ДӘРІС КЕШЕНІ

Пән атауы: “Медициналық-санитариялық алғашқы көмектегі мейіргерлік іс”

Пән коды: MSAKMI 1216

ББ шифры мен атауы: 6B10106– «Мейіргер ісі» (10 айлық жеделдетілген)

Оқу сағаты/кредит көлемі: 120 сағат (4 кредит)

Оқу курсы мен семестрі: 1-курс, 1-семестр

Дәріс (сағат саны): 8 сағат

Шымкент, 2025 ж.

Дәріс кешені “Медициналық-санитариялық алғашқы көмектегі мейіргерлік іс” пәнінің жұмыс бағдарламасына (силлабус) сәйкес әзірленген және кафедра мәжілісінде талқыланды.

Хаттама №«11» «26» 06 2025ж.

Кафедра меңгерушісі м.ғ.к., доцент _____ Сейдахметова А.А.

Дәріс № 1

1.Тақырыбы: Бастапқы медико – санитарлық көмектітегі мейіргерлік іс, мақсаты және міндеттері.

2. Мақсаты: Пәннің негізгі мақсаты болып студенттерді дәрігерге дейінгі көмекті талап ететін, үлкен және кіші жастағы науқас (жәбірленуші) өмірлеріне қауіп төндіретін жіті терапиялық, хирургиялық, гинекологиялық жүйке жүйесі ауруларының патогенезі мен клиникалық көріністерінің негізгі сұрақтарына үйрету. Кенеттен ауырған және жәбірленген науқастарға білімдерін және бірінші дәрігерге дейінгі медициналық көмек көрсету дағдыларын пайдалана отырып, көмек көрсету.

3. Дәріс тезистері:

Алғашқы көмектің негізгі шаралары:

- апатқа түскен адамды апат әсерінен құтқару (өрттен, судан шығару);
- апаттың зиянды әсерін тоқтату (адамды жылыту, иіс тисе таза ауа жұтқызу);
- қан тоқтату, жараны байлау, сынған аяқтың немесе қолдың қозғалысын тежеу;
- жасанды дем алдыру, жүрекке жабық массаж жасау, апатқа түскен адамды тезірек емдеу мекемесіне жеткізу немесе жедел медициналық көмек көрсететін дәрігерлер тобын шақыру.

Алғашқы медициналық көмек көрсету принциптері:

1) оқиға орнын қарау;
2) бірінші рет қарау, көмек көрсету;
3) жедел жәрдем шақыру;
4) екінші рет қарау.

Оқиға орнын қарау * Сіз үшін қауіпті емес пе? * Не болды? * Зардап шеккендер қанша? * Айналаңыздағылардың сізге көмек көрсететін жағдайы бар ма? Қарау кезінде әрбір нәрсеге назар аударыңыз. Бұл оқиғаның немесе жарақаттың бастапқы себептерін көрсетеді. Егер зардап шеккен адам ес-түссіз болса, ал куәгерлер болмаса, түбегейлі қарау өте маңызды.

Бірінші рет қарау, зардап шегушіге алғашқы көмек көрсету (бірінші кезекте, өмірлік маңызды органдарға төнген қауіпті анықтауға бағытталған) ол:

1) есін тексеру (ми жүйесі);
2) тынысын тексеру;
3) пульсін тексеру (жүректің жұмысын);
4) жедел жәрдем шақыру .

ЗАРДАП ШЕГУШІНІ ҚАРАУ.

Жалпы жүйеліктегі алғашқы медициналық жәрдем көрсетуде зардап шегушіні қарау маңызды бөлімге жатады. Оның әрқашан бірінші басын тексеру керек, содан кейін қолмен ұстап қарайды. Ол бас сүйегінің жұмсарғанын немесе жарылғанын, қанталаудың болуын айқындауға мүмкіндік береді. Бет жүзін тексергенде оның түсіне көңіл аудару керек. Бозғылт, терлеген, беті суық, көзі жұмылған және аузы ашық болса, естен тану жағдайында екенін дәлелдейді. Беті ысып, қызарып тұрса қызбалықты білдіреді. Мұрыннан қан кету бас сүйегінің, мұрын сүйектері немесе мұрынның қан тамырлары зақымдану салдарынан болуы мүмкін. Егер де мұрын сынған болса, оны байқау оңай. Көзді қарап тексеру басқа денелерді, жараны анықтау, көз қарашықтарының ұлғаю жағдайын, олардың жарыққа реакциясын анықтау үшін жасалады.

Кеуденің алдыңғы бөлігін қарағанда бұғананың бүтіндігін олардың ортаңғы бөлігін басу арқылы тексереді, содан кейін зардап шегушінің терең дем алуын сұрайды; егер де қабырға және кеуде клеткалары зақымдалмаса, онда тыныс алу түзу, ауырмайтын, бір қалыпты болады.

Кеуденің үстіңгі жағын тексеріп болғаннан кейін ішті және жамбас сүйегіне тексеріс жүргізіледі.

Қол-аяқты көзбен шолып тексеруде зақымданған жері болса қолмен тексеру біруақытта жүргізіледі.

Сонымен қатар қол-аяқтың қозғалыс функциясын, олардың бүтіндігін, сезімталдығын, деформацияның бар жоғын, жара болған жерді, қансырауын тексереді.

Тексеру зардап шегушінің жай-күйін анықтауға мүмкіндік береді, едәуір зақымданған аумақтарды айқындайды, алғашқы жәрдем көрсету жолдарын белгілейді.

Жедел жәрдемді келесі кез келген жағдайларда шақыру керек:

- ес-түссіз немесе ес деңгейінің өзгермелілігі;
- тыныс алудағы қиындықтар (тыныс алудың қиындауы немесе болмауы);
- үздіксіз ауру сезімі немесе кеудедегі қысымды сезіну;
- пульстің болмауы;
- көп қан кетуі;
- іштің қатты ауыруы;
- қан құсу немесе қанның бөлінулер (зәрмен, қақырықпен) шығуы;
- улану;
- сіңір тартылу, қатты ауыру немесе түсініксіз сөйлеу;

бастың, мойынның немесе арқаның жарақаты, сүйек сыну ықтималдығы.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н:2,3; Қ:2.

6. Бақылау сұрақтары:

- Алғашқы дәрігерге дейінгі көмек дегеніміз не?
- Алғашқы дәрігерге дейінгі көмектің міндеті
- Клиникалық зерттеу әдістеріне не жатады ?

Дәріс № 2

1. **Тақырыбы:** Қазақстандағы БМСК-тің саясатының негізгі қағидалары.
2. **Мақсаты:** Қазақстандағы БМСК-тің саясатының негізгі қағидаларын анықтау
3. **Дәріс тезистері:**

Бастапқы медициналық-санитариялық көмек (бұдан әрі – БМСК) – адам, отбасы және қоғам деңгейінде көрсетілетін, қолжетімді медициналық қызметтер көрсету кешенін (неғұрлым кең таралған ауруларды, сондай-ақ жарақаттануларды, улануларды және басқа да кейінге қалдыруға болмайтын жай-күйлерді диагностикалау мен емдеуді; инфекциялық аурулар ошақтарында санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды; халықты гигиеналық оқытуды, отбасын, ананы, әкені және баланы қорғауды; халықты қауіпсіз сумен жабдықтау және оның кенеулі тамақтануы жөніндегі түсіндіру жұмыстарын қамтитын) тәулік бойы медициналық бақылауы болмайтын, дәрігерге дейінгі немесе білікті медициналық көмек.БМСК-ні учаскелік терапевтер, педиатрлар, жалпы практика дәрігерлері, фельдшерлер, акушерлер мен мейірбикелер (бұдан әрі – БМСК мамандары) көрсетеді. БМСК денсаулық сақтау саласындағы уәкілетті орган (бұдан әрі – уәкілетті орган) бекіткен стандарттарға (қызметтер тізбелері, операциялар мен манипуляциялар, дәрі-дәрмектер және медициналық мақсаттағы бұйымдар) сәйкес көрсетіледі.

БМСК шеңберінде мынадай:

Профилактикалық қызметтер: профилактикалық тексерулерді, иммундауды, саламатты өмір салтын қалыптастыру мен насихаттауды, ұтымды және дұрыс тамақтану жөніндегі ұсынымдарды, отбасын жоспарлауды, диспансерлеуді және динамикалық байқауды, жүкті әйелдерді, балаларды, оның ішінде жаңа туған нәрестелерді патронаждауды, әлеуметтік-психологиялық консультация беруді қамтиды.

Диагностикалық қызметтер: БМСК маманының тексеруін, зертханалық және аспаптық зерттеулерді қамтиды.

Емдік қызметтер: жедел және шұғыл медициналық көмек көрсетуді, денсаулық сақтау саласындағы стандарттарға сәйкес емдік манипуляцияларды, белгілі бір аурулары (жай-күйі) бар азаматтардың жекелеген санаттарын тегін және жеңілдікті дәрілік заттармен және амбулаториялық деңгейде арнайы емдік өнімдермен қамтамасыз етуді қамтиды.

БМСК көрсету кезінде уақытша еңбекке жарамсыздық сараптамасы Қазақстан Республикасының Үкіметі белгіленген тәртіппен жүргізіледі. Жеке тұлғаның еңбекке жарамсыздығын ресми тану және оны ауыру кезеңінде еңбек міндеттерін орындаудан уақытша босату мақсатында уақытша еңбекке жарамсыздық сараптамасын дәрігер жүргізеді.

БМСК Қазақстан Республикасының Үкіметі бекітетін тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемінің (бұдан әрі – ТМККК) шеңберінде көрсетіледі.Азамат БМСК ұйымына алғаш жүгінген кезде БМСК ұйымының тіркеу орнында бастапқы медициналық есеп құжаттары болып табылатын амбулаториялық науқастың медициналық картасы немесе баланың даму тарихы ресімделеді.

БМСК ұйымдарында пайданылатын бастапқы медициналық есеп құжаттамасы уәкілетті орган бекіткен тиісті нысандарда ғана толтырылады және медициналық ұйымның тіркеу орнында сақталады.

Бастапқы медициналық есеп құжаттамасының сақталуын қамтамасыз етуді аға тіркеуші, ал фельдшерлік-акушериялық және медициналық пункттерде – БМСК маманы уәкілетті орган белгіленген тәртіппен жүзеге асырады.

Дәрігердің қабылдауына жазылу жеке тұлғаның немесе оның өкілінің БМСК көрсететін медициналық ұйымға тікелей өтініш жасауы, телефон байланысы арқылы немесе электрондық цифрлық қолтаңбасыз «электрондық үкімет» веб-порталы арқылы электрондық форматта жүзеге асырылады.БМСК көрсететін медициналық ұйымдарға нақты бекітілген халықтың саны, аумақтық қызмет көрсету учаскелері, учаскелік қызметтің (жалпы практика қызметі) дәрігерлері мен орта медицина персоналы туралы ақпарат бекітілген халық тіркелімінің дерекқорында қалыптастырылады.

