

**"Халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық тексеріп-қарауды жүргізу ережесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 10 қарашадағы № 685 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы**

*Күшін жойған*

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2014 жылғы 29 желтоқсандағы № 361 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2015 жылы 6 ақпанда № 10199 тіркелді. Күші жойылды - Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 15 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-264/2020 бұйрығымен.

**Ескерту. Күші жойылды – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 15.12.2020 № ҚР ДСМ-264/2020 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.**

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" 2009 жылғы 18 қыркүйектегі Қазақстан Республикасы Кодексінің 155-бабының 7-тармағына сәйкес және Қазақстан Республикасы халқының нысаналы топтарын профилактикалық медициналық тексеріп-қарауды жүргізу тәртібі мен кезеңділігін анықтау мақсатында **БҰЙЫРАМЫН:**

1. "Халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық тексеріп-қарауды жүргізу ережесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау Министрінің міндетін атқарушының 2009 жылғы 10 қарашадағы № 685 бұйрығына (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 5918 болып тіркелген, Қазақстан Республикасының орталық атқарушы және өзге де орталық мемлекеттік органдары актілерінің № 3 жинағында жарияланған, 2010 жыл) мынадай өзгерістер енгізілсін:

көрсетілген бұйрықпен бекітілген Халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық тексеру жүргізу ережесіндегі:

5-тармақ мынадай редакцияда жазылсын:

"5. Ересек халықты скринингтік тексеріп-қараулар:

1) қанайналым жүйесінің негізгі ауруларын-артериялық гипертонияны, жүректің ишемиялық ауруын;

2) ерлер мен әйелдердің арасындағы қант диабетін;

3) әйелдердің арасында жатыр мойнының ісікалды, қатерлі ісіктерін;

4) әйелдердің арасында сүт бездерінің ісікалды, қатерлі ісіктерін;

5) ерлер мен әйелдердің арасында глаукоманы;

6) ерлер мен әйелдердің арасында жуан және тік ішектің ісікалды, қатерлі ісіктерін;

7) скринингтік сауалнама мен тестілеу арқылы жалпы бірдей орта білім беретін мектептердің, орта арнайы және жоғары оқу орындарының 17 жас пен одан асқан оқушыларының арасында психобелсенді заттарды тұтыну қаупінің деңгейін ерте анықтау мен алдын алуға бағытталған."

1, 2 және 3-қосымшалар осы бұйрыққа 1, 2 және 3-қосымшаларға сәйкес редакцияда жазылсын;

көрсетілген бұйрықпен бекітілген республикалық денсаулық сақтау ұйымдарының тізбесі осы бұйрыққа 4-қосымшаға сәйкес редакцияда жазылсын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті:

1) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркелуін;

2) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін күнтізбелік он күннің ішінде мерзімдік баспа басылымдары мен "Әділет" ақпараттық-құқықтық жүйесінде ресми жариялануын ;

3) осы бұйрықтың Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің интернет-ресурсында орналастырылуын қамтамасыз етсін.

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

5. Осы бұйрық оны алғашқы ресми жариялаған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының  
Денсаулық сақтау және  
әлеуметтік даму министрі

Т. Дүйсенова  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау және әлеуметтік  
даму министрлігінің  
2014 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ 361 бұйрығына 1-қосымша  
Халықтың нысаналы  
топтарын профилактикалық  
медициналық тексеріп-қарауды  
жүргізу ережесіне  
1-қосымша

**Балалардың нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарауды жүргізудің кезеңділігі**



14 жас (8-сынып)								
+	+	+	+	+	+			
15 жас (9-сынып)								
+	+	+	+		+	+	+	
16 жас (10-сынып)								
+					+		+	
17 жас (11-сынып)								
+	+	+	+		+	+	+	+

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау және әлеуметтік  
даму министрлігінің  
2014 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ 361 бұйрығына 2-қосымша  
Халықтың нысаналы  
топтарын профилактикалық  
медициналық тексеріп-қарауды  
жүргізу ережесіне  
2-қосымша

## Ересектердің нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарауды жүргізудің тәртібі мен кезеңділігі

Терапевт/ Ж П Д (көрсеткіштер бойынша)	Акушер/ гинеколог* (көрсеткіштер бойынша)	Электрокардио грамма (көрсеткіштер бойынша)	Қандағы холестерин деңгейі	Қандағы қант деңгейі	Жатыр мойнын цитологиялық зерттеу (Pap-тест) *	Көзішілік қысымды (өлшеу)	үшін нәжіс (гемокульт-тест) айғақтары бойынша ректосигмоскопия	Мам *
1	2	3	4	5	6	7	8	9
30 жас								
	+				+			
35 жас								
	+				+			
40 жас								
+	+	+	+	+	+	+		
42 жас								
+		+	+	+		+		
44 жас								
+		+	+	+		+		
45 жас								
	+				+			
46 жас								
+		+	+	+		+		
48 жас								
+		+	+	+		+		
50 жас								

+	+	+	+	+	+	+	+	+
52 жас								
+		+	+	+		+	+	+
54 жас								
+		+	+	+		+	+	+
55 жас								
	+				+			
56 жас								
+		+	+	+		+	+	+
58 жас								
+		+	+	+		+	+	+
60 жас								
+	+	+	+	+	+	+	+	+
62 жас								
+		+	+	+		+	+	
64 жас								
+		+	+	+		+	+	
66 жас								
						+	+	
68 жас								
						+	+	
70 жас								
						+	+	

\* тексеріп-қарау мен зерттеулер әйелдерге ғана жүргізіледі

\* тексеріп-қарау мен зерттеулер еркектерге ғана жүргізіледі

Кестеге ескертпе: Ересектерді бейінді мамандардың тексеріп-қарауы, қосымша диагностикалық зерттеулер (зертханалық және аспаптық) көрсетілімдер бойынша, медициналық-санитариялық алғашқы көмек ұйымдары дәрігерінің жолдамасы бойынша жүргізіледі.

Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау және әлеуметтік  
даму министрлігінің  
2014 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ 361 бұйрығына 3-қосымша  
Халықтың нысаналы  
топтарын профилактикалық  
медициналық тексеріп-қарауды  
жүргізу ережесіне  
3-қосымша

# Халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу кезеңділігінің алгоритмдері

## 1. Жалпы ережелер

1. Ересектер мен балалардың нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу мынадай кезеңдерді қамтиды:

1) дайындық – нысаналы топтарды қалыптастыру, ақпараттық сүйемелдеу, скринингке шақыру.

Дайындық кезеңде медициналық пункттің, фельдшерлік-акушериялық пункттің, дәрігерлік амбулаторияның, ауылдық, аудандық, қалалық емхананың (бұдан әрі - МСАК ұйымдары) профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігерге дейінгі кабинетінің профилактикалық іс-шараларға жауапты орта медицина қызметкері, мектепке дейінгі мекеменің, білім беру ұйымдарының орта медицина қызметкері жүзеге асырады және мыналарды қамтиды:

ағымдағы жылдың 15 қарашасына дейін алда тұрған скринингтік тексеріп-қарауға жататын нысаналы топтың жыл сайынғы тізімін қалыптастыру және құру;

ересектердің нысаналы топтарын, нысаналы топтағы балалардың ата-аналарын скринингтік тексеріп-қарауды өтудің қажеттілігі және шарттары туралы хабардар ету;

халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарауға шақыру;

ұйымдастырылған мектепке дейінгі балаларды, мектеп оқушыларын, орта-арнайы және жоғары оқу орындарының 18 жасқа дейінгі оқушылары мен студенттерін скринингтік тексеріп-қараулар жүргізу үшін МСАК аумақтық ұйымдары мамандарының мектепке дейінгі балалар мекемелері мен білім беру ұйымдарының аумағына шығуын ұйымдастыру;

халықтың нысаналы топтарының скринингтік тексеріп-қарауды уақтылы өтуін қамтамасыз ету;

2) скрининг жүргізу – баланың (бұдан әрі – 025-07/е нысаны), амбулаториялық пациенттің (бұдан әрі - 025-08/е нысан) "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттама нысандарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен бекітілген (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тіркелімінде № 6697 болып тіркелген) профилактикалық медициналық тексеріп-қараудың (скрининг) статистикалық картасын толтыру (бұдан әрі – ҚР ДСМ № 907).

Балалардың нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарау жүргізуді мектепке дейінгі, білім беру ұйымдарының орта медицина қызметкері, педиатр дәрігер, отбасы дәрігері, МСАК ұйымының жалпы практика дәрігері; маман дәрігерлер, педагог-психолог жүзеге асырады.

Ересектердің нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарау жүргізуді учаскелік дәрігер (жалпы практика дәрігері) (бұдан әрі - МСАК дәрігері), МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігерге дейінгі кабинетінің дәрігері мен орта медицина қызметкері және МСАК дәрігерінің/МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесі дәрігерінің жолдамасы бойынша бейінді мамандар жүзеге асырады;

3) қорытынды – анықталған патологиясы бар адамдарды толық тексеріп-қарау және диспансерлік есепке алу, есепке алу-есеп беру статистикалық құжаттарын ресімдеуді аяқтау. Бұл кезеңде МСАК/МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігері ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген 025-07/е, 025-08/е нысандарын және Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысушысының паспортын енгізеді, профилактикалық медициналық скринингтің статистикалық нысанына халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қараудың нәтижелерін қауіп (мінез-құлықтық, биологиялық) факторларын, қорытынды диагнозды көрсете отырып, енгізеді, толық емделуге, бақылауға ұсынымдар береді. Қорытынды диагнозды алғаннан кейін нысан скринингтік тексеріп-қараудың деректерін статистикалық өңдеу үшін медициналық статистика кабинетіне (маманына) беріледі. Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысушысының паспорты қолына беріледі және скрининг өткендігін куәландыратын құжат болып табылады.

2. Скринингтік тексеріп-қараудың нәтижелері амбулаториялық пациенттің медициналық картасына, баланың даму тарихына енгізіледі. Ұйымдастырылған балалардың скринингтік тексеріп-қараудың нәтижелері денсаулық паспортына қосымша енгізіледі.

3. Скринингтік тексеріп-қараудың нәтижелері бар адамдардың тегі көрсетілген тізім:

1) одан арғы динамикалық бақылау үшін МСАК дәрігеріне;

2) ақпараттық-білім беру жұмысын жүргізу және ауру қаупі факторлары бар адамдарды және науқастарды профилактика, салауатты өмір салтын қалыптастыру әдістеріне оқыту үшін салауатты өмір салты кабинетіне, бейінді денсаулық мектебіне жіберіледі.

4. Психобелсенді заттарды тұтыну қаупінің деңгейлерін айқындау үшін жалпы бірдей орта білім беретін мектептердің, орта арнайы және жоғары оқу

орындарының 17 жас пен одан асқан оқушыларының арасында скринингтік тексеріп-қарау жүргізу кезеңділігінің алгоритмі:

1) скринингтік тексеріп-қараудың бірінші кезеңін арнайы оқытылған медициналық-санитариялық алғашқы көмектің (бұдан әрі - МСАК) маманы жүргізеді және жалпы бірдей орта білім беретін мектептердің, орта арнайы және жоғары оқу орындарының 17 жас пен одан асқан оқушыларының арасында психобелсенді заттарды тұтыну қаупінің айқын дәрежесін айқындауға арналған халықаралық ASSIST сауалнамасын қолдана отырып, скрининг-сауалнама жүргізуді қамтиды;

2) сауалнама жүргізілгеннен кейін сауалнамаларды арнайы оқытылған МСАК маманы талдайды және өңдейді. Талдау мен өңдеу нәтижелері бойынша психобелсенді заттарды тұтынудың қауіп топтары (жоғары, орташа, төмен қауіп) айқындалады;

3) скринингтің екінші кезеңі: психобелсенді заттарды тұтынудың орташа немесе жоғары қауіп бар оқушылар, заңды өкілдерінің келісімімен аумақтың наркологиялық ұйымына МСАК мамандары жібереді, онда психобелсенді заттардың болуына тест-жолақтарды пайдалана отырып экспресс-тестілеу жүргізіледі;

4) үшінші кезең: экспресс-тестілеудің оң нәтижелері бар оқушылар заңды өкілдерінің келісімімен клиникалық тексеріп-қарау және қажет болған кезде қосымша химиялық-токсикологиялық және психологиялық зерттеулер жүргізу үшін нарколог-дәрігердің консультациясына жіберіледі;

5) тексеріп-қараудың нәтижелері және психобелсенді заттарға тәуелділік белгілерін айқындау бойынша (18 жасқа толмаған) оқушылар заңды өкілдерінің келісімімен диспансерлік есепке және нарколог дәрігердің бақылауына қойылады ;

6) оқушылардың заңды өкілдері диспансерлік есепке қоюға келіспеген жағдайда оқушылар профилактикалық бақылауда болады.

