мәліметтер ай сайын ТБ 04 (МСАК)/ТБ 17 (ТҚҰ) зертханалық тіркеу журналы және мемлекеттік санитарлық эпидемиологиялық қызмет органдарының жұқпалы ауруларды есепке алу мәліметтерімен (ТБ 02 үлгісі - "кейбір жұқпалы және паразитарлы аурулар туралы есеп" № 1 үлгісіне қосымша) салыстырылып отырады. Ем сәтсіз аяқталған жағдайда науқасты ТБ 03 журналына қайта тіркеу қажет.

6) ТБ 04/е – зертханалық тіркеу журналы, қақырықты туберкулез микобактериясына микроскопиялық тексеретін МСАК жүйесі зертханасында жүргізіледі.

7) ТБ 09/е – туберкулезге шалдыққан науқасты ауыстыру жолдамасы. Туберкулезге шалдыққан науқасты емін жалғастыру/бақылау үшін бір мекемеден басқа мекемеге ауыстыру жолдамасы.

8) ТБ 11/е – туберкулезге шалдыққан IV санаттағы науқастарды тіркеу журналы. Бұл журнал облыстық және аудандық туберкулезге қарсы күрес жүргізу ұйымдарында дәріге төзімді туберкулезге шалдыққан және IV санатқа ауыстырылған науқастарды тіркеу үшін жүргізіледі.

9) ТБ 12/е - ТҚП тіркеу журналы.

10) ТБ 14/е - науқастың ақпараттандырылғаннан кейін емделуге берген келісімі.

11) ТБ 15/е - туберкулез ауруына күдікті науқастарды тіркеу журналы.

12) ТБ 16/е – контингентті диспансерлік бақылау картасы.

13) ТБ 19/е – ТҚП сөрелік картасы.

14) ТБ 20/е – жүкқұжат.

Туберкулезбен ауыратын науқастарды диспансерлік бақылау (топтардың сипаты, бақылау мерзімдері, қажетті шаралармен нәтижелер)

Топ	Сипаты	Бақылау мерзімі	Шаралар	Бақылау нәтижесі
Нөлдік топ (0)– диагностикалық				
0	Туберкулез ауруының белсенділігі күмәнді адамдар. ТҚҚҰ диспансерлік есепке алынбаған туберкулинге сезімталдық сипаттамасын нақтылап анықтауды және ауруды ажыратып, анықтауды талап ететін балалар.	4 ай	Зертханалық (жалпы қан талдамасы (бұдан әрі – ЖҚА), жалпы зәр талдамасы (бұдан әрі – ЖЗА), қақырықты ТМБ микроскопия және культуральдық әдістермен зерттеу), клиникалық, рентгенологиялық. Аспаптармен тексеру және зерттеудің басқа әдістері (көрсеткіштерге сәйкес). Балалар мен жасөспірімдерде туберкулинмен диагноз қою, "ДИАСКИНТЕСТ®". ТҚП қолдануға тыйым салынады.	Есептен шығару. Белсендігі туберкулез түрі анықталса келесі топқа ауыстыру: 1) IA – егер алғаш рет анықталған болса. 2) IB немесе IB – егер ауру қайталанған болса. 3) ТМБ жұғуы салдарынан туберкулин сынағанының нәтижесі оң болса, бала III Б тобына ауыстырылады.
Бірінші топ (I) – белсенді туберкулез				
IA	ТБ алғаш рет шалдыққандар	Емнің толық курсы бойында	1) ЖҚА, ЖЗА, ҚБА – ҚК ай сайын, қолдау сатасының ортасы мен соңында, көрсеткіштер бойынша – жиірек. 2) Бактериоскопия мен қатты коректік орталарға егу – 3 рет, Хpert MTB/RIF, Geno Type MTBDR®, BACTEC – ем бастамас бұрын бір рет. 3) Бактериоскопия 2 рет: қарқынды кезеңде 2 ай емделген соң, егер қақырық жағындысының конверсиясы байқалмаса – емнің 3 және 4-айларының соңында. 4) Бактериоскопия 2 рет – бастапқыда жағындысы оң нәтижелі болған науқастар үшін - қолдау сатасының ортасы мен соңында. 5) 3 ай ем жүргізілген соң қақырық жағындысының конверсиясы байқалмаса – қатты коректік ортаға 2 рет егу және ДСТ жүргізу.	Келесі диспансерлік топқа ауыстырылады: 1) II - емнің нәтижесі "жазылды" немесе "ем аяқталды" деп анықталса; 2) IB – дәрілерге сезімталдығы сақтаған және ем нәтижесі "сәтсіз ем" деп анықталса; 3) IB – R төзімділік анықталса және полирезистенттілігі бар науқастың ем нәтижесі "сәтсіз ем" болса. Ем нәтижесі "ем тәртібін бұзды" деп

		<p>6) Рентгено-томография – ем алдында, ем барысында – 2-3 ай сайын (көрсеткіштер болса- жиірек).</p> <p>7) 2 ТБ Манту сынамасы ("ДИАСКИНТЕСТ®") ем алдында (балаларда), кейіннен – көрсеткіштерге сәйкес.</p> <p>I санат бойынша стандартты ем кестелері</p>	<p>анықталса, аймақтық ПМ органдары берген құжаттарға сәйкес - 1 жыл бойы іздестіру нәтижесіз болса, науқас ТҚҰ бақылауынан шығарылады.</p>
I Б	ТБ ауруы қайталанғандар	<p>1) ЖҚА, ЖЗА, ҚБА – ҚК ай сайын, қолдау сатасының ортасы мен соңында, көрсеткіштер бойынша – жиірек.</p> <p>2) Бактериоскопия мен қатты қоректік орталарға егу – 3 рет, Хpert MTB/RIF, Geno Type MTBDR®, ВАСТЕС – ем бастамас бұрын бір рет.</p> <p>3) Бактериоскопия 2 рет: қарқынды кезеңде 3 ай емделген соң, егер қақырық жағындысының конверсиясы байқалмаса - емнің 4 және 5-айларының соңында.</p> <p>4) Бактериоскопия 2 рет – бастапқыда жағындысы оң нәтижелі болған науқастар үшін - қолдау сатасының ортасы мен соңында.</p> <p>5) 4 ай ем жүргізілген соң қақырық жағындысының конверсиясы байқалмаса – қатты қоректік ортаға 2 рет егу және ДСТ жүргізу.</p> <p>6) Рентгено-томография – ем алдында, ем барысында – 2-3 ай сайын (көрсеткіштер болса- жиірек).</p> <p>7) 2 ТБ Манту сынамасы ("ДИАСКИНТЕСТ®") ем алдында (балаларда), кейіннен – көрсеткіштерге сәйкес.</p> <p>II санат бойынша стандартты ем кестелері.</p>	<p>Келесі диспансерлік топқа ауыстырылады:</p> <p>1) II - емнің нәтижесі "жазылды" немесе "ем аяқталды" деп анықталса;</p> <p>2) I B – R төзімділік анықталса және ем нәтижесі "сәтсіз ем" болса.</p> <p>Ем нәтижесі "ем тәртібін бұзды" деп анықталса, аймақтық ПМ органдары берген құжаттарға сәйкес - 1 жыл бойы іздестіру нәтижесіз болса, науқас ТҚҰ бақылауынан шығарылады.</p>
I B	IV санат кестесі бойынша ем қабылдап жатқан ДТ ТБ жағдайлары	<p>IV санат бойынша стандартты ем кестелері.</p> <p>1) ЖҚА, ЖЗА, ҚБА – ҚК ай сайын, ЖҚ – тоқсан сайын, көрсеткіштер бойынша – жиірек.</p> <p>2) Бактериоскопия мен қатты қоректік орталарға егу – 3 рет, Geno Type MTBDR®/sl, ВАСТЕС – ем бастамас бұрын бір рет.</p> <p>3) Бактериоскопия және егу (Левенштейн - Йенсен) 2 рет қарқынды кезеңде - ай сайын, қолдау сатысында – тоқсан сайын.</p> <p>4) Қатты қоректік орта мен ВАСТЕС егіп, ДСТ анықтау – ем алдында және ҚК 4</p>	<p>Келесі диспансерлік топқа ауыстырылады:</p> <p>1) II - емнің нәтижесі "жазылды" немесе "ем аяқталды" деп анықталса;</p> <p>2) I Г – ем нәтижесі "сәтсіз ем" болса.</p> <p>Ем нәтижесі "ем тәртібін бұзды" деп анықталса, аймақтық ПМ органдары берген құжаттарға сәйкес -</p>

			айынан кейін бактерия бөлу сақталған жағдайда. 5) Рентгено-томография – ем алдында, ем барысында – 2-3 ай сайын (көрсеткіштер болса- жиірек). 6) 2 ТБ Манту сынамасы ("ДИАСКИНТЕСТ®") ем алдында (балаларда), кейіннен – көрсеткіштерге сәйкес.	1 жыл бойы іздестіру нәтижесіз болса, наукас ТҚҰ бақылауынан шығарылады. Бұрын ем тәртібін бұзған науқастарды қайталап 1 В ДЕ тобына алу туралы шешімді ОДКК қабылдайды.
I Г	Белсенді туберкулезі бар, бірақ арнайы ем жүргізілмейтін науқастар	Бактерия бөлу тоқтағанға дейін немесе басқа ем тактикасы анықталғанға дейін	1) ЖҚА, ЖЗА, ҚБА – жарты жылда 1 рет, көрсеткіштер болса – жиірек. 2) микроскопия және қатты қоректік ортаға егу – 2 рет, рентгенологиялық тексеру – жарты жылда 1 рет.	Келесі диспансерлік топқа ауыстырылады: 1) I В – жаңа ТҚП тиімді ем кестесі тағайындалса; 2) II – қатты қоректік орталарға егу нәтижесі соңғы 2 жыл ішінде теріс нәтижелі болса.
Екінші топ (II) – белсенділігі жоқ туберкулез				
II	Ем нәтижесі " жазылды" немесе "ем аяқталды" деп анықталған туберкулездің белсенділігі жоқ адамдар	1 жыл – кіші қалдықты өзгерістері бар адамдар (КҚӨ) 2 жыл – үлкен қалдықты өзгерістері бар адамдар (ҮҚӨ)	Тексерулер жылына екі рет жүргізіледі (ЖҚА, ЖЗА, қырық микроскопиясы, егу , рентгено-томография). Қосымша зерттеу әдістері көрсеткіштерге сәйкес.	Есептен шығару.
Үшінші топ (III) – туберкулезбен ауыру қаупі жоғары адамдар				
	Туберкулезге шалдыққан науқастармен қарым-қатынастағы адамдар. Туберкулездің белсенді түріне шалдыққан бактерия бөлуші/бөлмейтін науқастармен қарым-қатынастағы балалар мен жасөспірімдер Бұрын белгісіз болған туберкулез ауруының	қатынаста болған барлық уақыттан бастап, науқас тиімді емделгеннен кейін 1 жыл бойы	Жан-жақты тексеру жылына екі рет жүргізіледі (зертханалық, клиникалық, рентгенологиялық). Балалар мен жасөспірімдерге 2 ТБ Манту сынамасы, "ДИАСКИНТЕСТ®". Алғаш рет тексергенде 2 ТБ Манту сынамасы теріс болғандарға сынама 8-10 аптадан	Есептен шығару.

