

ҚОЖА АХМЕТ ЯСАУИ АТЫНДАҒЫ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ  
ҚАЗАҚ-ТҮРІК УНИВЕРСИТЕТІ  
ҚАЗТЕП ИНСТИТУТЫ  
МАГИСТРАТУРА

МАГИСТІРЛІК ЖОБА

**Жұқпалы қызметті ұйымдастыру ерекшеліктері**

Орындаушы: \_\_\_\_\_ Сагитова С. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 ж.  
/қолы/ /А.Т.Ж./

Ғылыми жетекші: м.ғ.д. \_\_\_\_\_ Утепбергенова Г.А. "\_\_\_\_" \_\_\_\_\_ 2019 ж.  
/лауазымы/ /қолы/ /А.Т.Ж./

**Түркістан 2019**

## МАЗМҰНЫ

1.	Кіріспе	3
2.	Аймақтық дәрігердің жұқпалы аурулармен байланысты жұмысының негізгі бөлімдері және сатылары	4
3	Жұқпалы аурулар мен ауыратын науқастарды анықтау және біріншілік клиникалық диагностика	5
4	Науқасты оқшаулауды және госпитализациялауды ұйымдастыру	7
5	Емдік - диагностикалық жұмыс	10
6	Жұқпалы аурулар мен ауратын науқастарды есепке алу және санитарлық-эпидемиологиялық басқармамен байланыс	12
7	Ошақтағы шаралар	14
8	Ішек инфекциясы ошағындағы ағымдық дезинфекция	16
9	Санитарлы ағарту жұмысы	20
10	Қажетті құжаттарды толтыру және жүргізілген жұмыстардың есебін алу	25
11	Иммунопрофилактиканы ұйымдастыру	30
12	Жұқпалы аурулар ошағындағы іс-шаралар	32
13	Жедел ішек инфекциясымен ауыратын науқастарға емдік-диагностикалық көмекті емхана жағдайында ұйымдастыру	35
14	Вирусты гепатиттермен ауыратын науқастарды емхана жағдайында емдеуді ұйымдастыру	38
15	Әдебиеттер	41

### Шартты қысқартылған сөздердің тізімі:

**АКТГ** – адренокортикостероидты гормон  
**АИВ** – адам иммунтапшылық вирусы  
**АҚИ** – аса қауіпті инфекция  
**АҚК** – артериялық қан қысымы  
**АПВ** – адам папилломасының вирусы  
**ГБО** – гипербариялық оксигенация  
**ҚТШҰ** – қанның тамыр ішілік шашыранды ұюы  
**ДС** – дегидратациялық синдром  
**ИБ** – иммунды блотинг  
**ИТШ** – инфекциялық токсикалық шок  
**ИФА** – иммуноферментті анализ  
**ЖАК** – жұқпалы аурулар кабинеті  
**ЖӨЖ** – жедел өкпе жетіспеушілігі  
**ЖБЖ** – жедел бауыр жетіспеушілігі  
**ЖРВИ** – жедел респираторлы вирусты инфекция  
**ЖРА** – жедел респираторлы ауру  
**ӨЖВ** – өкпенің жасанды вентиляциясы  
**РИТБ** – реанимациялық және интенсивті терапия бөлімшесі  
**ЖЖТЖ** – жедел жүрек-тамыр жетіспеушілігі  
**ПТР** – полимеразды тізбелік реакция  
**АГ** – агглютинация реакциясы  
**ГАТР** – гемагглютинацияның тежелу реакциясы  
**РИА** – радиоиммунды реакция  
**КБР** – комплемент байланыстырушы реакция  
**ЖП** – жұлын пункциясы  
**ПГАР** – пассивты гемагглютинациялық реакция  
**ТеГАР** – тікелей емес гемагглютинациялық реакция  
**АЛТ** – аланин аминотрансфераза  
**АСТ** – аспаркам аминотрансфераза  
**ПИ** – протромбин индексі  
**Ig M** – иммуноглобулин М  
**Анти-HAV** – гепатит А вирусына қарсы антидене  
**Анти-HBs Ag** – гепатит В вирусының s антигеніне қарсы антидене  
**Анти-HBc IgM** – гепатит В вирусының c антигеніне қарсы антидене  
**HBs Ag** – гепатит В вирусының s антигені  
**HBе Ag** – гепатит В вирусының e антигені  
**ЭТЖ** – эритроциттердің тұну жылдамдығы  
**ЖИТС** – жүре пайда болған иммунды жетіспеушілік синдром

## Кіріспе

Жалпы адам патологиясында жұқпалы аурулардың жағдайы қашанда басым болып келеді. Жетекші мамандардың бағалауынша анықталған барлық аурулардың 60-70 пайызын жұқпалы аурулар құрайды және де жыл сайын тұрғындардың шамамен 1/3 бөлігі әртүрлі нозологиялық түрмен эпидемиялық процеске қатысып отырады. Жылдан жылға жұқпалы аурулардың саны өсуде, бұрын анықталмаған жаңа ауру түрлері пайда болуда, тіпті бұрын басқарылмалы инфекциялар аталатын ауруларға байланысты жағдай нашарлау үстінде.

Денсаулық сақтау құрылымында жұқпалы ауруы бар науқастар ең алдымен амбулаторлы - емханалық звено дәрігерлеріне қаралады. Аймақтық дәрігердің жұмыс уақытының 30 пайызынан аса, ал аймақтық педиатрдың 70 пайызынан аса уақыты жұқпалы аурумен ауыратын науқастармен емдік- алдын алу шараларын жүргізуге жұмсалатыны белгілі. Соңғы жылдары аймақтық (жанұялық) дәрігердің осындай науқастармен жұмсалатын уақыты жұқпалы ауруларды емдеуге жаңа талаптар енгізілуіне байланысты ұлғая түсуде. ҚР Денсаулық сақтау министрлігінің нұсқауымен ЖИИ, вирусты гепатиттер және басқа да жұқпалы аурулармен ауыратындардың негізгі бөлігін емдеуді үйінде жүргізу ұсынылып отыр. ҚР Денсаулық сақтауды қайта құру және дамытуға арналған мемлекеттік бағдарламаға сай жалпы тәжірибелі дәрігердің жұмысын, соның ішінде жұқпалы аурулар паталогиясына байланысты жұмысын нығайтуда. Жалпы тәжірибелі дәрігерді жұқпалы аурулардың диагностикасына және оны емдеу тәсілдеріне дайындау барынша актуальді.

Медициналық ЖОО-да жалпы тәжірибелі дәрігер дайындау жаңа мамандық түрі болып бекітілді. Денсаулық сақтау ұйымдарында мамандықтар номенклатурасына жаңа мамандандырылған “Жалпы тәжірибелі дәрігер”(ЖТД) мамандығы енгізілді. ЖТД дайындау көптеген пәндерді соның ішінде жұқпалы ауруларды оқыту бағдарламасына аса маңызды өзгерістер әкелді. Соңғы жылдары шығарылып жатқан оқулықтар ЖТД-ге арналып, қайта құрастырылды. (Амиреев С.А., Муминов Т.М., 2007, 2008 ж).

Қазіргі таңда инфекциялық паталогия туралы аймақтық (жанұялық) дәрігердің білімінің таяздығы медициналық ЖОО-да осы пәнді оқытудың жеткіліксіздігіне де байланысты. Стандартқа сай белгіленген сағат саны жалпы медициналық (аймақтық) дәрігерді дайындауға жеткілікті емес.

Мысалы, жоғары оқу орындарында 3 курстан бастап бітіргенге дейін жалпы тәжірибелі дәрігерлерді дайындау программасы бойынша клиникалық пәндерге ажыратылған барлық сағаттардың «Жұқпалы аурулар» пәніне арналғаны (соның ішінде: эпидемиология, иммунология, балалар жұқпалы аурулары, тропикалық инфекциялар) 6 % - ға жетпейді. Ал, жұмысқа келгенде жанұялық дәрігерден талап етілетін жұқпалы ауруларға байланысты жұмыс көлемі, жоғарыда аталғандай, оның жалпы жұмыс уақытының 30 - 40 %-н құрайды.

Қолдағы бар оқулық құралы негізінен емдік-диагностикалық тактикаға арналған болып, жұқпалы аурулармен байланысты жұмысты ұйымдастыруды толық игерте алмайды.

Осы айтылғандар ЖТД-ге жұқпалы аурулар бойынша білімнің қажеттілігін ескере отырып пәндер бойынша оқыту стандарттарына сәйкесінше өзгертулер енгізуді талап етеді.

Жалпы тәжірибелі дәрігер жұмысының едәуір бөлігі қолданыстағы нұсқаулық материалдарымен басқарылады. Бірақ, бұйрықтар мен нұсқаулықтар ережелерінің қысқа мерзім ішінде жиі-жиі өзгеріп отыруына байланысты жұқпалы аурулар бойынша оқулықтарда көрсетіле бермейді. Сондықтан, аймақтық (отбасылық) дәрігерде жұқпалы ауруларға диагноз қоюда, үйінде емдеуде, сонымен қатар ошақта эпидемияға қарсы шаралар жүргізуде белгілі бір тактика болуы қажет.

Қазіргі жағдайда денсаулық сақтау саласында амбулаторлы-емханалық көмектің ролі мен жауапкершілігінің бірден артуына байланысты аймақтық дәрігердің (ЖТД) жұмысын ұйымдастыруды стандарттау маңызды рольге ие болып отыр.

Бұл жағдайда стандарттау деген түсінік заманауи медициналық әдебиеттерде немесе белгілі бір оқыту бағдарламаларда (жекелей алғанда «Аса қауіпті инфекциялар жағдайларын стандартты түрде анықтау» бойынша БДҰ ұсыныстары) дегенді білдірмейді.

Жалпы жұқпалы аурулар бойынша жалпы тәжірибелі дәрігерлерді дайындауда мұндай бағыт қолайлы емес. Дәрігердің жұмысын сұрақ қою, осы болмаса басқа клиникалық белгілердің бар-жоғымен шектеуге болмайды. Дәрігерге қолда бар ақпаратты сараптау, клиникалық ойлау, түсіну, тұжырымдау тән.

Сонымен қатар, емхана жағдайында инфекциялық қызметті ұйымдастыру өздігінен-ақ бұйрықтар, әдістемелік нұсқаулар мен басқа да нұсқаулық материалдардың талаптарын жіті орындауды талап етеді. Мұндай материалдар барлық жұқпалы аурулар бойынша дерліктей кездеседі. Бірақ, бұл директивті құжаттар жұқпалы аурулармен ауыратын науқастарға медициналық көмек және аурушандықтың алдын алуды ұйымдастыру қызметін көрсететін топтарға, оның ішінде ЖТД міндеттеріне де қатысты. Нұсқаулық материалдардың соншалықты көптігінен аймақтық дәрігердің шатасуы да ғажап емес.

Бұл құрал оқырманды қажет емес ақпараттардан қорғай отырып, ЖТД жұмысын ұйымдастыруды жетілдіруге қадам жасайды. Осы мақсатта жұқпалы аурулармен ауыратын науқастарды анықтау, диагностикалау және емдеу үрдісіне және амбулаторлы-емханалық буынның эпидемияға қарсы шараларын жүргізуге стандарттау принциптерін енгізу ұсынылады.

Сондықтан, студенттер мен интерндерді оқыту бағдарламасына жұқпалы ауруларға диагноз қою, науқастарды үйінде емдеу және ошақта эпидемияға қарсы алдын - алу шараларын жүргізуде жанұялық (аймақтық) тактикасы туралы білімін жетілдіру қажет.

### ***Аймақтық дәрігердің жұқпалы аурулармен байланысты жұмысының негізгі бөлімдері және сатылары***

Бұл құрал тек қана аурудың клиникасы, диагностикасы және емдеу сұрақтарына емес, ал жұқпалы ауруларына диагноз қойғанда немесе күдіктенгенде, оларды үйінде емдеу және ошақта эпидемияға қарсы шараларды жүргізуді ұйымдастырудағы дәрігер тактикасына арналған.

Аймақтық (жанұялық) дәрігер жұмысының дұрыс ұйымдастырылуы науқасқа, дәрігердің өзіне және айналасындағыларға зиян келтірмеу керек. Науқасқа, әрине, ерте диагностикалау, емін уақытылы бастау және толық көлемде жүргізу қажет болса; ал дәрігерге - диагностикада және емдеуде қателік жібермеуді, қолайсыз эпидемиологиялық жағдайларды болдырмауды, алдын-алу шараларын дұрыс ұйымдастыруды қажет етеді.