5. МСАК ұйымының МСАК/бөлімшелерінің профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) орта медицина қызметкері жүргізілген скринингтік тексеріп-қараудың нәтижелері бойынша:

скринингтік тексеріп-қарауға шақырылған, скринингтік тексеріп-қараулардан өткен, толық тексерілуге жіберілген нысаналы топтағы пациенттердің тізімін салыстырады;

дәрігердің ұсынымы бойынша пациентті толық тексерілу үшін шақырады.

6. Скринингтік тексеріп-қараудың барысында анықталған, алғаш қойылған диагнозымен барлық пациенттер диспансерлеу және динамикалық бақылау үшін МСАК дәрігеріне жіберіледі.



7. Скринингтік тексеріп-қарау - зертханалық және диагностикалық зерттеулер бойынша мәліметтердің бірыңғай базасының нақты, сапалы қамтамасыз етілуі үшін онкопатологияларды ерте анықтау скринингтері аясында орталықтандырылған зертханалар мен диагностикалық орталықтар/бөлімшелерде жүргізілсін.

## **2. Ересектер мен балаларды скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу кезеңділігінің алгоритмі**

### **1-параграф. Ересектердің қанайналым жүйесі ауруларын (артериялық гипертония, жүректің ишемиялық ауруы) және қант диабетін ерте анықтауға скринингтік тексеріп-қарау жүргізу алгоритмі**

8. 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64 жастағы ерлер мен әйелдер нысаналы топ болып табылады, 40-тан 64 жасқа дейінгілер – артериялық гипертония, жүректің ишемиялық ауруы және қант диабеті бойынша диспансерлік есепте тұрмайтындар.

9. Скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу сатысы екі кезеңнен тұрады:

1) бірінші кезеңді МСАК ұйымдарының/МСАК ұйымдарының профилактик және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) орта медицина қызметкері жүргізеді, барлық нысаналы топтар үшін міндетті болып табылады және мыналарды қамтиды:

025-08/е нысанын толтыру;

антропометриялық өлшеулер жүргізу (салмағы, бойы, белдің көлемі), Кетле индекcін есептеу;

скрининг-тест бойынша сұрату жүргізу;

орындыққа отырғызып, интервалы 1-2 минутта артериялық қысымды (бұдан әрі – АҚ) екі еселік өлшеу. АҚ өлшемес бұрын 3-5 минут отыра тұруы керек;

2) екінші кезеңде МСАК ұйымдарының профилактикалық және әлеуметтік-психологиялық көмек МСАК/бөлімшесі (кабинет) дәрігері:

осы Халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарау жүргізу кезеңділігінің алгоритмдеріне (бұдан әрі - Алгоритм) 1-қосымшада көрсетілген әдістемеге сәйкес жүрек-қантамыр қаупін анықтау және бұдан әрі скрининг жүргізетін адамды одан әрі емдеп-қарау туралы шешім қабылдау үшін SCORE жүйесін қолданады.

Жүрек-қанайналым қаупі төмен адамдарға (SCORE шкаласы бойынша 1% дейін) осы Ереженің 2-қосымшасына байланысты кезеңділікке сәйкес бұдан әрі скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу ұсынылады, төмен жүрек-қантамыр қаупін сақтау мақсатында салауатты өмір салты бойынша ұсынымдар беріледі;

орташа жүрек-қантамыр қауіп бар адамдар (SCORE шкаласы бойынша  $\geq 1\%$  до  $< 5\%$ ) жүрек-қантамыр ауруларын азайту немесе тұрақтандыру мақсатында Денсаулық мектептеріне жолданады (бұдан әрі - ДМ);

жоғары және өте жоғары жүрек-қантамыр қауіп бар адамдар (SCORE шкаласы бойынша  $\geq 5\%$ ) ЭКГ жіберіледі және қажет болса кардиологтың консультациясына жіберіледі. Науқаста ҚЖА айқындалған жағдайда диспансерлік есепке алынады, ҚЖА болмаған жағдайда Денсаулық мектептеріне жүрек-қантамыр ауруларын төмендету мақсатында жіберіледі;

гиперхолестеринемия деңгейінен жоғары қауіп факторларын диагностикалауда  $\geq 5$  ммоль/л деңгейі қабылданады;

жүрек-қантамыр қауіпін бағалауда тексерілетіннің бір бөлігі жүрек жиырылуының жиілігі болып табылады;

10. Ауылдық, аудандық, қалалық емханалардың немесе консультациялық-диагностикалық орталықтың/емхананың (бұдан әрі – КДБ) консультациялық-диагностикалық көмек бөлімшесінің (бұдан әрі - КДО) кардиологы, эндокринологы:

толық тексеріп-қарау жүргізеді, қажет болған жағдайда мамандандырылған (кардиологиялық, эндокринологиялық) орталыққа/диспансерге жібереді;

тексеріп-қарау нәтижелерін және пациентті одан әрі бақылау жөніндегі ұсынымды профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігеріне, ол болмаған жағдайда, қызмет көрсететін пациентті учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жібереді.

## **2-параграф. Мінез-құлықтық қауіп факторларын ерте анықтау үшін скринингтік тексеріп-қарауды және динамикалық бақылауды жүргізу алгоритмі**

11. Мінез-құлықтық қауіп факторлары (дененің артық салмағы, дене қимылының белсенділігі, шылым шегу, қауіпті дозаларда ішімдікті пайдалану) скринингтен-тексеріп-қараудан – қанайналым жүйелері, қант диабеті, глаукома, онкопатологиялар ауруларын ерте анықтауға зерттеуден өткен адамдардың арасында зерттеледі.

12. Қауіп факторларын анықтау МСАК ұйымдарының профилактикалық және әлеуметтік-психологиялық көмек МСАК/дәрігерге дейінгі кабинеттерде жүргізіледі, оған мыналар кіреді:

1) скрининг-тест бойынша сауалнамалар жүргізу (025-08/е нысаны);

2) Кетле индексінің салмағын, бойын, есебін және жеміс-жидектерді пайдалану көлемін өлшеу;

3) 32.3-тармағында көрсетілген 025-08/е нысанын толтыру "шылым шегудің зияндылығы туралы ақпараттандырылды ма" және 32.4-тармағында "денсаулыққа мінез-құлықтық қауіп факторларының әсері туралы ақпараттандырылды ма" толтыру;

13. МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігері (орта медицина қызметкері):

SCORE шкаласы бойынша жүрек-қан тамыр қауіпін бағалауды жүргізеді; профилактикалық консультациялар жүргізеді және мінез-құлқының өзгеруі бойынша толық ұсынымдар ұсынады;

бейінді Денсаулық мектебіне жібереді.

14. Сабақ өткізген медицина қызметкерлері ақпараттық-әдістемелік материалдармен қамтамасыз етілуі тиіс.

### **3-параграф. Глаукоманы ерте анықтауға скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу алгоритмі**

15. Глаукома бойынша диспансерлік есепте тұрмайтын 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жастағы ерлер мен әйелдер нысаналы топтары болып табылады;

16. МСАК ұйымдарының/МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетінің орта медицина қызметкері:

025-08/е нысанды толтырады;

скрининг-тест бойынша сауалнамалар жүргізеді;

Маклаков бойынша немесе жанаспайтын тонометрді пайдалана отырып көзішілік қысымды өлшейді;

17. Скрининг-тестке (025-08/е нысанның 22-25-тармақтары) оң жауаптар және/немесе жоғары көзішілік қысым болған жағдайда (Маклаков бойынша тонометрде 20 мм с.б. жоғары болса және жанаспайтын тонометрде 20 мм с.б. жоғары болса), сондай-ақ сол жақ және оң жақ көздің көзішілік қысым көрсеткіштерінде 5 мм.сынап бағ. артық айырмашылықтар болған жағдайда пациентті ауылдық, аудандық, қалалық емханалардың немесе консультациялық-диагностикалық орталықтық/емхананың офтальмологына жібереді;

18. КДБ/КДО офтальмологы:

толық тексеріп-қарауды жүргізеді, қажет болса глаукома кабинетіне жібереді; тексеріп-қарау нәтижелерін және пациентті одан әрі бақылау жөніндегі ұсынымды профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (

кабинетінің) дәрігеріне, ол болмаған жағдайда, қызмет көрсететін пациентті учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жібереді;

тексеріп-қарау нәтижелерін өңірлік глаукома кабинеттерінің дәрігеріне глаукома тіркеліміне толтыру үшін жібереді.

#### **4-параграф. Сүтбезінің обырын ерте анықтауға скрининг жүргізу алгоритмі**

19. Сүтбезі обыры бойынша диспансерлік есепте тұрмайтын 50, 52, 54, 56, 58, 60 жастағы әйелдер нысаналы топтары болып табылады. Скринингте сүт безінің қатерсіз ісігі бойынша есепте тұратын немесе маммолог, онкоммаммологта диспансерлік есепте тұрған және динамикалық маммографиялық зерттеулер жүргізуге жеке кестесі бар әйелдер қатысады.

20. Сүтбезі обырының скринингі дайындық, скрининг жүргізу, қорытынды кезеңнен тұрады және оған мыналар кіреді:

қос сүтбезінің маммографиясы 2 проекцияда жүргізіледі;

екі немесе одан да көп тәуелсіз дәрігер-рентгенологтармен (екі жақты оқу) маммограмманы түсіндіру;

маммографияларда патологиялық ошақтар (М3, М4, М5) анықталған жағдайда онкологиялық диспансердің (бұдан әрі - ОД) маммографиялық кабинетіндегі көрсетілімдер бойынша сүт бездерінің тереңдетілген диагностикасы (нысаналы маммография, ультрадыбыстық зерттеу (бұдан әрі - УДЗ), пункциялық биопсия немесе стереотаксиялық пункция, гистологиялық зерттеулер жүргізіледі.

21. Дайындық сатысына мыналар кіреді:

нысаналық топтарды қалыптастыру;

ақпараттық сүйемелдеу, скринингке шақыру, оның ішінде мекенжайы бойынша, электронды және бұқаралық ақпарат құралдарын пайдаланып.

22. Сүтбезі обырын ерте анықтау скринингін жүргізу сатысына кіреді:

қос сүтбезінің маммографиясы 2 проекцияда жүргізіледі – қалалық, аудандық емханалардың маммографиялық кабинетінде түзу және қисық (жылжымалы медициналық кешен). Барлық сандық маммограммалар 1:1 көлемінде рентгенографиялық пленкаларда шығарылады (1 әйел – 1 жиынтық – 4 маммограмма) және CD/DVD сандық тасымалдаушыда көшіріледі.

23. Бұл ретте МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетінің орта медицина қызметкері:

маммографиялық скринингке жататын пациенттерді есепке алу журналын және 025-08/е нысанды толтырады;

маммографияны аудандық, қалалық емханаларға жібереді.

24. Маммографиялық кабинеттің рентгензертханашысы скринингтік маммографияға жататын пациенттерді есепке алу журналын ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген маммограмманы "қайта оқуға" жолдаманы толтырады;

қалалық, аудандық емханалардың маммографиялық кабинетінің (жылжымалы медициналық кешен) рентгенолог дәрігері BI-RADS жіктемесі бойынша нәтижелерін талқылай отырып, маммограммаларды "бастапқы оқуды" жүргізеді.

25. Бұл ретте дәрігер-рентгенолог:

маммографиялық зерттеулердің қауіпсіздігі мен сапасына негізгі жауапкершілікті алады;

"қайта оқу" нәтижелерін 025-08/е есепке алу нысанына енгізіледі және маммограмманы "қайта оқуға" жібереді;

BI-RADS жіктемесі бойынша нәтижелерін талқылаумен маммограмманы қайта оқу ОД маммографиялық кабинетінің рентгенолог-дәрігерімен жүргізіледі. Нәтижесіне қарамастан барлық маммограммалар онкологиялық диспансерге, оның ішінде телемедициналық байланыс арқылы "қайта оқуға" жіберіледі. Емханалардан онкологиялық диспансерге маммограммаларды беру онкологиялық диспансердің маммографиялық кабинетінің медициналық тіркеушісінің (мұрағатшы) қолы қойылған ілеспелі құжат арқылы жүргізіледі. Барлық маммограммалар (пленкалар мен электронды тасымалдаушылар) аудандық емхананың, онкологиялық диспансердің маммографиялық мұрағатында мұрағатталады. Скрининг шеңберінде жасалған маммограммалар пациентке берілмейді.