Бекітілген халық тізілімінен БМСК ұйымдарының бөлінісінде бекітілген халықтың болуы туралы ақпарат Қазақстан Республикасы Үкіметінің қаулысымен бекітілетін Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемін көрсету және шығындарды өтеу жөніндегі қызметтер берушілерді таңдау қағидаларының талаптарына сәйкес келетін БМСК ұйымдары арасында ТМККК орналастыру үшін негіз болып табылады.МСК ұйымдарына азаматтар мен оралмандарды бекіту медициналық ұйымды еркін таңдау құқығы бойынша басқа әкімшілік-аумақтық бірлікте орналасқан жақын жердегі БМСК ұйымына бекітілетін шекаралас аумақтарда тұратын азаматтар мен оралмандарды қоспағанда, тұрақты немесе уақытша тұрғылықты, жұмыс істейтін, оқитын жері бойынша бір әкімшілік-аумақтық бірлік шегінде дәрігерді, медициналық ұйымды еркін таңдау құқығы негізінде жүзеге

асырылады.БМСК ұйымына бекіту еркін нысандағы өтініш пен жеке басын куәландыратын құжат (жеке куәлік, паспорт, туу туралы куәлік, Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен берілген өзге де құжат) негізінде БМСК ұйымының жұмыс кестесіне сәйкес кез келген күнтізбелік уақытта жүзеге асырылады. БМСК ұйымына бекіту үшін «электрондық үкімет» веб-порталына жүгінген кезінде сұрау салуды жіберу, сондай-ақ жеке басын куәландыратын құжаты (жеке куәлік, паспорт, туу туралы куәлік, Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен берілген өзге де құжат) және электрондық цифрлық қолтаңбасы болуы қажет.БМСК ұйымы бекітуді азаматтар мен оралмандар өз еркімен жүгінген кезде жүзеге асырады. Отбасының әрбір мүшесінің жеке басын куәландыратын құжаттары (жеке куәлігі, паспорт, туу туралы куәлік, Қазақстан Республикасының заңнамасымен белгіленген тәртіппен берілген өзге де құжат) болған кезде отбасы мүшелерінің біреуінің еркін нысандағы өтінішінің және отбасы мүшелерінің бекітуге жазбаша келісімінің негізінде отбасы мүшелерін бекітуге жол беріледі.

4. **Иллюстрациялық материал:** Презентация
5. **Әдебиет:** Н:1,2,3; Қ:2,4.
6. **Бақылау сұрақтары:**

- Бастапқы медициналық-санитариялық көмек дегеніміз не?
- Бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсететін қандай ұйымдар бар?
- Бастапқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидалары қандай?

Дәріс № 3

1. Тақырыбы:Ересек халықты диспансерлеу жұмысы.
2. Мақсаты: Ересек халықты диспансерлеу жұмысы ережелерін үйрену.
3. Дәріс тезистері:

Диспансерлеу созылмалы жұқпалы емес ауруларды ертерек анықтау мақсатында, оның ішінде бірнеше мамандық дәрігерлерімен медициналық тексеру және тексерудің қажетті әдістерін қолдануда кешенді іс-шаралар жүргізу болып табылады.Диспансерлеуді жүйелі түрде өту біздің еліміздің халқының мүгедектігі мен өлім-жітімінің негізгі себебі болатын қауіпті аурулардың даму мүмкіндігін азайтуға немесе оларды емдеу аса тиімді кезінде дамудың ертерек кезеңінде анықтауға елеулі дәрежеде көмегін тигізеді.

Диспансерлеу рәсімі екі кезеңнен тұрады, олардың әрқайсысының өз ерекшеліктері бар. Оны орындау барысында анықталған аурулардың түріне және ауырлығына байланысты адамдар үш топқа бөлінеді. Сарапшылардың кеңестері диспансерлеудің тиімділігін арттыруға мүмкіндік береді. Халықты диспансерлеуді ұйымдастыратын және оған қатысатын жауапты адамдарды тағайындау.Диспансерлеудің бірінші кезеңін ұйымдастыру туралы сөз болғанда, «ACTUALIS: Медицина» электронды жүйесінің сарапшылары қажетті әрекеттерді келесі реттілікпен орындауды ұсынады: Жауапты тұлғалар үшін диспансерлеу барысында шешілуі керек міндеттерді белгілеу. Бөлмелердің орналасуына қарай пациенттер бағдарын құру. Бекітілген халық тізіміне бақылау жүргізу. Ол алдын ала тағайындалған адамдардың күшімен жүзеге асырылады. Диспансерлеуге қажетті уақытты есептеу. Қызметкерлерге қажетті әрекеттерді орындау уақытын бақылау жәнеқысқарту тапсырылады. Мысалы, медициналық араласулардың барлық түріне ерікті келісім сияқты құжаттарды ресімдеу. Диспансерлеу туралы адамдарды хабардар ету. Қажетті мәліметтерді тіркеу бөлімі қызметкерлері және диспансерлеуді өткізуге жауапты тұлғалар таратады.

Онкологиялық компонентті бақылауды жүзеге асыру. Әрбір әрекетке ерекше назар аударылуы тиімділікті қамтамасыз етуге мүмкіндік береді. Диспансерлеудің екінші кезеңі Егер скрининг нәтижелерін алған дәрігер алдын ала диагнозды, диспансерлік бақылау тобын нақтылап, терең профилактикалық кеңес беруді, қосымша зерттеулерді белгілеуді қажет етсе, онда диспансерлеудің екінші кезеңі өткізіледі. Қосымша зерттеулер аурудың қауіптілік деңгейін нақтылауға, тереңдетілген тексеру тактикасын және диспансерлік бақылау тобын анықтауға мүмкіндік береді. Диспансерлеу нәтижелері бойынша дәрігер денсаулық тобын да анықтайды, атап айтқанда: бірінші топты– егер азаматтарда созылмалы инфекциялық емес аурулар және қауіп факторлары табылмаса; екінші топты – егер тексерілген адамдарда созылмалы инфекциялық емес аурулар болмаса, бірақ олардың даму қаупі факторлары болса; үшінші топты – егер тексерілген адамдар созылмалы аурулармен ауыратын болса. Айта кетерлігі, үшінші топ 3А және 3Б топшаларына бөлінеді. Біріншісіне диспансерлік бақылауды қажет ететін созылмалы инфекциялық емес аурулары анықталған немесе оларға күдік бар азаматтар кіреді. 3Б топшасына мұндай аурулары жоқ, бірақ басқа себептер бойынша диспансерлік бақылауды немесе мамандандырылған медициналық көмекті қажет ететін пациенттер кіреді. Диспансерлеудің ерекшеліктері туралы «ACTUALIS: Медицина» электронды жүйесінен толығырақ білуге болады: Консультациялық-диагностикалық көмек көрсету қағидаларын бекіту туралы Қазақстан Республикасында медициналық қызметкерлерді міндетті зерттеп-тексеру Жоспарлы емдеуге жатқызу үшін қажетті зерттеп-тексерулер тізбесі қандай бұйрықпен белгіленген.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,3; Қ:4,6.

6. Бақылау сұрақтары:

- Диспансерлеу дегеніміз не;
- Диспансерлеу қанша кезеңнен тұрады?
- Ересек халықты диспансерлеу жұмысы.?

Дәріс № 4

1. Тақырыбы: Салауатты өмір салтын қалыптастыру.

2. Мақсаты:Салауатты өмір салтын қалыптастыру жолдарымен танысу.

3. Дәріс тезистері:

Салауатты өмір салты (СӨС) - бұл ең әуелі денсаулықты сақтауға және нығайтуға бағытталған сауықтыру жолындағы белсенді іс-әрекет. Өмір Адамның өмір салты өздігінен қалыптаспайды, ал салауатты өмір салты өмір сүру барысында мақсатты түрде қалыптасады. Қазіргі мәліметтер бойынша денсаулық 53-55%- ға салауатты өмір салтына тәуелді болады екен. Бұдан салауатты өмір салтын ұстанудың қаншалықтымаңызды екендігі айқын.Қимыл белсенділігі

Jimmy Carter jogging - NARA - 182456.tif

Бұл салауатты өмір салтын қалыптастырудың негізгі шарты болып табылады. Ол өмірлік маңызды мүшелердің және мүшелер жүйесінің қызметін жақсартады, сондықтан салауатты өмір салтын қалыптастыруда үлкен рөл атқарады. Қозғалыс белсенділігін дұрыс ұйымдастыру организмнің өсу мен дамуына белсенді ықпал етеді, организмнің жұмысқа қабілеттігін жоғарылатады, әр түрлі ауруларға төзімділігін арттырады. Ал аз қозғалған кезде организмде өзгерістер дамиды.Организмді шынықтыру

Әр түрлі аурулардың алдын алу үшін организмді үнемі шынықтыру қажет. Шынығудың арқасында организм қоршаған ортадағы температураның күрт өзгеруіне бейімделеді және

организмнің жұқпаларға қарсылығын жоғарлатады. Шынықтыру емшараларын таңдау кезінде адамның жасы, денсаулығы , шынығуға бейімделу дәрежесі және т.б. жеке ерекшеліктерін ескеру қажет.

Дұрыс толыққанды тамақтану

Денсаулықты сақтауда уақытымен және дұрыс тамақтанудың маңызы зор. Жүріп бара жатып, кітап оқып отырып, теледидар алдында тамақтануға болмайды. Майлы, тұзды, тәтті тағамдарды қабылдауды шектеген жөн, тамақты аса көп жеуге, ұйықтар алдында тамақтануға болмайды. Тағам әр түрлі сапалы, экологиялық таза болуы тиіс. Төрт мезгіл тамақтануды сақтай отырып, белгілі бір сағатта ас қабылдаған дұрыс.

Жарақаттың алдын алу

Бұл сыну, шығу, күйік, үсік, улану сияқты әр түрлі жарақатты болдырмау. Жарақаттарға әр түрлі жағдайларда душар болады: көшедегі қауіпсіздік ережелерін сақтамағанда, электр құралдарын дұрыс пайдаланбағанда, улы өсімдіктер мен саңылауқұлақтарды пайдаланғанда т.б. жағдайларда.

Жұқпалы аурулардың алдын алу

Жеке гигиена ережелерін бұлжытпай орындау, жұқпалардан қорғану тәсілдерін білу, алдын алу екпелерін уақытымен қабылдау.