III А	өлім-жітім ошақтарындағылар	1 жыл	кейін қайталаңады. Анықтаудың басқа әдістері көрсеткіштерге сәйкес.	Белсенді туберкулез анықталса, I А тобына ауыстыру.
III Б	Туберкулез микобактерияларының жұққандығы алғаш рет анықталғандар	1 жыл	Есепке алғанда және есептен шығарғанда – ЖҚА, ЖЗА, 2 ТБ Манту сынағасы, " ДИАСКИНТЕСТ®" және рентгенологиялық тексеру. Қақырық микроскопиясы көрсеткіштер болса. Химиофилактика тәртібі – бұйрыққа сәйкес.	
III В	БЦЖ вакцинасын еккенде жанама әсерлер байқалғандар.			

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа
10-қосымша

АТА-АНАЛАРҒА ЖАДЫНАМА БЦЖ ЕКПЕСІ

БЦЖ вакцинациясы – бұл, жаңа туған нәрестенің организмінде туберкулезге қарсы иммунитетті қалыптастыруға бағытталған екпе.

БЦЖ вакцинацияланбаған бала, науқаспен байланысқан кезде туберкулезбен тез арада сырқаттанады. Бұл ретте, өлімге әкеп соқтыратын туберкулездің ауыр нысаны (туберкулез миненгиті және диссеминацияланған өкпе туберкулезі) тез дамиды.

БЦЖ вакцинациясы жаңа туған нәрестелерге өмірінің бірінші 4 күнінде перзентханаларда медициналық қарсы айғақтар болмаған кезде жүргізіледі.

БЦЖ вакцинациясынан кейін баланың анасы БЦЖ екпесінің орнын бақылауы тиіс және инфильтрат пайда болған кезде учаскелік дәрігерді ескерту қажет. Одан әрі дәрігер жергілікті вакциналды әсердің ағымын және перифериялық лимфа жолдарын бақылайды, ол балада туберкулезге қарсы иммунитетті қалыптастыруға қатысады.

БЦЖ екпесін жаңа туған нәресте қанағатты түрде бастан өткереді.

Отбасы мүшелері мен БЦЖ вакцинациясын алмаған жаңа туған нәрестелер шығарылатын жақын жуықтары туберкулезге қаралып тексерілуі тиіс. БЦЖ вакцинациясын алмаған балалардың ата-аналары туберкулез бен басқа да инфекциялық ауруларды профилактикалау үшін басқа адамдармен байланысуға жол бермеуі тиіс.

Перзентханаларда БЦЖ вакцинациясын алмаған балалар, емхана жағдайында медициналық бұрулақ алынғаннан кейін Манту алдын ала сынамасы жоқ 2 айға дейінгі жаста; ересектер Манту 2 ТЕ сынамасының теріс нәтижесі болған кезде тез арада екпе алады.

БЦЖ вакцинациясы баланы туберкулез миненгитінен және диссеминацияланған өкпе туберкулезінен сақтайды, ал жұқтырған жағдайда тиісті ем болған кезде жағымды аяқталулары бар туберкулездің жеңіл нысандары дамиды.

Ата-аналардың балалар денсаулығы үшін жауапкершіліктері және туберкулезге өарсы міндетті профилактикалық екпе төменде санамаланған Қазақстан Республикасының нормативтік-құқықтық актілермен регламенттеледі:

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Кодекс, 156-бап "Профилактикалық екпелер жүргізу" - ҚР азаматтары инфекциялық ауруларға қарсы профилактикалық екпелерді алуға міндетті;

ҚР Қылмыстық кодексі 138-бап "Бала өмірі мен денсаулығының қауіпсіздігін қамтамасыз ету бойынша";

"ҚР-дағы бала құқықтары туралы" ҚР Заңы, 8-баптың 1-тармағы – "Әрбір баланың денсаулығын сақтауға құқығы бар".

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа
11-қосымша

БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқынулар: анықтау, емдеу, диспансерлік бақылау

1. Вакцинациядан кейінгі асқынулардың пайда болу себептері:

- 1) вакцинаны енгізу техникасының бұзылуы;
- 2) организмнің өзгерген (аллергиялық) кейпі;
- 3) вакцинаның жоғары реактогендігі;
- 4) жауап қайтарудың генетикалық ерекшеліктері;
- 5) ауыртпашылығы бар постнатальды кезең.

2. БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқынулардың жіктелуі

Спецификалық	Бейспецификалық	
Жергілікті	Жергілікті	Жалпы
1) теріастылық суық абсцесстер	1) келоидты тыртық	1) түйінді эритема 2) экзема 3) эпителиоидты кисталар

2) ойық жаралар (10 мм-ден үлкен)	2) фликтеналы кератоконъюнктивит (ФКК)	4) гранулемалар, бөртпе, теміреткі, паракератоз
3) лимфадениттер (15 мм және астам)		5) ағзаның жоғары сезімталдық реакциясы
4) оститтер		6) анафилаксиялық реакция

3. БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқынуларды диагностикалау

Вакцинациядан кейінгі лимфадениттер - вакцина енгізген жерге жақын орналасқан аймақтық лимфа бездерінің ұлғаюы, жиі – қолтық асты, кейде – бұғана үсті және бұғана асты, сирек – мойын, жақ асты, иек асты және бұлшық ет аралық. Бір немесе бірнеше топтың лимфа бездерінің бірден немесе бірте-бірте зақымдануы мүмкін. Вакцинациядан кейінгі лимфадениттер, негізінен, алғаш рет вакцинация жасалған балаларда 2-3 айдан кейін пайда болуы мүмкін, кейбір жағдайларда суық абсцесспен бірге кездесуі мүмкін. Лимфа бездерінің 10-15 мм-ге дейін ұлғаюы шекаралық жағдай болып саналады және де лимфоидты тіннің қалыпты реакциясы мен БЦЖ асқынуы арасында ажырату жүргізу мен динамикада бақылауды талап етеді.

Вакцинациядан кейінгі аймақтық лимфадениттердің клиникалық көрінісі үрдістің фазасына сәйкес (инфильтрация, казеозды некроз, кальцинация) әртүрлі болады. Кейде лимфа бездері жұмсарып, флюктуация, абсцестену мен жыланкөз пайда болып, иіссіз ірің бөлінеді. Вакцинациядан кейінгі лимфаденит ұзақ ағымды болса, балалада интоксикация белгілері пайда болады (оқтың-оқтың субфебрильді температура, микрополиадения, тәбетінің төмендеуі, салмақ қосуы бәсеңдейді немесе тіпті қоспайды, гипохромды анемия, бауырының үлкеюі және басқалар). Өте сирек жағдайларда менингизм көрінісі немесе капилляротоксикозға ұқсас геморрагиялық бөртпелер пайда болуы мүмкін.

Вакцинациядан кейінгі лимфадениттерге төмендегілер тән:
 лимфа бездерінің көлемі 15 мм және одан да астам ұлғаюы;
 консистенциясы – басында жұмсақ, эластикалы, кейін – тығыз;
 лимфа бездерінің пальпациясы - ауырусыз;

бастапқы кезеңде тері өзгермеген, кейіннен тері қызыл-көкшіл түсті болып, лимфа безі теріге жабысады. Одан кейін лимфа безі абсцестеніп, казеозды массалар сыртқа шығып, аз не көп мөлшердегі иіссіз бөліндісі бар жыланкөз пайда болуы мүмкін;

баланың жалпы жағдайы мен көңіл-күйінде айтарлықтай өзгерістер болмайды ;

туберкулезге шалдыққан науқаспен қарым-қатынастың болмауы.

Теріастылық суық абсцесстер жергілікті температурасыз абсцесстің пайда болуымен сипатталады. Теріастылық суық абсцесстің пайда болуы БЦЖ

вакцинасын енгізу техникасын бұзумен, вакцинаның тері астына түсуімен байланысты.

Теріастылық суық абсцесстердің клиникалық көріністері:

ісік пайда болады да, оның үстіндегі тері түсі өзгере бастайды;

пальпация кезінде ауырмайды, ортасында флюктуация анықталады;

кейде қолтық асты лимфа бездері ребелсендігі ұлғаюы мүмкін;

вакцина жарым-жартылай тері ішіне түскен жағдайда БЦЖ вакцинасы енгізілген жерде вакцинациядан кейінгі қалыпты жергілікті реакция дамиды;

жараға айналу (теріастылық суық абсцесс уақытылы анықталмаса және өз бетімен жарылса);

вакцинациядан (ревакцинациядан) кейін 1-8 айдан соң пайда болады.

2-3 айдан кейін абсцесстің өз бетімен сорылуы немесе жұмсарып, ірің шығып, жара пайда болып, жазылғанда жұлдызша тәрізді тыртықша пайда болуы мүмкін.

Беткей жара – вакцина енгізілген жердегі тері мен теріастылық талшықтың ақауы. Жараның пайда болу себебі – егу материалының жоғары реактогендігі немесе оның жоғары мөлшерде болуы.

Беткей жараның сипаттамасы:

диаметрі 10 мм-ден 20-30 мм-ге дейін (шеттері кесілген, жан-жағындағы инфильтрация айқын емес, түбінде көп мөлшерде іріңді бөлінді бар);

ревакцинациядан кейін 2-3 аптадан соң пайда болады және әр түрлі бөртпелер, әсіресе аллергиялық, шығу бейім, терісінің ерекше реактогендігі бар балаларда байқалады.

Келоидты тыртық – вакцина енгізілген жердегі көлемі 10 мм-ден астам, тері деңгейінен көтеріңкі орналасқан ісік тәрізді түзіліс. Алғаш рет жүргізілген вакцинациядан кейін келоидты тыртық сирек пайда болады. Келоидты тыртықтың пайда болуына себепші факторлар: ұзақ (6 айдан астам) жазылмайтын жергілікті реакция, БЦЖ вакцинасының енгізу орнын (білектің жоғарғы үштен бір бөлігі) дұрыс таңдамау, сонымен қатар ағзаның гормондық қайта құрылуы.