26. ОД маммографиялық кабинетінің рентген-дәрігері:

ұсынылған суреттердің сапасы мен төсеудің дұрыстығын бағалайды;

BI-RADS жіктемесі бойынша нәтижелерін талқылаумен маммограмманы қайта оқуды жүргізеді. Қажет болған жағдайда үшінші оқуды ұйымдастырады;

МСАК ұйымына екінші (үшінші) оқу (жолдаманың жыртпалы) нәтижелерін жібереді;

МСАК ұйымдары арқылы әйелді тереңдетілген тексеріп-қарау диагностикасына шақырады;

МСАК ұйымдары тереңдетілген диагностикаға: (нысаналы маммография арқылы әйелдері, сүтбезі УДЗ, пункциялық биопсияны немесе стереотаксиялық пункцияны кейіннен көрсетілімдер бойынша жүргізілетін материалдарды гистологиялық зерттеумен жасалатын стереотаксиялық пункция шақырады).

27. Тереңдетілген диагностикалауға арналған айғақтар M3/M4/M5 (анықталмаған маңыздылықтың ауытқуының болуы/қатерлілікке күдік тудыратын белгілер/қатерлілік белгілері) маммограммаларын қайта оқудан кейінгі

қорытынды болып табылады. Тереңдетілген диагностиканы жүргізген рентгенолог МСАК ұйымдарына нәтижелерді жібереді;

28. Қорытынды сатысына сүтбезінің қатерсіз пайда болулары бар пациенттерді толық тексеріп-қарау, анықталған патологиясы бар науқастарды диспансерлік есепке алу, есеп беру-есептілік статистикалық құжаттаманы рәсімдеуді аяқтау жатады.

29. Бұл ретте маммографияның нәтижесін алу кезінде МСАК ұйымдарының/ МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігері:

М1 (патологиясыз) – пациентке келесі маммографиялық тексеріп-қарауды 2 жылдан кейін жүргізуді ұсынады;

М2 (сүтбезі қатерсіз ісігі, қатерсіз ісікке басым мәліметтер) – пациент КДБ/ КДО маммологына емдеу және динамикалық немесе диспансерлік бақылау үшін жіберіледі;

М3/М4/М5 (анықталмаған маңызы бар ауытқудың болуы/қатерлі ісікке күдік тудыратын белгілер/қатерлілік белгілері) – тереңдетілген диагностикалаудың нәтижелеріне сәйкес пациентті консультацияға және онкологқа, ОД маммологына динамикалық бақылауға жіберіледі. Қатерлі ісіктің жоқтығы дәлелденгеннен кейін, көрсетілген маммография нәтижелерімен пациент КДБ/ КДО маммологына емдеу және динамикалық немесе диспансерлік бақылау үшін жіберіледі;

М6 (сүтбезі обыры, патоморфологиялық верификацияланған) – пациент аудандық емхананың онколог, маммолог дәрігеріне емдеу және динамикалық немесе диспансерлік бақылау үшін жіберіледі;

ОД дәрігер-рентгенологының ұсынымы бойынша сапасыз бейнеленген жағдайда (пленканың техникалық проблемалары, дұрыс төселмесе) маммографиялық кабинетке қайталап маммографиядан өтуге немесе КДБ/КДО маммологына қысқа мерзімді динамикалық бақылауға жіберіледі;

Амбулаториялық пациенттің медициналық картасына жолдаманың маммограммаларын рентгенолог дәрігердің қайта оқу қорытындысы бар қиынды жабыстырылады;

30. Скринингтік тексеріп-қараудың нәтижелері маммографиялық скринингке жататын пациенттерді есепке алу журналына Ұлттық скринингтік бағдарламаның қатысушысының паспорты, 025-08/е нысаны енгізіледі және келесі есепті кезеңнен кейінгі айдың 1-күніне дейінгі мерзімде ай сайын өңірлік ақпараттық-талдау орталығына жіберіледі.

31. Егер тереңдетілген диагностикалау тағайындалатын болса, 025-08/е нысаны толтырылды деп саналады және КДБ/КДО, ОД-ден келген барлық

тағайындалған зерттеулердің нәтижелерін алғаннан кейін статистикалық өңдеу үшін жіберілуі тиіс.

Тексеріп-қарау нәтижелері және пациентті одан әрі бақылау жөніндегі ұсынымды учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жіберіледі.

## **5-параграф. Жатыр мойнын ерте анықтауға скрининг жүргізу алгоритмі**

32. Жатыр мойны обыры бойынша диспансерлік есепте тұратын 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 жастағы әйелдер нысаналы топтары болып табылады.

33. Жатыр мойны обырының скринингі дайындық, скрининг жүргізу, қорытынды сатыдан тұрады және оған мыналар кіреді:

Папаниколау (Пап-тест) бойынша жатыр мойнынан жағындыларды цитологиялық зерттеу сұйықтық цитологиялық әдіспен ғана жүргізіледі;

ASC-H, HSIL, AGS, AIS, обыр цитологиялық қорытындылар кезінде тереңдетілген диагностикалау (кольпоскопия, биопсия, гистологиялық тексеріп-қарау).

34. Дайындық сатысына кіреді:

нысаналы топтарды құру;

ақпараттық сүйемелдеу, скринингке шақыру, оның ішінде мекенжайы бойынша, электронды және бұқаралық ақпарат құралдарын пайдалану.

МСАК ұйымдарының/МСАК бөлімшелерінің профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетінің орта медицина қызметкері:

Халықтың нысаналы топтарының тізімін қалыптастырады, әр пациент үшін тексеріп-қарау күні мен уақытын анықтайды және олардың материал алу үшін келуін қамтамасыз етеді;

скринингтік тексеріп-қараудың дайындық сатысында пациентке скринингтен өтуге қойылатын талаптар туралы хабарлайды: бір тәулік бұрын жыныстық қатынас, шайыну, ванна, тампондарды және басқаларын қоса алғанда қыныптық манипуляциялар жасамау;

Скрининг өткізу кезеңі мыналарды қамтиды:

1) цитологиялық тексеріп-қарауға материал алу МСАК ұйымдарының тексеріп-қарау кабинетінде іске асырылады;

МСАК ұйымдарының/МСАК бөлімшелерінің профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетінің орта медицина қызметкері:

Цитологиялық скринингке жататын пациенттерді есепке алу журналын және 025-08/е нысанды толтырады;

МСАК ұйымдарының тексеріп-қарау кабинеттеріне жібереді.

МСАК ұйымдарының тексеріп-қарау кабинетінің акушеркасы:

жатыр мойнын айнада қарайды;

цитологиялық тексеріп-қарауға (Pap-тест) жағындыларды цитологиялық зерттеу сұйықтық цитологиялық әдісімен (бір контейнер) алуды іске асырады;

цитологиялық тексеріп-қарауға жолдаманы толтырады және биоматериалды ОД/патологоанатомиялық бюроға жібереді;

Pap-тесті нәтижелерін ОД/патологоанатомиялық бюросынан алуды бақылауды іске асырады;

Нәтижелерді алу мерзімі мен скрининг нәтижелері туралы әйелдерді ақпараттандыру екі аптадан аспауы керек;

2) Бетесдің терминологиялық жүйесі бойынша түсіндірумен цитологиялық зерттеу, 2001 (БТЖ). Бұл ретте цитологиялық зертхананың тіркеушісі/цитотехник:

келіп түскен контейнерлерді скрининг бойынша жүргізілетін цитологиялық зерттеулер журналында тіркейді;

цитологиялық зерттеулердің нәтижелерін МСАК ұйымдарына жібереді;

3) келесі айғақтар бойынша тереңдетілген диагностика (кольпоскопия, биопсия) жасайды;

ОД немесе арнайы даярлықтан өткен (білім алған) аудандық, қалалық емханалардың онкогинекологтарының цитологиялық қорытындылары кезінде - ASC-H, LSIL;

ОД онкогинекологтарының AGS, AIS, обыр цитологиялық қорытындылар кезінде.

Дәлелденбеген цитологиялық нәтижесі бар эрозияның болуы скрининг кезінде кольпоскопия үшін көрсеткіш болып табылмайды.

Гистологиялық зерттеу патологоанатомиялық бюроның ОД патоморфология зертханасында жүргізіледі. Биоптаттың морфологиялық түсіндіруі жалпыға бірдей қабылданған халықаралық стандарттарға сәйкес іске асырылады.

36. Қорытынды саты өзіне анықталған патологиямен пациенттерді диспансерлік есепке алу, есептік-есепке алу құжаттарын ресімдеуді аяқтау кіреді.

Бұл ретте МСАК ұйымдарының МСАК бөлімшелерінің (кабинет) профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек дәрігері Pap-тестінің БТЖ бойынша нәтижелерін алған кезде:

жағынды сапасының нашар болуы пациентті цитологиялық скринингке қайталап шақырады;

"Цитограмма ерекшеліктерсіз" (мөлшер) пациентке келесі цитологиялық скринингті 5 жылдан кейін жүргізуді ұсынады;

"Қабыну үдерісі немесе микроорганизмдер" дәрігер гинекологта емделу мен тазартуды ұсынады;



ASC-US, LSIL эпителилік жасушалар атипиясы аудандық, қалалық емханалардың дәрігерінде гинеколог цитологиялық бақылауды 6 айдан кейін жүргізумен емделу мен динамикалық бақылауды ұсынады. Персистенция немесе ауырлау кезінде биопсиямен кольпоскопия жүргізуді, қалыпты цитограммада 6 айдан кейін – қосымша Pap-тест 12 айдан кейін ұсынады;

ASC-H, HSIL интраэпителиалдық зақымдану пациентті арнайы дайындықтан өткен аудандық, қалалық емханалардың гинекологына, ОД-онкогинекологына жібереді;

AGS, AIS бездік жасушалардың атипиясы, обыры пациентті ОД онкогинекологына тереңдетілген диагностикалауға жібереді.

37. Жатыр мойнының биопсиясының гистологиялық нәтижелерін алу кезінде:

CIN I пациентке аудандық, қалалық емханалардың гинекологында 6 және 12 айдан кейін цитологиялық бақылауды жүргізумен толық зерттеп-қаралуға, емделуге және динамикалық бақылауда болуды ұсынады;

CIN 2, CIN 3, CIS, AIS, обыр пациентті ОД емделуге және динамикалық бақылау жіберіледі;

CIN 2, CIN 3, CIS, AIS емделгеннен кейін барлық пациенттер аудандық, қалалық емханалардың гинекологында 4, 6 және 12 айдан кейін қайталама Pap-тестілерді жүргізумен бақыланады. Қажет болған жағдайда (оң Pap-тест бақылауда) ОД онкогинекологтарының консультациясын жүргізеді.

Амбулаториялық науқастың медициналық картасына цитологиялық зерттеулер нәтижесінің бланкі жапсырылады.

38. Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысушының паспорты, амбулаториялық пациенттің профилактикалық медициналық тексеріп-қарау статистикалық картасы (скрининг) скринингтік тексеріп-қараудың нәтижелері цитологиялық скринингке жататын пациенттерді есепке алу журналына енгізіледі және келесі есепті кезеңнен кейінгі айдың 1 күніне дейінгі мерзімде ай сайын өңірлік ақпараттық-талдау орталығына тапсырылады.

Тереңдетілген диагностика жасауды тағайындаған жағдайда 025-08/е нысаны барлық тағайындалған зерттеулердің нәтижесі алынғаннан кейін статистикалық өңдеуге тапсырылады.

39. Тексеріп-қарау нәтижелері және пациенттің одан әрі бақылануы жөніндегі ұсыным учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жіберіледі. Әрбір әйел тиісті ұсынымдар беріле отырып, тексеріп-қарау нәтижелері туралы ақпараттандырылады.

**6-параграф. Колоректалдық обырды ерте анықтауға скрининг жүргізу алгоритмі**

40. Полипоз, жуан ішек обыры бойынша есепте тұратын 50, 52, 54,56, 58, 60, 62, 64, 66, 68, 70 жастағы әйелдер мен ерлердің нысаналы топтары болып табылады.

41. Колоректалдық обыр скринингі дайындық, скрининг жүргізу және қорытынды сатылардан тұрады және оған мыналар кіреді:

гемокульт-тесті;

оң гемокульт-тесті болған жағдайда ішек сілемейінің патологиялық учаскелерінде биопсия жүргізумен олардың анықталу жағдайында жаппай колоноскопияны жүргізу;

42. Дайындық кезеңіне мыналар кіреді:

Колоноскопия бөлімшелерін/кабинеттерін бейнетүсірілім мүмкіндіктерімен бейнеэндоскопиялық жабдықтармен және биопсия алуға арналған және азинвазивті хирургиялық араласуларды (жіңішке ішекте және т.б.полиптерді алып тастау) жүргізу үшін аспаптармен қамтамасыз ету;

Колоноскопия жүргізудің кестесін бекіту;

Ақпараттық сүйемелдеу, скринингке шақыру, оның ішінде мекенжайынан шақыру, электрондық және бұқаралық ақпарат құралдарын қолдану.