Зиянды әдеттерден алшақ болу

Темекі шегуден , ішімдіктен, есірткі және уытты заттардан бас тарту. Бұл зиянды әдеттер организмге әсер етіп, денсаулыққа зиян келтіреді.

Күйзеліс (стресс) пен кикілжінді болдырмау

Бұл адамның өз күйін анықтай білу, көңіл-күйдің денсаулыққа әсерін білу, адамдар арасында тіл табыса білу, қарым-қатынас жасай білу, көңіл-күйін басқара білу - бұның бәрі психикалық денсаулықты қорғауға мүмкіндік жасайды.

Экологияның денсаулыққа әсері

Адам организміне қоршаған орта факторларының әсері туралы білім, қоршаған орта факторларының зиянды әсерінен қорғай білу денсаулықты сақтауға және түрлі ауруларды болдырмауға жәрдемдеседі.

СӨСҚО мақсаттары:

1) халықтың өз денсаулығына қатысты мінез-құлқын өзгертуге бағытталған тұрақты ақпараттық-білім беру жүйесін құру;

2) пациенттердің ауруды дамытуға қатысты мінез-құлықтың қауіп факторлары туралы ақпарат алуын арттыру, олардың денсаулығын сақтау үшін пациенттердің жауапкершілігін арттыру;

3) пациенттердің мінез-құлықтың қауіп-қатер факторларының өз денсаулығына теріс әсерін төмендету үшін дағдылары мен қабілеттерін қалыптастыру;

4) пациенттің өз денсаулығына ұтымды және белсенді қатынасын қалыптастыру, денсаулығын жақсартуға ынталандыру;

5) пациенттердің өз денсаулығына бақылау жүргізу дағдылары мен қабілеттерін қалыптастыру;

6) пациенттердің денсаулықтарына әсер ететін себептерді, факторларды талдау және науқастарды жеке сауықтыру жоспарын құрастыру кезінде пациенттерді оқыту бойынша практикалық дағдыларды қалыптастыру;

7) медициналық ұйымға және алғашқы медициналық-санитарлық жәрдем мамандарына бейінсіз жүктемені азайту.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,5; Қ:6.

6. Бақылау сұрақтары:

- Салауатты өмір салты ұғымы?
- Салауатты өмір салтын ұстану ережесі?
- СӨСҚО мақсаттары қандай?

Дәріс №5

1. Тақырыбы: Емхана жұмысын ұйымдастыру.
2. Мақсаты: Емхана жұмысын ұйымдастыру тәсілдерімен танысу.
3. Дәріс тезистері:

Амбулаториялық-емханалық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметі туралы ереже (бұдан әрі – Ереже) медициналық-санитариялық алғашқы көмекті (бұдан әрі – МСАК) және консультациялық-диагностикалық көмекті (бұдан әрі – КДК) қоса алғандағы амбулаториялық-емханалық көмекті көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарының қызметін реттейді. Амбулаториялық-емханалық көмек тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі (бұдан әрі – ТМККК) шеңберінде және ақылы негізде медициналық қызмет көрсетуге мемлекеттік лицензиясы бар мемлекеттік және жеке меншік нысанындағы денсаулық сақтау ұйымдарында көрсетіледі. Амбулаториялық-емханалық көмек (бұдан әрі – АЕК) көрсететін денсаулық сақтау ұйымдары "Денсаулық сақтау ұйымдарының бастапқы медициналық құжаттамасының нысандарын бекіту туралы" есепке алу есеп беру құжаттамаларын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 21 желтоқсандағы № 907 бұйрығына (бұдан әрі – № 907 бұйрық) (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) сәйкес жүргізеді. АЕҰ негізгі мақсаты халық денсаулығын сақтау және нығайту, оның амбулаториялық-емханалық көмекке мұқтаждықтарын қанағаттандыру болып табылады.

5. АЕҰ негізгі міндеттері:

1) медициналық көмектің қолжетімділігін және сапасын қамтамасыз ету;

2) халыққа дәрігерге дейінгі, білікті мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмекті көрсету;

3) тұрғындардың сырқаттанушылығын, мүгедектігін және қайтыс болуын төмендетуге бағытталған профилактикалық іс-шаралар кешенін ұйымдастыру және өткізу;

4) созылмалы аурулардан зардап шегетін адамдарды динамикалық бақылауды ұйымдастыру және жүзеге асыру;

5) қызметті жетілдіру және профилактиканың, диагностиканың, емдеудің және оңалтудың жаңа технологияларын енгізу;

6) басқа денсаулық сақтау ұйымдарымен сабақтастықты және ведомствоаралық өзара іс-қимылды қамтамасыз ету болып табылады.

6. МСАК мыналарды:

1) анағұрлым көп таралған ауруларды, сондай-ақ жарақаттарды, улануларды және басқа шұғыл жағдайларды диагностикалау мен емдеуді;

2) отбасын, ана, әке болу мен балалық шақты қорғауды, сондай-ақ отбасыны жоспарлауды;

3) ТМККК шеңберінде дәрілік заттармен қамтамасыз етуді;

4) профилактикалық іс-шараларды және қауіп факторларын айқындауды;

5) ауруларды ерте айқындауға жүргізілетін скринингілік зерттеулерді;

6) халықтың кең таралған патологиялық жағдайлар мен салауатты өмір салтын қалыптастыру туралы хабардарлығының деңгейін арттыруды;

7) негізгі инфекциялық ауруларға қарсы иммундауды;

8) тұрғындарды гигиеналық оқытуды және сумен қауіпсіз жабдықтау мен тұрғындардың оңтайлы тамақтануы жөніндегі түсіндіру жұмыстарын жүргізуді;

9) инфекциялық аурулар ошақтарындағы санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды жүргізуді қамтиды.

7. КДК өзіне тәулік бойы медициналық бақылаусыз мамандандырылған және жоғары мамандандырылған медициналық көмек қызметтерін қосады.

8. МСАК көрсететін ұйымдардың қызметі "Алғашқы медициналық-санитариялық көмек көрсету қағидаларын және Азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына бекіту қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 28 сәуірдегі № 281 бұйрығымен бекітілген Азаматтарды алғашқы медициналық-санитариялық көмек ұйымдарына бекіту қағидаларына сәйкес (бұдан әрі – Бекіту қағидалары) (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11268 болып тіркелген), медициналық ұйымды еркін таңдау құқығын есепке ала отырып, тіркеу орны бойынша азаматтарға медициналық көмектің қолжетімділігін қамтамасыз ету мақсатында аумақтық қағидат бойынша құрылады.МСАК мамандары (жалпы практика дәрігері, учаскелік дәрігер-терапевт/педиатр, учаскелік мейіргер/жалпы практика мейіргері, фельдшер, акушер) МСАК-ты:

1) медициналық пунктте;

2) фельдшер-акушерлік пунктте;

3) дәрігерлік амбулаторияда (отбасы денсаулығы орталығында);

4) емханада көрсетеді.

13. КДК-ны бейінді мамандар:

1) консультациялық-диагностикалық орталықта /емханада;

2) емхананың консультациялық-диагностикалық көмек бөлімшесінде, сондай-ақ стационарлық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарында көрсетеді.

КДК халықтың оны көрсетілуне мұқтаждығына сәйкес, сырқаттанушылық пен өлімді, тұрғындардың жыныстық-жастық құрамын, оның тығыздығын, сондай-ақ халық денсаулығын сипаттайтын өзге көрсеткіштерді ескере отырып ұйымдастырылады. КДК ТМККК шеңберінде:

1) МСАК көрсететін медицина қызметкерлерінің жолдамасы бойынша жоспарлы тәртіппен;

2) шұғыл және кезек күттірмейтін жағдайларда МСАК көрсететін медицина қызметкерлерінің жолмасысыз өздігінен жүгінгенде;

3) бейінді мамандардың диагнозды тағайындау, ушығуы болған кезде және пациентті бір аяқталған жағдай шеңберінде пациентті емдеудің одан әрі тәсілін айқындау мақсатында берген жолдамалары бойынша жоспарлы тәртіппен көрсетіледі.

Бейінді маманның бір аяқталған жағдай шеңберінде қайтадан қабылдауы МСАК маманының жолдамасысыз жүзеге асырылады.

Бір аяқталған жағдай шегінде КДП үштен аспайтын бейінді маман консультация беруі мүмкін.

16. Халықтың әлеуетті осал санаттарын ТМККК шеңберінде қымбат тұратын диагностикалық зерттеулерге жіберу консультациялық-диагностикалық көмектің және

жалпы дәрігерлік практика/учаскелік қызмет бөлімшесінің меңгерушісімен келісілген АЕҚ мамандарының жолдамасы бойынша жүзеге асырылады.

17. ТМККК шеңберінде медициналық көмекті қамтамасыз ететін АЕК жұмысының режімі демалыс және мерекелік күндері МСАК және КДК кезекші дәрігерлерінің жұмысын қамтамасыз ету арқылы барлық мамандар және құрылымдық бөлімшелер үшін жылжымалы кесте бойынша сағат 08.00.-ден сағат 20.00.-ге дейін белгіленеді.

18. МСАК дәрігерінің (жалпы практика дәрігері, учаскелік терапевт-дәрігер/педиатр) АЕҰ-дағы қабылдау ұзақтығы күніне 5 сағаттан кем болмауы тиіс.

19. Амбулаториялық-емханалық күндізгі стационар мен үйде жағдайларында да көрсетіледі.

20. Дәрігердің немесе орта медицина қызметкерінің үйге шақыртуға қызмет көрсетуін учаскелік қызмет (жалпы дәрігерлік) бөлімшесінің меңгерушісі, ол болмаған кезде учаскелік дәрігер (жалпы практика дәрігері) үйлестіреді.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н:4,5; Қ:1,2,6.

6.Бақылау сұрақтары:

- Емхана жұмысын ұйымдастыру?
- АЕҰ негізгі міндеттері:?
-АЕҰ жұмысын ұйымдастыру тәртібі?

Дәріс № 6

1. **Тақырыбы:** БМСК жағдайында диагностика және емнің стандарттары.
2. **Мақсаты:**БМСК жағдайында диагностика және емніңстандарттарынүйрету.
3. **Дәріс тезистері:**

МСАК ұйымына алғашқы жүгінген кезде тіркеу орнында электрондық форматта ақпараттық жүйелерде № 907 бұйрықпен бекітілген амбулаториялық пациенттің медициналық картасы № 025/е нысан бойынша ресімделеді.

Техникалық мүмкіндік болмаған жағдайда амбулаториялық пациенттің медициналық картасы қағаз түрінде ресімделеді, кейін ақпараттық жүйеге енгізіледі.

МСАК ұйымы бастапқы есепке алу медициналық құжаттың, оның ішінде электрондық түрде сақталуын қамтамасыз етеді.