Келоидты тыртықтың вакциндық үрдістің қалыпты ағымында түзілетін тыртықшадан айырмашылығы:

тығыздығы, кейде шеміршек тәрізді консистенциялы;

келоидтың қалың қабатында капиллярлар болады және олар қарап тексергенде анық көрінеді;

тыртық пішіні дөңгелек, эллипс тәрізді, кейде жұлдызша тәрізді;

беті тегіс, жылтыр;

түсі – солғын қызғылт, көкшіл реңкі бар алқызыл түстен, қоңыр түске дейін;

келоидты тыртықтың жан-жағы қышиды, кейде ауыру сезімі қосылады.

Терінің кез-келген зақымдануына келоидты тыртықтың пайда болуына бейім балаларда жиі түзіледі. Көлемі 1 см және бір жыл ішінде өспеген келоидтарды емдеу қажет емес.

Келоидтарды хирургиялық емдеуге тыйым салынады.

Сүйек жүйесінің зақымдануы (оститтер) – жаңа туылған нәрестелердің БЦЖ вакцинациясының сирек кездесетін (1млн. егілгендер арасында 1 жағдай) кеш пайда болатын асқынуы. Латентті кезеңі 18 айға дейін. Содан соң зақымданған жер ісіңкіреп, қозғалыс көлемі шектеледі.

Оститтің диагнозы келесі төрт белгіге негізделеді:

туберкулинді реакциялар - оң, "ДИАСКИНТЕСТ®" - теріс;

өзіне тән рентгенологиялық көрініс – склерозды жиегі бар остеолиз ошағы, сирек жағдайда – периостальдық реакция байқалады;

биопсиялық материалды зерттегенде эпителиодты жасушалы гранулематозды остеомиелит анықталады;

микробиологиялық зерттегенде қышқылға төзімді микобактериялар анықталады және олардың БЦЖ микобактериялары (bovis) екендігі сәйкестендіріледі.

Процестің вакцинациядан кейінгі екендігіне нұсқайтын белгілер:

баланың жасы 5 жасқа дейін;

зақымдану ошағының шектелгендігі;

остит кез келген жерде шоғырлануы мүмкін, бірақ аяқ сүйектері жиі зақымданады;

зақымданған буынның ісініп, пішінінің тегістелуі;

аяқ/қол бұлшық еттерінің тырысуы және атрофиясы;

пальпация кезінде және білікке салмақ түскенде жергілікті ауыру сезімінің күшеюі;

қозғалыс көлемінің шектелуі;

буынға сұйықтық жиналуы мүмкін (флюктуацияның болуы, тізе тобығының ауытқуы, аяқ/қолдың мәжбүрлі жайы бойынша анықталады);

жүріс-тұрыстың өзгеруі;

сүйек тінінің зақымдануының басқа белгілері.

Балалар емханасында клиникалық белгілер бойынша вакцинациядан кейінгі асқынулар анықталған жағдайда фтизиатр келесі қосымша зерттеу әдістерін тағайындайды:

қан мен зәрдің жалпы талдамасы;

"ДИАСКИНТЕСТ®";

кеуде қуысы ағзаларының жалпы рентгенограммасы (көрсеткіштер бойынша – томографиялық зерттеу), қабыну сүйек-буын жүйесінде орналасса – сүйектер мен буындардың рентгенографиясы;

көрсеткіштер бойынша – 2 ТБ Манту сынамаcы (БЦЖ вакцинациясынан кейін 12 ай өткен соң);

қабыну аймағынан алынған кез-келген материалды (жыланкөздерден бөлінген зат, пунктат, резекциялық материал және т.б.) ҚТБ бактериоскопия және егу әдістерімен зерттеу.

БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқыну диагнозы анықталған соң, анықталған асқыну туралы медицина мекемесінің басшысына, аймақтық тұтынушылар құқығын қорғау департаментіне және ҚР ТМҰО.

Асқыну сипаты туралы мәліметтер 063/е, 026/е, 112/е есепке алу үлгілеріне тіркеледі.

Вакцинациядан кейінгі асқынуы бар барлық балаларға "БЦЖ вакцинасын еккенде жанама әсер пайда болған бала туралы хабарлама картасы" толтырылады

4. БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқынуларды емдеу

1. Вакцинациядан кейінгі лимфадениттерді емдеу

Инфильтрация сатысы (ем Амбулаториялық немесе шипажай жағдайында жүргізіледі):

Ауыз қуысы арқылы – изониазид (Н – 10 мг/кг).

Жергілікті – аппликациялар: рифампицин (0,45 г) + 10% немесе 20% димексид ерітіндісі (10 мл немесе 20 мл препаратқа + 90 мл немесе 80 мл тазартылған су) күніне 2 рет 1 ай бойы. Лимфа безі ұлғаюға бейім болса, этамбутолды тағайындауға болады (Е–15 мг/кг) + витамин А (1 жасқа дейін – майлы ерітіндінің 1 тамшысын күн сайын, 1-7 жаста – 1 тамшысын күнделікті), жасы үлкен балаларға – жасына сәйкес мөлшерде аевит.

Ем ұзақтығы – 2-4 ай (жекеше, үрдіс динамикасын ескере отырып).

Казеозды-некрозды саты (ем Амбулаториялық, шипажай немесестационар жағдайында жүргізіледі):

Ауыз қуысы арқылы бастапқы 2 ай бойы: изониазид (Н – 10 мг/кг)+ этамбутол (Е-20 мг/кг) + А дәрумені.

Жергілікті – лимфа безінің пункциясы, аптасына 1-2 рет, курсы - 5-6 инъекция, үрдіс динамикасын ескере отырып.

Оң динамика байқалса, емді бір дәрімен (Н), баяу динамика болса – екі дәрімен (Н+Е) жалғастыру керек.

Хирургиялық ем нақты көрсеткіштер бойынша жүргізіледі: бір ай бойы жүргізілген ем нәтижесіз болса немесе лимфа безі 5 см-ге дейін және одан да

үлкен болып ұлғайса. Хирургиялық емнен кейін химиотерапия жалғыз изониазидпен жалғастырылады + жергілікті 10% немесе 20% димексид ерітіндісі мен рифампицин – бір ай бойы.

Емнің жалпы ұзақтығы - 3-4 ай.

Кальцинация/экстену сатысы:

Лимфа бездерінің көлемі 10 мм және одан үлкен болса – хирургиялық жолмен алым тастау (көрсеткіштер бойынша).

Аймақтық лимфа бездерінде кальцинаттар анықталған жағдайда, олардың көлеміне қарамастан, БЦЖ ревакцинациясы– қарсы көрсетілген!

2. Вакцинациядан кейінгі абсцесстерді емдеу

Ауыз қуысы арқылы – изониазид (10 мг/кг) 2- 4 ай бойы.

Жергілікті – 10% немесе 20% димексид ерітіндісі мен рифампицин аппликациялары. Флюктуация анықталса, 2-3 күнде бір рет казеозды массаларды шприцпен сорып алу керек, №5-6, үрдіс динамикасын ескере отырып. Оң динамика байқалмаса (сорылу) – капсуласымен қоса хирургиялық жолмен алып тастау. Хирургиялық емнен соң бір ай бойы жалғыз изониазидпен (Н) емді жалғастыру керек.

3. Келоидты тыртықтарды емдеу Үлкен келоидты тыртықтарды емдеу қажет.

Жергілікті – 0,5% гидрокортизон эмульсиясының ерітіндісі және 0,5% новокаин ерітіндісімен аптасына 1 рет туберкулинді инелермен келоидтың 5-6 жерінен шаншу керек. Шприцке 1 мл-ден гидрокортизон эмульсиясы мен новокаин ерітіндісі алынады (келоид беті мен шетіндігі тері алдын ала спиртпен және йодпен сүртіледі). Емдеу курсы 5-10 рет инемен шаншу.

Келоидты гидрокортизон эмульсиясымен шаншуды лидазамен шаншумен кезектестіруге болады (мөлшері – 12 жастан асқан балаларға 64 бірлік және 7-11 жас аралығындағы балаларға - 32 бірлік).

Егер жүргізілген ем курсы нәтижесіз болса немесе келоид қайтып өсе бастаса, пирогенал, лидаза және гидрокортизонмен емдеу керек. Пирогеналды 25 минималды пирогенді дозаны (МПД) күнделікті бұлшық етке салудан бастап, 10 күн ішінде бірте-бірте балаларда 150 МПД-ға, жасөспірімдерде - 200 МПД-ға дейін көбейтеді. Бұдан әрі ең жоғары дозаны жалпы ем курсы аяқталғанша 30 инъекцияға дейін салады да, 3 аптаға үзіліс жасайды. Содан кейін тыртықты 64 бірлік лидазамен күнара шаншу керек, барлығы – 10 рет. 1, 4, 7, 10-күндері лидазамен бір шприцте 25 мг гидрокортизонды қоса егеді.

Келоидтарды хирургиялық емдеуге болмайды, өйткені 1-3 айдан кейін көлемі операцияға дейінгіден 2-3 есе үлкен келоид қайта пайда болады.

Ревакцинациядан кейін келоидтар пайда болмау үшін медициналық қарсы көрсеткіштерді ескеріп, БЦЖ егу техникасын қатаң сақтау қажет.

4. Беткей жараны емдеу

Жергілікті – изониазид ұнтағын себу. Екіншілік инфекцияның алдын алу үшін жараның шетіне антибактериалды майларды жағу керек.

Эпидемиологиялық жағдайлардан басқа БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқынуларды емдеу барысында басқа профилактикалық екпелерді жасау қарсы көрсетілген.

5. БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқынулары бар балаларды диспансерлік бақылау

БЦЖ вакцинациясынан кейінгі асқынулары бар балалар III B диспансерлік есеп тобында бақыланады.

Есепке алу кезіндегі зерттеулер: қан мен зәрдің жалпы талдамасы, кеуде қуысы ағзаларының жалпы рентгенографиясы, "ДИАСКИНТЕСТ®", қосымша (есептен шығару кезінде) – Манту сынаамасы.

Бақылау мерзімі - 1 жыл.

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа
12-қосымша

Орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссияның Жұмысы және құрамы

1. Орталықтандырылған дәрігерлік-консультативтік комиссия (бұдан әрі – ОДКК) отырыстары ТҚҰ бас дәрігері бекіткен кестеге сәйкес, аптасына кем дегенде бір рет жүргізіледі және де комиссия мүшелерінің кем дегенде үшеуі қатысқанда ғана құқылы. ОДКК отырысында талданатын науқастардың тізімі қарастыру мақсатын көрсете отырып, алдын-ала құрастырылуы тиіс. Отырыста қабылданған барлық шешімдер ОДКК мүшелерінің арнайы журналда қол қоюы арқылы расталады.

2. КДТ/ДАТ ОДКК журналының үлгісі:

№ р/с;

Науқастың ТАӘ;

Туылған күні;

Мекенжайы;

Диагноз;

ОДКК ұсыну мақсаты;

ОДКК шешімі (ОДКК мүшелері қол қою тиіс);

ОДКК келесі ұсыну мерзімі;

Ескертулер.