Бұл ретте МСАК ұйымдарының/МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерігерге дейінгі кабинетінің орта медицина қызметкері:

нысаналы топтардың тізімін құрайды, әр пациент үшін тексерілу күнін анықтайды және зерттеу жүргізу үшін гемокульт-тестімен қамтамасыз етеді;

скринингтік тексеріп-қараудың дайындық сатысында пациентке скринингтен өтуге қойылатын талаптар туралы хабарлайды: етеккір кезеңінде, қанталаған геморройда, несепте немесе дефекация кезіндегі айтарлықтар күшенуден кейін қан болғанда зерттеулер жүргізбеген жөн. Тест нәтижелері МСАК ұйымдарының /МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерігерге дейінгі кабинетінің орта медицина қызметкеріне оларды алған күннен кейінгі 1-3 күн ішінде жеткізілуі тиіс.

43. Скринингті жүргізу сатысына кіреді:

гемокульт-тест жүргізу, тестіні алғаннан кейін және МСАК орта медицина қызметкерімен зерттеу жүргізілгеннен кейін ережесін түсіндірумен ол көбіне үй жағдайында жасалады:

тексеріп-қарау үшін таза, құрғақ ыдысқа салынған нәжістің кішкентай бөлігі пайдаланылады; материалды алу нәжістің әр жерлеріне контейнер ұшын енгізумен жүргізу керек; материалды алғаннан кейін қапқақты жауып және контейнерді бірнеше рет қағу керек; тест-картаның арнайы терезесіне нәжістің өлшенген бөліктерімен 3 тамшы ерітіндіні жағу керек; 3-10 минуттан кейін ( немесе өндірушінің тестте көрсеткені бойынша) тестіні түсіндіру керек.

44. Тест нәтижесін бағалау пациенттің өзі зерттеу жүргізгеннен кейін жүргізіледі (3-10 минуттан кейін немесе өндірушінің тестте көрсеткені бойынша), егер тест үй жағдайында жасалса немесе зерттеу емханада жасалса медицина қызметкері тікелей жүргізеді:

Т (тест) және С (бақылау) деңгейінде екі жолақтың пайда болуы оң нәтиже ретінде есептеледі (нәжісте қан анықталса);

С (бақылау) деңгейінде бір жолақтың пайда болуы теріс нәтиже ретінде есептеледі (нәжісте қан болмаса);

Т (тест) деңгейінде бір жолақтың пайда болуы қате нәтиже ретінде есептеледі ;

С (бақылау) деңгейінде жолақтың болмауы қате нәтиже ретінде есептеледі (сонымен бірге жолақтың тіптен болмауы);

45. Егер тест үй жағдайында орындалатын болса, пациентті немесе оның туысқанын жолақтардың пайда болуын Т және С деңгейлерімен қайта суретке салып алу немесе камераға, телефонға нәтиженің дұрыстығын дәлелдеу үшін суретке түсіріп алуын сұрау керек.

46. Гемокульт-тест нәтижелерін алғаннан кейін МСАК ұйымдарының/МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетінің орта медицина қызметкері:

025-08/е нысанын толтырады, скрининг-тест бойынша сауалнама жүргізеді; гемокульт-тест нәтижелерін бағалайды (оң, теріс).

Егер дұрыс нәтиже болмаса тестіні қайталау керек болады.

Гемокульт-тестісінің оң нәтижесін МСАК ұйымдарының/МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерігерге дейінгі кабинетінің дәрігері растауы қажет.

47. Гемокульт-тесттің оң нәтижесінде пациент жуан ішектің бүкіл бөлігіне тексеріп-қарауға (бұдан әрі – тоталдық колоноскопия) жіберіледі.

Бұл ретте МСАК ұйымдарының/МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерігерге дейінгі кабинетінің дәрігері:

гемокульт-тест нәтижелерін колоректалдық скринингке жататын пациенттер тізімінің журналына енгізеді;

пациентті тексеріп-қарау жүргізу, тексерілу әдістемесі, колоноскопияға дайындық жүргізудің қажеттілігі туралы ақпарат береді;

оң гемокульт-тест жағдайында жүргізілетін жаппай колоноскопия.

48. Бұл ретте эндоскопия бөлімшесінің дәрігері:

Көрсетілімдері бойынша ісіктерге, сілемейге биопсия жүргізеді;

жіңішке аяқты тиісті аспаптар болған жағдайда полиптер анықталған кезде клип салу немесе электрокоагуляция арқылы бір сәттік полипэктомия немесе 0,3-0,5 см мөлшеріндегі полиптер кезінде "суық" биопсия жүргізеді;

колоноскопиялық зерттеу бланкіне нәтижелерді (тікелей колоноскопиядан кейін және гистологиялық қорытындыны алғаннан кейін) енгізеді;

эндоскопиялық зерттеуден өтетін адамдарға жұқтырмау мақсатында эндоскопиялық ем-шараларды қауіпсіз жүргізу жөніндегі санитариялық-гигиеналық іс-шаралар кешенін жүзеге асырады.

49. Бір эндоскопиялық аппаратты пайдаланған жағдайда алдыңғы және келесі эндоскопиялық зерттеулердің арасындағы интервал тазартуды, жоғары деңгейдегі дезинфекция мен эндоскопиялық жабдықты автоматты тазарту аппаратын пайдалану арқылы эндоскопты жууды және үрлеуді ескере отырып, кемінде 20 минутты құрайды.

50. Эндоскопия бөлімшесінің мейіргері:

Скрининг уақытында орындалған жуан ішекті эндоскопиялық зерттеуді тіркеу журналында зерттеу жүргізу күнін, пациенттің тегін, атын, әкесінің атын, жасын, мекенжайын көрсете отырып, зерттеу жүргізуді тіркейді;

ілеспелі бланкте "Материал скрининг бойынша алынды" деп белгіні көрсете отырып, белгіленген қағидаларға сәйкес ОД патоморфологиялық зертханасына/патологоанатомиялық бюросына алынған биопсиялық материалды таңбалайды, тіркейді және жібереді;

МСАК ұйымына эндоскопиялық зерттеу нәтижелерін жібереді;

ОД патоморфологиялық зертханасында/патологоанатомиялық бюросында жүргізілетін сілемейлі жуан ішектің биоптатын гистологиялық зерттеуге жібереді. Биоптатты морфологиялық интерпретациялау жалпыға бірдей халықаралық стандарттарға және Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жіктемесіне сәйкес жүзеге асырылады.

51. Қорытынды кезең өзіне анықталған патологиясы бар адамдарды диспансерлік есепке қоюды, есепке алу-есептік статистикалық құжаттаманы ресімдеуді қамтиды.

52. Бұл ретте МСАК-тың профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігері:

гомокульт-тесттің нәтижелерін алу кезінде:

теріс (нәжісте жасырын қан болмағанда) болғанда 2 жылдан кейін скрининг жүргізуді ұсынады;

оң (нәжісте жасырын қан болғанда) болса, бірақ пациент қол қойған және амбулаториялық пациенттің медициналық картасына жапсырылған пациенттің колоноскопиядан бас тарту жағдайы немесе эндоскопиялық зерттеу жүргізуге медициналық қарсы айғақтары болған жағдайда пациентпен әңгімелеседі,

бақылау гемокульт-тесттің жүргізе отырып, қауіп тобына қосады, клонопроктологқа консультацияға жібереді.

53. Эндоскопиялық зерттеулердің нәтижелерін алу кезінде:

CS 1 (патологиясыз) зерттеліп-қаралған адамдарға 2 жылдан кейін скрининг шеңберінде гемокульт-тест жүргізуді ұсынады;

CS 2-3 (жуан ішектің тұқым қуалаушылық ауруы және оның даму аномалиясы, ішектің созылмалы қабыну аурулары) пациенттерді КДҰ/КДО гастрэнтерологына/колопроктологына жібереді;

CS 4 (полип тәрізді ісіктер) пациенттерге емделуді (полипэктомия), полипэктомиядан кейін 4-6 айдан соң бақылау колоноскопиясын жүргізу арқылы аудандық онкологта, КДҰ/КДО гастрэнтерологында/колопроктологында динамикалық бақылауда болуды ұсынады;

CS 5-8 (морфологиялық верификациямен немесе онсыз жуан ішектің қатерлі ісігі) пациенттерді ОД-ға кейіннен тұратын жері бойынша аудандық онкологта динамикалық бақылауда болуымен жібереді.

54. Колоректалдық скринингтің (гемокульт-тест, колоноскопия, мамандардың консультациялары) нәтижелері колоректалдық скринингке жататын пациенттерді есепке алу журналына, Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысушының паспортына, 025-08/е нысанына енгізіледі және ай сайын келесі есептік кезеңнен кейінгі айдың 1-күніне дейін аумақтық ақпараттық-талдамалық орталыққа беріледі.

55. Тереңдетілген диагностика тағайындалған жағдайда 025-08/е нысан тек КДҰ/КДО, ОД-дан барлық тағайындалған зерттеулердің нәтижелері алынғаннан кейін ғана статистикалық өңдеу үшін беріледі.

Зерттеп-қарау нәтижелері мен пациентті одан әрі бақылау жөніндегі ұсынымдар учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жіберіледі.

## **7-параграф. Өңеш обыры және асқазан обыры скринингін жүргізу алгоритмі**

56. Өңеш обырына және асқазан обырына байланысты диспансерлік есепте тұрмаған 50, 52, 54, 56, 58 және 60 жастағы ерлер мен әйелдер нысаналы топ болып табылады.

57. Өңеш обыры мен асқазан обырына скрининг дайындалған кезеңнен, скрининг жүргізуден, қорытынды кезеңнен тұрады және мыналарды қамтиды:

Өңеш пен асқазанды эндоскопиялық зерттеу (эзофагогастроуденоскопия); оларды анықтаған жағдайда жүргізілетін өңеш пен асқазан сілемейінің патологиялық учаскелерінің биопсиясы.

58. Дайындық кезеңі мыналарды қамтиды:

КДБ/КДО эндоскопия бөлімшелерін/кабинеттерін жабдықпен, персоналмен, КДБ/КДО өткізгіштік қабілетінің жеткіліксіз қамтамасыз етілуі кезінде өңешке және асқазанға эндоскопиялық зерттеу жүргізу үшін, бейнеэндоскопиялық зерттеу жүргізу үшін бейнеэндоскопиялық жабдықтармен қамтамасыз ету, ДБ осы тізіміне қосылуы мүмкін:

нысаналы топтарды қалыптастыру;

ақпараттық сүйемелдеу, скринингке, соның ішінде атаулы шақыруларды, электрондық және басылымдық ақпараттық құралдарын пайдаланумен скринингке шақыру.

Бұл ретте МСАК ұйымының/МСАК ұйымының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігерге дейінгі кабинетінің медицина қызметкері:

халықтың нысаналы тобының тізімін қалыптастырады, әрбір пациент үшін зерттеп-қаралу күні мен уақытын белгілейді және зерттеу жүргізілетін күні КДО, ДБ эндоскопия бөлімшесіне пациенттің келуін қамтамасыз етеді;

зерттеу жүргізудің қажеттілігін түсіндіреді, скрининг емшарасын өткізуге пациентті дайындайды;

МСАК ұйымының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің, дәрігерлік амбулатория, ауылдық, аудандық, қалалық емханалардың дәрігерімен Денсаулық сақтау басқармасы (бұдан әрі – Басқарма) бекіткен жоспарға сәйкес эндоскопиялық зерттеуге жіберу кестесін қалыптастырады және келіседі.

59. Скрининг жүргізу кезеңдері:

онкологиялық сақтық шараларын арттыру және өңеш обырын және асқазан обырын ерте диагностикалау мәселелері бойынша оқудан өткен эндоскопист дәрігер жүргізетін эзофагогастродуоденоскопияны қамтиды. Эзофагогастродуоденоскопия Басқарма бекіткен эндоскопиялық зерттеу жүргізу кестесіне жүргізіледі.

60. Эндоскопия бөлімшесінің дәрігері:

өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеу нәтижелерін (тікелей эзофагогастродуоденоскопиядан кейін және гистологиялық зерттеу қорытындысын алғаннан кейін) хабарлайды және бланкке енгізеді;

эндоскопиялық зерттеуден өтетін адамдардың *Helicobacter pylori* жұқтыруын болдырмау мақсатында қауіпсіз эндоскопиялық емшара жүргізу жөніндегі санитариялық-гигиеналық іс-шаралардың кешенін жүзеге асырады.

Бір эндоскопиялық аппарат қолданылған жағдайда алдыңғы және одан кейінгі эндоскопиялық зерттеудің арасындағы интервал эндоскопиялық

жабдықты автоматты өңдеу аппаратын пайдалан отырып эндоскопқа тазалау жүргізуді, жоғары деңгейлі дезинфекцияны, жуу және үрлеуді ескеріле отырып кемінде 20 минутты құрайды.