Соңғы жағдай ауру айналасындағы адамдардың қауіпсіздігімен байланысты, себебі эпидемияға қарсы шаралардың уақытында толық ұйымдастырылмауы инфекцияның таралуына алып келуі мүмкін.

Жоғарыда аталғандарды есепке ала отырып, аймақтық дәрігердің жұмысы мынадай бөлімдерден құрастырылуы керек:

- жұқпалы ауруларды уақытында анықтау және диагностикалау;
- науқасты оқшаулау және госпитализациялауды ұйымдастыру;
- аурудың нозологиялық түрін анықтау;
- емдеу процесін ұйымдастыру, ем және санация эффективтілігін бақылау;
- уақытша жұмысқа жарамсыздық экспертизасын жүргізу;
- диспансеризациялау;
- науқастарды есепке алу және санитарлық – эпидемиологиялық басқармамен байланысу;
- ошақта эпидемияға қарсы шаралар жүргізу;
- санитария - ағарту жұмысын жүргізу;
- сәйкес құжаттарды толтыру және жүргізілген жұмыстарды есепке алу.

Жоғарыда аталған міндеттер әр нозологиялық түрге арналған бұйрықтар мен әдістемелік нұсқауларға сәйкес жүргізіледі. Сондықтан бұл жұмыстарды ұйымдастыру технологиясына мұқият көңіл аудару қажет.

### **Жұқпалы аурулар мен ауыратын науқастарды анықтау және біріншілік клиникалық диагностика**

Аймақтық дәрігер - халыққа біріншілік медико-санитарлық көмек көрсету жүйесінде алғашқы орында тұрады. Жұқпалы ауруларды анықтау және алғашқы диагностикасы, ауруды емдеуге ғана емес, оның таралуын алдын алу да аймақтық дәрігердің негізгі жұмысына жатады.

Жұқпалы аурулардың анықталуы екі жолмен жүреді: **активті** және **пассивті**.

Активті түрде – жұқпалы аурулардың эпидемиясы жүріп жатқан аймақта тұрғындарды жаппай қарауда және эпидемиялы ошақта қарым - қатынаста болған контактілерді бақылағанда анықталады.

Пассивті түрде - науқастардың дәрігерге қаралу уақытысында, үйге дәрігерді шақырғанда, жедел жәрдемді шақырғанда, немесе дәрігерден кез келген жерде және уақытта медициналық көмекті сұрау кезінде анықталады.

Біріншілік клиникалық диагностика сатысында науқастың шағымын анықтағанда, анамнезін жинағанда және объективті тексергенде аймақтық дәрігердің мүмкіншілігі өте жоғары екенін ерекше айтып өту қажет. Ол науқастың медициналық көмекті алуға үміттенетін бірінші маманы. Оған сенім өте жоғары. Ол жағдайда науқасқа дәрігер басқа кез-келген туған-туыстарынан да жақын болады. Осы жағдайды пайдаланып, ауру туралы барлық мәліметті жинап, аурудың барлық белгілерін жақсылап анықтау қажет.

Жұқпалы аурудың диагностикасындағы негізгі ерекшелігі эпидемиологиялық анамнезін жинау болып, бұл инфекционисттерге ежелден мәлім. Көптеген жұқпалы аурулардың диагнозын толық қою үшін эпиданамнез ең маңызды мәлімет, кейде шешуші роль атқарады.

Анамнезін жинағаннан кейін, негізгі шағымын, негізгі және патогномды симптомдарды анықтағаннан соң аналитикалық қызметтің кезегі келеді, яғни дәрігерлік ойлау. Бұл процесстің қортындысы клиникалық диагноз болуы керек. Біріншілік клиникалық диагностиканың хаттамалары оқулықтың жекеленген бөлімінде қарастырылған.

### **Науқасты оқшаулауды және госпитализациялауды ұйымдастыру**

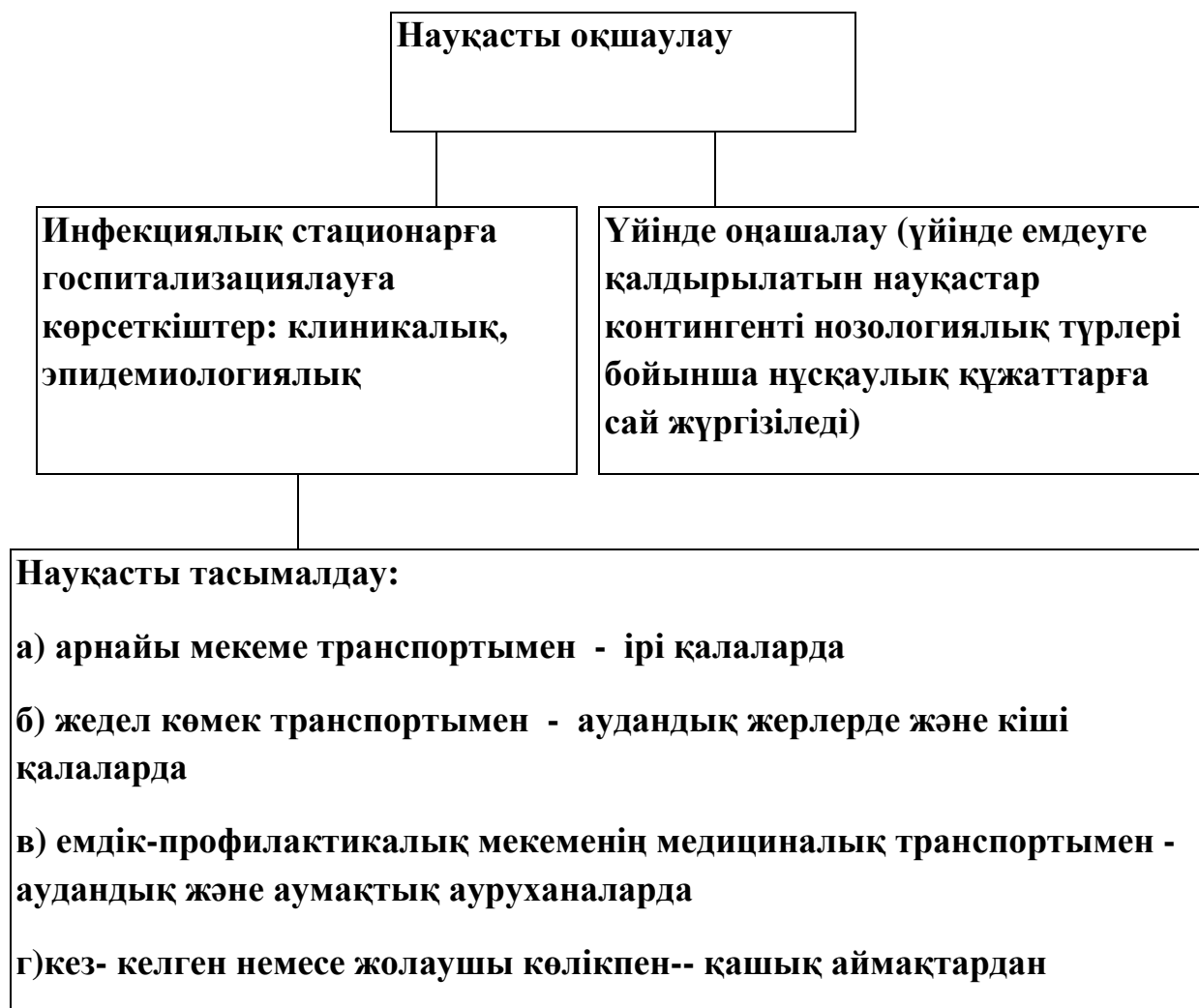
Жұқпалы ауру диагнозы қойылғанша науқас та, дәрігер де, науқастың айналасындағыларға оның қауіпті екенін білмейді. Тек диагноз қойғаннан кейін-ақ оқшаулау сұрағы туады. Негізінен ол екі жолмен: инфекциялық стационарға госпитализациялау, не үйінде оқшаулау жолымен шешіледі.

Науқасты инфекциялық стационарға госпитализациялау клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткіштеріне сай жүргізіледі. Мұндай жағдайда дәрігер қандай нозологиялық түрде, аурудың қай ауырлық дәрежесінде және қандай жағдайда науқасты денсаулығына зиян келмейтіндей және инфекцияның таралу қаупі болмайтындай етіп, үйінде емдеуге қалдыруға болатынын шешу маңызды. Науқасты стационарға емханадан немесе үйінен тікелей, арнайы мекеме транспортымен тасымалдау қажет. Ірі қалаларда науқасты СЭБ құрамына кіретін арнайы мекеме транспортымен тасымалдайды, ал аудандық жерлерде, кіші қалаларда жұқпалы ауруы бар



науқастарды тасымалдау ережеге сай жедел көмек машинасымен немесе емдік алдын - алу мекемелерінің медициналық транспортымен жүзеге асырылады. Ал қашық аймақтарда науқасты арнайы транспортпен эвакуациялау мүмкіндігі болмаған жағдайда кез келген көлікпен тасуға болады. (№ 1 схема). Науқасты тасымалдаушы медициналық персоналды міндетті түрде сол жұқпалы аурудың берілу жолдары ерекшеліктерімен таныстыру өте маңызды. Науқасты тасымалдаған транспортты дезинфекциялау науқас жеткізілген мекемесіне қатаң түрде жүктеледі.

### I схема



## **Науқастар үйінде қалдырылғанда жүргізілетін**

### **емдік-диагностикалық жұмыс**

Аурудың нозологиялық түрі, яғни диагноздың этиологиялық аталуы ең алдымен бактериялогиялық зерттеу әдісімен анықталады. Материал этиотропты ем басталмас бұрын жиналуы тиіс. Сондықтан, науқасты үйінде емдеуге қалдырылған жағдайда зерттеуге материал емханада немесе үйінде болжам диагнозы қойылғаннан кейін бірден алынуы керек. Осы мақсатта амбулаторлы-емханалық жағдайда арнайы бөлме бөлінеді. Зерттеу нәтижелері емдік-профилактикалық мекемелердің арнайы дайындалған мед персоналдың материалды дұрыс жинай білуіне байланысты.

Емдік процесін ұйымдастыру науқасты комплексті емдеу концепциясына сай болуы керек. Этиотропты ем тағайындау мен қатар сәйкес режим және диета құрастырылады. Этиотропты ем препараттарының тағайындаудың ерекшелігі - бір тәулік ішінде біркелкі тарайтынын есте сақтау. Препаратты қысқа уақыт немесе дозасын азайтып қабылдау тек қана емге кері әсер көрсете қоймай сонымен бірге препаратқа қоздырғыштың төзімділігін тудыруы мүмкін

Емнің эффективтілігін бақылау клиникалық көрсеткіштермен жүргізіледі, қажет болса лабораториялық зерттеулер бойынша бағаланады. Бұған қоса ем эффективтілігіне баға беру науқастың амбулаторлық картасына тіркеліп отыратын режим, диета және тағы басқа тағайындаулардың толық орындалуын бағалау мен жүзеге асырылады. Бұл емдік әсер болмағанда, процесс созылмалы түріне өткенде немесе болжамы қолайсыз болған жағдайда барлық тағайындауларды және нұсқауларды дәл және толық орындалған - орындалмағандығына қарап анықтауда өте маңызды болып табылады. Уақытша жұмысқа жарамсыздық экспертизасы клинико-лабораториялық көрсеткіштеріне қарай тиісті протоколдарға сай жүргізіледі. Санацияны бақылау және ауырып жазылғандарды диспансеризациялау тиісті нұсқаулармен іске асырылады. Жедел ішек инфекциямен ауыратын науқастарды үйінде емдеу тәртібі арнайы бөлімде келтірілген.

**Жұқпалы аурулар мен ауратын науқастарды есепке алу және санитарлық-эпидемиологиялық басқармамен байланыс**

ҚР- ның барлық аймақтарында, жұқтырып алған жеріне, азаматтығы болу- болмауына қарамастан, барлық жұқпалы және паразитарлық ауруы бар азаматтар есепке алынуы қажет. Жұқпалы ауруы бар науқас туралы медициналық мәліметтер, оған қоса эпидемиологиялық сипаттамалар негізгі медициналық құжаттарға:

- науқастың амбулаторлық медициналық картасына,
- баланың даму тарихына,
- науқастың стационарлық медициналық картасына тіркеледі.