3. ОДКК журналының үлгісі 2-қосымшада келтірілген.

4. ОДКК ұсынылған науқастардың дұрыс толтырылған ТБ 01 IV санат картасы, Амбулаториялық картасы, сырқатнамасы, рентгенмұрағаты.

5. Науқастарды ОДКК отырысына учаскелік фтизиатрлар ұсынады, науқас ТҚҰ стационарында жатқан жағдайда емдеуші дәрігерлер ұсынады.

6. Әрбір жағдайды қарастыру барысында науқас туралы ақпарат ұсынылып, талданып, шешім қабылданады.

7. Науқасқа ем тағайындалған жағдайда дәрімен қамтамасыз етуге жауапты қызметкер емнің толық курсына қажетті ТҚП санын есептеп, олардың емнің толық курсына қажетті мөлшерінің болуы туралы ақпаратты хабарлайды.

ОДКК құрамы

8. Төрағасы/төрайымы: ТҚҰ бас дәрігері.

9. Төрағаның/төрайымның орынбасары: бас дәрігердің емдеу жұмысы бойынша орынбасары.

10. Мүшелері:

- 1) ұйымдастыру-әдістемелік бөлімнің меңгерушісі;
- 2) IV санаттағы науқастарды емдеу бөлімінің меңгерушісі;
- 3) бактериолог-дәрігер;
- 4) провизор (дәрілік үйлестіруші);
- 5) хатшы.

Туберкулез бойынша профилактикалық
іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге
асыру жөніндегі нұсқаулыққа
13-қосымша

Туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің ересектерге арналған тәуліктік дозасы (мг)

Дәрі атауы	Науқастың салмағы (кг)			
	<33 кг	33-49 кг	50-70 кг	>70 кг
Емнің қарқынды сатысы - дәрілерді күнделікті қабылдау				
Пиразинамид (Z)	30-40 мг/кг	1000-1500	1500-2000	2000
Этамбутол (E)	25 мг/кг	800 -1200	1200-1600	1600-2000
Канамицин (Km) (1 гр.)	15-20 мг/кг	500-750	1000	1000
Капреомицин (Cm) (1 гр.)	15-20 мг/кг	500-750	1000	1000
Амикацин (Am) (1 гр.)	15-20 мг/кг	500-750	1000	1000
Офлоксацин (Ofx)	800	800	800	800-1000
Левифлоксацин (Lfx)	500	500	750-1000	1000
Моксифлоксацин (Mfx)	400	400	400	400
Этионамид (Eto)	15-20 мг/кг	500	750	1000
Протионамид (Pto)	15-20 мг/кг	500	750	1000

Циклосерин (Cs)	15-20 мг/кг	500	750	1000
ПАСК (PAS)	1500 мг/кг	8000	8000	8000
Линезолид (Lzd)	-	600	600	600
Клофазимин (Cfz)	-	300	300	300
Бедоквилин	-	400	400	400
Кларитромицин (Clr)	Науқастың салмағына қарамастан - 1000 мг			
Амоксициллин-клавуланат (Amx-Clv)	Салмағы 50 кг дейін науқастарда – амоксициллин мөлшері 35 мг 1 кг салмағына; Салмағы 50 кг және одан астам болса - 2000 мг амоксициллин			
Емнің қолдау сатысы – дәрілерді күнделікті қабылдау				
Офлоксацин	600	600	800	800-1000
Левифлоксацин	500	500	750-1000	1000
Этионамид	15-20 мг/кг	500	750	1000
Протионамид	15-20 мг/кг	500	750	1000
Циклосерин	15-20 мг/кг	500	750	1000
ПАСК	1500 мг/кг	8000	8000	8000
Этамбутол	25 мг/кг	800	1200	1600
Линезолид (Lzd)	-	600	600	600
Клофазимин (Cfz)	-	300	300	300
Бедоквилин	-	400	400	400
Кларитромицин	Науқастың салмағына қарамастан - 1000 мг			
Амоксициллин-клавуланат	Салмағы 50 кг дейін - 1500 мг амоксициллин; Салмағы 50 кг және одан астам болса - 2000 мг амоксициллин			

Туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілердің балаларға арналған тәуліктік дозасы (мг/кг)

Дәрі	Тәуліктік дозасы, мг/кг/тәул.	Қабылдау жиілігі	Ең жоғары тәуліктік дозасы
Канамицин	15-30	күніне 1 рет	1 г
Амикацин	15-30	күніне 1 рет	1 г
Капреомицин	15-30	күніне 1 рет	1 г
Офлоксацин	15-20	2 раза в день	800 мг
Левифлоксацин	7,5-10	күніне 1 рет	750 мг
Моксифлоксацин	7,5-10	күніне 1 рет	400 мг
Этионамид	15-20	күніне 2 рет	1 г
Протионамид	15-20	күніне 2 рет	1 г
Циклосерин	15-20	күніне 1 немесе 2 рет	1 г
ПАСК	150	күніне 2 немесе 3 рет	8 г
Пиразинамид	30-40	күніне 1 рет	2 г
Этамбутол	25	күніне 1 рет	1,6 г

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге

Екінші қатарлы ТҚП жанама әсерлерін жоюдың жалпы қағидалары

1. Жанама әсерлерді басатын симптоматикалық және патогенетикалық дәрілерді қолдану.

1) дәрілердің тәуліктік мөлшерін бөліп қабылдау,

2) қабылдау уақытын және ағзаға енгізу тәсілін өзгерту немесе дәрінің мөлшерін уақытша азайту;

3) алғашқы екі принцип нәтижесіз болса, дәріні қабылдауды уақытша (екі-үш күнге) тоқтату немесе оны ұқасымен алмастыру. Мысалы, капреомицинді - канамицин немесе амикацинмен; офлоксацинды – левофлоксацинмен.

4) құрысқак/тырысу ұстамасы, коллапс, анафилаксия, жедел психоз, гепатит, гастрит сияқты жанама әсерлер байқалса, барлық ТҚП қабылдау бірден тоқтатылады. Жанама әсер тұрақты түрде басылғаннан кейін, ең аз уытты/улы әсер ететін дәріден бастап бірте-бірте қатты уытты әсер ететін дәрілерді қайта қабылдау басталады. Айқын аллергиялық реакцияға байланысты дәрілерді қабылдау тоқтатылған жағдайда, дәрілерді қайта қабылдау олардың төмендетілген мөлшерінен басталып, қажетті тәуліктік мөлшерге дейін бірте-бірте жоғарлатылады.

2. ЕҚД жанама әсерлерінің алдын алуға бағытталған шаралар.

1) бөлімше мен науқастың айналасында оптимистік микроклимат жағдайын жасау;

2) емнің стационарлық кезеңінде науқастың екінші қатардағы ТҚП қалай көтеретінін күнделікті бақылау, ал Амбулаториялық кезеңде – науқастың медицина мекемесіне келгенде шағымдары болған жағдайда;

3) циклосеринді қолданған жағдайда күнделікті 0,75-1,5 г глютамин қышқылын қоса тағайындау (негізінен емнің қарқынды кезеңінде);

4) анда-санда В тобының дәрумендерін, әсіресе В6 қолдану, С, Е, А дәрумендерін көрсеткіштерге сәйкес тағайындау;

5) емнің қарқынды кезеңінде екінші қатардағы ТҚП қолдану барысында калий препараттарын тұрақты түрде тағайындау;

6) электролиттік баланс бұзылса – кальций, магний препараттарын тағайындау;

7) анда-санда немесе тұрақты түрде АІЖ жұмысын жақсартатын ферменттерді, өт айдайтын дәрілерді қолдану;

8) ішектің микроэкологиялық тепе-теңдігін қалпына келтіретін дәрілік заттарды тағайындау;

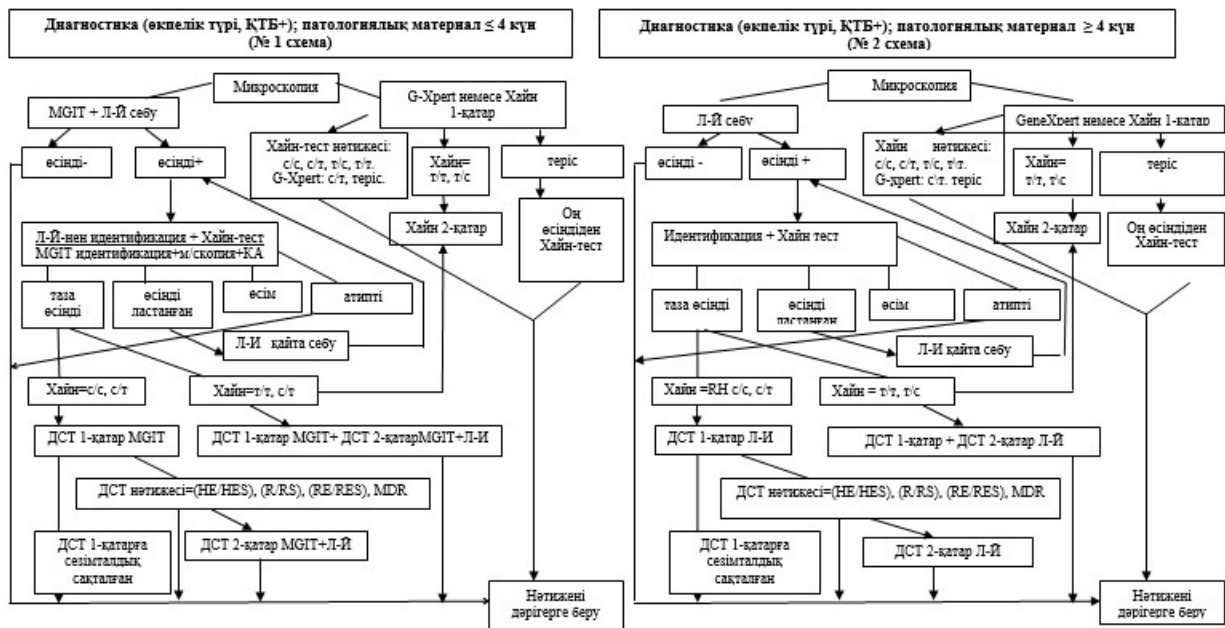
9) анамнезінде бауыр ауруы бар науқастарға липотропты және гепатотропты заттарды тағайындау;