61. Эндоскопия кабинетінің мейіргері:

скрининг кезінде жасалған өңеш және асқазанды эндоскопиялық зерттеуді тіркеу журналында зерттеу жүргізілген күні, пациенттің тегі, аты, әкесінің атын, жасын, мекен жайын көрсете отырып, зерттеу жүргізуді тіркейді;

алынған биопсиялық материалды таңбалайды, тіркейді және белгіленген қағидаларға сәйкес сүйемелдеу бланкінде "Скрининг бойынша материал алынды" белгіні көрсете отырып, ДБ патоморфологиялық зертханаға/патологоанатомиялық бюроға жібереді;

эндоскопиялық зерттеу нәтижелерін МСАК ұйымына жібереді;

ДБ патоморфологиялық зертханада/патологоанатомиялық бюрода жүргізілетін өңеш және асқазанның сілемейлі биоптатының гистологиялық зерттеуін жібереді. Биоптаттың морфологиялық интерпретациясы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жалпыға ортақ халықаралық стандарттары мен жіктеуішіне сәйкес жүзеге асырылады.

62. Қорытынды кезең өзіне толық зерттеп-қарауды, патология анықталған адамдарды диспансерлік есепке алуды, есепке алу-есептілік статистикалық құжаттаманы ресімдеуді аяқтауды қамтиды.

63. Бұл ретте эндоскопиялық зерттеу нәтижелерін алу кезінде МСАК ұйымының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің дәрігері:

Зерттеп-қаралған адамдарға ES 1, GS 1 (патологиясыз) 2 жылдан кейін келесі эндоскопиялық зерттеу жүргізу ұсынылады;

ES 2-4, GS 2-4 (тұқым қуалайтын аурулар, даму аномалиясы, қабынған аурулар, ойық жара) пациент КДБ/ҚДО гастроэнтерологына жіберіледі;

ES 5, GS 5 (өңеш, асқазанның сілемейлі қабықасты ісігі), ES 9-12, GS 8-14 (морфологиялық верификациясыз қатерлі ісіктің эндоскопиялық картинасы, морфологиялық верификацияланған обыр) - пациенттер тұратын жері бойынша аудандық онкологта одан әрі динамикалық бақылаумен ДБ жіберіледі;

ES 6 (Баррета өңеші), ES 7-8, GS 6-7 (өңеш және асқазанның сылып тасталған полипозды ісігі) пациенттерге тұратын жері бойынша аудандық онкологта динамикалық бақылау ұсынылады.

64. Эндоскопиялық скрининг нәтижелері өңеш обыры және асқазан обырының скринингіне жататын пациенттерді есепке алу журналына, Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысушы паспортына, 025-08/е нысанына енгізіледі және есепті кезеңнен кейінгі айдың 1-күніне дейінгі мерзімде ай сайын аумақтық ақпараттық-талдау орталығына беріледі.

65. тереңдетілген диагностика тағайындалған жағдайда 025-08/е нысаны толтырылған деп есептеледі және КДБ/КДО, ДБ-ден барлық тағайындалған зерттеулердің нәтижелері алынғаннан кейін ғана статистикалық өңдеу үшін берілуі тиіс.

Зерттеп-қарау нәтижелері және пациентті одан әрі бақылау ұсынымдары учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жіберіледі.

## **8-параграф. Гепатоцеллюларлық обырға скрининг жүргізу алгоритмі**

66. Вирусқа қарсы терапиядағы немесе вирусқа қарсы терапия тиімділігінің бағалауын алмағандарды қоспағанда вирусты және вирусты емес этиологиялы бауыр циррозы бойынша диспансерлік есепте тұрған ерлер мен әйелдер нысаналы топ болып табылады.

67. Гепатоцеллюларлық обыр скринингі дайындық, скринг жүргізу, қорытынды кезеңдерден тұрады және:

вирусты этиологиялы бауыр циррозы бар пациенттер арасында 3 айда 1 рет кезеңділігімен жылына 4 рет және вирустық емес этиологиялы бауыр циррозы бар пациенттер арасында 6 айда 1 рет кезеңділігімен жылына 2 рет қанның альфа-фетопротеин (бұдан әрі – АФП) деңгейін иммундық ферменттік талдау (бұдан әрі – ИФТ) әдісімен анықтауды;

вирусты этиологиялы бауыр циррозы бар пациенттер арасында 3 айда 1 рет кезеңділігімен жылына 4 рет және вирусты емес этиологиялы бауыр циррозы бар пациенттер арасында 6 айда 1 рет кезеңділігімен жылына 2 рет бауырды УДЗ;

көрсетілімдер бойынша бауырға болюстік контраспен компьютерлік томография (бұдан әрі – КТ)/магниттік-резонанстық томографияны (бұдан әрі – МРТ) қамтиды.

68. Дайындық кезеңіне мыналар кіреді:

жабдықталуын, қызметкерлер құрамын, өткізу мүмкіндігін есепке ала отырып, Денсаулық сақтау басқармасының орталықтандырылған:

гепатологиялық орталықтың/кабинеттің (ИФТ зертханасының) жолдамасы бойынша АФП деңгейін анықтау;

УДЗ (гепатологиялық орталық/кабинет, КДБ/КДО);

ақпараттық сүйемелдеу, соның ішінде атаулы шақырулар, электрондық және баспа бұқаралық ақпараттық құралдарын пайдалана отырып скринингке шақыруды жүргізетін денсаулық сақтау ұйымын анықтау.

Бұл ретте гепатологиялық орталық (кабинет) дәрігері:

халықтың нысаналы тобының тізімін және пациенттердің зерттеп-қаралу кестесін қалыптастырады;



зерттеу жүргізу қажеттілігін түсіндіреді, скрининг емшарасын жүргізуге пациентті дайындау.

69. Скрининг жүргізу кезеңі:

АФП-ға венадан ұйыту активаторымен пробирка-вакутейнерге, сарысуды бөлуге арналған гельмен, антикоагулянтсыз көлемі 5,0 мл-ден кем емес қан алу. Қан алу гепатологиялық орталықта (кабинетте) жүзеге асырылады.

70. АФП-ға қан алуды ұйымдастыру кезінде пробирка-вакутейнерді қан алынғаннан кейін 30 минут ішінде центрифугалау қажеттілігіне байланысты қан алу пунктiнiң клиникалық зертханаға жақын жерде орналасуын алдын ала қарастыру қажет.

71. Қан алуды жүзеге асыратын медицина қызметкері, АФП-ға қанның үлгілерін тіркеу журналына талдауды алу күнін, пациенттің тегін, атын, әкесінің атын, жасын, тұрғылықты мекенжайын, тура нөмірлеуге сәйкес пациенттің реттік нөмірін тіркейді;

72. Бұл ретте клиникалық зертхана жағдайында зертханашы:

пробирка-вакутейнерді қан алынғаннан кейін 30 минут (40 минуттан көп емес уақыт) ішінде минутына 3000 айналым жылдамдықпен 15 минут бойы центрифугалайды. Центрифугаланғаннан кейін гель пробирка ішіндегіні формалық элементтер мен сарысуға бөлу керек;

сарысуды бір реттік ұштықты тамшуыр-мөлшерлегішпен алып көлемі 1,5-2,0 мл болатын ілгешек қақпақты Эппендорф типті түтікке құяды;

пробиркалар қан үлгілерін алуды тіркеу журналына сәйкес пациенттің реттік нөміріне сәйкес таңбалайды;

Басқарма бекіткен кестеге сәйкес, КДО, ОД-дің ИФТ зертханаларына қан үлгілерін жеткізеді. Бұл ретте МСАК ұйымдары материалдарды жеткізуге санитариялық автокөлік бөлуді қарастырады.

73. ИФТ-ға зерттеуге жолдау толтырылған нысаны бар Эппендорф типті пробирканы тасымалдау үшін зерттеу полиэтилен пакетке салынады. Үлгі ИФТ зертханасына сарысу алынғаннан кейін 24 сағат ішінде термоконтейнерде  $+2^{\circ}\dots+4^{\circ}$  С температурада жеткізілуі тиіс. Сарысуды алынған күні биоматериалды зертханаға жеткізу мүмкін болмаған жағдайда ол мұздатқыш камерада  $-20^{\circ}$  С температурада мұздатылады.

Осы температурада биоматериалды 5 ай бойы сақтауға болады. ИФТ жүргізер алдында материалды бір реттік ерітуге ғана рұқсат етіледі;

КДБ, ДБ ИФТ зертханасында сарысудың ИФТ үлгілері.

74. Бұл ретте ИФТ зертханасының зертханашысы:

АФП-ға қан үлгілерін тіркеу журналына талдауды алу күні, пациенттің тегі, аты, әкесінің аты, жасы, тұрғылықты мекенжайын тіркейді, пациенттің жеке сәйкестендіру нөмірі көрсетіледі (пробиркада көрсетілген нөмірге сәйкес келеді);

АФП-ға қан үлгілерін тіркеу журналында алынған нәтижелерді тіркеумен ИФТ жүргізеді;

Гепатологиялық орталыққа (кабинет) АФП-ға қанды зерттеу нәтижелерін жібереді.

75. Жеткізу күні зерттеуді жүргізу мүмкіндігі болмаған жағдайда  $-20^{\circ}\text{C}$  температура кезінде мұздату камерасында биоматериалды мұздату жүргізіледі. Осы температурада биоматериалды 5 ай бойы сақтауға болады. Материалды бір реттік ерітуге ғана рұқсат етіледі. Егер материал бұрын ерітілген болса, қайталап ерітуге болмайды. Материалды еріту комната температурасында 30 минут ішінде араластыру арқылы ерітіледі;

Бауыр УДЗ скрининг бойынша орындалған, зерттеу жүргізілген күні, пациенттің тегі, аты, әкесінің аты жасы, тұрғылықты жері көрсетілген УДЗ тіркеу журналында зерттеуді тіркеумен жүргізіледі. УДЗ нәтижелері гепатологиялық орталыққа (кабинет) жіберіледі.

76. Қорытынды кезең өзіне толық зерттеп-қарауды, патология анықталған адамды диспансерлік есепке алуды, есепке алу-есептілік статистикалық құжаттамасын ресімдеуді аяқтауды қамтиды.

77. Бұл ретте нәтижелер алған кезде гепатологиялық орталықтың (кабинеттің) дәрігері:

АФП деңгейі 200 нг/мл және одан жоғары болса пациентті Басқарма айқындаған денсаулық сақтау ұйымдарының сәулелі диагностика бөлімшелеріне болюсты контрастпен бауырдың КТ/МРТ жібереді;

УДЗ кезінде бауырда көлемді ісік болған кезде пациентті КТ бақылауымен жіңішке инемен аспирациялық биопсиямен, болюсты контраспен бауырдың КТ/МРТ жібереді;

АФП деңгейі 200 нг/мл төмен болса УДЗ кезінде бауыр тінінің диффузиялы өзгерісі кезінде 3-6 айдан кейін скрининг шеңберінде одан арғы зерттеп-қарау жүргізу ұсынады.

78. КТ/МРТ-ға жіберу кезінде скрининг аяқталмаған болып табылады. Скрининг гепатоцеллюлярлы обырға тереңдетілген диагностика нәтижелері алынған кезде аяқталған болып табылады;

КТ бақылауымен жіңішке инемен аспирациялық биопсиямен, болюсты контраспен бауырдың КТ/МРТ гепатологиялық орталық (кабинет) дәрігерінің жолдамасы бойынша жүргізіледі.

79. Скрининг нәтижелері ҚР ДСМ № 907 бұйрығымен бекітілген (бұдан әрі – 30-1/е нысаны) гепатоцеллюлярлы обыр скринингіне жататын пациенттерді тіркеу журналына, Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысушылардың паспортына, В, С, D вирусты гепатиттері, бауыр циррозы бар науқастарды және бауыр обырын ерте анықтауға скрининг өткен зерттеліп-қарлағандардың есепке алу картасына енгізіледі және есепті кезеңнен кейінгі айдың 1-күніне ай сайын аумақтық ақпараттық-талдау орталығына беріледі.

80. Гепатоцеллюлярлы обырға тереңдетілген диагностика тағайындалған жағдайда скринингтік зерттеуден өткен пациентке 30-1/е нысаны толтырылды деп саналады және КДБ, ДБ барлық тағайындалған зерттеу нәтижелері алынғаннан кейін ғана статистикалық өңдеу үшін берілуі тиіс.

Пациентті одан әрі бақылау бойынша зерттеп-қарау нәтижелері мен ұсынымдары учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне және МСАК профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмекті ұйымдастыру бөлімшесінің дәрігеріне жіберіледі.

## **9-параграф. Қуықасты безінің обырына скрининг жүргізу алгоритмі**

81. Қуықасты безінің обырына байланысты диспансерлік есепте тұрмайтын 50, 54, 58, 62 және 66 жастағы ерлер нысаналы топ болып табылады.