Ауырғаны туралы мәліметтер сонымен қатар жұқпалы ауруларды тіркеу журналына (ф №060/е) тіркеледі (ҚР ДСМ №706 12.11.2009 бұйрығы).

Әр жұқпалы ауру анықталғанда (күдік туғанда), егуге реакциялар байқалғанда, жануарлар тістегенде, жалағанда, тырнағанда «Жұқпалы ауру туралы, тағамдық, жедел кәсіби улану, егуге реакция туралы шұғыл хабарлама» - ф №058/е толтырылады. Ол 12 сағат ішінде аурудың тіркелген орнынан территориялды СЭБ-ға жіберіледі. Бұдан бөлек оперативті шұғыл түрде телефон арқылы хабарланады. Шұғыл хабарламаны жұқпалы ауруға күдіктенген немесе анықтаған дәрігер не орта медицина қызметкерлерімен (фельдшер) толтырылады. Жедел медициналық көмек станциясының медицина қызметкері жұқпалы ауруға күдіктенсе не анықтағанда территориялды СЭБ-ға және емханаға хабарлайды. Ал шұғыл хабарламаны науқас жеткізілген стационар не емхана толтырады.

Диагнозды дәлелдеген не өзгерткен емдік - профилактикалық мекемелер 12 сағат ішінде жаңадан шұғыл хабарлама толтырып, ауру анықталған жердегі СЭБ-ға жіберуі тиіс.

Жұқпалы ауруды уақытында, толық есепке алуға және СЭБ-ға шұғыл және толық көлемде хабарлама жіберуге емдеу-профилактикалық мекеменің бас дәрігері жауап береді.

Әрбір емдеу-профилактикалық мекемеде бас дәрігер бұйрығы бойынша шұғыл хабарлама беруге, шұғыл хабарламаны жіберуге, жұқпалы ауруларды журналға тіркеп отыруға жауапты адамды тағайындайды.

Санитарлық-эпидемиологиялық станциямен байланыс екі жақты болады. Әртүрлі емдеу-профилактикалық мекемелерден шұғыл хабарлама алған СЭБ эпидемияға қарсы шараларды ұйымдастыру үшін басқа

мамандармен анықталған жұқпалы аурулар туралы территориялды емханаларды құлақтандырады.

### **Ошақтағы шаралар**

Аймақтық дәрігер жұмысының маңызды бөлімі - ауру ошағында шараларды жүргізу. Ол ошаққа барудан басталады. Аймақтық дәрігер диагноз қойылған күні немесе жұқпалы ауру анықталғаны туралы хабарды алған күні ошақты тексереді.

Ошақты тексеру міндетіне кіреді:

- болуы мүмкін инфекция көзін анықтау;
- берілуі мүмкін жұғу жолдарын табу;
- ошақ шекарасын белгілеу;
- аурудың одан әрі таралмауы үшін шаралар жоспарлау және ұйымдастыру.

Инфекция көзін және берілу жолдарын анықтау өте қиын мәселе, бұны эпидемиолог дәрігердің өзі де барлық уақытта шеше алмайды. Сондықтан ошақты тексеру мақсатты түрде, аурудың эпидемиологиялық ерекшеліктерін есепке ала отырып жүргізіледі. Аймақтық дәрігер ошақ шекарасын белгілеуі керек. Шекараны анықтауға мұқият көңіл бөлу керек, өйткені оны тарылту объектілер мен адамдарды бақылаудан тыс қалдырып, қолайсыз эпидемиологиялық жағдайларға алып келуі мүмкін. Ал, оны кеңейту қажетсіз жұмыстың орындалуына әкеліп, алдын-алу шаралардың сапасын төмендетеді. Бұнымен бір мезгілде инфекция көзімен контактыда болғандар мен жұқтыру қаупіне ұшыраған адамдар және олардың қабылдағыштық дәрежелері анықталады. Бұл әр нозологиялық түрге байланысты берілу жолдарын есепке ала отырып, мұқият жүргізіледі.

Барлық алынған мәліметтер негізінде инфекцияның одан әрі таралуының алдын-алу үшін шаралар жоспары құрылады.

Жоспарланған шаралар ауру көзін, инфекцияның берілу жолдарын және факторларын жоюға бағытталады. Науқасты үйінде қалдырғанда ағымды және қорытынды дезинфекцияның дұрыс жүргізілуі маңызды. Аймақтық

дәрігер дезинфекцияның мақсаты, объектілері және әдістері туралы науқаспен тиісті ережелер бойынша түсіндіру жүргізеді. Бұл дәрігерден залалсыздандыру туралы білім және тәжірибе деңгейін талап етеді. Контактілер және жұқтыру қаупіне ұшыраған адамдарға қатысты шаралар қаралып, керек жағдайда лабораториялық зерттеу, көрсеткіштеріне қарай шұғыл профилактика және вакцинацияны құрайды. Бір мезгілде тамақ өндірісінде жұмыс істейтіндер және соларға тең адамдарды жұмыстан босату және жұмысқа жіберу, ал, балаларды мектепке дейінгі мекемелерге жіберу-жібермеу сұрақтары шешіледі. Барлық контактілерге бақылауды жанұялық не аймақтық дәрігер жүргізеді. Бұл, егер ересек науқас ошағында балалар болса, оларды да аймақтық дәрігер-терапевт бақылайтынын білдіреді. Егер бақылау кезінде балаларда ауру белгілері анықталса және себебін анықтай алмаса, дәрігер аймақтық педиатрға шақырту жібереді және керісінше аймақтық педиатр инфекциялық ауруы бар бала ошағында ересек контактілерді де бақылайды. Бұл бағытта аймақтық дәрігердің жұмысын жақсарту және стандарттау мақсатында оқулықтың жекелеген бөлімінде әртүрлі жұқпалы аурулар ошағында жүргізілетін іс – шаралар жүйе түрінде көрсетілген. Бұл жүйелер ҚР ДСМ әдістемелік көрсеткіштері мен басқада нұсқаушы іс – қағаздарына, бұйрықтардың талаптарына негізделіп құрастырылған және бұлжытпай орындалуы қажет (Қосымша I)

### **Санитарлы ағарту жұмысы**

Санитарлы ағарту жұмысы аймақтық дәрігер жұмысының маңызды бөлігі болып табылады. Тұрғындардың жұқпалы аурулар туралы, жұқтырудың мүмкін жолдары және алдын алу шаралары, егу туралы білімдерін жетілдіру жұқпалы аурулармен аурушандықтың төмендеуіне әкеледі. Бұл жұмысты жалпы тәжірибелі не аймақтық дәрігер жүйелі жоспарлы түрде және әсіресе жұқпалы ауру ошағында жұмыс жүргізгенде мұқият орындауы қажет.

Санитарлы ағарту жұмысының актуальділігін және қажеттілігін ескере отырып аймақтық дәрігердің ай сайын 4 сағат уақыты осы жұмысты орындауға бағытталуы қажет деп белгіленген. Осы жұмыс арнайы журналда тіркеліп бас дәрігерге есеп беріледі.

### **Қажетті құжаттарды толтыру және жүргізілген**

## **жұмыстардың есебін алу**

Науқастарды диагностикалау, емдеу, ауырып жазылғандарды диспансеризациялау негізгі медициналық құжат- науқастың амбулаторлық медициналық картасына тіркелетіні белгілі. Сонымен қатар бұған ошақты тексеру, жүргізілген эпидемияға қарсы және алдын-алу шаралары, бақылау нәтижелері, контактілерді тексеру және шұғыл алдын-алу шаралары, контактілерді вакцинациялау мәліметтері де тіркеледі. Амбулаторлық картаға «контактілерді бақылау парағы», контактілерді лабораторлық зерттеу нәтижелері жабыстырылады. Сонымен қатар әр жұқпалы аурумен ауырған науқасқа қорытынды диагноздың статистикалық талоны толтырылып, ол арнайы «Жұқпалы ауруларды есепке алу журналына» (ф №060/е) тіркеліп қойылады. Барлық жоғарыда аталған жұмыстар жұқпалы аурулар кабинеті дәрігерінің басқаруымен және СЭБ мамандарымен тығыз байланыста жүргізіледі.

### ***Ішек инфекциясы ошағындағы ағымдық***

#### ***дезинфекция***

Дезинфекция немесе залалсыздандыру – бұл жұқпалы аурулар қоздырғышының вегетативті формасын айналадағы қоршаған ортаға жайылып таралмау мақсатында алдын-ала жою. Дезинфекция профилактикалық және ошақты болып бөлінеді. Ошақты дезинфекция жұқпалы аурулар ошағында жүргізіледі. Ол ағымдық және қорытынды болып бөлінеді. Қорытынды дезинфекция науқас жазылып сауыққан соң, ауруханаға жатқызылғаннан немесе науқас қайтыс болған соң жүргізіледі.

Ағымдық дезинфекция – науқас жазылып, сауыққанға дейін жүргізіледі. Науқасты үйінде емдегенде ағымдық және қорытынды дезинфекцияны жергілікті дәрігердің нұсқауымен науқастың туыстары жүргізуі тиіс. Бұндай жағдайда ең дұрысы науқас туыстарына ішек инфекциясы ошағында дезинфекция жүргізу тәртібі жазба түрінде қысқаша нұсқаулық берген жөн. Қорытынды дезинфекция – тез арада ошақтағы қоздырғыш көзін жойған соң немесе науқас сауыққан соң 12 сағатқа жеткізбей жүргізу қажет.

Ошақтық дезинфекцияны ұйымдастыру алдында келесі сұрақтарды негіздеу қажет:

- дезинфекция жасалатын объект;
- дезинфекция әдістері мен құралдары;
- дезинфекция мерзімдері.

Ішек инфекциясының таралу механизміндегі ең қауіптісі болып табылатыны ол науқастың нәжісі, түбектер, унитаз және іш киімдері. Сонымен бірге қауіпті заттар мен объектілерге лас, кір сүлгілер, ыдыс-аяқ, ойыншықтар және үстел беттері, терезе жақтаулары, едендер, есік тұтқалары және т.б. жатады. Науқасқа арнайы бөлек түбек бөлу қажет. Ал қалған отбасы мүшелері толық залалсыздандырылған әжетхананы пайдалануына болады. Дезинфекция әдістерінің ішінде механикалық әдіс ең қолайлысы болып табылғанымен ол (сыпыру, тазалау, жуу, қағу, шаңсорғышпен сору) қоздырғыш санын ғана азайтады.

Ішек инфекциясы ошағында дезинфекция әдістерінің ішінде ең нәтижелісі және эффективтісі – ол қайнату болып табылады. Қайнату арқылы ыдыс-аяқты, сүлгілерді, халаттарды, жаялықтарды, іш-киімдерді т.б. залалсыздандыруға болады. Ішек инфекциясы қоздырғышының көзін жою үшін тек бірнеше минут қана қайнату жеткілікті. Егер 2% сода ерітіндісін қайнатып жатқан суға қосса әсері күшейеді.

Ішек инфекциясында ошақты дезинфекцияның негізгі тәсіліне химиялық заттармен өңдеу жатады. Соңғы уақытта сатылымда залалсыздандырғыш заттардың саны күн сайын өсуде. Залалсыздандырғыш заттарды таңдау кезінде олардың бағасының тиімділігін, улылығы аздығын және қолдануға ыңғайлылығын алу қажет. Залалсыздандырғыштардың қолдануға рұқсат етілгендері: хлорлы әк, хлорамин, дихлор, хлорицин және т.б. Қолданар алдында міндетті түрде нұсқаулық пен қолдану тәсілі мен танысу қажет. Хлорлы әктің құрғақ түрін нәжісті, құсық массаларын, лас тағам қалдықтарын залалсыздандыру үшін қолдануға болады. Оны 1:3 - 1:10 қатынастағы көлемде қолдануға болады. Нәжісті залалсыздандыру уақыты 2 сағат, тағам қалдығын - 1 сағат. Хлорлы әктің суымен (құрғақ порошоктың 20% ерітіндісі) унитаз, жуыну бөлмелерін тазалауға болады. Экспозиция уақыты – 45-60 минут. Содан соң ағынды сумен шаяды. Әжетхана, жуыну бөлмелерінің еденін және басқа пластмасса мен ағаштан жасалған бұйымдарды залалсыздандырып өңдеу үшін хлорлы әк ерітіндісінің әлсіз түрін пайдалануға болады (концентрациясы – 0,5 - 5%). Ал қалған залалсыздандырғыш заттарды (хлорамин, дихлор, хлорицин және т.б.) хлорлы әк ерітіндісінен ерекшелігі матаны, бояуды оңдырып зақымдамайды.