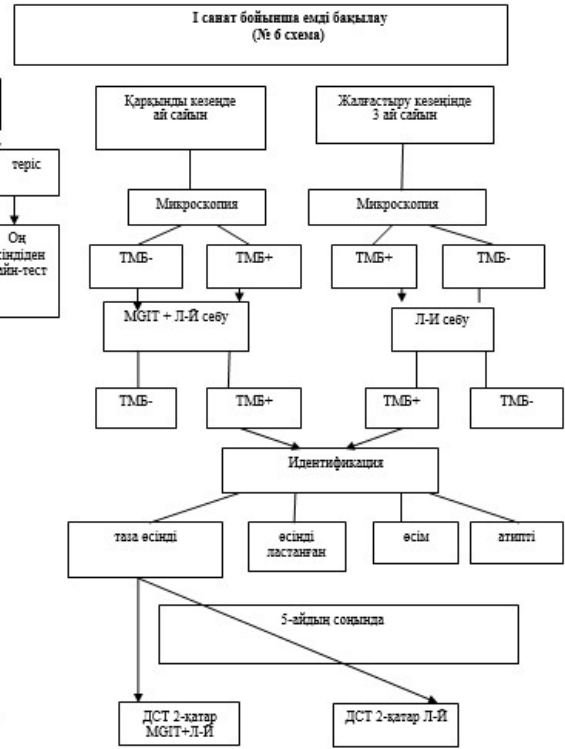
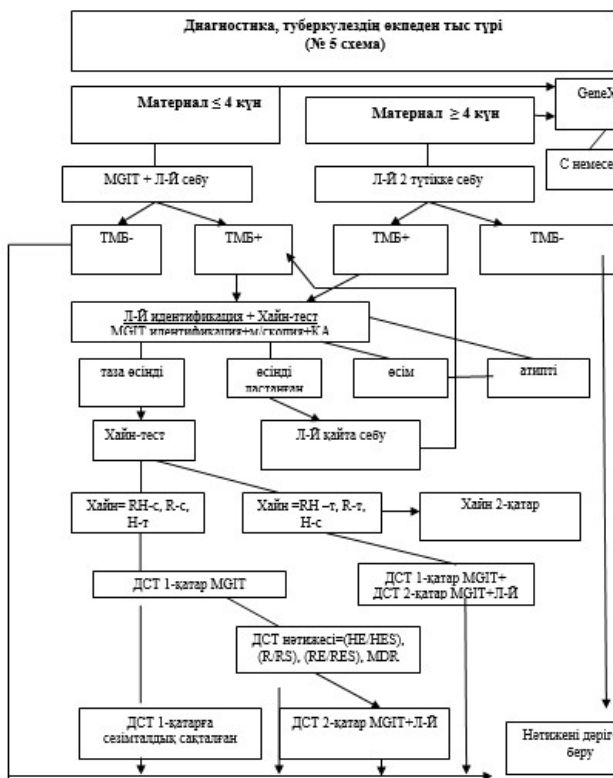
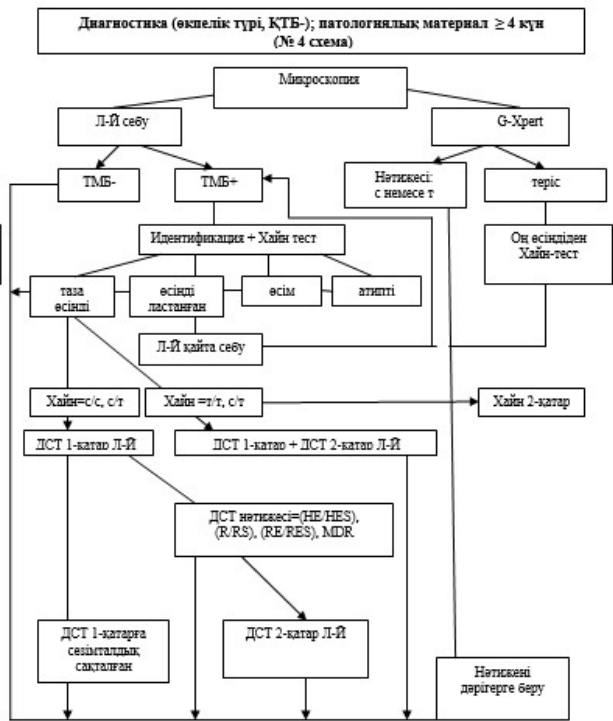
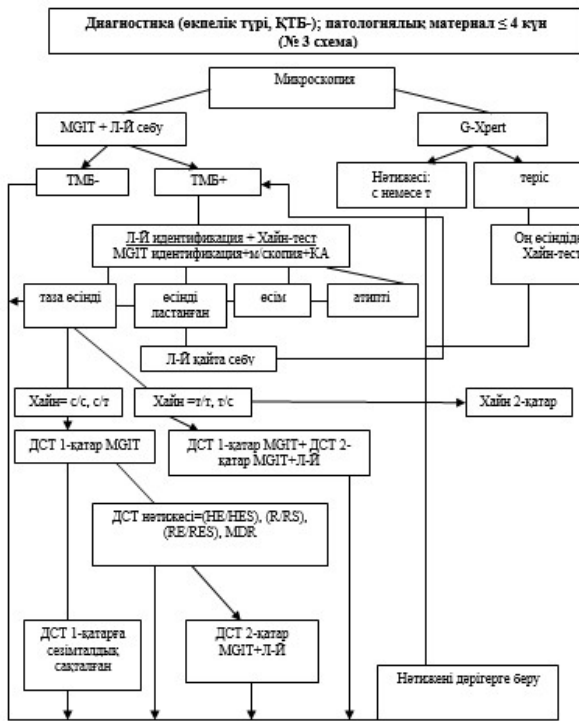
10) аллергиялық реакциялар пайда болған жағдайларда гистаминге қарсы дәрілерді, дезинтоксикациялық емді, емдік плазмаферезді тағайындау;

11) бүйрек қызметін қадағалау (зәрдегі протеин мөлшерінің 0,033 г/л артық болуы, гиалинді цилиндрлер, гематурия, пиурия);

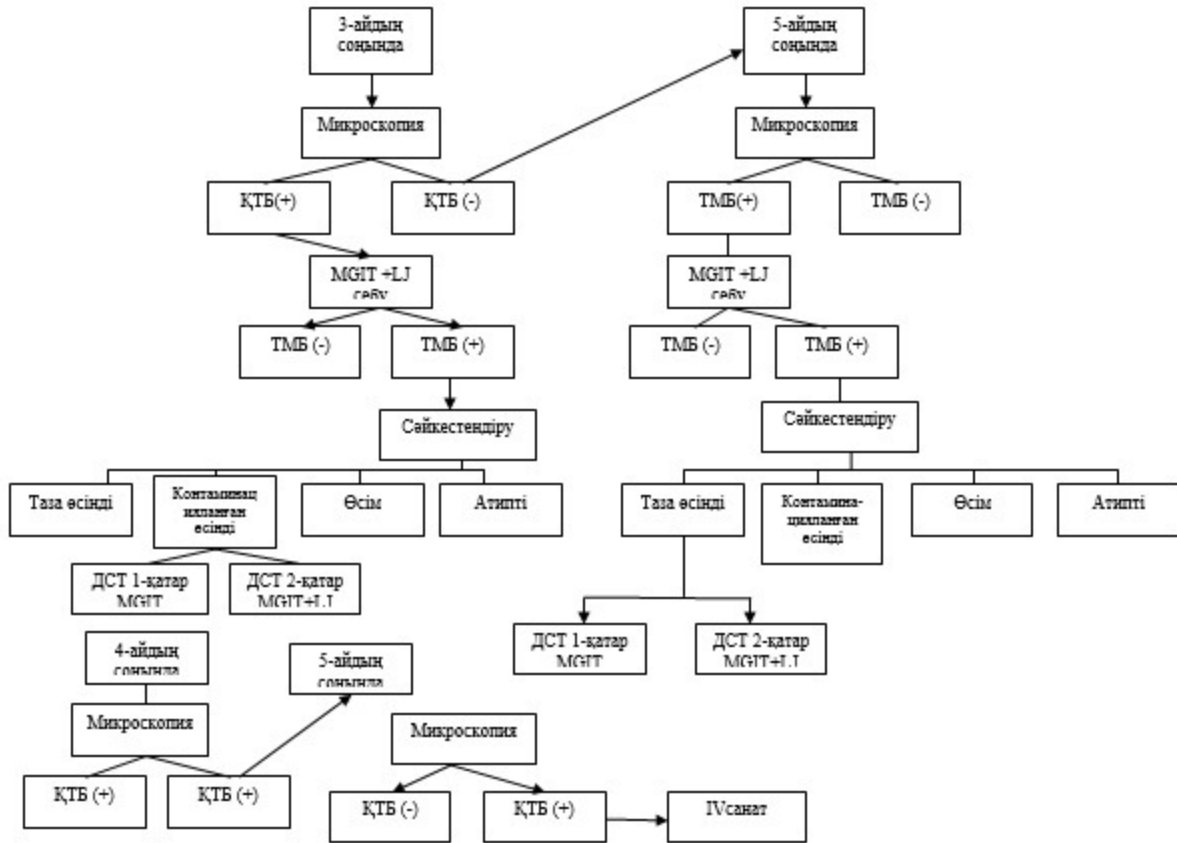
12) патогенетикалық заттар көрсеткіштерге сәйкес тағайындалады (кортикостероидер, тиреотропты, анаболикалық гормондар, гепарин, ГБО және басқалар).

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа 15-қосымша

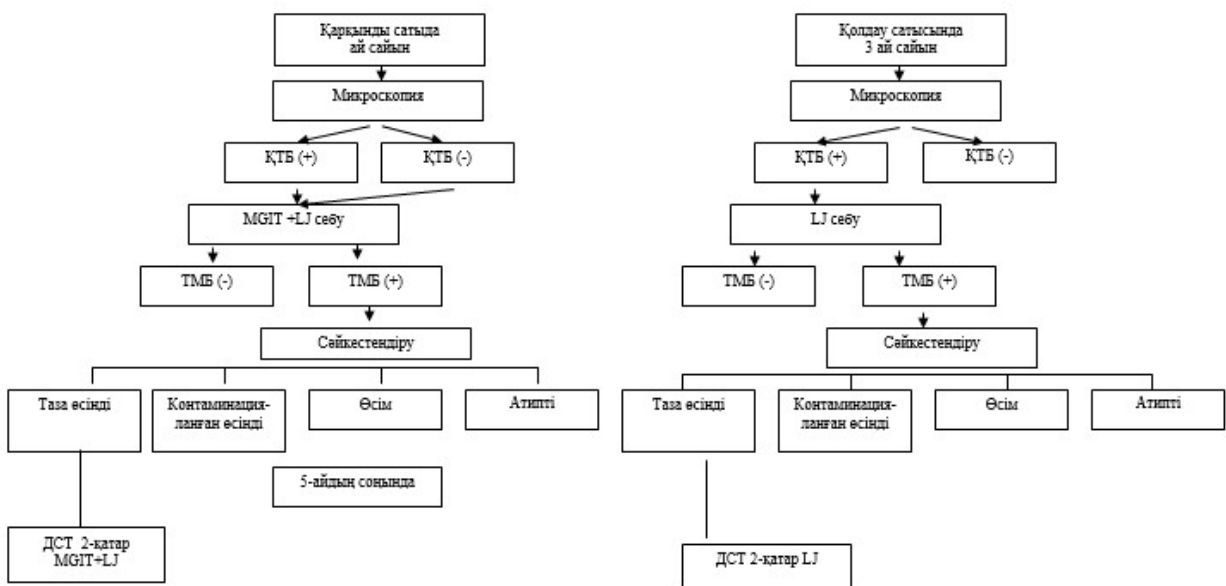




Туберкулез ауруының 2 санат бойынша емін бақылау
(№ 7 схема)



ҚДТ ТБ емдеуді бақылау
(№ 8 схема)



Микроскопиялық зерттеулер жүргізу әдістемесі

1. Нативті материалдан жағынды жасап тексеретін микроскопиялық зертханаларда жарықты микроскопия қолданылады. Қышқылға төзімді бактерияларды микроскоппен тексеру қауіпсіздік ережелерін және материалды өңдеу барысында қозғалыс легін сақтай отырып, жеке бөлмеде жүргізіледі. Бірлескен клиникалық-диагностикалық зертханаларда қышқылға төзімді бактерияларды анықтау мақсатында жағынды жасау үшін жеке бөлме бөлінуі тиіс және ол жарық болуы керек.