82. Қуықасты безі обырының скринингі скрининг жүргізу, қорытынды кезеңдерден тұрады және ол мыналарды қамтиды:

жалпы простат-ерекше антигенін (бұдан әрі - ПЕА) иммундық химиялық талдау тәсілімен анықтау;

простата денсаулығы индексін анықтау, оған ИХТ тәсілімен анықталатын жалпы, еркін ПЕА және ПЕА-нің проферменттік формасы (бұдан әрі – [-2] проПЕА) көрсеткіші кіреді. Көрсетілген зерттеулер жалпы ПЕА 3,1–ден 7,8 нг/мл-ге дейін болғанда жүргізіледі (осында және бұдан әрі – ДДҰ-ның 96/670 стандартының калибровкасына сәйкес);

тереңдетілген диагностика: адамдардың арасында көрсетілімдер бойынша жүргізілетін урологтың тексеріп-қарауы, саусақпен ректалды зерттеу (бұдан әрі – СРЗ), трансректалды УДЗ (бұдан әрі – ТРУДЗ), 8-10 нүктеден көпнүктелі пункциялық биопсия, гистологиялық зерттеу:

ПЕА жалпы деңгейі 7,8 нг/мл және одан жоғары;

ПЕА жалпы деңгейі 3,1-ден 7,8 нг/мл-ге дейін және простата денсаулығының индексі 25 және одан жоғары;

83. Дайындық кезеңі:

онда қан алу – МСАК ұйымдары;

қан үлгілерін ИХТ – КДО, ОД ИХТ зертханалары;

тереңдетілген диагностика (урологтын/онкоурологтың тексеріп-қарауы, СРЗ, ТРУДЗ, простатаның көпнүктелі биопсиясы) – ҚДБ/ҚДО, ОД;

қуықасты безінің пункциялық биоптаты гистологиялық зерттеулері жүргізілетін–ОД патоморфологиялық зертханасы, өңірдің орталықтандырылған патоморфологиялық зертханасы;

Басқарманың қан алудың және ИХТ зертханасына қалалық, аудандық, ауылдық емханалардан биоматериалдарды жеткізу кестесін бекітуді;

әрбір ауылдық, аудандық, қалалық емханаларға сәйкестендіру нөмірін (кейін ол биоматериалдарды алуға арналған пробиркаларды нөмірлеген кезде көрсетіледі, мысалы: 3-20, мұндағы 3 – МСАК ұйымының сәйкестендіру нөмірі, 20 – пациенттің реттік нөмірі) беруді;

ақпараттық сүйемелдеу, соның ішінде атаулы шақырулар, электрондық және баспа бұқаралық ақпараттық құралдарын пайдалана отырып скринингке шақыруды қамтиды. Бұл ретте МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмекті ұйымдастыру бөлімшелерінің/дәрігерге дейінгі кабинеттің орта медицина қызметкері:

халықтың нысаналы ерлер тобының тізімін қалыптастырады және талдау алу күніне ауылдық, аудандық, қалалық емханаларға пациенттердің келуін қамтамасыз етеді;

зерттеу жүргізудің қажеттілігін түсіндіреді;

МСАК ұйымдарының дәрігерлік амбулатория, ауылдық, аудандық, қалалық емханалардың профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмекті ұйымдастыру бөлімшелерінің дәрігерімен Басқарма бекіткен жоспарға сәйкес талдауды алу кестесін қалыптастырады және келіседі;

84. Скрининг жүргізу кезеңі:

ПЕА-ге вендан екі пробирка-вакутейнерге 5,0 мл көлемінде ұйыту активаторымен, сарысуды бөлуге арналған гельмен, антикоагулянтсыз қан алу. Қан алу Басқарма бекіткен ПЕА-ге қан алу кестесіне сәйкес жүзеге асырылады.

85. ПЕА-ге қан алуды ұйымдастыру кезінде пробирка-вакутейнерді қан алынғаннан кейін 40-60 минут ішінде центрифугалау қажеттілігіне байланысты, қан алу пунктінің клиникалық зертханаға жақын жерде орналасуын алдын ала қарастыру қажет.

86. Қан алуды жүзеге асыратын медицина қызметкері, ПЕА-ге қан алуды тіркеу журналына қан үлгілерін алу күні, айы, жылын, пациенттің тегі, аты, әкесінің атын, жасын, тұрғылықты мекенжайын, үздіксіз нөмірлеуге сәйкес пациенттің реттік нөмірін тіркейді;

зерттеу үшін қан сарысуын алуды клиникалық зертхана жағдайында зертханашы жүргізеді, зертханашы:

пробирка-вакутейнерді қан алынғаннан кейін 30 минут (кемінде 40-60 минут) ішінде минутына 3000 айналым жылдамдықпен 15 минут бойына центрифугалайды. Центрифугаланған соң гель пробирка ішіндегіні формалық элементтер мен сарысуға бөлу керек;

сарысуды бір реттік ұштықты тамшуыр-мөлшерлегішпен алып көлемі 1,5-2,0 мл болатын ілгешек қақпақты Эппендорф типті түтікке құяды;

пробирканы МСАК ұйымдарының сәйкестендіру нөміріне және пробирка ПЕА-ге қан үлгілерін алуды тіркеу журналындағы реттік нөміріне сәйкес таңбалайды;

Басқарма бекіткен кестеге сәйкес КДО, ОД-дің ИХТ зертханаларына қан үлгілерін жеткізеді. Бұл ретте, МСАК ұйымдары материалдарды жеткізуге санитарлық автокөлік бөлуді қарастырады.

87. Бір пациенттің Эппендорф типті пробиркасын тасымалдау үшін "ИХТ зертханасына жіберу" толтырылған нысанымен полиэтилен пакетке салынады. Үлгілер ИХТ зертханасына сарысу алынғаннан кейін 24 сағат ішінде термоконтейнерде  $+2^0 \dots +4^0$  С температурада жеткізілуі тиіс. Сарысуды алынған күні биоматериалды зертханаға жеткізу мүмкін болмаған жағдайда ол мұздатқыш камерада  $-20^0$  С температурада мұздатылады. Осы температурада биоматериалды 5 ай бойы сақтауға болады. Материалды ИХТ жүргізу алдында бір рет ерітуге болады;

ПЕА-ге ИХТ ҚДБ, ОД-дің ИХТ зертханаларында.

88. Бұл ретте, ИХТ зертханасының зертханашысы:

ПЕА-ге қан алуды тіркеу журналына қан үлгілерін алу күнін, айын, жылын, пациенттің атын, тегін, әкесінің атын, жасын, тұрғылықты мекенжайын, МСАК ұйымының сәйкестендіру нөмірін және үздіксіз нөмірлеуге сәйкес пациенттің реттік нөмірін тіркейді;

алынған нәтижелерді ПЕА-ге қан үлгісін алуды тіркеу журналына тіркеумен ИХТ жүргізеді;

жалпы ПЕА 3,1-ден 7,8 нг/мл-ге дейін болатын простата денсаулығының индексін анықтай отырып, биоматериалды жалпы, еркін ПЕА және ПЕА [-2] проПЕА-ге қосымша зерттеу жүргізеді;

ПЕА-ге скринингтің зерттеу нәтижелері МСАК ұйымдарына жіберіледі.

89. Биоматериалдарды зертханаға жеткізген күні зерттеу мүмкін болмаған жағдайда ол мұздатқыш камерада  $-20^0$  С температурада мұздатылады. Осы температурада биоматериалды 5 ай бойы сақтауға болады. Материалды бір рет ерітуге болады. Егер материал бір рет мұздатылған болса қайта мұздатуға болмайды; Материалды еріту комната температурасында 30 минут бойы үнемі араластырып тұру арқылы жүргізіледі;

90. Қорытынды кезең өзіне тереңдетілген диагностикадан, патология анықталған адамдарды диспансерлік есепке алу, есепке алу-есептілік статистикалық құжаттамаларын ресімдеуді аяқтаудан қамтиды. Бұл ретте:

МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшелерінің дәрігері ПЕА-ге скрининг нәтижесін алған кезде:

жалпы ПЕА деңгейі 3,1 нг/мл кем болған жағдайда пациентке 4 жылдан кейін ПЕА-ге қанына зерттеу жасатуды ұсынады;

жалпы ПЕА деңгейі 3,1 нг/мл-ден 7,8 нг/мл-ге дейін және простата денсаулығы индексі 25-тен кем болған жағдайда пациентке 6-12 айдан кейін (қауіп тобы) жалпы ПЕА бақылап анықтау үшін урологтың динамикалық бақылауында болу ұсынылады; Жалпы ПЕА көтерілген немесе жоғары мөлшерде сақталған жағдайда простатаға биопсия жасау үшін урологқа қайта диагностикалау тексерілу ұсынылады;

жалпы ПЕА деңгейі 3,1-ден 7,8 нг/мл-ге дейін және простата денсаулығының индексі 25 және одан жоғары болған жағдайда КДБ/КДО, ОД-дің уролог/онкоурологына тереңдетілген диагностикалау ұсынылады;

жалпы ПЕА деңгейі 7,8 нг/мл және одан жоғары болған кезде КДБ/КДО, ОД-дің уролог/онкоурологына тереңдетілген диагностикалау ұсынылады.

91. Урологқа/онкоурологқа жіберілген кезде скрининг аяқталмаған болып табылады. Скрининг КДБ/КДО, ОД-дан (ҚБЗ, ТРУЗИ, пункциялық биопсия) қуықасты безі обырына нақтылаған диагностика нәтижелері алынған кезде аяқталған болып табылады;

зерттеп-қарау нәтижелері мен пациентті одан әрі бақылау бойынша ұсынымдар учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жіберіледі;

КДБ/КДО, ОД урологы/онкоурологы:

тексеріп-қарау, ҚБЗ, ТРУЗИ, ҚБЗ нәтижелеріне қарамастан ТРУЗИ бақылауында простата биопсиясын көп нүктелі (8-10 нүкте), жалпы ПЕА деңгейінің 7,8 нг/мл простата денсаулығының индексі 20 және одан жоғары биопсияға көрсетілімдермен қуықасты безі обырының пальпациялық ошақтарының болмауы кезінде тексеріп-қарау жүргізу.

ҚР ДСМ № 907 бұйрығына сәйкес қуықасты безінің саусақтың ректалдық және ультрадыбыстық зерттеу бланкі, скрининг кезінде ҚБЗ, ТРУЗИ және пункциялық биопсия жүргізу журналын толтырады;

биоптаттың морфологиялық интерпретациясы Глисон бойынша балдардың сомасын көрсете отырып жалпыға ортақ халықаралық стандарттармен жіктеуішке сәйкес жүзеге асырылады.

92. Биопсия нәтижесін алғаннан кейін КДБ/КДО, ОД уролог/онкоуролог:

қуықасты безі тіндерінің 8-10 пункциялық бағандарының гистологиялық зерттеулерінің алынған нәтижесін түсіндіру жүргізеді. Әртүрлі морфологиялық

процестер анықталған жағдайда, негізгі нәтиже ретінде келесі реттілігінің ең маңыздысы алынады: патология табылмады – қабыну – қуықасты безінің қатерсіз гиперплазиясы – простаталық интраэпителиалды неоплазия – атиптік ұсақ ацинарлы пролиферация – обыр;

СРЗ, ТРУДЗ нәтижелерін МСАК ұйымдарының профилактика және әлеуметтік-психологиялық көмек бөлімшесінің (кабинетінің) дәрігеріне жолдайды;

Обыр диагнозы анықталған пациенттерді ОД-ге жолдайды, олар кейіннен тұрғылықты мекенжайы бойынша аудандық онкологтың динамикалық бақылауында болады;

қуықасты безінің анықталған қатерсіз гиперплазиясы және қуықасты безінің басқа да аурулары бар пациенттерге толық тексеруден өту және диагностикалау мен емдеудің хаттамасына сәйкес емделу, оған қоса КДБ/КДО-да динамикалық бақылауда болу ұсынылады;

пациенттердің жоғары қуықасты безінің патологиясы анықталмаған жалпы ПЕА деңгейі 3,1 нг/мл–ден жоғары болған жағдайда, КДБ/КДО урологтарының динамикалық бақылауында болу ұсынылады;

93. Ерлер халқының қуықасты безінің обырына скринингтеуге жататын ерлердің нысаналы тобының скрининг нәтижелері пациенттерді есепке алу журналына, Ұлттық скринингтік бағдарламаға қатысушылардың паспортына, 025-08/е нысанына енгізіледі, есепті кезеңнен кейінгі айдың 1-күніне ай сайын өңірлік ақпараттық-талдау орталығына жіберіледі;

94. қуықасты безінің обырына тереңдетілген диагностикалау тағайындалған жағдайда, 025-08/е нысаны толтырылған деп есептеледі тағайындалған барлық зерттеулер нәтижелерін КДБ/КДО мен ОД-дан алғаннан кейін ғана статистикалық өңдеу үшін жіберілуі керек.