Бұл құралдармен асхана ыдыстарын, қолды, киімді, үстел беттерін, терезе алдын, еденді, ойыншықтарды т.б. залалсыздандырып өңдеуге болады. Концентрация және экспозиция уақыты инструкция талаптары бойынша жүргізіледі.

### ***Иммунопрофилактиканы ұйымдастыру***

Иммунопрофилактика - белгілі аймақта медициналық мекемелердің жұқпалы аурулармен байланысты жұмысын ұйымдастыруда маңызды рол алады. Иммунопрофилактика - белгілі бір ауруларда жұқпалы ауруларды алдын алу барысында бірден бір эффективті шара болып табылады. Бәрімізге белгілі, біздің елде иммунопрофилактика әлеуметтік маңызды мәселе. Тұрғындарға профилактикалық егулерді ұйымдастыру және жүргізу мемлекеттік нормативтік актқа негізделіп атқарылады. Осы актіге негізделіп ҚР егулерді жүргізу уақыты мен қолданылатын (белгілі бір ауруларда) дәрімектер көрсетілген «Егулер күнтізбесі» бекітілген. Көрсетілген егулер мемлекеттің барлық аймақтарында және барлық медициналық мекемелерде міндетті түрде жүргізіледі. Аймақтық (жанұялық) дәрігер егулік анамнезге негізделіп, егу алушының оған көрсеткіштері мен қарсы көрсеткіштерін анықтауы керек. Кейбір жағдайларда профилактикалық және емдік мақсатпен антитоксикалық (ботулизмге, дифтерияға қарсы) сарысуларды уақытылы енгізу қажет. Жарақаттанғанда немесе жануарлар тістегенде уақытылы егу мен иммуноглобулиндерді енгізу құтыру мен сіреспеден қорғанудың бірден-бір сенімді әдісі екендігін хирургтар, травматологтар және аймақтық дәрігерлер білуі қажет. Сонымен қатар, емдеу саласындағы дәрігерлер белгілі егулермен иммунды препараттарға ерекше клиникалық көріністер мен жоғарғы реакциялардың және жедел рационалды емдік шараларды білуге міндетті.

Егулер жоспарлы және эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша ажыратылады. «Егулер күнтізбесінде» көрсетілгеннен басқа жоспарлы егулерге жеке категориядағылар «әскери қызметкерлер, жеке өндіріс жұмысшылары, белгілі бір аурулар бойынша табиғи қауіпті тұрғындар» жатады. Эпидемиологиялық көрсеткіштер бойынша егулерге жататындар: белгілі бір аймаққа таралу қаупі бар ауруларда, жекеленген жұқпалы аурулар ошағындағы жедел вакцинопрофилактика.

Бас дәрігер немесе оның көмекшісінің басшылығымен, балалар консультациясында егу жүргізу бөлмесінде дәрігер- иммунолог егуді



ұйымдастырады және иммунизация бойынша сұрақтарға кеңес береді. Ересек тұрғындарға профилактикалық егулер жұқпалы аурулар кабинетінде (ЖАК) дәрігерінің басшылығымен, жалпы медициналық саласының қызметкерлері жоспарлы түрде жүргізеді. Сіреспе және құтыруға қарсы жедел профилактика травматологиялық пунктта (егер ол болмаса біріншілік көмек көрсеткен дәрігер) жүргізіледі. Аймақтық (жанұялық дәрігер), әр жылғы профилактикалық егулерді қарсы көрсеткіштерін ескере отырып, жасына байланысты, айлық жоспар бойынша ұйымдастырады және ЖАК – не немесе медициналық ұйым басшылығына егу материалдарына сұраныс жібереді.

### **Егулерді ұйымдастыру.**

Егулер жүргізуге байланысты жұмыстардың барлығы жеке бөлімдерден тұрады.

- **Тұрғындарды дайындау** (егу алушы) – ол әңгімелесу және егудің маңызы жөніндегі басқа ақпараттар, жүргізу уақыты мен ережелері туралы мәлімет; егу алдында жуыну мен киім ауыстыру туралы кеңестер. Сонымен қатар егулерді жүргізуге қолайлы уақыт – жұмыс күнінің және аптасының соңында. Бұл міндеттер егуден кейінгі болуы мүмкін реакцияларға байланысты, яғни егу алушы жалпы жағдайының қалпына келуіне уақыт қажет етеді.
- **Бөлмелерді дайындау** – егуді жүргізуге және егу алушыны қарауға, тіркеуге мүмкіндігі бар бөлме болуы қажет. Арнайы егу бөлмесі талаптарға сай және егуге қажетті құралдар мен егу материалмен жабдықталған болуы керек. Олар егу жүргізуге ұсыныс жасаған медициналық ұйымның келісімімен тиісті ұйымдардан беріледі. Сонымен қатар егуді сақтау және тасымалдау талаптарға сай болуын ескеру қажет.
- **Медициналық қызметкерлерді дайындау** : денсаулығы туралы хабардар болу; егу жүргізу техникасы туралы инструкция; киімге тиісті талаптар (қауіпсіз халаттар, аяқ киім, тырнақтарының алынуы, қолда әшекейлердің болмауы, сабынмен қол жуу және 12-15 егуден кейін қолын спирт иодпен өңдеу). Негізгі егуді сұрастырудан, қараудан, қарсы көрсеткіштерді анықтау мақсатында термометриядан бастайды. Қораптағы препараттың маркасын немесе этикеткасын ампула (флакон) бүтіндігін, жарамдылық мерзімін, сыртқы көрінісінің талапқа

сай болуын, препарат туралы мәліметтерді оқу және тексеру керек. Көрсетілген талаптардың біреуіне сай болмаса немесе этикеткасы болмаса препаратты қолдануға болмайды. Препаратты енгізу барысында тері бүтіндігі бұзылса – теріні 70% спиртпен өңдеп, иод ерітіндісін жағамыз. Адсорбциялық препараттарды енгізгенде енгізу орнын жеңіл уқалау керек. Егуді парентеральді енгізгенде 20-30 минут бақылау қажет.

Тері үстілік скарификация – теріні 70% спиртпен өңдеп, эфирмен залалсыздандырады. Егудің сінуі үшін скарификация орнын 10-15 минут ашық қалдырады. Интраназальді егу кезінде мұрын жолдарын шырыштан тазартады; егу алушы басын шалқайтып отырады, препаратты енгізу алдында терең тыныс алуы керек, отырған қалпында 2-3 минут тұрады. Егуден кейін мұрнын 30 минут аралығында тазаламайды. Егу туралы мәлімет баланың даму тарихына және профилактикалық егу картасына тіркеледі. Ал ересектердікі егу журналына тіркеледі.

Егу алушыда вакцинальді процесс пен иммунитеттің қалыптасу кезінде, 1-2 тәуліктен кейін жалпы және жергілікті реакциялармен көрінеді, ол 2 ден 8 күнге дейін сақталады. Абсорциялық анатоксин енгізген аймақта тығыздалу 15-30 тәулікке дейін сақталады. Жергілікті реакциялар көрінісі: әлсіз реакция кезінде – инфильтрат 2,5 см дейін, гиперемиямен; орташа- инфильтрат 2,5-5 см лимфангитпен; жоғары – инфильтрат 5 см дан жоғары лимфангит және лимфаденитпен көрінеді.

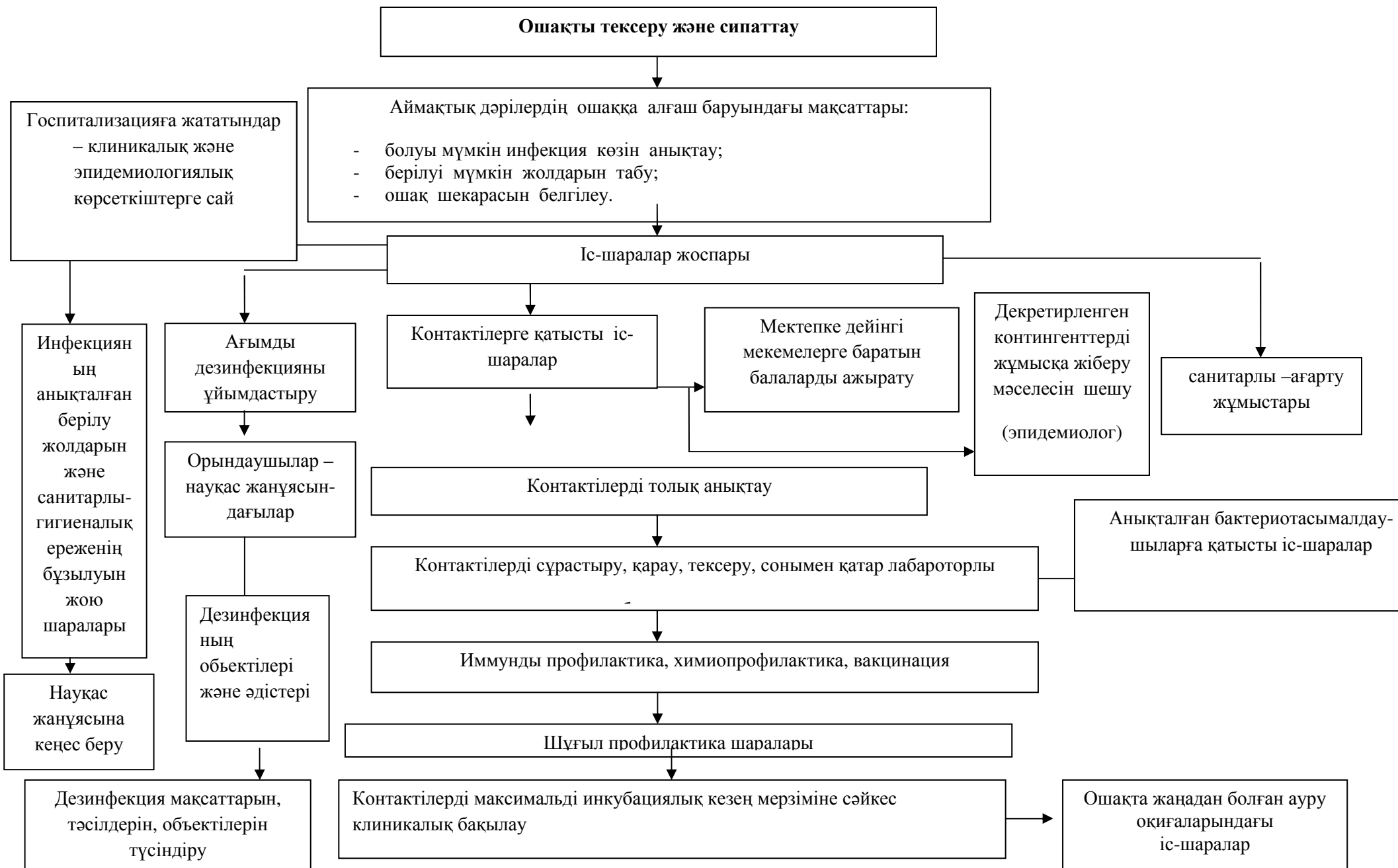
Жалпы реакция дене қызуының жоғарылауымен өтеді: әлсіз –  $37,5^{\circ}\text{C}$  дейін; орташа -  $37,6^{\circ}\text{C}$  -  $38,5^{\circ}\text{C}$ ; жоғары –  $38,5^{\circ}\text{C}$  тан жоғары. Дене қызуы делсалдық, талма, жүрек айну, құсу, конъюктивит немесе катаральді көріністермен жүруі мүмкін. Жалпы реакция 10-12 сағатта көрінеді және 2 тәулікке дейін сақталады. Жалпы реакциялардың жиілігі этикеткада көрсетілген шектен аспау керек. Егудің жаңа түрін (сериясын) қолданарда реакциялардың жиілігін анықтау үшін, емханада немесе егу бөлмесінде 40-50 адамға сынамалы егу жасауға кеңес беріледі.