2. Микроскопиялық зертхана төрт зонаға бөлінуі керек:

1) диагностикалық материалды қабылдау және тіркеу аймағы:

қақырық үлгілерін қабылдау терезесі;

келіп түскен қақырық үлгілерін қарап тексеруге арналған үстел, шүберек және залаласыздандыратын ерітіндісі бар ыдыс;

зертханаға келіп түскен қақырық үлгілерін тіркеуге арналған үстел;

анализ нәтижелері жазылған жолдамаларды сақтауға арналған сөре (шкаф, тумбочка), зерттеу үшін келіп түскен материалды тіркеу журналы;

маркерлер, қабылданған контейнерлерге арналған штативтер (лоток, бикстер)

;

2) жағындыны даярлауға және бояуға арналған зона:

ауаны сорып шығару құралының астында немесе I классты биологиялық қауіпсіздің шкафындағы (бұдан әрі - БҚШ) жағындыны даярлауға арналған үстел

;

пайдаланылған жұқпалы материалдарға арналған контейнер және шүберек пен залалсыздандыратын ерітіндісі бар ыдыс;

таза бұйымдық шынылар, шыныға таңба салатын маркерлер, жағынды жасауға арналған бір рет қолданылатын ілмектер (таяқшалар);

көп мәрте қолданылатын бактериологиялық ілмек пайдаланылса, жанарғы (спирт шамы) мен ілмектерді тазартуға қажетті құмы бар құты;

дайын жағындыларға арналған штативтер;

Циль-Нильсен әдісі бойынша бояуға арналған бояулар жиынтығы;

жағындыларды бояуға арналған лоток;

қызметкерлердің қолын жууға арналған шұңғылша;

жағындыларды кептіруге арналған қосымша жұмыс үстелі (тумбочка);

3) микроскопия жасауға арналған жұмыс орны (люминесцентті микроскоп қолданылса – қараңғы бөлме, флуоресцентті микроскоптар қараңғылауды қажет етпейді):

микроскопияға арналған үстел;

жарықты немесе люминесцентті микроскоп;

жұмыс журналы;

қақырық жағындыларын сақтауға арналған контейнерлер;

қарап тексерілген жағындылар салынған қораптарға арналған шкаф (тумбочка);

қол жууға арналған шұңғылша;

1) зерттеу нәтижелерін тіркеу орны:

зерттеу нәтижелерін есепке алуға және тіркеуге арналған үстел; жұмыс үстелі ;

таза ыдыстар мен реактивтерге арналған шкаф;

биологиялық қауіпсіздік талаптарына сай келетін зертханалық жиһаз.

3. Зертханаға кіріп-шығуға тек оның қызметкерлеріне ғана рұқсат беріледі.

4. Зертханаға диагностикалық материал қабылдауға арналған арнайы терезе/ есік арқылы қабылданып, арнайы үстелге қойылады да, сол жерде контейнерлерді қарап тексереді. Егер БҚШ болса, қабылданып алынған материалды жұмыс істеп тұрған БҚШ қарап тексеру қажет.

5. Жағындылар Циль-Нильсен бойынша бекітілген стандарттарғасәйкес жасалады.

6. Микроскопиялық зерттеу нәтижелері микроскопиялық зерттеулерді есепке алатын зертханалық тіркеу журналында және клиницистке қайтарылатын жолдамаларға жазылады.

Микроскопиялық зерттеу нәтижелерінің градациясы

Зерттеу нәтижелері	Тексерілетін көру алаңдарының (к/а) саны	Нәтижені жазу үлгісі	Зерттеу нәтижесін талдау
300 к/а ҚТБ анықталмады	300	ТЕРІС	Теріс
100 к/а 1-9 ҚТБ	100	100 к/а ҚТБ нақты саны	Оң
100 к/а 10-99 ҚТБ	100	1+	Оң
1 к/а 1-10 ҚТБ	50	2+	Оң
1 к/а 10 ҚТБ көп	20	3+	Оң

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа

17-қосымша

ТҚҰ туберкулез ауруын культуральдық әдістермен анықтау тәртібі

1. Диагностикалық материалды культуральдық зерттеу жұмыртқа қосылған Левенштейн-Йенсен қатты қоректік ортасында жүргізіледі.

2. Диагностикалық материалдарды өңдеуге арналған ерітінділерді дайындауға қажетті барлық реактивтердің тазарту дәрежесі "химиялық таза" (ХТ) санатына сәйкес болуы тиіс.

3. Зертханаға келіп түскен материал зерттеу жүргізбес бұрын зертханалық тіркеу журналында тіркеледі. Зерттеудің барлық түрлерін жүргізу үшін әрбір үлгіге бір ғана зертханалық тіркеу нөмірі беріледі.

4. Қоректік ортаға себу алдында диагностикалық материалды деконтаминациялау (залалсыздандыру) үшін арнайы өңдеуден өткізеді.

5. Биологиялық сұйықтықтар мен тіндерді стерильді флакондарға асептика ережелерін сақтай отырып алған болса, деконтаминация жүргізу қажет емес: жұлын, синовиальді және басқа да жабық қуыстардан алынған сұйықтықтар; сүйек майы; "суық" абсцесстерден алынған ірің; резекцияланған тіндер (аутопсия материалынан басқа); бауыр мен лимфа бездерінен алынған пунктаттар және биопсия материалдары (жыланкөз болмаған жағдайда).

Қақырық деконтаминациясы екі әдіспен жүргізіледі:

1) қақырықты NaOH сілті ерітіндісімен өңдеу, натрий цитратының 2,9% ерітіндісі мен NALC ерітіндісін бірдей көлемде қосып. Деконтаминация емшарасы ВАСТЕС-ті өндірушінің нұсқауына сәйкес жүргізіледі. Содан кейін түтіктерді суытатын қызметі бар центрифугаға салып, 3000-3500g жылдамдықта 20 минут бойы центрифугалайды. Содан кейін түтіктерді аэрозолі шөгу үшін 5 минутке II классты қауіпсіздік шкафына салып қояды. Тұнбаның бетіндегі сұйықтықты (супернатант) залалсыздандыратын ерітіндісі бар ыдысқа абайлап құйып алады да, тұнбаға стерильді пастер тамызғышымен 0,8-1,0 мл стерильді фосфат буферін қосады. Тұнбаны тамызғыштың көмегімен ақырындап араластырады да (қатты араластыруға болмайды), қоректік ортаға себеді;

2) материалды бекітілген стандарттарға сәйкес күйдіргіш натрдың 4% ерітіндісімен өңдеу (модификацияланған Петров әдісі).

7. ГМБ қатты қоректік ортада 8 апта бойы инкубациялайды.

8. Диагностикалық материалды қоректік ортаға себудің нәтижелерін бағалау:

1) келесі белгілер тіркеледі: өсіндінің пайда болуы – өсу мерзімі, өсу қарқыны – колониялар саны; себіндінің басқа микрофлорамен немесе саңырауқұлақтармен ластануы; өсудің болмауы;

2) апта сайын тексеру барысында ластанған түтіктерді (өсім) алып, автоклавта немесе өртеу арқылы жояды.

9. Диагностикалық материалды қоректік ортаға себудің нәтижелерін есепке алу.

Себудің оң нәтижесі дәлелденеді:

қатты қоректік ортада кем дегенде 3-4 апта бойы инкубациялағаннан кейін колониялардың өсуімен;

өзіне тән морфологиясы және түсі бар колониялардың болуымен;

өсіндіден Циль-Нильсен әдісі бойынша жасалған жағынды микроскопиясы кезінде қышқылға төзімді микроорганизмдердің анықталуымен.

Өсу қарқынын 4 баллдық жүйе бойынша бағалайды:

Колониялар саны	Градация дәрежесі
1-ден 19-ға дейін	Колониялардың нақты санын көрсету
20-дан 100-ге дейін	1+
100-200	2+
200-500	3+
500-ден астам	4+

Өсіп шыққан микобактериялардың жоғарыда аталған барлық сипаттамалары зертханалық культуральдық зерттеу нәтижелерін тіркеу журналына, жауап бланкісіне, сонымен қатар жеке есепке алудың компьютерлік дерекқорына жазылады.

M. tuberculosis сәйкестендірудің негізгі биохимиялық тесттері

10. Өсіп шыққан микобактериялардың *M. tuberculosis* кешеніне жататынын арнайы зертханалық тесттер негізінде міндетті түрде дәлелдеу қажет.

11. *M. tuberculosis* кешені микобактерияларын туберкулезді емес микобактериялардан бастапқы идентификациялау келесі культуральдық белгілер бойынша жүргізіледі: қатты қоректік орталарда өсу жылдамдығы; пигмент түзу; колониялардың морфологиясы; қышқылға төзімділіктің болуы; өсу температурасы. *M. tuberculosis* кешеніне микобактериялардың келесі түрлері жатады: *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. Microti*. Оларды баяу өсетін қышқылға төзімді туберкулезді емес микобактериялардың ажырату үшін келесі негізгі биохимиялық тесттер қолданылады: никотин қышқылын бөлу мүмкіндігін анықтайтын тест (ниацинды тест); нитратредуктазды белсенділіктің болуын анықтайтын тест; термотұрақты каталазаның болуын анықтайтын тест; салицил қышқылды натрийі (1 мг/мл) бар ортада өсу тестті (немесе паранитробензой қышқылының 500 мкг/мл мөлшері бар ортада өсу тестті; 5% натрий хлориді бар ортада өсу тестті).