Зерттеп-қарау нәтижелері мен пациентті одан әрі бақылау бойынша ұсыныстар учаскелік дәрігерге/жалпы практика дәрігеріне жіберіледі.

## **10-параграф. Есту мүкістігін анықтау мақсатында балаларға скринингтік тексеру жүргізу кезеңділігінің алгоритмі.**

95. Баланы зерттеп-қарауға дайындау.

Сыртқы есу жолы құлықтан немесе туғаннан кейінгі жағындыдан тазартылуы керек. Өлшеу жүргізуге қолайлы болатындай баланың басы ыңғайлы қалыпта жатуы керек. Анағұрлым жақсы өлшем нәтижелерін алу үшін бала қозғалмай тыныш қалпында жатуы, тест жүргізу кезінде жыламауы, айқайламауы керек;

96. Аспаптарды жұмысқа дайындау.

Тест жапсырмалары баланың сыртқы есту жолының өлшеміне байланысты таңдалуы керек. Тест жапсырмалары сынаманың ұшына тірелгенше кигізіледі;

97. Зерттеп-қарау жүргізу.

Тест жүргізу кезінде аспап дәрігердің қолында болуы керек. Аспапты қосу үшін аспаптың панеліндегі төменгі клавишін басу керек. Содан соң сынама ұқыптылықпен сыртқы есту жолына кіргізіледі. Сынама баланың сыртқы есту жолында тығыз және жайлы орналасуы керек.

Тестіленетін құлақты таңдау сол жақтағы L клавишін (сол жақ құлақ тестіленеді) немесе оң жақ R клавишін (оң жақ құлақ тестіленеді) басу арқылы жасалады. Аспап жұмысын автоматты түрде бастайды.

Тест жүргізілетін жер тыныш болуы керек.

98. Зерттеп-қарау нәтижесін түсіндіру.

тест қалыпты аяқталған кезде аспап экранында "ӨТТІ" деген жазу болады. Бұл жағдайда пациенттің есту функциясының жай-күйі сақталған.

"ӨТКЕН ЖОҚ" деген жазу пайда болған кезде пациент қауіп тобына жатқызылады және тереңдетілген аудиологиялық тексеруге жіберілуі тиіс.

Халықтың нысаналы топтарына  
скрининг-зерттеп-қарауды жүргізу  
кезеңділігінің алгоритміне  
қосымша

## **"SCORE" шкаласын қолдану әдісі**

1. SCORE шкаласы бойынша жүрек-қан тамырлары ауруы қауіпін бағалау анықталған қауіп факторларының "балдарының" қосындысы негізінде жүргізіледі.

Бағалауды жүргізу үшін келесі көрсеткіштер есепке алынады: жасы, жынысы, шылым шегуі, систолиттік артериялық қысым, қанның жалпы холестерині.

2. ЖҚА тойтарылмас қауіпінің даму пайызы шкаланың жоғары жағында көрсетілген (қою жасыл түстен қою қызыл түске дейінгі градацияда).

3. Қауіпті анықтау мынадай тәртіпте жүзеге асырылады:

1) SCORE шкаласынан тексерілушінің жасы, жынысы, шылым шегуі (шекпеуі) табыңыз.

2) Кестенің ішінен сәйкес систолиттік артериялық қан қысымы мен қандағы жалпы холестерин деңгейінің көрсеткіштерінің қиылысқан жеріндегі осы жеке адамға тән қауіп пайызын анықтаңыз.

Жас шамасына байланысты жүрек-қан тамыры ауруларының қауіпін анықтау үлгісі осы SCORE шкаласын пайдалану әдістемесіне 2-қосымшада келтірілген.

4. Қауіптің әртүрлі дәрежелері бар адамдарға мыналар ұсынылады:



1) төмен қауіптегі (1%-ға дейінгі) адамдарға сол статусты қолдауды ұсынып, салауатты өмір салтын мен дұрыс тамақтануға байланысты ұсыныстар беру қажет;

2) Орташа қауіптегі (>1% және <5%-ға дейінгі) адамдарға ҚЖА даму қаупін тудырушы мінез-құлық факторларын өзгерту қажет;

3) >5% қауіптегі адамдарға қарқынды қадағалауға мұқтаж және оларға дәрі-дәрмектік араласу мүмкіндігін қарастыруға болады;

4) >10% қауіптегі адамдардың көпшілігі дәрі-дәрмекпен емделуге мұқтаж;

5) 60-тан асқан адамдар бұл ұсыныстарды мұқият орындауы керек, себебі олардың басқа "қалыпты" қауіп факторлары болған жағдайда да, өздеріне тән ерекшеліктер қаупі 10% шамасында болуы мүмкін.

4. Жүрек-қан тамырлары қаупінің дәрежесін анықтауда мынадай деректерге бағдарлану қажет:

төмен қауіп: есептік SCORE 1%-дан кем;

орташа қауіп: есептік SCORE  $\geq 1$  және 5%-дан кем;

жоғары қауіп: төмендегі белгілер білінген адамдар:

1) отбасылық дислипидемия және анық байқалған артериялық гипертония сияқты қауіп факторларының бірлі-жарым жоғарылауы;

2) жүрек-қан тамырларының қауіп факторларының немесе нысаналы органдарға зақымсыз 1 және 2 қант диабеті;

3) бүйректің орташа зақымдануы (шумақтық сүзілу жылдамдығы 30-59 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>)\*;

4) фоталдық ЖҚА дамуының 10 жылдық қаупіне есептік SCORE  $\geq 5\%$  және 10%-дан кем.

өте жоғары қауіп: төмендегі белгілер білінген адамдар:

1) жүрек-қан тамырлары ауруларын инвазивтік немесе инвазивтік емес тестілеу арқылы құжатталған (коронароангиография, ядролық магниттік-резонанстік томография, стресс эхокардиография, ұйқы күре тамырының УДЗ), алдыңғы миокард инфаркті, жіті коронарлық синдром, коронарлық ревазуляризация (тері арқылы коронарлық араласу, аортокоронарлық шунттау) және артериялық ревазуляризацияның басқа ем-шаралары, ишемиялық инсульт, шеткі күре тамырлар атеросклерозы;

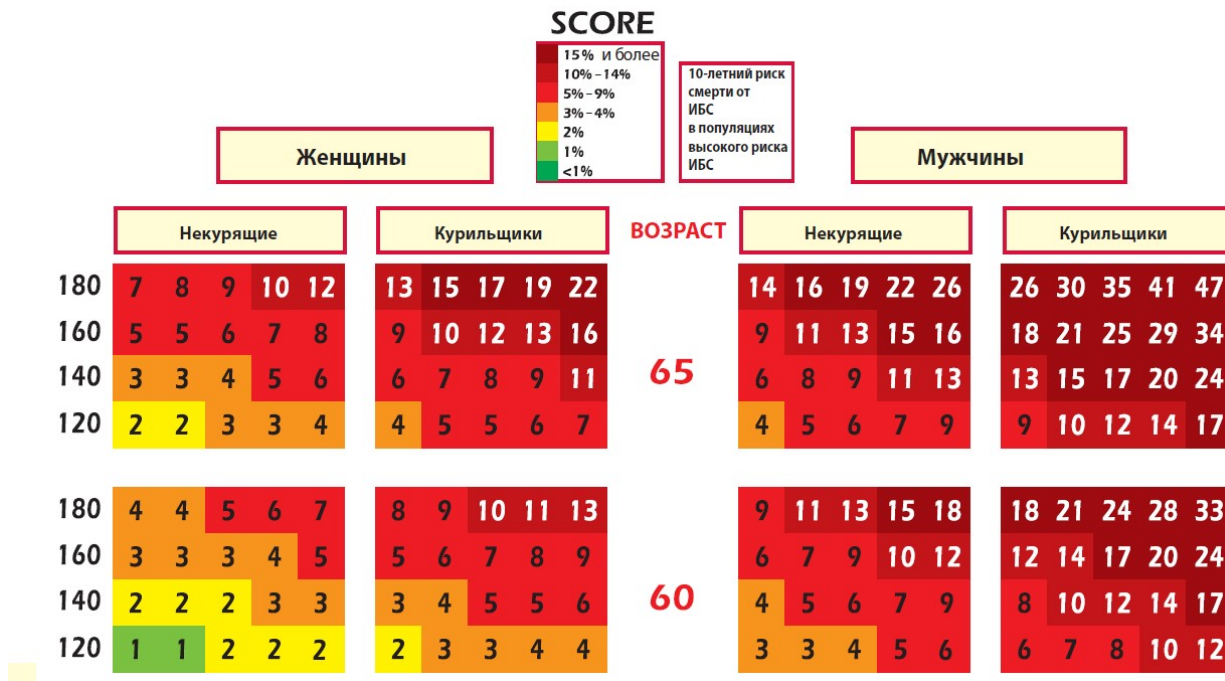
2) бір немесе одан көп факторлы кардиоваскулярлық қаупі және/немесе нысаналы органның зақымдануы (микроальбуминурия: 30-300 мг/24 сағ.) бар;

3) бүйректің айқын зақымдануы (шумақтық сүзілу жылдамдығы (30 мл/мин/1.73 м<sup>2</sup>-ден төмен)\*.

4) есептік SCORE  $\geq 10\%$ .

## SCORE диаграммасы:

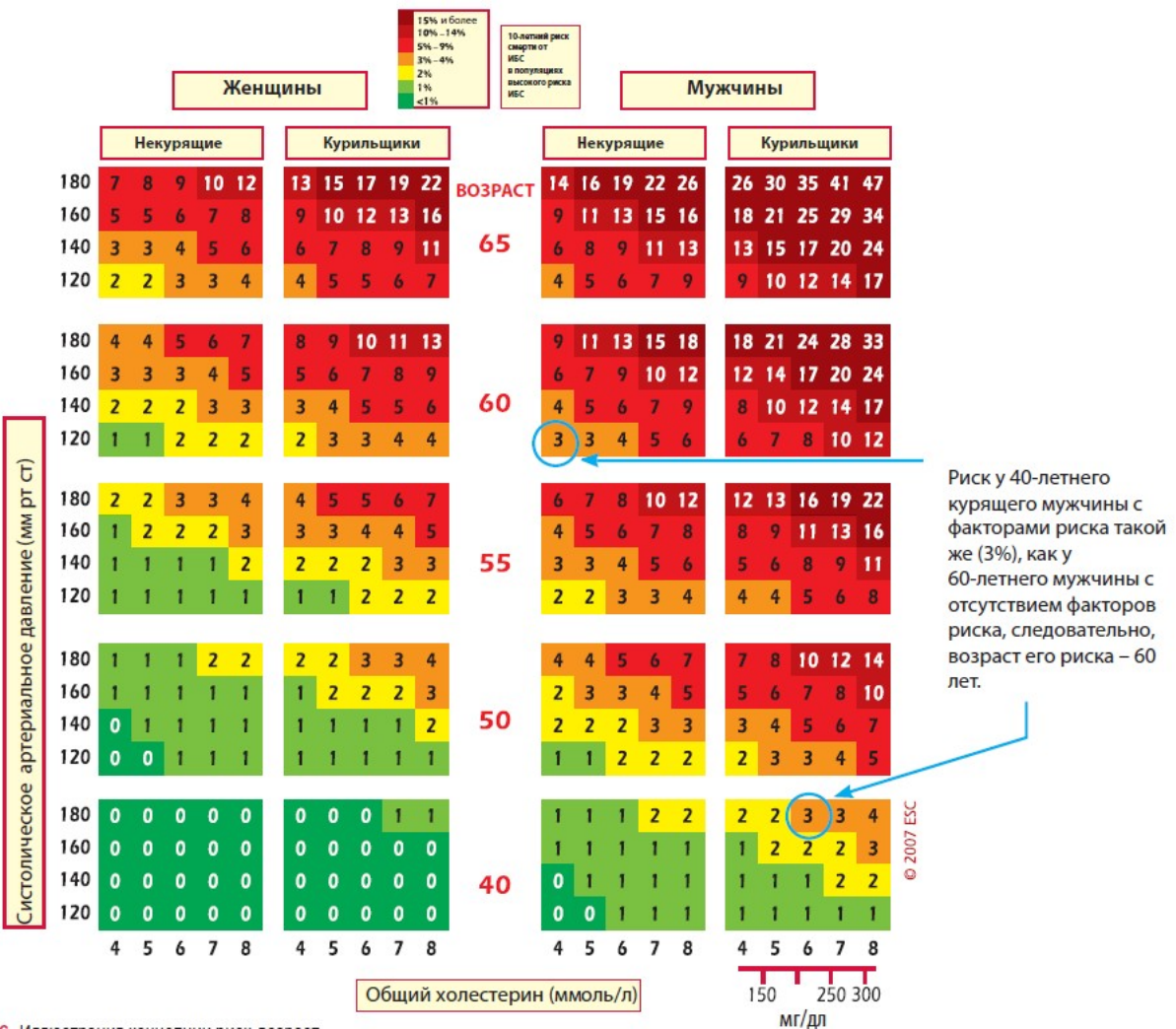
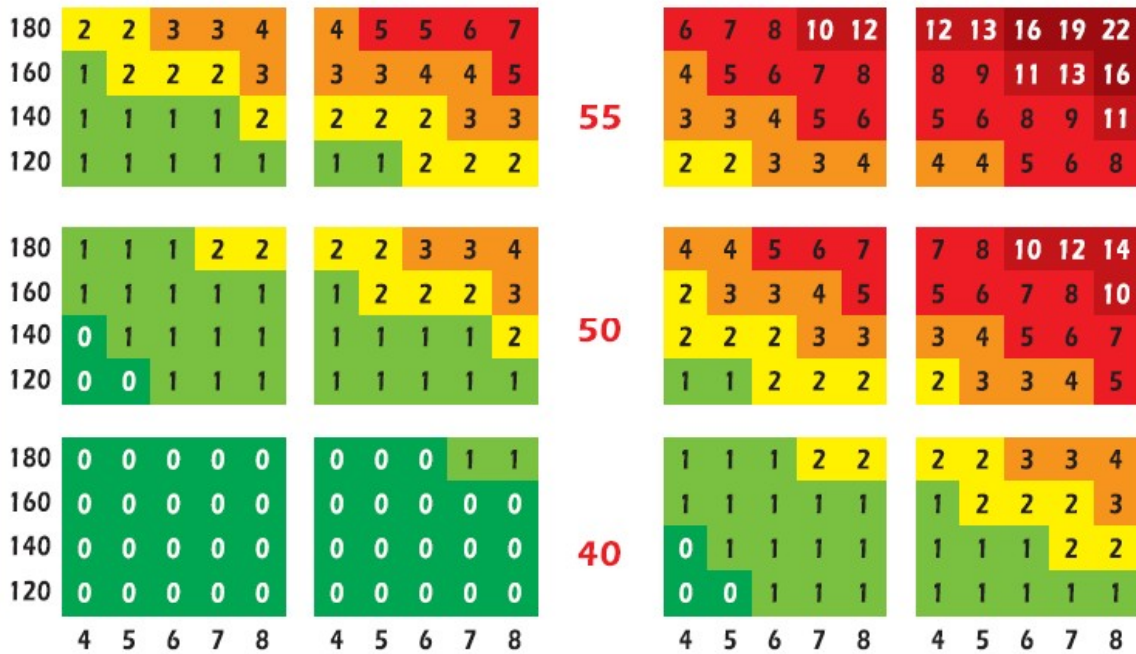
### Жүрек-қан тамыры ауруларының жоғары қаупі