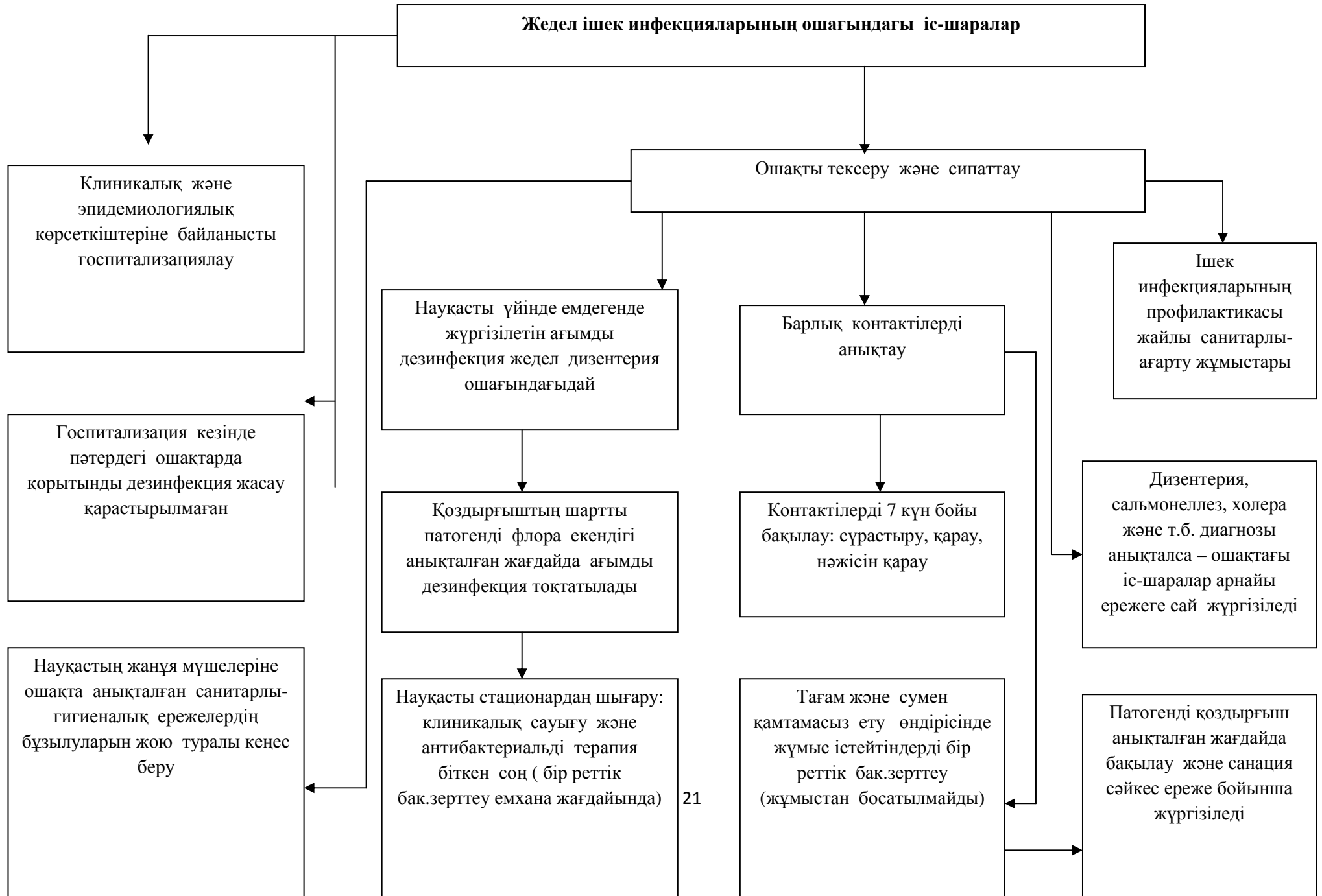
Орындалған егулер туралы ақпараттар аймақтық СЭБ-ге өткізіледі. Әрбір жағдайдағы асқыну және күшті немесе ерекше реакция (егерде ол жиі кездессе) шұғыл түрде мемлекеттік денсаулық сақтау ұйымына, ары қарай ақпаратты стандарттау ұйымына және жасап шығару институтына хабарлау қажет.

Ұсынылып отырған оқу-әдістемелік құрал болашақ аймақтық (жанұялық) дәрігерге жұқпалы аурулар мен байланысты жұмыстарды ұйымдастыруда қажетті тактиканы игеруге көмектеседі деп сенеміз

# I - ҚОСЫМША

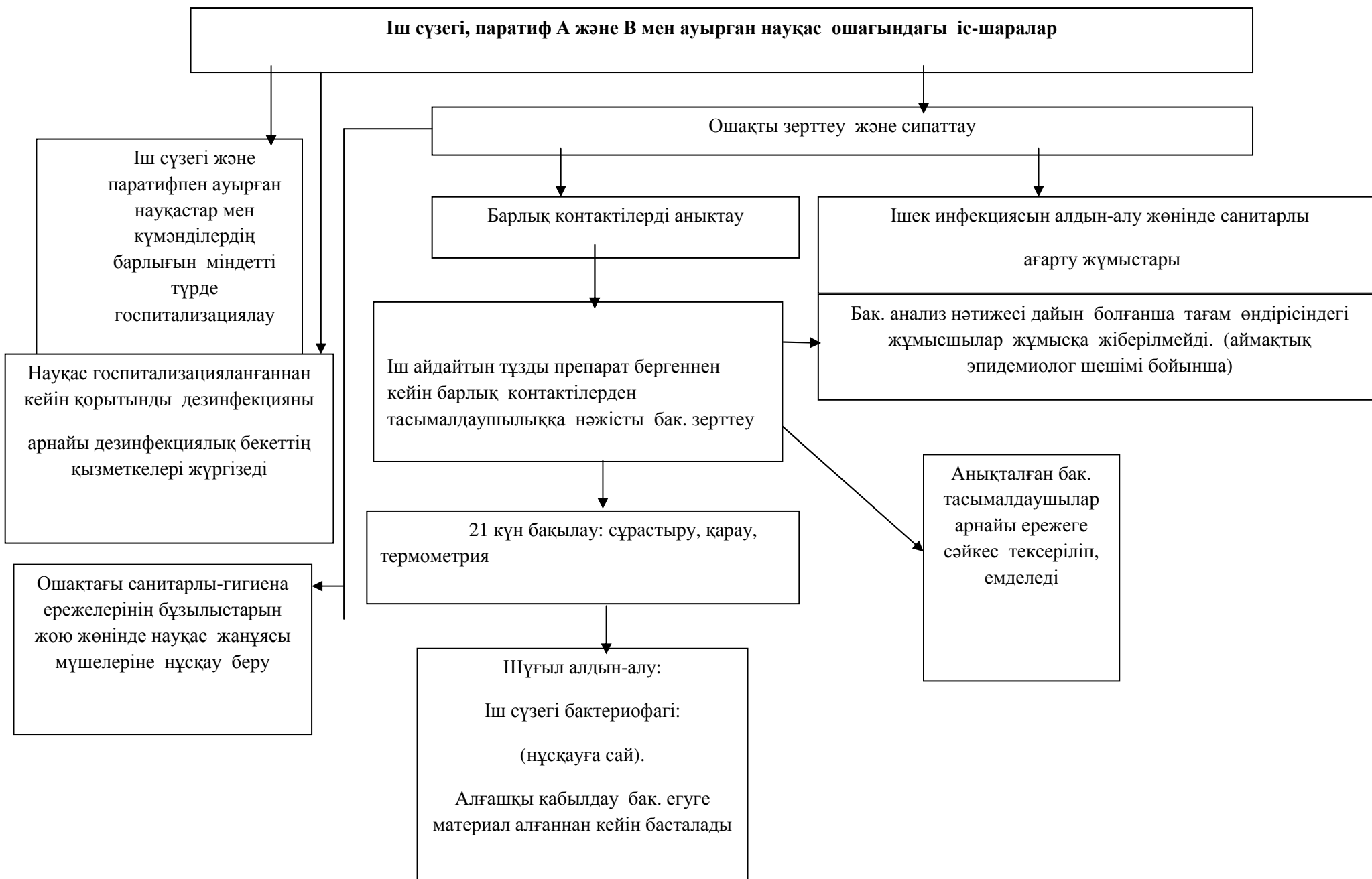
## ЖҰҚПАЛЫ АУРУЛАР ОШАҒЫНДАҒЫ ІС-ШАРАЛАР