12. *M. tuberculosis* және *M. bovis* ажырату үшін келесі сынамалардың нәтижелері есепке алынады: ниацинды тест; нитратредуктазаның бар болуын

анықтайтын тест; пиразинамидазаның бар болуын анықтайтын тест; молекулалы-генетикалық зерттеумен түрін анықтау (Geno Type MTB® DR).

ТМБ ТҚП сезімталдық тестін қатты қоректік орталарда анықтау

13. ТМБ туберкулезге қарсы қолданылатын бірінші және екінші қатардағы дәрілерге сезімталдығын Левенштейн-Йенсен (бұдан әрі – Л-Й) қоректік ортасында пропорция әдісімен анықтайды.

14. ДСТ пропорция әдісімен анықтау үшін Л-Й ортасы қолданылады, тест жүргізіліп отырған штаммдардың төзімділігі дәрілері бар ортада өсіп шыққан колониялар санының дәрілері жоқ ортада өсіп шыққан колониялар санына қатынасы ретінде есептеледі. Бұл көрсеткіш тіршілікке қабілетті колония түзетін бірліктердердің (бұдан әрі - КТБ) жалпы популяциясындағы төзімді мутанттар пайызын анықтауға мүмкіндік береді.

15. ДСТ қатты қоректік ортада пропорция әдісімен бекітілген стандарттарға сәйкес жасалады.

16. Л-Й ортасындағы дәрілік заттардың сыни концентрациялары:

Изониазид - 0,2 мкг/мл; Стрептомицин - 4,0 мкг/мл; Рифампицин - 40 мкг/мл; Этамбутол - 2,0 мкг/мл; Офлоксацин - 2 мкг/мл; Амикацин - 20 мкг/мл; Капреомицин - 20 мкг/мл; Этионамид - 20 мкг/мл; Циклосерин - 20 мкг/мл; ПАСК - 1,0 мкг/мл; Канамицин - 20 мкг/мл.

17. Дәрілері бар қоректік ортаны дайындау барысында өндірушіге сәйкес дәрілердің бір партиясынан/сериясынан келесісіне өзгеріп отыруы мүмкін дәрілердің белсендігін ескеру қажет. Бұл мәліметтер контейнерлердің сыртындағы заттаңбада, орауышында жазылуы мүмкін немесе өндірушінің өзі хабардар етеді.

18. Түтіктерді термостатта еңкейтіп, қақпағын тығыздап жаппай, 37⁰ С температурада дәрісіз қоректік ортада көзге көрінетін өсінді пайда болғанға дейін, содан кейін 4-6 апта бойы ауызын бітеп сақтайды.

19. Нәтижесін бағалау. Төзімділіктің болуына нұсқайтын белгі – барлық дәрілер үшін бактериальды популяцияның 1,0% өсуі. 4 апта бойы инкубациядан кейін дәрісі жоқ ортадағы 10-4 суспензиядан егілген өсу қарқынын дәрісі бар ортадағы 10-2 суспензиядан егілген өсу қарқынымен салыстырады. Егер дәрісі бар ортадағы колониялар саны көбірек болса (1% тең немесе артық), тест жүргізіліп отырған штамм төзімді болып саналады.

Туберкулез бойынша профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге асыру жөніндегі нұсқаулыққа

ТҚҰ зертханаларында автоматтандырылған ВАСТЕС MGIT-960 жүйесінде сұйық қоректік орталарды қолдана отырып туберкулез ауруын культуральдық әдістермен анықтау тәртібі

1. Туберкулез ауруын сұйық қоректік орталарда культуральдық әдіспен автоматтандырылған ВАСТЕС MGIT-960 жүйесін қолдана отырып анықтайды. ТМБ өскен жағдайда (1 мл ортада 10⁵-10⁶ КТБ дейін) аспап сынаманы оң нәтижелі деп бағалап, жарықпен немесе дыбыспен белгі береді. 6 апта (42 күн) бойы өсу байқалмаса, аспап сынаманы теріс нәтижелі деп бағалайды.

2. Сұйық қоректік орталардағы культуральдық әдіс емшарасы бекітілген стандарттарға сәйкес жүргізіледі.

3. Сұйық қоректік орталарға себу II классты қорғанысты ламинарлы боксте жүргізіледі. Түтіктерді жұмыс алдында таңбалайды, таңба жазуы түтіктердің штрих-кодына түспеуін ерекше қадағалау қажет.

4. Теріс нәтижелі түтіктердегі қоректік орталарда өзгеріс байқалса, одан жағынды жасап, микроскопиялық зерттейді және материалды қанды агар (ластануды бақылау үшін) мен Левенштейн-Йенсен ортасына себеді.

5. Оң нәтижені дәлелдеу мақсатында әр MGIT түтігінен жағынды жасап, оларды жалпы нұсқауға сәйкес Циль-Нильсен әдісімен бояйды. Қышқылға төзімді "бұрым" тәрізді колониялар туберкулез микобактерияларының бар екендігіне нұсқайды. Жеке орналасқан қышқылға төзімді бактерия жасушалары анықталса, өсіндіні идентификациялау қажет.

6. Егер аспап оң нәтижелі деп бағалаған түтіктен жасалған жағынды микроскопиясы теріс нәтижелі болса, ал қоректік ортаның өзі мөлдір болса және оның ластанғанына күдік болмаса, түтікті жүйеге тағы қосымша 3 күнге салып қояды. Содан кейін жағынды микроскопиясын қайталайды. Қайтадан жасалған микроскопия теріс нәтижелі болса, ортаны көзбен қарап тексергенде өсудің және ластанудың белгілері болмаса (қанды агарда өсу байқалмаса), сонымен қатар Л-Й ортасында 10 апта бойы өсу белгілері болмаса, сынама теріс нәтижелі болып саналады.

7. Ластанудың мүмкін деңгейі қатты қоректік орталар үшін 3-5%, сұйық қоректік орталар үшін – 7-8%.

8. Микобактериялар түрін ажыртау үшін келесі белгілер қолданылады:

1) өсу қарқыны: *M. tuberculosis*, *M. bovis* және белгілі дәрежеде *M. kansasii* туберкулезді емес микобактериялармен салыстырғанда баяу өседі;

2) сұйық ортада өскен жағдайда ТМБ түйіршік тәріздес болады, туберкулезді емес микобактериялардың көбі ортаны біртегіс аздап лайландырады (*M. kansasii*-ден басқалары);

3) оң нәтижелі MGIT ортасынан жасалған жағындыда туберкулезді микобактериялар кешені/жиынтығы айқын ұйысулар мен жылан тәріздес жіптер (корд-фактор) түзеді, ал туберкулезді емес бактериялар жеке-жеке кішігірім ұйысулар мен жіптер немесе бірен-саран жасушалар түзеді.

9. ДСТ қою:

1) ТМБ туберкулезге қарсы қолданылатын бірінші және екінші қатардағы дәрілерге сезімталдығын ВАСТЕС MGIT – 960 аспабында пропорция әдісі негізінде анықтайды. ДСТ үшін қатты қоректік орталармен салыстарғанда ТҚП таза субстанцияларының төмендеу шоғырлануын қолданады (сезімталдықтың жалған нәтижесінен сақтану үшін): стрептомицин – 1,0 мкг/мл; изониазид – 0,1 мкг/мл; рифампицин – 1,0 мкг/мл; этамбутол – 5,0 мкг/мл;

2) ДСТ ВАСТЕС MGIT-960 үшін бекітілген нұсқауларға сәйкес жасалады;

3) себінді жасалған түтіктер дәріге сезімталдықты анықтауға арналған арнайы ұстағыштарға қатаң тәртіппен қойылады: бақылау, стрептомицин, изониазид, рифампицин, этамбутол.

10. Нәтижелерді есепке алу: тест аяқталған соң (14-21 күн ішінде) аспапта нәтиженің дайын болған туралы қабарлама пайда болады. Оларды алу үшін ұстағыштағы штрих-кодты сканирлеп, есепті басып шығарады, онда әрбір дәрілік заттың ДСТ жазылады: сезімтал (S); резистентті (R), тест нәтижесі анықталған жоқ немесе қате жіберілді (X).

Аспап бақылаудағы өсу бірліктерінің (GU) мөлшері 400 жеткенде (4-13 күн ішінде) нәтижелерін оқи бастайды. Дәрісі бар түтіктегі өсу көрсеткіштерін бағалау:

S – дәрісі бар түтіктегі өсу бірлігі 100 кем емес;

R – дәрісі бар түтіктегі өсу бірлігі 100-ге тең және одан артық;

X – тест емшарасына әсер ететін кейбір жағдайларда байқалатын түсініксіз нәтижелер (мысалы, бақылау үлгісіндегі өсу бірлігі 4 күннен аз уақытта > 400). Бұндай жағдайда тестті *M. tuberculosis* жиынтығы деп дәлелденген, таза, белсенді өсіп жатқан өсіндімен қайталау керек.

Кейбір дәріге төзімді штаммдар қоректік ортада өте баяу өседі де, стандартты егу барысында 13 күн ішінде нәтиже алу мүмкін болмайды. Бұндай жағдайда зерттеуді қайталау қажет.

Есеп беру: дәріге сезімталдықты зерттеу нәтижелері дайын болған бетте бірден клиникалық бөлімшелерге жіберіледі. Нәтиже қолданылған әдісті, дәрі түрін және оның шоғырлануын көрсете отырып, "сезімтал" немесе "резистентті" деп белгіленеді.

11. Пиразинамидке сезімталдық тесттері:

1) пиразинамидке ДСТ анықтауда ортадағы рН деңгейін сақтауға ерекше талап қойылады (*in vitro* пиразинамид тек қышқыл ортада ғана белсенді) және

ВАСТЕС MGIT - 960 аспабы үшін ортаның рН көрсеткіші 6,0 аспайтын тест әзірленген; рН мөлшерінің орнын толтыру үшін пиразинамидтің концентрациясы 100 мкг/ мл дейін көбейтілген;

2) ВАСТЕС MGIT-960 аспабындағы пиразинамидке ДСТ бекітілген стандарттарға сәйкес жүргізіледі.

12. Екінші қатардағы дәрілерге ДСТ.

Екінші қатардағы дәрілерге ДСТ анықтауға арналған дайын жиынтықтар жоқ.

Реагенттер: екінші қатардағы ТҚП субстанцияларының сыни шоғырланулары есептеледі. Дистилденген сумен немесе арнайы еріткішпен ерітілген дәрілерді автоматты тамызғының көмегімен 0,1мл-ден (100 мкл) таңбаланған MGIT түтіктеріне құйылады. ДСТ арналған өсіндіні дайындау және тесттің өзі жоғарыда сипатталған бірінші қатардағы ТҚП сезімталдықты анықтау емшарасымен бара-бар жасалады.