"SCORE" шкаласын колдану әдісіне  
2-қосымша

### Жас шамасына байланысты жүрек-қан тамыры ауруларының қаупін анықтау үлгісі

Систолическое артериальное давление (мм рт ст)



Денсаулық сақтау және әлеуметтік  
даму министрлігінің  
2014 жылғы 29 желтоқсандағы  
№ 361 бұйрығына 4-қосымша  
Қазақстан Республикасы  
Денсаулық сақтау министрінің  
міндетін атқарушының  
2009 жылғы 10 қарашадағы  
№ 685 бұйрығына  
қосымша

## **Халықтың нысаналы топтарын скринингтік тексеріп-қарауға әдістемелік нұсқаулық пен талдауға жауапты республикалық денсаулық сақтау ұйымдарының тізбесі**

р/ с №	Жауапты ұйымдарының атауы*	Халықтың нысаналы топтарын профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды енгізу бойынша функциялық міндеттер
1	2	3
1.	<p>Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігінің "Салауатты өмір салтын қалыптастыру проблемалары ұлттық орталығы" (бұдан әрі – СӨСКПҰО) шаруашылық жүргізу құқығындағы республикалық мемлекеттік кәсіпорны (бұдан әрі – ҚР ДСӘДМ ШЖҚ РМК)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмысшы топтың жұмысын ұйымдастыру.</li> <li>2. Нормативтік-құқықтық базаны, есеп беру нысандарын әзірлеу және жетілдіру.</li> <li>3. МСАК дамыту жағдайында скринингтік тексеріп-қарауды жүргізу үлгісін әзірлеу.</li> <li>4. Халықтың нысаналы топтарының арасында мінез-құлық қауіп факторларын анықтау бойынша профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізуге ұйымдастырушылық-әдістемелік нұсқаулар, үйлестіру, мониторинг жүргізу, бағалау, талдау.</li> <li>5. Өңірлік салауаты өмір салтын қалыптастыру орталықтарына профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізу бойынша әдістемелік көмек.</li> <li>6. Есептік кезеңнен кейінгі айдың 20-күніне Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрлігіне (бұдан әрі – ҚР ДСӘДМ) профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізу бойынша жиынтық және талдау есептерін тоқсан сайын ұсыну.</li> <li>7. ҚР ДСӘДМ-ға жылдың есептік кезеңінен кейінгі 1 ақпанға жиынтық және профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізу бойынша қорытынды талдамалық есеп ұсыну.</li> </ol>
		<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмысшы топтың жұмысына қатысу.</li> <li>2. Халықтың жекелеген нысаналы топтарының арасында қан айналым жүйесінің негізгі ауруларын (артериялық гипертония, жүректің ишемиялық ауруы) жүйесін, қант</li> </ol>

<p>2. ҚР ДСӘДМ "Кардиология және ішкі аурулар ғылыми-зерттеу институты" ШЖҚ РМК</p>	<p>диабетін ерте анықтау бойынша профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізудің барлық кезеңдерінде ұйымдастырушылық-әдістемелік нұсқаулар, үйлестіру, мониторинг жүргізу, бағалау, практикалық көмек көрсету.</p> <p>3. Профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қараудың нәтижелерін талдау, СӨСПҚҰО-на талдау есептерін – тоқсан сайын есептік кезеңнен кейінгі айдың 15-күніне ұсыну.</p> <p>4. Есептік кезеңнен кейінгі 20 қаңтарға СӨСҚПҰО профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізу бойынша жылдық қорытынды талдамалық есеп ұсыну.</p>
<p>3. ҚР ДСӘДМ "Қазақ онкология және радиология ғылыми-зерттеу институты" ШЖҚ РМК</p>	<p>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмысшы топтың жұмысына қатысу.</p> <p>2. Халықтың жекелеген нысаналы топтарының арасында жатыр мойнының, сүтбезінің, жуан және жіңішке ішектерінің ісікалды және қатерлі ісіктерін ерте анықтау бойынша ұйымдастырушылық-әдістемелік нұсқаулар, үйлестіру, мониторинг жүргізу, бағалау, практикалық көмек көрсету.</p> <p>3. Профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау нәтижелерін талдау, СӨСПҚҰО-на талдау есептерін – тоқсан сайын есептік кезеңнен кейінгі айдың 15-күніне ұсыну.</p> <p>4. Есептік кезеңнен кейінгі 20 қаңтарға СӨСҚПҰО профилактикалық медициналық (скринингтік) тексерулер жүргізу бойынша жылдық қорытынды талдамалық есеп ұсыну.</p>
<p>4. "Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы" АҚ (бұдан әрі - АҚ) және ҚР ДСӘДМ "Акушерия, гинекология және перинатология ғылыми орталығы" ШЖҚ РМК</p>	<p>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмысшы топтың жұмысына қатысу.</p> <p>2. Халықтың жекелеген нысаналы топтарының арасында жатыр мойнының ісікалды ерте анықтау бойынша ұйымдастырушылық-әдістемелік нұсқаулар, үйлестіру, мониторинг жүргізу, бағалау, практикалық көмек көрсету.</p> <p>3. Профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау нәтижелерін талдау, СӨСПҚҰО-на талдау есептерін – тоқсан сайын есептік кезеңнен кейінгі айдың 15-күніне ұсыну.</p> <p>4. Есептік кезеңнен кейінгі 20 қаңтарға СӨСҚПҰО профилактикалық медициналық (скринингтік) тексерулер жүргізу бойынша жылдық қорытынды талдамалық есеп ұсыну.</p>
	<p>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмысшы топтың жұмысына қатысу.</p> <p>2. Халықтың жекелеген нысаналы топтарының арасында глаукоманы ерте анықтау бойынша ұйымдастырушылық-әдістемелік нұсқаулар, үйлестіру, мониторинг жүргізу, бағалау, практикалық көмек көрсету.</p>

<p>5. "Құрмет белгісі" орденді Қазақ көз аурулары ғылыми-зерттеу институты" АҚ</p>	<p>3. Профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау нәтижелерін талдау, СӨСПҚҰО-на талдау есептерін – тоқсан сайын есептік кезеңнен кейінгі айдың 15-күніне ұсыну.</p> <p>4. Есептік кезеңнен кейінгі 20 қаңтарға СӨСҚПҰО профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізу бойынша жылдық қорытынды талдамалық есеп ұсыну.</p>
<p>6. "Ана мен бала ұлттық ғылыми орталығы" АҚ және ҚР ДСӘДМ "Педиатрия және балалар хирургиясы ғылыми орталығы" республикалық мемлекеттік қазыналық кәсіпорны (бұдан әрі - РМҚК)</p>	<p>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмысшы топтың жұмысына қатысу</p> <p>2. Балаларды профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау, динамикалық бақылау мен сауықтыру жүргізуге ұйымдастырушылық-әдістемелік нұсқаулар, үйлестіру, мониторинг жүргізу, бағалау, практикалық көмек көрсету.</p> <p>3. Балаларды профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау, динамикалық бақылау мен сауықтыру нәтижелерін талдау, СӨСПҚҰО-на талдау есептерін – тоқсан сайын есептік кезеңнен кейінгі айдың 15-күніне ұсыну.</p> <p>4. Есептік кезеңнен кейінгі 20 қаңтарға СӨСҚПҰО профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізу бойынша жылдық қорытынды талдамалық есеп ұсыну.</p>
<p>7. ҚР ДСӘДМ "Ақсай" республикалық балалар клиникалық ауруханасы" РМҚК</p>	<p>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмысшы топтың жұмысына қатысу</p> <p>2. Балалардың саңыраулығын ерте анықтау бойынша профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізуге ұйымдастырушылық-әдістемелік нұсқаулар, үйлестіру, мониторинг жүргізу, бағалау, практикалық көмек көрсету.</p> <p>3. Балалардың саңырауын ерте анықтау бойынша профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау нәтижелерін талдау, СӨСПҚҰО-на талдау есептерін – тоқсан сайын есептік кезеңнен кейінгі айдың 15-күніне ұсыну.</p> <p>4. Есептік кезеңнен кейінгі 20 қаңтарға СӨСҚПҰО профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарауды жүргізу бойынша жылдық қорытынды талдамалық есеп ұсыну.</p>
<p>8. "Мединформ" жауапкершілігі шектеулі серіктестігі</p>	<p>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмысшы топтың жұмысына қатысу.</p> <p>2. Профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау нәтижелерін есепке ала отырып, тұрақты негізде "АИС-Емхана" бағдарламалық кешенін жетілдіру.</p> <p>3. Профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қараудың электрондық деректер базасын жинау және қалыптастыру, өңдеу, шығу нысандарын қалыптастыру.</p>

		<p>4. Есептік кезеңнен кейінгі айдың 10-күніне, жыл бойғы қорытынды есепті - есепті жыл кезеңіндегі 5 қаңтарға ҚР ДСӘДМ және СӨСҚПҰО профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қараудың нәтижелері бойынша шығыс нысандарын ұсыну.</p>
9	<p>ҚР ДСӘДМ "Нашақорлықтың медициналық-әлеуметтік проблемалары республикалық ғылыми-практикалық орталығы" РМҚК</p>	<p>1. Скринингтік бағдарламаларды ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету жөніндегі жұмыс тобына қатысу  2. Скринингтік сауалнама мен тестілеу арқылы жалпы орта білім беретін мектептердің, орта арнайы және жоғары оқу орындарының 17 жас пен одан асқан оқушыларының арасында психобелсенді заттарды тұтыну қауіпінің деңгейін ерте анықтау мен алдын алуға бағытталған.  3. Профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау нәтижелерін талдау, СӨСҚПҰО-ға есепті кезеңнен кейінгі айдың 15 күніне тоқсан сайын талдамалық есеп ұсыну.  4. СӨСҚПҰО-ға есепті кезеңнен кейінгі 20 қаңтарға профилактикалық медициналық (скринингтік) тексеріп-қарау жүргізу бойынша жыл сайынғы қорытынды талдамалық есеп ұсыну.</p>