Пациент жіті ауруына (жай-күйі) немесе созылмалы ауруының асқынуына байланысты жүгінген жағдайда МСАК ұйымдарының мамандары клиникалық хаттамаларға сәйкес диагностика және емдеу әдістерін айқындайды.

Пациент жіті ауруына (жай-күйі) немесе созылмалы ауруының асқынуына байланысты МСАК ұйымдарына жүгінген жағдайда регистратура маманы немесе медицина қызметкері (учаскелік мейіргер (жалпы практика мейіргері), фельдшер, акушер) пациентті дәрігерге дейінгі кабинетке (сүзгі) жібереді.

Дәрігерге дейінгі кабинетте (сүзгі) медицина қызметкері (учаскелік мейіргер (жалпы практика мейіргері), фельдшер, акушер) пациентті қарап болған соң қажетті дәрігерге дейінгі көмекті көрсетеді.

Білікті және мамандандырылған медициналық көмек көрсету жағдайларында медицина қызметкері кезекші дәрігерді немесе учаскелік дәрігерді шақыртады. Көрсетілімі болған жағдайда медицина қызметкері жедел жәрдем бригадасын шақыруды және шұғыл түрде бейін бойынша тәуліктік стационарға жіберуді қамтамасыз етеді.

Шұғыл емдеуге жатқызуды талап етпейтін жағдайларда пациентті одан әрі байқау амбулаториялық деңгейде жүзеге асырылады.

COVID-19-бен ауыратын және COVID-19 күдігі бар науқастарға мамандандырылған медициналық көмек көрсету қажет болған жағдайда бейінді мамандардың қашықтықтан консультациясы ұйымдастырылады.

Ескерту. 13-тармақ жаңа редакцияда – ҚР Денсаулық сақтау министрінің 03.07.2020 № ҚР ДСМ-76/2020 (алғашқы ресми жарияланған күнінен кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі) бұйрығымен.

14. МСАК ұйымдарының мамандары пациентті күндізгі немесе тәуліктік стационарға жоспарлы түрде Емдеуге жатқызу бюросы порталы арқылы жібереді.

15. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 3 шілдедегі № 450 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 15473 болып тіркелген) бекітілген Қазақстан Республикасында шұғыл медициналық көмек көрсету ережелеріне сәйкес МСАК ұйымдарында да төртінші жеделділік санатындағы жедел медициналық көмек шақыртуларына қызмет көрсету жүзеге асырылады.

16. МСАК ұйымында үйге бару арқылы мынадай қызметтер жүргізіледі:
- патронаж;
- пациентке белсенді бару;
- үйге шақырту;
- үй жағдайындағы стационар;
- 3 деңгейдегі медициналық реабилитация;
- отбасын жоспарлау, жүктілікті қауіпсіз үзу, ұрпақты болу денсаулығын сақтау мәселелері бойынша қызметтер;
- салауатты өмір салты бойынша іс-шаралар;
- медициналық-әлеуметтік қолдау
- психологиялық көмек;
- созылмалы ауруларды динамикалық байқау;
- рецепт жазу;
- паллиативтік мобильдік бригаданың шығуы.

17. Патронаж:

1) 5 жасқа дейінгі балаларға, оның ішінде жаңа туған нәрестелерге;

2) жүкті және босанған әйелдерге;

3) өміріне, денсаулығына және қауіпсіздігіне қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы қаупі анықталған 5 жасқа дейінгі балалар, жүкті немесе босанған әйелдері бар отбасыларды байқау кезінде;

4) қозғалысы шектелген кезде асқынудан тыс созылмалы аурулары бар пациентке;

5) паллиативтік көмекке мұқтаж пациенттерге жүргізіледі.

5 жасқа дейінге балалардың, оның ішінде жаңа туған нәрестелердің патронажы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 29 желтоқсандағы № 1027 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 16279 болып тіркелген) бекітілген Қазақстан Республикасында педиатриялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына сәйкес әмбебап-прогрессивті модель негізінде жүргізіледі.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 16 сәуірдегі № 173 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 16854 болып тіркелген) бекітілген Қазақстан Республикасында акушерлік-

гинекологиялық көмек көрсетуді ұйымдастыру стандартына (бұдан әрі – 173 бұйрық) сәйкес жүкті және босанған әйелдердің патронажы әмбебап-прогрессивті модель негізінде жүргізіледі.

Патронаждың әмбебап-прогрессивті моделі кезінде міндетті жоспарлы келулермен (әмбебап тәсіл), баланың өмірі, денсаулығы немесе дамуы үшін медициналық немесе әлеуметтік тәуекелдердің болуына байланысты жүкті әйелдерге, жаңа туған нәрестелерге және ерекше қолдауды қажет ететін балаларға арналған жеке жоспар бойынша (прогрессивті тәсіл) қосымша белсенді бару жүргізіледі.

Әмбебап (міндетті) патронаждық бақылау барлық жүкті әйелдер мен 5 жасқа дейінгі балаларға ұсынылады және жүкті әйелге босанғанға дейінгі 2 патронаждан (12 апта және 32 апта жүктілік мерзімінде) және жүкті әйелдерді, жаңа туған нәрестелерді және 5 жасқа дейінгі балаларды қадағалаудың жалпы схемасы бойынша дәрігер/фельдшер және орта медицина қызметкері үйде және МСАК ұйымдарында қабылдауда 9 келуден тұрады.

Прогрессивті тәсіл жүкті әйелдер мен 5 жасқа дейінгі балалар патронажының (орта медицина қызметкерінің үйде патронаждық баруы) әмбебап-прогрессивті моделі схемасы бойынша олардың өміріне, денсаулығына, дамуы мен қауіпсіздігіне қауіп төндіретін медициналық немесе әлеуметтік сипаттағы тәуекелдер анықталған жүкті әйелдер мен балаларды патронаждық бақылауды көздейді.Прогрессивті тәсілді немесе прогрессивті қызметтер пакетін алушы туралы мәліметтер (пациенттің немесе заңды өкілдің тегі, аты, әкесінің аты, тұрғылықты мекенжайы, телефондары) "Бірыңғай төлем жүйесі" электрондық денсаулық сақтаудың ақпараттық жүйесіне енгізіледі.
Учаскелік мейірбикенің жүкті әйелдерді патронаждау нәтижелерін 111/е нысаны бойынша жүкті және босанған әйелдің жеке картасына енгізеді, ал жаңа туған және 5 жасқа дейінгі балаларды 907 бұйрықпен бекітілген 025/е нысаны бойынша пациенттің амбулаториялық картасына енгізеді және осы Қағидаларға 6-қосымшаға сәйкес отбасымен жеке жұмыс жоспарын, оның ішінде ақпараттық жүйелер арқылы қалыптастырады.

Техникалық мүмкіндік болмаған жағдайда қағаз түрінде ресімделеді, кейін ақпараттық жүйеге енгізіледі.

Патронажды жүзеге асыру кезінде МСАК маманы: сантиметр лентасын, дене температурасын және бөлме температурасын өлшеуге арналған термометрлерді, фонендоскоп пен тонометрді, қолды өңдеуге арналған дезинфектант, медициналық алғашқы көмек көрсетуге арналған ең аз жиынтық, ақпараттық материалдарды пайдаланады. Ақпараттық жүйелерді, оның ішінде мобилдік қосымшаларды енгізген жағдайда МСАК маманы ұялы қосымшасы бар планшетті немесе смартфонды пайдалана алады.

2Патронаж ұйымдастыру мониторингін МСАК ұйымының аға мейірбикесі немесе ол болмаған кезде учаскелік дәрігер (жалпы практика дәрігері) жүргізеді. МСАК ұйымдары маманының пациенттің үйіне, оның ішінде аула (пәтер) аралау арқылы белсенді баруы:

1) стационардан шығару немесе жедел медициналық көмек станциясынан активтерді берген ауыр жағдайдағы пациенттердің қозғалуы шектелген кезде;

2) жүкті әйелдер белгіленген күннен кейін 3 күннің ішінде қабылдауға келмеген кезде;

3) босанған әйел көрсетілген мерзімде қабылдауға келмегенде;

4) босанған әйел бекіту мәртебесіне қарамастан акушерлік-гинекологиялық көмек көрсететін денсаулық сақтау ұйымдарынан келіп түскен мәліметтер бойынша қызмет көрсету аумағына келген жағдайда жүзеге асырылады.

Пациенттің үйіне белсенді баруды учаскелік медициналық мейіргер немесе фельдшер басымдықпен жүзеге асырады. МСАК ұйымдарының медицина қызметкерлері үйге шақыртуға қызмет көрсетуді учаскелік (жалпы медициналық) қызметтің бөлім меңгерушісі, ол болмаған кезде учаскелік дәрігер (жалпы практика, терапевт (педиатр) дәрігер) үйлестіреді.

Үйге шақыруды қабылдауды МСАК ұйымының тіркеу орны және (немесе) учаскелік мейіргер немесе фельдшер жүзеге асырады.

Дәрігерді үйге шақыру үшін МСАК ұйымдары көрсететін "Дәрігерді үйге шақыру" мемлекеттік көрсетілетін қызмет іске асырылған.

МСАК ұйымы пациентке өз бетінше жүгінген кезде телефон байланысы арқылы немесе ЭҮП арқылы мемлекеттік қызметті ұсынады.

Жеке басты куәландыратын құжаттар туралы мәліметтерді МСАК көрсететін ұйым ЭҮП арқылы тиісті мемлекеттік ақпараттық жүйелерден алады.

"Дәрігерді үйге шақыру" мемлекеттік қызметін көрсетуге қойылатын негізгі талаптардың тізбесі, оның ішінде процестің сипаттамасы, нысаны, мазмұны мен нәтижесі, сондай-ақ мемлекеттік қызметті көрсету ерекшеліктері ескеріле отырып, өзге де мәліметтер осы Қағидаларға 7-қосымшаға сәйкес келтірілген.

Пациент МСАК ұйымына өз бетінше немесе телефон байланысы арқылы жүгінген кезде МСАК мамандары "Шақыруларды тіркеу журналына" жазба жасайды және ауызша түрде дәрігердің келу күні мен уақыты көрсетілген жауапты береді. "Дәрігерді үйге шақыру" мемлекеттік қызметін көрсетуге сұраныс қабылданғаннан кейін үйде медициналық көмек белгіленген уақытта көрсетіледі.

Пациент ЭҮП арқылы жүгінген кезде пациентке "Жеке кабинетке" электрондық өтінім мәртебесі түрінде хабарлама түседі. "Дәрігерді үйге шақыру" мемлекеттік қызметін көрсетуге сұраныс қабылданғаннан кейін пациентке медициналық көмек белгіленген уақытта көрсетіледі.