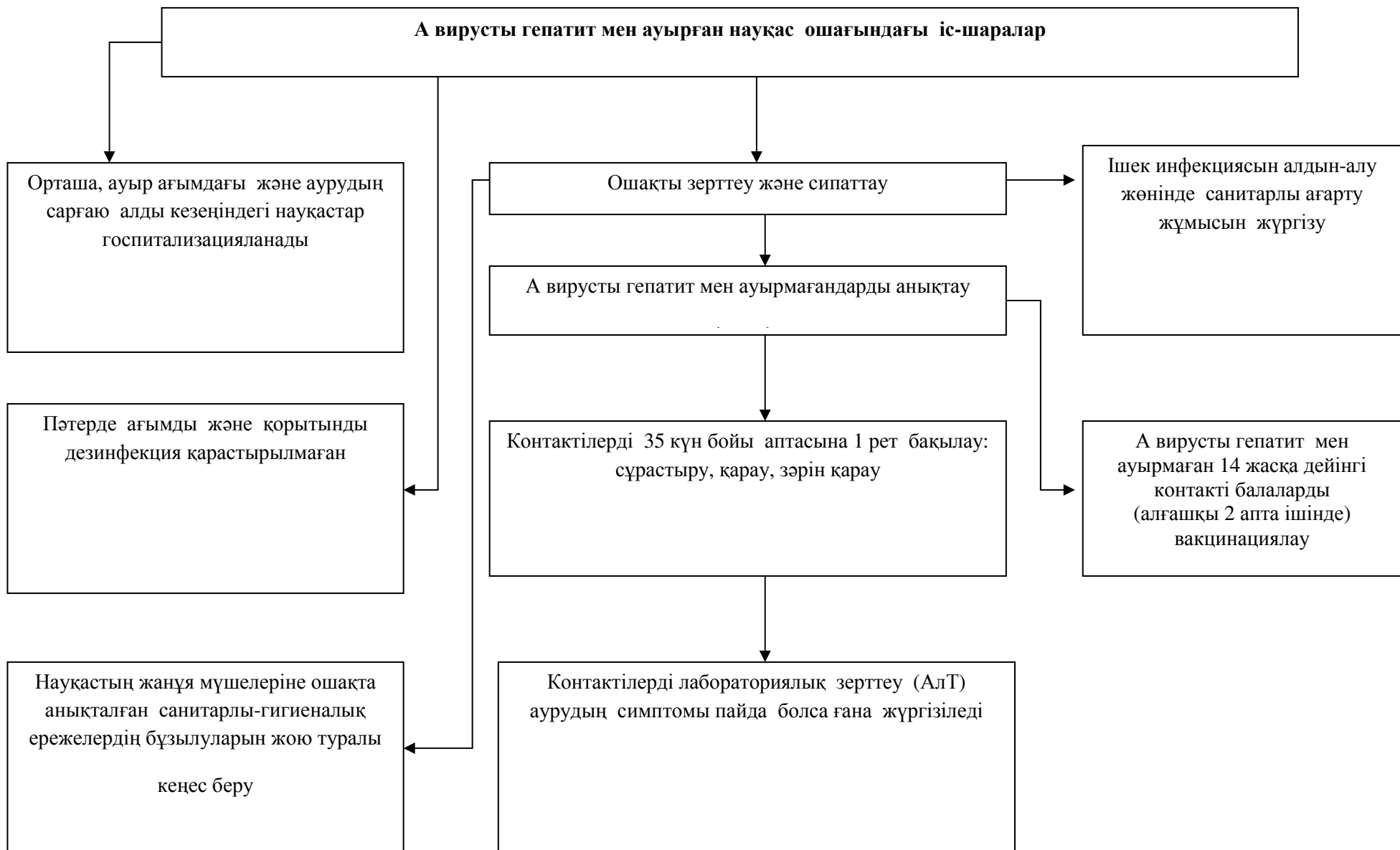






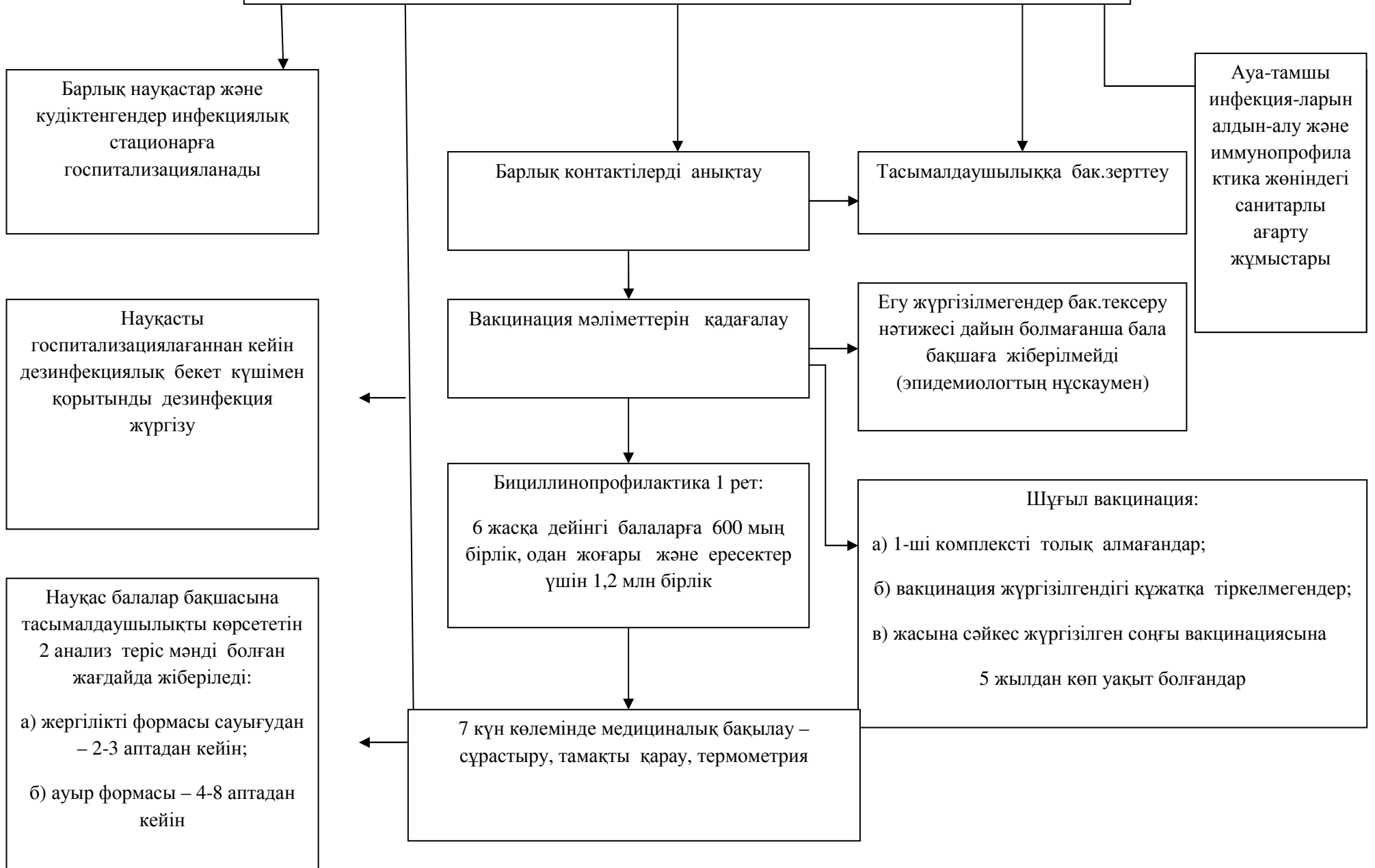
# Іш сүзегі, паратиф А және В мен ауырған науқас ошағындағы іс-шаралар

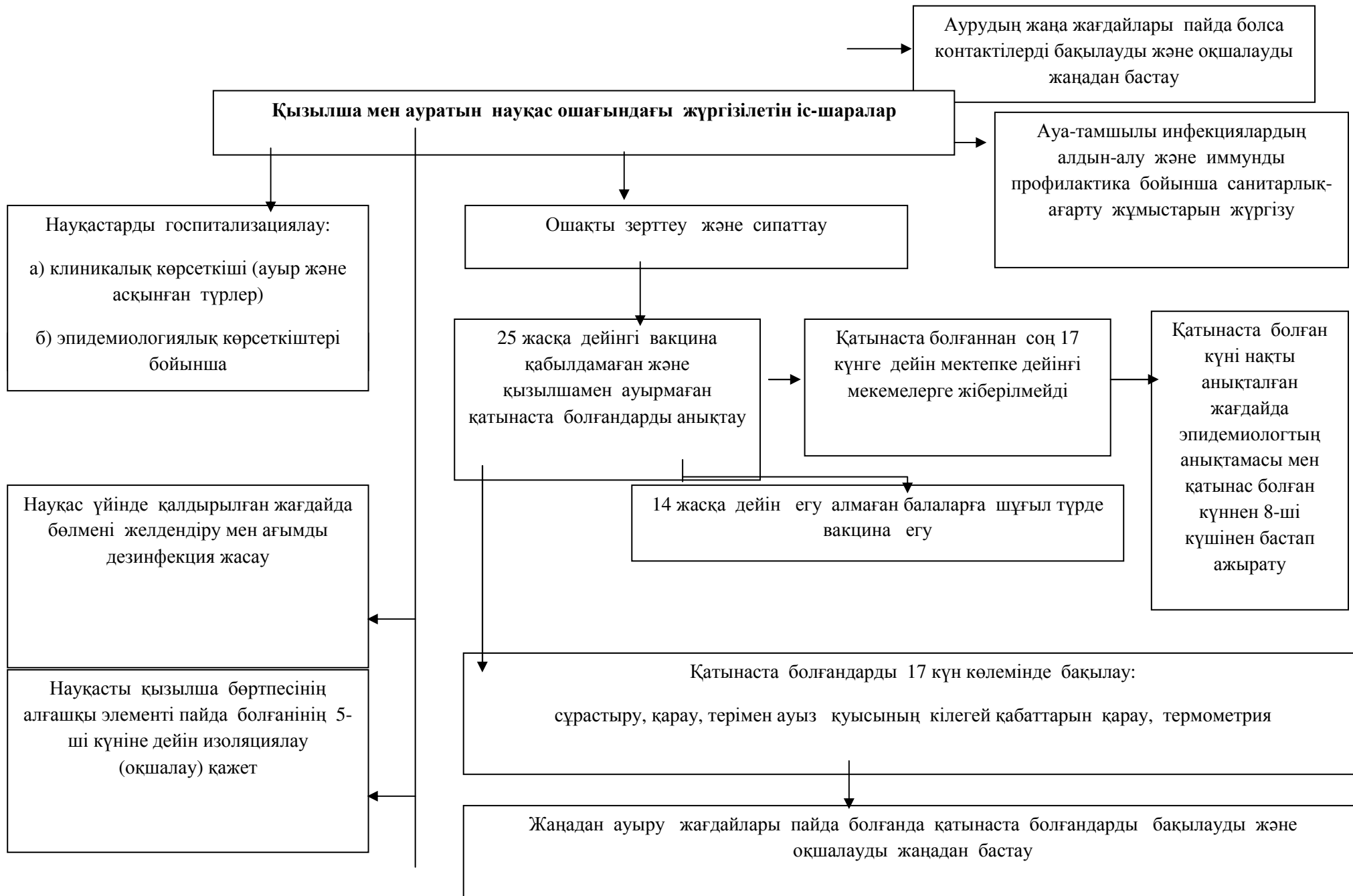






## Дифтериямен ауырған науқас ошағындағы іс-шаралар





**Менингококкты инфекциямен ауырған науқас ошағында жүргізілетін іс-шаралар**

Ошақты зерттеу және сипаттау

Контактілерді анықтау

Барлық контактілердің мұрын-жұтқыншағынан бак.егінді алу

Контактілерді 10 күн бақылау, сұрастыру, қарау, термометрия

Катаральды өзгерістері бар адамдарға 5 күн көлемінде коллективтен изоляцияламай-ақ жасына сай мөлшерде эритромицинмен профилактикалық ем жүргізу

Ауа-тамшы инфекциясын алдын-алу және организмді шынықтыру жөнінде санитарлы-ағарту жұмысын жүргізу

Анықталған тасымалдаушы – балалар мен жасөспірімдерді ем аяқталғаннан 3 күннен соң мұрын-жұтқыншақтан алынған бір реттік бак.егу теріс мәнді болған жағдайда коллективке жіберіледі

Госпитализацияланатын науқастар:

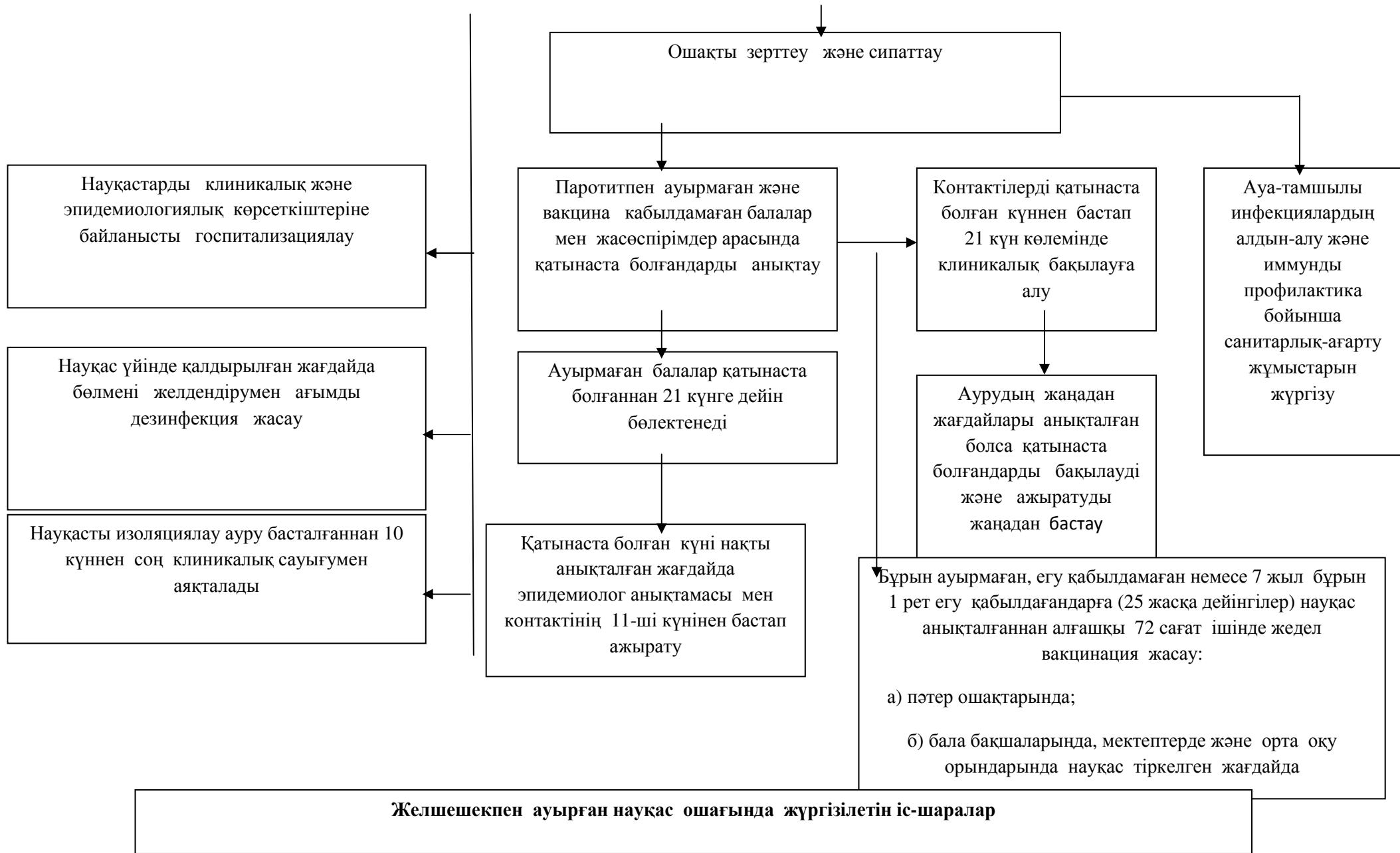
- 1) Жайылған формасы – барлығы
- 2) Назофарингитпер:
  - а) айқын интоксикациямен;
  - б) эпид.көрсеткіш бойынша