Екінші қатардағы ТҚП шоғырланулары: амикацин – 1,0 мкг/мл; капреомицин – 2,5 мкг/мл; офлоксацин – 2,0 мкг/мл; этионамид – 5,0 мкг/мл.

Есептеу кезінде 1 г субстанциядағы белсенді заттың мөлшері ескеріледі:

1) офлоксацин мен этионамидті бірінші рет диметилсульфоксидпен (DMSO) ерітеді.

2) сақтауға арналған дәрілерді кем дегенде 0,5 мл (3-4 ДСТ) мөлшерде алу керек, өйткені сақтау барысында олардың шығыны болады.

Туберкулез бойынша профилактикалық
іс-шараларды ұйымдастыру және жүзеге
асыру жөніндегі нұсқаулыққа
19-қосымша

Туберкулез ауруын және дәріге сезімталдықты анықтаудың молекулалы-генетикалық әдістерін (Geno Type ®MTBDR, Xpert MTB/RIF) қолдану тәртібі

1. Рифампицинге төзімділік РНК белсенділігіне жауапты жалғыз groV генінде кодталған, изониазидке төзімділік бірден төрт гендегі мутациялармен бақыланады – katG, inhA, ahpC және oхуR, GenoType ® MTBDR plus-тест жиынтығы қолданылады.

2. Рифампицинге төзімділікті анықтау groV (РНК полимеразаның бета-суббірлігінің кодына жауапты) геніндегі мутацияларды анықтауға негізделген. Изониазидке жоғары деңгейдегі төзімділік katG (каталаза-пероксидазаның бөлінуінің кодына жауапты) геніндегі мутацияларды анықтауға негізделген болса, бұл дәріге төзімділіктің төменгі деңгейі inhA (NADH-Еноyl-АТФ-редуктазаның кодына жауапты) геніндегі мутацияларды анықтауға негізделген.

3. GenoType® MTBDR sl-тест жиынтығы 2 күн ішінде ТМБ аминокликозидтер мен фторхинолондарға төзімділікке жауапты гендеріндегі мутацияларды анықтауға мүмкіндік береді, яғни бактериаологиялық анализдердің нәтижесі дайын болғанға дейін көп бұрын науқастарда ДАТ ТБ бар екендігін анықтауға мүмкіндік береді.

Гендік-молекулалық Xpert MTB/RIF технологиясы

4. Xpert MTB/RIF – нақты уақытта полимерлі тізбекті реакцияны (ПТР) іске асыратын толық автоматтандырылған жүйе, соның нәтижесінде 2 сағат ішінде ТМБ жиынтығының ДНК детекциясы мен рифампицинге төзімділікке жауапты groV геніндегі мутациялар бірдей анықталады.

5. GeneXpert жүйесіне компьютер, штрих-кодты оқитын сканер және құрамында зерттеу жүргізуге қажетті реагенті бар бір рет қолданылатын картридждер кіреді.

6. Зерттеуге болатын материалдар: қақырық, БАС, жұлын сұйықтығы, лимфа бездері немесе басқа тіндер.

7. Зерттеуге қажетті қақырық мөлшері – 3-5 мл. Әрбір үлгі дұрыс таңбалануы тиіс, кем дегенде әмбебап сәйкестендірме нөмірі жазылуы керек. Бұл нөмір сонымен қатар зерттеуге жолдамаға және зертханалық журналға тіркеледі. Үлгіде тағам қалдықтары немесе басқа да қатты қоспалар болмауы тиіс.

8. Xpert MTB/RIF-ке қажетті картридждер мен реагенттер 2–280С температурада сақталуы тиіс. Картридждердің орамасын ашқаннан кейін 7 күн ішінде өзінің тұрақты қасиеттерін сақтайды.

9. Реагенттер мен картридждердің жарамдық мерзімі өткен соң қолданылмайды.

10. Есепке алу, тіркеу және есеп беру. Нәтиже төмендегідей болып беріледі:
ТМБ анықталған жоқ (теріс нәтиже);

ТМБ анықталды, Rif resistance анықталған жоқ (оң нәтиже, рифампицинге сезімтал);

ТМБ анықталды, Rif resistance анықталды (оң нәтиже, рифампицинге төзімді);

ТМБ анықталды, Rif resistance анықталмады (оң нәтиже, рифампицинге төзімділікті анықтау мүмкін болмады, бұл микроб жасушасының гендік материалының жеткіліксіз болғанына нұсқайды).

Қышқылға төзімді микобактерияларды микроскопиялық анықтау сапасын бақылау

1. Жүргізіліп отырған зерттеулердің сапасын зертханаішілік бақылау – зертханада істеліп отырған жұмысты жүйелі түрде бақылап, оның тиімділігін бағалау.

2. Сапаны бақылау микроскопиялық зерттеудің барлық кезеңдерінде жүргізіледі және төмендегілерден тұрады: келіп түскен үлгілердің сапасын бағалау; реагенттер мен бояғыштарды дайындау рецептурасы мен әдістемесін бақылау; жағындыны дайындау әдістемесінің дұрыс болуын қадағалау (бұйымдық шынылардың сапасын қоса); жағындыларды бояу; микроскопиялық зерттеуді жүргізу; нәтижелерді есепке алу және тіркеуді бақылау.

3. Апта сайын боялмаған екі жағындыны бақылау үшін қолданады, олардың біреуі алдын ала - оң, екіншісі - теріс нәтижелі. Зерттеуді бақылауға арналған жағындылардан бастап, кейін клиникалық жағындыларды тексереді.

4. Ай сайын микроскопия нәтижелеріне сараптама жасалады: оң нәтижелі жағындыларды анықтау тиімділігі, зерттеу жиілігі, патологиялық материалдың сапасы.

5. Зерттеу сапасын зертхананың барлық қызметкерлері қамтамасыз етеді.

6. Микроскопиялық зерттеулердің сапасын сырттай бақылау (ССБ) – зерттеу нәтижелерін жоғары деңгейдегі зертхана нәтижелерімен салыстыру арқылы зертхана жұмысын бағалауға мүмкіндік беретін үрдіс.

7. ССБ келесі әдістерді қолдана отырып жүргізіледі: жағындыларды қайта тексерудің "соқыр" әдісі, панельді/жинақтама тестілеу, бақылау іс-сапарлары:

1) жағындыларды қайта тексерудің "соқыр" әдісі – зертхананың жұмысын бағалау мақсатында зертханадан таңдалып алынған жағындылардың нақты санын қайтадан микроскопиялық әдіспен тексеру. Қайта тексерудің "соқыр" әдісі ай сайын немесе тоқсан сайын жүргізілуі тиіс;

2) қайта тексеруге жағындылар іріктеліп алынғанға дейін барлық оң және теріс нәтижелі жағындылар оларды сақтауға арналған қорапшаларда бірге сақталады (ауруды анықтау мақсатында және ем тиімділігін бақылау мақсатында жасалған жағындылар); жағындылар кездейсоқ және репрезентативті әдістермен іріктеп алынады; қайта тексеру "соқыр" әдіспен жүргізіледі, яғни тексеруші адам жағындының бастапқы нәтижесін білмейді; егер нәтижелерде айырмашылық болса, оны екінші тексеруші қарап, соңғы шешімді қабылдайды. Жағындылар нәтижесін ескерместен барлық жағындылардың ішінен таңдалып алынады;

3) сараптау нәтижелерін бағалаған соң, зертхана бойынша үйлестіруші есеп дайындайды да, қорытындысын зертхана мен ТБ бағдарламасының басшысына жолдайды. Реагенттер мен зертханалық жабдықтардың сапасына байланысты

мәселелер шешілген соң, лаборанттың жағындыны микроскоппен тексеру біліктілігін анықтау қажет. Егер ол тесттілеуден өте алмаса, оны қайта оқытып, даярлау керек;

4) панельді/жинақтама тесттілеу – боялған немесе боялмаған жағындыларды орталық зертханадан шеткі зертханаларға жіберу. Панельді тесттілеуді жүргізу үшін арнайы дайындалған жағындылардың бақылау үлгілерін қолданады;

5) ҚР шеткі зертханаларды бағалауды арнайы дайындықтан өткен референс-зертхананың мамандары жылына 1 рет жүргізеді. Аралық деңгейде (облыстық, аймақтық) шеткі зертханаларды тоқсан сайын бағалау керек. Бақылау іс сапарлары барысында бақылау парақтарын қолдану қажет, олардың көшірмелері шеткі зертханаға табысталады.

Бактериологиялық зертханалардың жұмыс сапасын бақылау

8. Бактериологиялық зертханалардың жұмыс сапасын зертханаішілік бақылау төмендегілерге бағытталған: зертхананың орналасуы мен жұмысын ұйымдастыру; зертханалық жабдықтар; материалдың сапасы; материалды өңдеу; реагенттердің сапасы, жарамдық мерзімі және мөлшері; себу әдістемесі мен емшарасы; қоректік орталардың сапасы; қоректік ортада өсу сапасын тексеру; қоректік орталардың тазалығы; талдамаларды тіркеу және нәтижелерін беру; үлгілерді жинау және тасымалдау; келіп түскен үлгілерді өңдеу; реагенттер мен қоректік орталардың сапасы; үлгілерді гомогендеу және деконтаминациялау; өсіру әдістері.

9. Барлық зертханалар ССБ міндетті түрде қатысады.

Культуральдық зерттеулер мен ДСТ сапасын сырттай бақылауды жыл сайын Ұлттық референс зертхана супранациональді зертханалар жүйесінен алынған тестке арналған 20 штамм жиынтығын қолдана отырып өткізеді және бақылайды.

10. Тестілеуге арналған өсінділер жиынтығын Ұлттық референс зертхана аралық зертханаларға жолдап, нәтижесін алады. Жиынтық 50% деңгейдегі әр түрлі төзімділік түрі бар 20-30 өсіндіден тұрады (соның ішінде штаммдардың 10 жұп түпнұсқасы да бар).

11. ДСТ нәтижелерін қайта тексеру барысында олардың 80% сәйкес келсе, ал изониазид пен рифампицин бойынша кем дегенде 95% сәйкес келсе, зертхана жұмысы дұрыс ұйымдастырылған деп саналады. Сезімталдық, айрықшылық және қалпына келушілік тест жүргізіліп отырған бірінші және екінші қатардағы әрбір дәріге жеке есептеледі.

12. ДСТ ССБ жүргізу үшін өсінділерді еліміздің ішінде тасымалдау "Зертханаларға қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптарды" бекіту

туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2012 жылғы 10 қаңтардағы № 13 қаулысына сәйкес жүргізіледі.

© 2012. Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінің «Қазақстан Республикасының Заңнама және құқықтық ақпарат институты» ШЖҚ РМК