МСАК көрсететін ұйым ақпараттандыру саласындағы уәкілетті орган белгілеген тәртіппен мемлекеттік қызметтер көрсету мониторингі мақсатында ақпараттық жүйеге "Дәрігерді үйге шақыру" мемлекеттік қызметін көрсету туралы деректерді енгізуді қамтамасыз етеді. Жеделділіктің төртінші санатындағы жедел медициналық көмекті шақыртуларды қоспағанда, қабылдауға денсаулығының жай-күйі мен аурудың сипаттамасы бойынша МСАК ұйымына келу мүмкіндігі болмаған жағдайда адамдардың МСАК ұйымдарына жүгінуі үйге шақыртуларға қызмет көрсету үшін көрсетілімдер болып табылады.

Учаскелік мейіргердің немесе фельдшердің үйде шақыртуларға қызмет көрсетуі үшін мыналар көрсетілімдер болып табылады:

1) шақырту кезінде дене қызуының 380С болуы;

2) жай-күйінің бұзылуынсыз артериялық қысымның артуы;

3) медициналық көмекті және үйде консультацияны қажет ететін жай-күйі, ауруы, жарақаттары (есінен айырылмау, қан кету белгілерінсіз, жай-күйінің кенеттен нашарламауы).

Учаскелік дәрігердің үйде шақыртуларға қызмет көрсетуі үшін мыналар көрсетілімдер болып табылады:

1) шақыртуға қызмет көрсеткен учаскелік мейіргердің немесе фельдшердің шақыртуды қабылдауы кезінде МСАК-тың тіркеу бөлімі бағалаған дәрігердің үйде тексеріп-қарауын қажет ететін жай-күйі;

2) вакциналаудан кейінгі жағдайдың нашарлауы.

5 жасқа дейінгі балаларға, жүкті әйелдерге және босанған әйелдерге денсаулық жай-күйінің кез-келген нашарлауы кезінде, жедел медициналық көмек шақыртуларын қоспағанда, үйде қызмет көрсетіледі. 65 жастан асқан, қозғалысы шектелген адамдарға үйде қызмет көрсетіледі.

Емдеу емшаралары мен манипуляцияларды жүргізу және ұйымға бару мүмкіндігі болмаған жағдайда медициналық көрсетілімдері бойынша үйдегі стационар қызметтері жүргізіледі. Пациенттерді үйдегі стационарда қадағалап-қарау Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 17 тамыздағы № 669 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 12106 болып тіркелген) (бұдан әрі - № 669 бұйрық) бекітілген Стационарды алмастыратын көмек көрсету қағидаларына сәйкес медициналық қызметкермен жүзеге асырылады. Амбулаториялық емді анықтаған және емдік шараларды тағайындаған жағдайда пациентке "Рецептілерді жазу, есепке алу және сақтау қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 22 мамырдағы № 373 бұйрығына сәйкес (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 11465 болып тіркелген) дәрілік заттарға рецепт жазып беру жүзеге асырылады және МСАК ұйымының емшара кабинетіне немесе емдік шараларды үйде тағайындауға жолдама береді. Амбулаториялық емнің тиімділігін және оған түзету енгізуді емдеуге жолдама берген МСАК дәрігері жүргізеді. Дәрілік заттарға рецептілерді МСАК ұйымдарының медицина қызметкерлері дәрілік заттар рецептілік бланкілерде, оның ішінде ақпараттық жүйелер арқылы жазылады. Осы қызмет түріне аттестатталған медициналық білімі бар мамандарды (дәріхана объектілері жоқ елді мекендердегі дәрігерлік амбулаторияларды, медициналық және фельдшерлік-акушерлік пункттерді) қоспағанда, МСАК ұйымдарының медицина қызметкерлерінің дәрілік заттар беруіне жол берілмейді. МСАК ұйымдарында бекітілген халықты дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету "Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде және міндетті әлеуметтік медициналық сақтандыру жүйесінде дәрілік заттармен және медициналық бұйымдармен қамтамасыз етілуге, оның ішінде белгілі бір аурулары (жай-күйі) бар азаматтардың жекелеген санаттарын, амбулаториялық деңгейде тегін және (немесе) жеңілдікпен берілетін дәрілік заттардың, медициналық бұйымдардың және мамандандырылған емдік өнімдердің тізбесін бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 29 тамыздағы № 666.

4. **Иллюстрациялық материал:** Презентация
5. **Әдебиет:** Н:1,3; Қ:4,5.
6. **Бақылау сұрақтары:**

- жедел тыныс жетіспеушілігі дегеніміз не?
- жедел тыныс жетіспеушілігінің негізгі белгілері;
- Коникотомияға анықтама беріңіз.

Дәріс № 7

1. **Тақырыбы:** Жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың алдын алуда мейіргердің рөлі.

2. **Мақсаты:** Жұқпалы және жұқпалы емес аурулардың алдын алу шараларын үйрену.

3.Дәріс тезистері:

Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар . Жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанудың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

3. Жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты эпидемиологиялық қадағалау мынадай іс-шараларды қамтиды:

1) профилактикалық іс-шаралардың тізбесін, көлемін және жүргізу мерзімін негіздеу, ұзақ мерзімдік бағдарламалық-нысаналы жоспарлау мақсатында халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшелері (бұдан әрі - аумақтық бөлімшелер) жыл сайын жүргізетін жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты ретроспективті эпидемиологиялық талдау;

2) сырқаттанушылықтың көтеріліп бастауын уақтылы анықтау, оның себептерін анықтау және шұғыл санитариялық-эпидемияға қарсы іс-шараларды жүргізу үшін аумақтық бөлімшелері ай сайын жүргізетін жіті ішек инфекцияларымен сырқаттанушылықты шұғыл эпидемиологиялық талдау.

Ағымдағы сырқаттанушылық апталар, айлар бойынша, өсу қорытындысымен салыстырылады, осы аумаққа тән аурудың бақылау деңгейімен салыстыру жүргізіледі.

4. Ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды және ауруға күдіктілерді анықтауды медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері амбулаториялық қабылдау, үйге бару, медициналық тексеріп-қарау, ауруханаға жатқызу және медициналық ұйымдарға бару кезінде жүргізеді. Диагноз аурудың клиникалық белгілері, зертханалық зерттеулер деректері, эпидемиологиялық анамнезі негізінде белгіленеді.

5. Жіті ішек инфекцияларымен науқастарды уақытында анықтау үшін халықтың санаттарына:

1) медициналық ұйымдарға жүгінген кезде жіті ішек инфекцияларына күдікті науқастарға;

2) стационарға түсу кезінде психикалық денсаулық орталықтардың пациенттеріне;

3) мектеп-интернаттарға, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарына мен сәбилер үйлеріне ресімдеу кезінде балаларға;

4) медициналық-әлеуметтік мекемелерге (ұйымдарына) ресімдеу кезінде қызмет алушыларға;

5) ішек инфекциясымен ауырып айыққан реконвалесценттерге ішек тобына бір рет зертханалық зерттеп-қарау жүргізіледі.

6. Қоздырғышты сәйкестендіру және ошақтың көлемдерін белгілеу мақсатында инфекциялық ауру қоздырғышының болжалды берілу жолдары мен факторларын есепке ала отырып, дәрігер-эпидемиолог айқындайтын зертханалық зерттеулер жүргізіледі.

7. Мектепке дейінгі ұйымдарда, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарда, мектеп-интернаттарда, сәбилер үйлерінде, медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарында) жіті ішек инфекцияларымен сырқаттану тіркелген кезде халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының ведомстволық бағыныстағы ұйымының филиалдары (бұдан әрі - филиалдар) қорытынды дезинфекция жүргізеді

8. Жіті ішек инфекциялар және сальмонеллез ошақтарды эпидемиологиялық зерттеп-қарау:

1) қоғамдық тамақтану және азық-түлік саудасы, сумен жабдықтау объектілерінің, мектепке дейінгі ұйымдардың қызметкерлері, сондай-ақ тамақ өнімдерін өндіру, сақтау, тасымалдау және өткізумен байланысты кәсіпкерлік қызметпен айналысатын адамдар жіті ішек инфекцияларымен, сальмонеллезбен сырқаттанған кезде;

2) мектепке дейінгі ұйымдарға, орта білім беру ұйымдарына, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарына, мектеп-интернаттарға баратын балалар сырқаттанған кезде;

3) психикалық денсаулық орталықтардың, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, медициналық-әлеуметтік мекемелердің (ұйымдарының) қызметкерлері сырқаттанған кезде;

4) бір инкубациялық кезең ішінде бір ошақта үш және одан да көп адамның сырқаттану жағдайы тіркелген кезде жүргізіледі.

9. Жіті ішек ауруларымен сырқаттанушылықтың бақылау деңгейі артқан кезде үй бойынша ошақтарын зерттеп-қарау қажеттілігін тиісті аумақтың бас мемлекеттік санитариялық дәрігері эпидемиологиялық жағдайды және шұғыл эпидемиологиялық талдау нәтижелерін ескере отырып айқындайды.

10. Ошақтарды эпидемиологиялық зерттеп-қарау кезінде байланыста болған адамдарды айқындау және декреттелген топтағы және екі жасқа дейінгі балаларды зертханалық зерттеп-қарау, зертханалық зерттеп-қарау үшін тамақ өнімдері, су сынамаларын, шайындыларды алу жүргізіледі.

11. Байланыста болған адамдар арасында патогенді микрофлора тасымалдаушылары анықталған кезде кейіннен бақылау зерттеп-қарау арқылы санация жүргізіледі. Патогенді микрофлора тасымалдаушылары теріс нәтиже алынғанға дейін жұмыстан шеттетіледі.

12. Байланыста болған адамдарды медициналық бақылауды байланыста болған адамның тұрғылықты, жұмыс, оқу, демалыс орны бойынша медицина қызметкері жүргізеді. Медициналық бақылау нәтижелері Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының 2010 жылғы 23 қарашадағы № 907 бұйрығымен (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде № 6697 болып тіркелген) (бұдан әрі – № 907 бұйрық) бекітілген амбулаториялық карталарда, баланың даму тарихында, стационарларда - сырқатнамаларда жазылады. Медициналық бақылау ұзақтығы күнтізбелік жеті күнді құрайды және сауалнама, тексеріп-қарау, термометрияны қамтиды.

13. Зертханалық зерттеу тізбесін және көлемдерін айқындау, ошақтардан өнімдерді алуды аумақтық бөлімшелерінің маманы жүзеге асырады.

14. Инфекциялық ауру ошағынан алынған материалды зерттеуді филиалдар жүргізеді.

15. Байланыста болған адамдарды зертханалық тексеру емдеу тағайындалғанға дейін жүргізіледі.

16. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша жүргізіледі.

17. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін клиникалық көрсетімдер:

1) екі айға толмаған балалардағы аурудың барлық түрлері;

2) баланың жасына қарамастан қатты сусызданумен қоса жүретін ауру түрлері;

3) ілеспелі патологиядан асқынған ауру түрлері;

4) әртүрлі дәрежедегі сусызданумен қоса жүретін созылмалы диарея;

5) дизентерияның созылмалы түрлері (асқынған жағдайда).

18. Жіті ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу үшін эпидемиологиялық көрсетімдер:

1) науқастың тұрғылықты жері бойынша қажетті эпидемияға қарсы режимді сақтау мүмкіндігінің болмауы (әлеуметтік жағдайы төмен отбасылар, жатақханалар, казармалар, коммуналдық пәтерлер);

2) медициналық ұйымдардағы, мектеп-интернаттардағы, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдардағы, сәбилер үйлеріндегі, санаторийлердегі, медициналық-әлеуметтік мекемелердегі (ұйымдардағы), жазғы сауықтыру ұйымдарындағы, демалыс үйлеріндегі сырқаттану жағдайлары

19. Дизентерия және жіті ішек инфекциялардан кейінгі реконвалесценттерді ауруханадан шығару толық клиникалық сауыққаннан кейін жүргізіледі.

Дизентерия және жіті ішек инфекциялардан кейінгі реконвалесценттерді бір рет бактериологиялық зерттеп-қарау амбулаториялық жағдайда ауруханадан шыққаннан кейін күнтізбелік жеті күн ішінде, бірақ антибиотик терапиясы (антибиотиктермен емдеу) аяқталғаннан кейін күнтізбелік екі күннен соң жүргізіледі.

20. Жіті дизентериядан сауыққаннан кейін диспансерлік бақылауға мыналар

1) қоғамдық тамақтану, азық-түлік саудасы, тамақ өнеркәсібі объектілерінің қызметкерлері;

2) жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, мектеп-интернаттардың балалары;

3) психикалық денсаулық орталықтардың, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, медициналық-әлеуметтік мекемелердің (ұйымдардың) қызметкерлері жатады.

21. Медициналық бақылау емдеу аяқталғаннан кейін бір айдың ішінде жүргізіледі, оның соңында бір рет бактериологиялық зерттеп-қарау жүргізу жүргізіледі.

22. Дәрігерге бару жиілігі клиникалық көрсетімдер бойынша айқындалады

23. Медициналық бақылауды тұрғылықты жері бойынша учаскелік дәрігер немесе инфекциялық аурулар кабинетінің дәрігері жүзеге асырады.

24. Ауру қайталанған жағдайда немесе зертханалық зерттеп-қарау нәтижесі оң болғанда дизентериямен ауырып айыққан адамдар емдеуден қайта өтеді. Емдеу аяқталғаннан кейін бұл адамдар үш ай бойы ай сайын зертханалық зерттеп-қараудан өтеді. Бактерия тасымалдаушылық үш айдан астам жалғасып келе жатқан адамдар дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын науқастар ретінде емделеді.

25. Халықтың декреттелген тобына жататын адамдарды жұмыс беруші мамандығы бойынша жұмыс жасауға клиникалық және бактериологиялық зерттеп-қарау нәтижелерімен расталған кезде толық сауыққаннан кейін жіберіледі.

Созылмалы дизентериямен ауыратын адамдар эпидемиологиялық қауіп төндірмейтін тамақ өнімдерімен және сумен жабдықтаумен байланысты емес жұмысқа ауыстырылады.

26. Созылмалы дизентериямен ауыратын адамдар емдеу аяқталғаннан кейін бір жыл бойы медициналық бақылауға жатады. Созылмалы дизентериямен ауыратын адамдарды бактериологиялық зерттеп-қарауды және тексеріп-қарауды ай сайын инфекционист дәрігер жүргізеді.

27. Сальмонеллезге бактериологиялық зерттеп-қарауға халықтың мына санаттары жатады:

1) стационарға келіп түсетін екі жасқа толмаған балалар;

2) стационарға емдеуге жатқызылған науқас баланы күтетін ересектер;

3) түскен кезде немесе емдеуге жатқызылғанға дейін алдыңғы үш апта бойы ішек функциясының бұзылуы болған босанатын әйелдер, босанған әйелдер;

4) стационарда болған кезде ішек функциясының бұзылуы пайда болғанда диагнозына қарамастан барлық науқастар;

5) сальмонеллез ошағында инфекцияның болжамды көзі болуы мүмкін, халықтың декреттелген топтарының арасындағы адамдар;

6) сауықтыру объектілеріне баратын балалар.

28. Сальмонеллезбен ауыратын науқастарды емдеуге жатқызу клиникалық және эпидемиологиялық көрсетімдері бойынша жүргізіледі.

29. Сальмонеллезбен ауырған реконвалесценттер ауруханадан толық клиникалық сауыққаннан кейін және нәжістің бактериологиялық зерттеуі бір рет теріс болған жағдайда шығарылады. Зерттеуді емдеу аяқталғаннан кейін күнтізбелік үш күннен ерте жүргізбейді.

30. Сальмонеллезбен ауырып айыққаннан кейін диспансерлік бақылауға:

1) қоғамдық тамақтану, азық-түлік саудасы, тамақ өнеркәсібі объектілерінің қызметкерлері;

2) жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, мектеп-интернаттардың балалары;

3) психикалық денсаулық орталықтардың, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарының, сәбилер үйлерінің, медициналық-әлеуметтік мекемелердің (ұйымдардың) қызметкерлері жатады.

31. Сальмонеллезбен ауырып айыққан адамдарды диспансерлік бақылауды жалпы жағдайын, шағымдарын, нәжісінің сипатын бағалай және термометрия жүргізе отырып, үш рет клиникалық тексеріп-қарау арқылы (оныншы, жиырмасыншы, отызыншы күні) бір ай бойы тұрғылықты жері бойынша инфекциялық аурулар кабинетінің дәрігері немесе учаскелік дәрігер жүзеге асырады.

32. Халықтың декреттелген тобына жататын реконвалесценттерді жұмыс беруші № 907 бұйрықпен бекітілген № 035-2/е нысанға сәйкес сауыққаны туралы анықтама ұсынылған сәттен бастап мамандығы бойынша жұмыс жасауға жібереді.

Емдеу аяқталғаннан кейін сальмонелла бөлуді жалғастыратын реконвалесценттерді, сондай-ақ халықтың декреттелген топтарына жататын анықталған бактерия тасымалдаушыларды аумақтық бөлімшелері негізгі жұмысынан күнтізбелік он бес күнге шеттетеді.

Күнтізбелік он бес күнге шеттілген кезде нәжіс үш рет зерттеледі. Оң нәтиже қайталанған жағдайда жұмыстан шеттету және зерттеп-қарау тәртібі тағы да күнтізбелік он бес күнге ұзартылады.

Бактерия тасымалдаушылық үш айдан астам уақыт бойы анықталса, адамдар сальмонелланың созылмалы тасымалдаушылары ретінде мамандығы бойынша жұмысынан он екі айға шеттетіледі.

Мерзім аяқталған соң нәжіс пен өтке күнтізбелік бір-екі күн интервалмен үш реттік зерттеу жүргізеді. Теріс нәтижелер алынған жағдайда негізгі жұмысына жіберіледі. Бір рет оң нәтиже алынған жағдайда осындай адамдар созылмалы бактерия тасымалдаушылар ретінде қаралады және Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшелері оларды эпидемиологиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді.

33. Емдеу аяқталған соң сальмонелла бөлуді жалғастыратын балаларды емдеуші дәрігер күнтізбелік он бес күнге мектепке дейінгі ұйымына барудан шеттетеді, осы кезеңде нәжіске бір-екі күн интервалмен үш реттік зерттеу жүргізіледі. Оң нәтиже

қайталанған жағдайда шеттетудің және зерттеп-қараудың осындай тәртібі тағы он бес күн бойы қайталанады.

34. Мектепке дейінгі ұйымдарда, жетім балалар мен ата-анасының қамқорлығынсыз қалған балаларға арналған білім беру ұйымдарда, мектеп-интернаттарда, сәбилер үйлерінде, медициналық-әлеуметтік мекемелерде (ұйымдарда) сальмонеллезбен сырқаттанушылық тіркелген кезде филиалдар қорытынды дезинфекция жүргізеді.

2-параграф. Іш сүзегі мен паратифтердің алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

35. Халықтың іш сүзегі және паратифтермен сырқаттанушылығын мемлекеттік санитариялық-эпидемиологиялық қадағалау мыналарды қамтиды:

1) елді мекендердің, әсіресе халықтың сүзек-паратифоз инфекцияларымен сырқаттанушылығы бойынша қолайсыз елді мекендердің санитариялық жағдайы туралы ақпаратты талдау;

2) халық арасында тәуекел топтарын айқындау;

3) науқастардан және бактерия тасымалдаушылардан бөлінетін өсірінділердің фаготиптерін айқындау;

4) бактерия тасымалдаушыларды, әсіресе тамақ кәсіпорындарының қызметкерлері мен халықтың декреттелген топтарына жататын адамдар ішінен бактерия тасымалдаушыларды анықтау және санациялау мақсатында іш сүзегімен және паратифтермен ауырып айыққан адамдарды есепке қою және медициналық бақылау;

5) санитариялық-профилактикалық және санитариялық-эпидемияға қарсы іс-шараларды жоспарлау

36. Іш сүзегі және паратиф ауруларды алдын алу үшін санитариялық-профилактикалық іс-шаралары қоздырғыштардың су, тамақ арқылы берілуінің алдын алатын санитариялық-гигиеналық іс-шараларды жүргізуге бағытталған.

37. Жұмысқа жіберу алдында халықтың декреттелген топтарына жататын адамдар дәрігердің тексеріп-қарауынан кейін бір рет бактериологиялық және серологиялық тексеруге жатады. Олар бактериологиялық зерттеп-қараудың нәтижесі теріс болғанда және қарсы көрсетімдер болмаған жағдайда жұмысқа жіберіледі.

Бактериологиялық зерттеп-қараудың оң нәтижесі анықталған адамдар бактерия тасымалдаушылар ретінде қаралады. Олар емделеді, есепке алынады, оларға медициналық бақылау қойылады. Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшелері бактерия тасымалдаушыларды эпидемиялық қауіп төндіретін жұмыстан шеттетеді.

38. Іш сүзегіне қарсы вакцинациялау "Қарсы профилактикалық егу жүргізілетін аурулардың тізбесін, оларды жүргізу ережесін және халықтың жоспарлы егілуге жатқызылатын топтарын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2009 жылғы 30 желтоқсандағы № 2295 қаулысына сәйкес жүргізіледі.