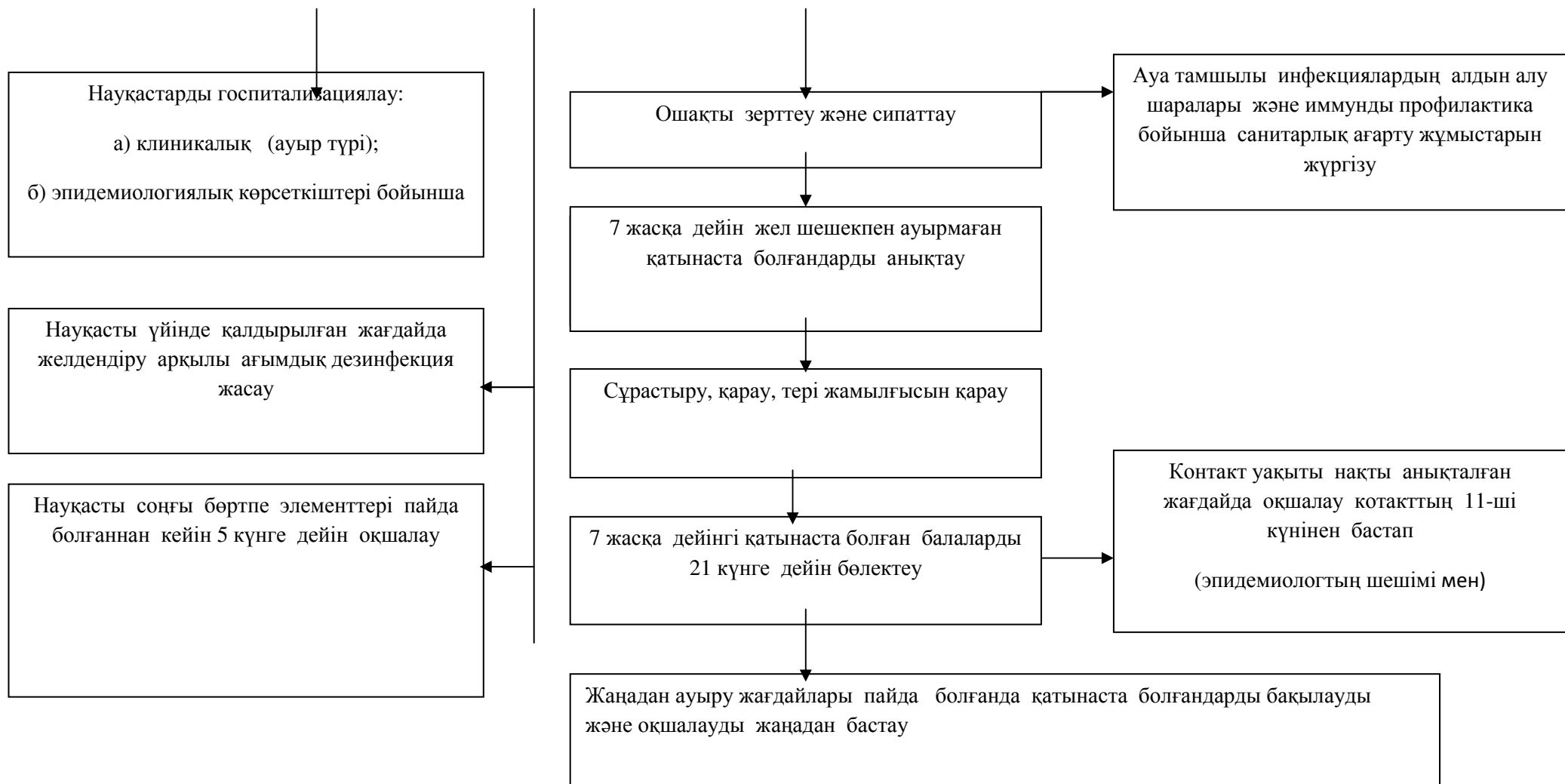
Науқас үйінде қалдырылған жағдайда ағымды дезинфекция бөлмені желдету және ылғалды тазалау арқылы жүргізіледі

Науқас айыққан соң және антибактериялық терапия аяқталғаннан 3 күннен кейін мұрын-жұтқыншақтан алынған бак.егу теріс мәнді болған жағдайда науқасты изоляциялау тоқтатылады

**Эпидемиялық паротит мен ауырған науқас ошағында жүргізілетін**

**Іс-шаралар**





## **Жедел ішек инфекциясымен (ЖИИ) ауыратын науқастарға емдік-диагностикалық көмекті емхана жағдайында ұйымдастыру**

ЖИИ әлемнің көптеген елдерінде маңызды проблемалардың бірі болып табылады. ЖИИ-мен ауырғандар (тұмау мен ЖРВИ –ні есепке алмағанда) өте көп кездесетін жұқпалы аурулар болып келеді. Бұған куә - ДДҰ-ның диареямен өтетін ауруларға арнайы бағдарламаны қабылдауы. ЖИИ-ның елімізде, әсіресе, оңтүстік аймақтарында кездесуі алдыңғы орында тұр. Қазіргі ғылыми зерттеулердің негізінде алынған мәліметтердің нәтижесі бойынша, инфекциялық патологиясы бар науқастардың көпшілігіне терапевтік көмекті үйде ұйымдастырылуы керек. Бұл ЖИИ мен вирусты гепатиттерге де тиісті. Жұқпалы аурумен ауыратындарды үй жағдайында емдегенде, оны изоляциялау, ошақтағы эпидемияға қарсы шараларды орындау, емдеу тәртібін, емдік шараларды қамтамасыз ету сияқты сұрақтарды қарастырылуды талап етеді. Сонымен қатар емхана жағдайында зертханалық тексерілуі, емдеу жоспары, оның әсерлігі мен оларды қадағалауы, диспансеризациясы анық айқындалуы керек. Бұл аймақтық дәрігердің жұмысы ҚР ДСМ бұйрықтарында және методикалық нұсқауларында көрсетіліп, міндетіне алынған. Алайда аймақтық дәрігерлердің жұқпалы ауруларды диагностикасы, емі, ошақтағы эпидемияға қарсы іс-шаралар туралы білім деңгейі осы проблеманы орындауға жеткілікті емес. Сондықтан емхана жағдайында жедел ішек инфекцияларымен ауыратын науқастарды диагностикасы және емдеуде аймақтық дәрігер жұмысын бір жүйеге келтіріп стандарттау принциптерін енгізуді ұсынамыз.

Алғашқы болжам диагноз шағымдарға, клиникалық зерттеулердің нәтижесіне, эпидемиологиялық мәліметтеріне негізделіп қойылады. Диареялық аурулардың клиникалық-эпидемиологиялық ерекшеліктерін есепке ала отырып аймақтық дәрігер емхана жағдайында мынадай ЖИИ-нің болжам диагнозын қоя алады:

1. Жедел дизентерия
2. Тағамдық токсикоинфекция
3. Қалған жағдайларда біздің ойымызша жедел ішек инфекциясы: «Жедел гастроэнтерит» не «Жедел гастроэнтероколит» сияқты синдромдық болжам диагнозы қойылады.

Алғашқы екі жағдайда клиникалық-эпидемиологиялық мәліметтердің негізінде алғашқы болжам диагноз қоя алады. Ал, жедел гастроэнтерит не

жедел гастроэнтероколит диагнозын қою үшін алдымен олардың нәжисінде «колиттік» диареяға тән қосалқылар - кілегей, қан, ірің, бар-жоқтығын анықтап алу керек. Болжам диагнозы қойылғаннан кейін, дәрігер аймақтық санэпидбақылау басқармасына (СЭБ) оперативті түрде телефон арқылы жедел хабарлама беруі және 12 сағат ішінде жедел хабарламаны жазбаша түрінде СЭБ – ке жеткізу тиіс. Диагноз анықталған соң науқасты госпитализациялау, не үйде емдеу мәселесі шешіледі. ЖИИ ауыратындардың госпитализациясы клиникалық және эпидемиологиялық көрсеткіштерге байланысты (ҚР ДСМ 01.07.2011 №442 бұйрық). ЖИИ-мен ауыратын науқастарды госпитализациясың клиникалық көрсеткіштері:

1. 2 - айға дейінгі балалардағы аурудың барлық түрлері;
2. Баланың жасына қарамастан ауыр сусызданумен қосарланған барлық түрлері;
3. Ауыр және қосымша аурулар әсерінен ауырланған түрлері;
4. Сусызданудың кез келген сатысындағы созылмалы диареялар.
5. Созылмалы дизентериянің өршу кезеңінде.

Эпидемиологиялық көрсеткіштер:

1. Науқастың тұрғын үйінде эпидемияға қарсы шараларды орындай алмау (әлеуметтік жағдайы нашар, жатақхана, коммуналды пәтер);
2. Егер ауру емдік-алдын алу мекемеде, мектеп - интернат, балалар және мүгедектер үйінде, шипажай, қарттар үйі, жазғы демалыс орындарында болса.

Негізгі лабораториялық зерттеу материалы болып нәжис табылады. Жедел гастроэнтеритпен өтетін ауруларда қосымша құсық массалары және асқазан жуындысы алынады. Дефекациядан кейін стерильді шпательмен не алюминий ілмекпен 2-3 гр. нәжис және оның патологиялық қосындылары міндетті түрде алынады. Алынған нәжісті стерильді ыдысқа салып, бір сағат ішінде оперативті бөлім арқылы бактериологиялық зертханаға тасымалдайды. Егер тасымалдауды ұзарту керек болса (24 сағ. дейін), онда алынған материалды транспорттық ортаға (3-5 мл. 0,9% натрий хлорид ерітіндісі) 1:3-1:5 қатынасында салып, 4<sup>0</sup>С температурада ұстайды. Құсық массасын және асқазан жуындысын (50-100 мл.) стерильді ыдыстарға жинайды. Үйде қалдырылған ЖИИ-мен ауыратындардан

мамыр-қазан айлары арасында міндетті түрде Ф-30 (тырысқақ)-ға материал алынады: науқастан алынған нәжіс және құсық массаларын (10-20 мл. көлемінде) стерильді ыдысқа салып, биксте зерттанаға жеткізіледі.

Тағамдық токсикоинфекция, сальмонеллездың гастроинтестиналды формасы кезінде, инфаркт не құрсақ қуысындағы жедел хирургиялық патология болмаған жағдайда, асқазанды қайнатылған сумен немесе 2% натрий биокарбонат ерітіндісімен жуу қажет. Зерттеу материалын зерттеуге алып болғаннан соң, калий перманганатының әлсіз ерітіндісімен асқазанды жууды таза су шыққанша жалғастырады. Ұй жағдайында қалдырылған науқасқа нақты диагноз тек лабораториялық зерттеуден соң ғана қойылады. Егер диагноз лабораториялық зерттеу қорытындысынан соң өзгерілсе, не нақтыланса, онда қайтадан жаңа жедел хабарландыру қағазы жіберіледі.

Айта кететін жағдай зерттеу материалын этиотропты емді бастамас бұрын алып қояды, бұл аймақтық қызметтің персоналына арнайы дайындықты қажет етеді.

ЖИИ емдеудегі негізгі принциптері:

1. Емдәм;
2. Этиотропты ем: антибиотиктер және химиопрепараттар;
3. Патогенетикалық және симптомдық терапия.

Организмдегі сусыздануды жою мақсатымен регидратациялық терапия жүргізіледі. Егер науқас өзі іше алатын болса (айқын құсуы жоқ), онда оған сұйықтық ішкізеді. Сусыздану мен электролитті қалыптастыру үшін арнайы ұнтақтар беріледі: «Регидрон», «Цитроглюкосалан», «Гастролит» (құрамы глюкоза – 20 г., NaCl – 3,5г., натрий бикарбонат – 2,5г., калий хлорид – 1,5г.).

Әрбір ұнтақты қайнаған және салқындатылған суға ерітеді де оны жай, аз мөлшер мен береді ( құсуды болдырмау мақсатымен 1-2 ас қасықпен әр 5-10 минут сайын).

Ұй жағдайында болса, онда глюкоза орнына құмшекер, натрий хлорид - ас тұзын, натрий бикарбонаты - ас содасын қолдануға болады.