39. Іш сүзегі немесе паратифтер ошақтарда мынадай іс-шаралар жүргізіледі:

1) сауалнама алу, тексеріп-қарау, қызуын өлшеу және зертханалық зерттеп-қарау арқылы барлық науқастарды анықтау

2) іш сүзегімен және паратифтермен ауыратын барлық науқастарды уақтылы оқшаулау;

3) бұрын іш сүзегімен және паратифтермен ауырған адамдарды, халықтың декреттелген топтарын, жұқтыру қаупіне ұшыраған (жұқтыруға күдікті тамақ өнімдерін

немесе суды қолданған, науқастармен байланыста болған) адамдарды анықтау және зертханалық зерттеп-қарау жүргізу;

4) халықтың декреттелген топтарына жататын адамдарда бір рет сырқаттану болған ошақта нәжіске бір рет бактериологиялық зерттеу және серологиялық әдіспен қанның сарысуын зерттеу жүргізіледі. Серологиялық зерттеу нәтижесі оң болған адамдардың нәжісіне және несебіне қайтадан бес рет бактериологиялық зерттеу жүргізіледі;

5) топтық аурулар пайда болған жағдайда болжалды инфекцияның көзі болып табылатын адамдарға зертханалық зерттеп-қарау жүргізіледі. Зертханалық зерттеп-қарау кемінде күнтізбелік екі күн интервалмен нәжісі мен несебін үш рет бактериологиялық зерттеуді және серологиялық әдіспен қан сарысуын бір рет зерттеуді қамтиды. Серологиялық зерттеу нәтижесі оң болған адамдарға кемінде күнтізбелік екі күн интервалмен қосымша бес рет нәжісі мен несебін бактериологиялық зерттеу жүргізіледі, ал осы зерттеп-қарау нәтижелері теріс болғанда - өті бір рет зерттеледі;

6) іш сүзегімен немесе паратифпен ауырған науқаспен үйінде байланыста болған, халықтың декреттелген топтарына жататын адамдарды Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшелері науқас емдеуге жатқызылғанға дейін, қорытынды дезинфекция жүргізіліп, нәжісін, несебін бір рет бактериологиялық зерттеудің және серологиялық зерттеудің теріс нәтижелері алынғанға дейін жұмыстан уақытша шеттетіледі;

7) жұқтыру қаупіне ұшыраған адамдар зертханалық зерттеп-қараумен қатар күнделікті дәрігердің медициналық тексеріп-қарауы арқылы және іш сүзегі кезінде күнтізбелік жиырма бір күн бойы және паратиф кезінде соңғы науқас оқшауланған сәттен бастап күнтізбелік он төрт күн бойы қызуын өлшеу арқылы медициналық бақылауда болады;

8) іш сүзегімен және паратифтермен ауыратын анықталған науқастар мен бактерия тасымалдаушылар тез арада оқшауланады және зерттеп-қарау және емдеу үшін медициналық ұйымдарға жіберіледі.

40. Іш сүзегі мен паратифтердің ошақтарындағы жедел профилактика эпидемиологиялық жағдайға байланысты жүргізіледі. Іш сүзегі ошақтарында бар болған жағдайда іш сүзегі бактериофагы, паратифтер кезінде поливалентті сальмоноллез бактериофагы тағайындалады. Бактериофагты бірінші рет тағайындау бактериологиялық зерттеп-қарау үшін материалды алғаннан кейін жүргізіледі. Бактериофаг сондай-ақ реконвалесценттерге де тағайындалады.

41. Іш сүзегі мен паратифтер ошақтарында дезинфекциялық іс-шаралар жүргізіледі:

1) ағымдағы дезинфекция науқас анықталған сәттен бастап емдеуге жатқықылғанға дейінгі кезеңде, реконвалесценттерде ауруханадан шыққаннан кейін үш ай бойы жүргізіледі;

2) ағымдағы дезинфекцияны медициналық ұйымның медицина қызметкері ұйымдастырады, ал оны науқасқа күтім жасайтын адам, реконвалесценттің өзі немесе бактерия тасымалдаушы жүргізеді;

3) қорытынды дезинфекцияны филиалдар Кодекстің 144-бабы 6-тармағымен бекітілген дезинфекция, дезинсекция және дератизацияны ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптармен регламенттелген мерзімдерде жүргізеді

4) медициналық ұйымда іш сүзегімен немесе паратифпен ауыратын науқас анықталған жағдайда науқасты оқшаулағаннан кейін ол болған үй-жайларға осы ұйымның персоналының күшімен қорытынды дезинфекция жүргізеді

42. Іш сүзегімен және паратифтермен ауыратын науқастар мен бактерия тасымалдаушыларды уақтылы анықтауды, оқшаулауды және емдеуді барлық медициналық ұйымдардың медицина қызметкерлері клиникалық және зертханалық деректердің негізінде жүзеге асырады.

43. Іш сүзегін диагностикалау кезінде қаннан қоздырғыштың бөлінуі (гемоөсірінді) жетекші болып табылады. Гемоөсіріндіні бөлу үшін қан алу аурудың барлық кезеңінде жүргізіледі. Қанның бірінші себілуі антибактериялық терапия басталғанға дейін жүргізіледі. Сондай-ақ диагностикалау үшін нәжіс өсірінділерін, несеп өсірінділерін, өтт және қанды зерттеу жүргізіледі.

44. Диагнозы белгіленбеген, үш және одан да көп тәулік бойы қызбасы бар науқастар іш сүзегіне зерттеп-қаралады.

45. Іш сүзегімен және паратифтерімен ауыратын барлық науқастар инфекциялық стационарға емдеуге жатқызылады.

46. Науқастарды ауруханадан шығару нәжісі мен несебін үш рет бактериологиялық зерттегеннен кейін температурасы қалыпты (35 – 37 ºС) болған соң күнтізбелік жиырма бір күннен ерте емес жүзеге асырылады. Нәжіс пен несепті бактериологиялық зерттеу антибиотиктерді тоқтатқаннан кейін күнтізбелік бес күннен соң және содан соң күнтізбелік бес күн интервалмен екі рет жүргізіледі. Бұдан басқа, ауруханадан шыққанға дейін күнтізбелік жеті күн бұрын дуоденальды құрамды себу жүргізіледі.

47. Іш сүзегімен және паратифтермен ауырып айыққан барлық науқастар стационардан шыққан соң екі аптада бір рет дене қызуын өлшеу арқылы медициналық бақылауға жатады. Стационардан шыққаннан кейін күнтізбелік он күннен соң реконваленценттерді бактерия тасымалдаушылыққа зерттеп-қарау басталады, ол үшін кемінде күнтізбелік екі күн интервалмен нәжіс пен несеп бес рет зерттеледі. Үш ай бойы ай сайын бір рет несеп пен нәжіске бактериологиялық зерттеу жүргізіледі.

Стационардан шыққаннан кейін үш ай ішінде бактериологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған жағдайда зерттеп-қаралушы адам жіті тасымалдаушы ретінде бағаланады.

Бақылаудың төртінші айында өт және қан сарысуы зерттеледі. Барлық зерттеулердің нәтижелері теріс болған жағдайда ауырып айыққан адам диспансерлік бақылаудан алынады.

Серологиялық зерттеудің нәтижесі оң болған кезде нәжіс пен несепке бес рет бактериологиялық зерттеу жүргізіледі. Нәтижесі теріс болған жағдайда ауырып айыққан адамдарды бір жыл бойы бақылауда қалдырады.

Стационардан шыққан соң бір жылдан кейін бір рет нәжіс, несеп және қан сарысуын бактериологиялық зерттейді. Зерттеу нәтижесі теріс болса ауырып айыққан адамды диспансерлік бақылаудан алады.

48. Халықтың декреттелген топтарына жататын іш сүзегімен және паратифтермен ауырып айыққан адамдар стационардан шыққан соң оларды Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшелері жұмыстан бір айға шеттетеді, себебі олар эпидемиялық қауіп төндіреді. Осы кезең ішінде оларға бес рет бактериологиялық зерттеу (нәжіс пен несепті) жүргізіледі.

Зерттеу нәтижелері теріс болғанда олар жұмысқа жіберіледі және кейінгі екі айда ай сайын өтті және қанның сарысуын зерттейді. Одан әрі оларды екі жыл бойы тоқсан сайын, ал кейіннен барлық жұмыс істеу мерзімінде жылына екі рет зерттеп-қарайды (нәжіс пен несебін зерттеу).

Нәтижесі оң болғанда стационардан шыққаннан кейін бір айдан соң оларды тамақ өнімдерімен және сумен байланысы жоқ жұмысқа ауыстырады. Үш ай өткен соң бес рет

нәжіс пен несепке және бір рет өтке бактериологиялық зерттеу жүргізіледі. Нәтижесі теріс болғанда олар жұмысқа жіберіледі және алдыңғы топ сияқты зерттеп-қаралады.

Серологиялық зерттеу нәтижесі оң болған жағдайда нәжіс пен несепке бес рет қосымша зерттеу және нәтижесі теріс болған жағдайда өтке бір рет зерттеу жүргізіледі.

Нәтижесі теріс болғанда олар жұмысқа жіберіледі.

Егер стационардан шыққаннан кейін үш ай өткен соң жүргізілген зерттеп-қараудың кез келгенінде мұндай адамдарда жоқ дегенде бір рет іш сүзегінің немесе паратифтің қоздырғышы бөлінсе, олар созылмалы бактерия тасымалдаушылар болып есептеледі және Кодекстің 21-бабы 12-тармағының 5) тармақшасына сәйкес аумақтық бөлімшесі жұмыстан шеттетеді, себебі олар эпидемиялық қауіп төндіреді.

49. Іш сүзегі мен паратифтердің бактерия тасымалдаушылары мына санаттарға бөлінеді

1) транзиторлық бактерия тасымалдаушылар – іш сүзегімен және паратифтермен ауырмаған, бірақ іш сүзегінің немесе паратифтердің қоздырғыштарын бөлетін адамдар;

2) жіті бактерия тасымалдаушылар – ауруханадан шыққан соң үш ай бойы бактерия тасымалдаушылық байқалатын, іш сүзегімен және паратифтермен ауырып айыққан адамдар;

3) созылмалы бактерия тасымалдаушылар – ауруханадан шыққан соң үш ай немесе одан да көп ай бойы бактерия тасымалдаушылық байқалатын, іш сүзегімен және паратифтермен ауырып айыққан адамдар.

50. Іш сүзегі мен паратифтердің бактерия тасымалдаушылары арасында мынадай іс-шаралар жүргізіледі:

1) транзиторлық бактерия тасымалдаушыларда үш ай бойы бес рет нәжісі мен несебіне бактериологиялық зерттеу жүргізеді. Нәтижесі теріс болғанда өті бір рет зерттеледі. Бақылаудың соңында серологиялық әдіспен қанның сарысуы бір рет зерттеледі. Барлық зерттеудің нәтижелері теріс болғанда бақылаудың үшінші айының соңында олар есептен алынады. Бактериологиялық және серологиялық зерттеулердің нәтижелері оң болғанда жіті бактерия тасымалдаушылар деп бағаланады;

2) анықталғаннан кейін екі ай бойы жіті бактерия тасымалдаушыларға дене қызуын өлшеу арқылы медициналық бақылау жүргізіледі және үш ай бойы нәжісі мен несебіне бір рет бактериологиялық зерттеу жүргізіледі.

Үшінші айдың соңында нәжісі мен несебін бактериологиялық зерттеу – бес рет, өтін – бір рет және қанның сарысуына серологиялық зерттеу жүргізіледі.

Бактериологиялық және серологиялық зерттеу нәтижелері теріс болғанда зерттеп-қаралушыны диспансерлік есептен алады.

Серологиялық зерттеу нәтижесі оң және нәжіс пен несепті бактериологиялық зерттеу нәтижелері теріс болғанда бір жыл бойы бақылауды жалғастырады. Бір жылдан кейін нәжіс пен несепті цистеинмен бір рет, нәжіс пен несепті бактериологиялық бір рет зерттеу қажет.

Серологиялық зерттеу нәтижесі оң болғанда нәжіс пен несеп бес рет, өт бір рет зерттеледі.

Зерттеу нәтижелері теріс болғанда зерттеп-қаралушыны диспансерлік бақылаудан алады.

Нәтижесі оң болғанда зерттеп-қаралушы созылмалы бактерия тасымалдаушы ретінде бағаланады;

3) созылмалы бактерия тасымалдаушылар аумақтық бөлімшесінде есепте тұрады және байланыста болған адамдар арасында және созылмалы бактерия тасымалдаушы тұратын

аумақта эпидемиологиялық жағдай асқынған жағдайда тексеруге жатады. Медицина қызметкерлері созылмалы бактерия тасымалдаушыларды дезинфекциялық ерітінділерді дайындауға, ағымдағы дезинфекциялауға, дұрыс гигиеналық тәртіпке оқытылады;

4) халықтың декреттелген топтарына жататын бактерия тасымалдаушылар аумақтық бөлімшесінде тұрақты есепке алынады.

4.Иллюстрациялық материал: Презентация

5.Әдебиет: Н:1,2,3; Қ:5.

6. Бақылау сұрақтары:

- Жұқпалы аурулардың алдын алуда мейіргердің рөлі.
-Жұқпалы емес аурулардың алдын алуда мейіргердің рөлі.
-Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы, санитариялық-профилактикалық іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар

Дәріс № 8

1. **Тақырыбы:** Амбулаториялық-емханалық жағдайларда скринингтік тексерулер жүргізу.
2. **Мақсаты:** Амбулаториялық-емханалық жағдайларда скринингтік тексерулер жүргізу әдістерін үйрену.
3. **Дәріс тезистері:**

Скрининг - бұл сөз ағылшын тілінен алынған, және аудармасы іріктеу , сұрыптау деген мағынаны бідіреді. Егер жалпы алатын болсақ, скрининг жүктілік кезінде мысалы баланың жетіліуінің патологияларын және генетикалық ауытқуларын анықтауға мүмкіндік береді.

Скриниг жасау арқылы көп сау көрінетін адамның ішінен қандай да бір ауыруы бар адамды табуға және сол сияқты сау екенін анықтауға мүмкіндік береді. Сонымен қатар скриниг қауіп факторларын, генетикалық ауыруларды және ауыруды ерте кезінде және ауыруға бейімділікті анықтауға мүмкіндік береді.

Жүкті әйедің 1-триместріндегі скринингті талдау:

Ұрықтың перинатальді скринигі 2 бөліктен тұрады:

1. Арнайы ультрадыбысты скриниг – дәстүрлі УДЗ.
2. Биохимиялық скрининг

Скринингтің жауабын емдеуші дәрігерге жібереді. Скриниг нәтижелері және нормалары арнайы ПРИСКА атты компьютерлік программа арқылы бағаланады. Ол программа туа біткен аномалияларды және ұрықтағы басқа да патологиялары анықтауға көмектеседі.

Ерте кезеңінде анықтау тиімді болып табылатын, сырт көзге сау болып көрінетін адамдарға қолданылатын скрининг түрі.

Мысалы: маммография – сүт безі қатерлі ісігін анықтау үшін қолданылады. Бұл скринингтің характеристикасы: дұрыс жасау, анықталған жағдайлар саны, дәлдік, сезімталдық, арнайылық және сенімділік.

СҮТ БЕЗДЕРІ ОБЫРЫ:

• 40, 42, 44, 46, 48, 50, 52, 54, 56, 58 және 60 жаста сүт бездеріне рентгенологиялық зерттеу (маммография);

• маммологтың тексеруі, онколог – көрсеткіштері бойынша;

ЖАТЫР МОЙЫНШЫҒЫ ОБЫРЫ:

• 30, 35, 40, 45, 50, 55, 60 жаста потологиялық өзгерістерді болдырмау үшін жатыр мойыншығы жағындысына цитологиялық зерттеу;

• акушер-гинекологтың тексеруі, кольпоскопия – көрсеткіштері бойынша;
КОЛОРЕКТАЛДЫ ОБЫР
50, 52, 54, 56, 58, 60, 62, 64, 66, 68 және 70 жастағы ерлер мен әйелдерге
• тоқ және тік ішектің ауруға шалдығуын ерте анықтау үшін үлкен дәретте қанның жасырын болуына тестілеу;
Симптомдар жоқ кезде, алайда ізделініп отырған ауыруға бейімділік, немесе жақын туыстарында сол ауыру болғанда, адамның өмір салты сол ауыруға итермелейтін болса, сонымен қатар елді мекенде ізделініп отырған ауыру кеңінен тараған кезде жасалатын скриниг түрі.
Белгілі бір ауру шақыратын, қауіп факторлар әсер еткен адамдарға таңдамалы жүргізілетін скрининг.
Мысалы: медициналық қызметкерлерді гепатит В және С-ға, ВИЧ, сифилис және т.б ауыруларды анықтауға бағытталған скрининг жүргізу. Себебі олар сондай ауырулары бар пациенттермен контактта болуы мүмкін, ал ол қауіп факторы болып табылады.
Скринингтік программалар бірнеше талаптарға сәйкес болуы керек:
- Скринигтік бағдарламаның эффектілігі расталған болуы керек. Оның негізгі көрсеткіші болып: тұрғындар арасында аурушылықтың төмендеуі және өлімнің азаюы болып табылады.
- Зерттеліп отырған аурудың скринигтік зерттеу нәтижелерінің дәлелдемесі және нақтылығы болуы қажет;
- Скринигтік программаның пайдасы науқасқа осы скриниг жасау кезіндегі психологиялық және физикалық қолайсыз әсерден қарағанда жоғары болуы қажет;
- Экономикалық жағынан тиімділік;
- Скрингтік прграмманы әрқашан сапасын бақылауда ұстау керек;
- Пациентке бұл программа туралы түсіндіру жұмыстары жүргізілуі керек, және ол пациентке түсінікті тілде болуы қажет;

Қорытындылай келе скринигтік программалар көптеген ауыруларды симптомдары айқындалмаған жағдайдың өзінде ауруды анықтауға, жүкті әйелдердегі ұрықтың жағдайын білуге, ауыр гендік аномалиясы бар нәрестенің туылуының алдын алуға көмектеседі.
Сонымен қатар бұл программалар жүйесі қазіргі кезде кең етек алып отыр.

4. Иллюстрациялық материал: Презентация

5. Әдебиет: Н:1,2,3,7.8; Қ:2,5,6,7.

6. **Бақылау сұрақтары:**
- ГК анықтамасы және жіктемесі;
- ГК негізгі симптомдары;
- ГК жағдайында алғашқы жәрдем көрсетуде;

Әдебиеттер:

Негізгі әдебиеттер

1. Алпысова, А. Р. Неотложные состояния в практике врача скорой помощи : учебно-методическое пособие / А. Р. Алпысова. - Караганда : АҚНҰР, 2019.
2. Қаныбеков А. Жедел медициналық жәрдем : оқу құралы / А. Қаныбеков. - 2-ші бас. - Караганды : АҚНҰР, 2019. - 266 бет.
3. Адилова, Л. М. Мейіргердің манипуляциялық әрекетінің алгоритмдері: оқу құралы = Алгоритмы сестринских манипуляций : учебное пособие. - М. : "Литтерра", 2016. - 248 б

4. Пульникова, А. В. Сестринский процесс : учебное пособие / А. В. Пульникова, Б. С. Имашева. - Алматы : Эверо, 2016. - 300 с
5. Вялов, С. С. Общая врачебная практика: неотложная медицинская помощь : учебное пособие / С. С. Вялов. - 6-е издМ. : Медпресс-информ, 2014. - 112 с
6. Мейірбикелік дағдылар: оқулық / А. Қаныбеков [ж. б.]. - Алматы : Эверо, 2016. - 476 б. с.
7. Каныбеков, А. Сестринские технологии : учеб. пособие . - 2-е изд., перераб. - Алматы : Эверо, 2014. - 628 с
8. Барлығы:

Қосымша әдебиеттер

1. Аканов, А. А. Первичная медико-санитарная помощь. Часть 1. Анализ ПМСП развитых стран мира : монография / А. А. Аканов, Т. С. Мейманалиев. - Алматы : Эверо, 2014. - 208 с.
2. Аканов, А. А. Первичная медико-санитарная помощь. Часть II. Анализ ПМСП Казахстана : монография / А. А. Аканов, Т. С. Мейманалиев. - Алматы : Эверо, 2014. - 112 с
3. Дубицкий, А. А. Основы организации скорой медицинской помощи в Республике Казахстан : научные / А. А. Дубицкий. - Алматы : Эверо, 2014. - 304 с
4. Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1: национальное рук. / под ред. И. Н. Денисова, О. М. Лесняк . - ; Ред. под эгидой АСМОК. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 976 с.
5. Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 2: национальное рук. / под ред. И. Н. Денисов, О. М. Лесняк. - ; Подготовлено под эгидой АСМОК. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2013. - 888 с.
6. Жалпы дәрігерлік практика: ұлттық нұсқаулық. 2 томдық. 2 том : нұсқаулық / Қазақ тіліне ауд. Қ. Ә. Әлиханова. - М. : ГЭОТАР - Медиа, 2016. - 896 б.