№1а емдәмі ұсынылады. Емдәм мақсаты - асқазанды механикалық және химиялық зақымданудан максималды аяулау арқылы оның кілегей қабатының репарациясын жақсартып, асқазан мен ішектің рефлекторлық



қозғыштығын төмендетеді. Тағам рационынан асқазан секрециясын жоғарлатып және механикалық, химиялы және термикалық тітіркендіретін тағамдарды шектеу. Тағам қайнатылған не бұға пісірілген, сұйық не жартылай сұйық консистенциялы болуы керек. Тағамды әр 2-3 сағат тәулігіне 6 рет жылы күйінде қолданылады (40-50 °С). Майсыз балық, сиыр, қоян еті, сұйық ботқалар: манка, гречка, овсянка т.б. беруге болады. Беруге болмайтын тағамдар: нан және ұн тағамдары, ет сорпасы, саңырауқұлақ, майлы балық, жеміс-жидек, кофе, какао, газдалған сусындар, квас.

Дизентерия мен колиинфекцияның жеңіл түрінің этиотропты емі: нитрофуранды препараттар: фуразолидон 0,1-0,15 г. тәулігіне 4 рет. Басқа топ препараттарынан хинолин туындылары болып табылады. Хлорхинальдон 0,2 г. күніне 4 рет, тамақтаң соң ішке, интетрикс -2 капсуладан күніне 3-рет ас ұстінде. Емдеу курсы 5 күнге дейін.

Дизентерияның орта ауырлықтағы емі: сульфаметоксазол тобының препараттары (бактрим, септрин, бисептол-480) 2 таблеткадан күніне 2 рет немесе хинолин туындылары: цифран 0,25-0,5 г. күніне 2 рет. Бұл топтағы ауруларға тағайындалатын дәрілерден ең тиімдісі фторхинолон туындыларының ішінде **ципрофлоксацин** болып табылады(ципран, ципрово, ципролет). Ол асқазан-ішек жолдарында жақсы сіңірімді және жоғарғы антимикробтық қасиеті бар. Бұл препаратты ересек адамдарға 500 мг-нан тәулігіне 2 рет тағайындалады. Ауыр түрінде - 200-400 мг тәулігіне 2 рет көктамыр ішіне енгізуге болады.

Қарт адамдарға хинолин туындылар мен қатар аминогликозидтер тобын (гентамицин сульфат, сизомицин сульфат, тобромицин, амикацин сульфат) парентеральды қолданады.

Аймақтық дәрігер жұмысының көп бөлігі аурудың ошағында жасалатын шаралар болып табылады. Ол ошаққа барудан басталады, мұнда аймақтық дәрігер диагнозды анықтаған күні немесе инфекциялық аурудың бар екені туралы хабар алған күні баруы керек.

ЖІИ-мен ауырған науқастардың ошағында эпидемияға қарсы іс-шаралар тиісті нұсқаулар негізінде жүргізіледі (ошақтағы іс-шаралар бөліміне қара).

Дизентерия және басқа ЖІИ-ң реконвалесценттері ауруханадан толық клиникалық сауығудан кейін шығарылады. Реконвалесценттерді бактериологиялық зерттеу 1 рет емхана жағдайында ауруханадан шыққаннан соң 7 күн ішінде (антибиотикалық терапиядан соң 2 күннен бұрын емес) жүргізіледі.

Жедел дизентериядан кейін диспансерлік бақылауға міндетті түрде алынатындар:

- 1) Қоғамдық тамақтану және азық-түлік саудасы, тамақ өнеркәсібі объектілерінің қызметкерлері;
- 2) Балалар үйлерінің, нәрестелер үйлерінің, мектеп-интернаттарының балалары;
- 3) Психоневрологиялық диспансерлердің, балалар, нәрестелер, қарттар, мүгедектер үйлерінің қызметкерлері.

Диспансерлік бақылау 1 ай ішінде жүргізіледі. Айдың соңында міндетті түрде 1 рет бактериологиялық зерттеу жүргізіледі. Дәрігерге қаралу реті клиникалық көрсеткіштерге байланыста айқындалады. Диспансерлік бақылау аймақтық дәрігермен (жанұя дәрігері) немесе дәрігер-инфекционистпен жүргізіледі. Аурудың қайталануы кезінде немесе лабораториялық тексерулер оң мәнді болса, ауырған адамның барлығы міндетті түрде қайта ем қабылдайды. Ем соңында 3 ай ішінде ай сайын лабораториялық зерттеу жүргізіледі. Егер бактериологиялық тасымалдау 3 айдан көп болса, олар дизентерияның созылмалы түрімен ауыратын науқастар сияқты ем қабылдайды. Клиникалық және бактериологиялық зерттеу нәтижесінде расталған жағдайда ғана декреттелген контингент өз саласы бойынша жұмысқа толық сауығудан кейін жіберіледі. Созылмалы дизентерия түрімен ауыратындар 1 жыл көлемінде диспансерлік бақылауда болады. Оларға бактериологиялық зерттеу және дәрігер-инфекционистте қаралу ай сайын жүргізіледі.

### **Энтеральді вирусты гепатиттермен ауыратын науқастарды емхана жағдайында емдеуді ұйымдастыру**

Энтеральді вирусты гепатиттер проблемасы барлық елдерде денсаулық сақтау саласында күрделі мәселе болып келеді. Себебі, бұл аурулардың глобальды тарауы, өзінің баяу және ауыр өтуі, қатерлі асқынулары, қолайсыз нәтижелерімен басқа жұқпалы аурулардан ажыралып тұрады.

Вирусты гепатиттер тұрғындарды зақымдау жиілігі жағынан тұмау және жедел респираторлы аурулардан соң, жедел ішек инфекциясымен бірге жүреді.

ҚР Денсаулық Сақтау Министрлігінің соңғы жылдардағы бұйрықтары мен ережелік құжаттарда аймақтық дәрігерлерге көлемді жұмыс жүктелген. Осылайша, жедел ішек инфекцияларына және вирусты гепатиттерге арналған бұйрықтарында науқастардың белгілі бөлігін үйінде емдеуді ұйымдастыру көрсетілген.

Қазіргі таңда бұйрықта көрсетілген жеке талаптарды орындау мүмкін емес. Мәселенің актуальдылығына байланысты, вирусты гепатитпен ауыратын науқастарды үйінде емдеуді ұйымдастыру сұрақтарын қарастыруды қажетті деп есептейміз. Аурудың ауырлық дәрежесін және этиологиясын анықтау қиындығына байланысты науқастарды үйінде емдеу мәселесі әлі шешілмей отыр. Қажетті лабораториялық зерттеу тәсілдеріне көптеген емханалар қол жеткізе алмауда. Сонымен қатар аурудың ауырлық дәрежесін лабораториялық көрсеткіштермен анықтау және ВГ маркерлерін нақты растау біршама уақытқа созылады. Осы мәселелерді ескере отырып және кейде кездесетін бауырдың массивті және субмассивті некрозы қауіпінен, ҚР ДСМ бұйрықтарындағы вирусты гепатиттер мен ауырған науқастарды үйде емдеуді ұйымдастыру ұсынысына кейбір толықтырулар енгізу керек деп есептейміз. Сондықтан барлық ауырлық дәрежесіндегі науқастарды госпитализациялау қажет. Энтеральді вирусты гепатиттердің жеңіл түрі дәлелденгеннен соң оларды емхана жағдайында емдеуге ауыстыруға болады.

**Алғашқы клиникалық диагноз қоюға қажетті клиникалық,  
лабораториялық мәліметтер**

**Вирусты гепатит А**

➤ **Эпидемиологиялық анамнез мәліметтері:** берілу жолдары: фекалды - оральды механизм, су арқылы, тұрмыстық қарым-қатынас арқылы. Кезеңділігі: күз-қыс айлары, көбінесе балалар ауырады, әсіресе 2-7 жасындағылар, жасөспірімдер. Инкубациялық кезең – 6 – 50 орташа 35 күнге дейін;

***Негізгі клиникалық белгілері:***

➤ сарғаю алды кезең 2-14 күн (5-7 күн) әртүрлі варианттармен өтуі мүмкін: тұмау тәрізді, диспепсиялық, астеновегетативті және аралас;

- тұмау тәрізді варианты: жедел басталады, қызба 38-39°С дейін, 2-3 күн, әлсіздік, делсалдық, басының және бұлшықеттерінің ауруы;
- диспепсиялық варианты: асқазан-ішек трактінің дисфункциясы, эпигастрий аймағында дискомфорт, жүрек тәбетінің төмендеуі анорексияға дейін, жүрек айну кейде құсу;
- астеновегетативті вариант: әлсіздік, тітіркенгіштік, ұйқышылдық, бас айналуы, жұмысқа қабілетінің төмендеуі;
- аралас түрінде әртүрлө варианттардың симптомдары кездеседі.

Әдетте жиі қызбалы-диспепсиялық варианты кездеседі;

➤ сарғаю кезеңі 2-3 аптаға (1 апта – 2-3 ай) созылады;

➤ алғашқы клиникалық тән белгі – зәрдің қоюлануы;

➤ сарғаю пайда болу алдында науқастың дене қызуы және басқа да интоксикация симптомдарының төмендеуі, науқастың жалпы жағдайының салыстырмалы түрде жақсаруы;

➤ сарғаю белгісі алдымен ауыз құысының шырышты қабатында, көздің ағында кейіннен теріде пайда болады (сарғаю белгісін табиғи жарықта көрген дұрыс);

➤ 6 жасқа дейінгі балаларда ВГА 90%-да; 14 жасқа дейінгі балаларда 50-60%; ересектерде- 20-30%-ға дейін сарғаю белгісіз формасында өтеді.

➤ сарғаю кезеңінің қысқалығы және интенсивтілігінің айқынсыздығы;

➤ процесстің созылмалы түріне өтпеуі;

**Ажыратпа диагностикасы:** ЖРА, тұмау, инфекциялық моноклеоздың, лептаспироздың, псевдотуберкулездың сарғаюлық формасымен және сарғаюдың гемолитикалық, токсикалық, обтурациялық генезді түрлерімен жүргізіледі.

**Зертханалық зерттеулер:** қанның биохимиялық көрсеткіштері: қандағы билирубин, АлТ деңгейінің жоғарлауы, протромбин индексінің (ПИ) төмендеуі. А вирустық гепатит маркерларын анықтау (анти-HAV-IgM антидене)

**Дәрігер тактикасы:** орташа және ауыр формаларын ауруханада, жеңіл формасы үйде емделеді (ауырлық дәрежесі анықталғаннан соң). Науқасты стационардан шығару, ошақтағы іс шаралар және ауырғандарды диспансеризациялау инструктивтік құжаттар талаптарына сай болуы қажет.

### **Госпитализациялау көрсеткіштері (бұйрыққа сәйкес)**

- Энтеральды ВГ (ВГА, ВГЕ) - орта және ауыр формалары
- Парентеральды ВГ (ВГВ, ВГС, ВГD) барлық түрлері
- Ауруханада энтеральды және парентеральды түрлерін бөлек жатқызу
- Жұқпалы аурулар ауруханасына жедел вирусты гепатитпен ауыратын жүкті әйелдерді клиникалық көрсеткіші бойынша госпитализациялау.
- Босанушы әйелдерді перзентханаға оқшауланған палатаға жатқызу

Аурудың ауырлық дәрежесін анықтау оның клиникалық көрінісі мен лабораториялық критерийлеріне негізделеді.

### **Ауырлық ағымының сипаттамасы**

Жеңіл ағымы	Интоксикацияның болмауы немесе әлсіз көрініс беруі, сарғаю жеңіл, протромбин индексі ( ПИ) деңгейі қалыпты, жалпы билирубин мөлшері 80-85 мкмоль/л дейін
Орташа ауыр Ағымы	Интоксикация сипаттары орташа көрініс береді, сарғаю орташа, ПИ 60% дейін төмендейді, жалпы билирубин 100-180 мкмоль/ л дейін

<p>Ауыр ағымы</p>	<p>Орталық жүйке жүйесінің айқын интоксикация белгілері, ұйқысының бұзылуы, эйфория немесе ұйқышылдық, делсалдық, анорексия, қайталамалы құсу, геморрагиялық синдром, интенсивті сарғаю, тахикардия, тәуліктік диурездің төмендеуі. ПИ 55% -тен төмен. Жалпы билирубин 180 мкмоль/ л –ден жоғары</p>
-------------------	--

Вирусты гепатиттердің емі оның этиологиясын, ағымының ерекшелігін, қосымша ауруларын есепке ала отырып комплексті және жеке адамға тағайындалуы керек. Аурудың **жеңіл дәрежесінде** базистік терапиямен шектелуі қажет. Оған қорғау тәртібі, рациональды диета және көп мөлшерде сұйықтық ішу кіреді. Бауыр функциясына минимальды күш түсіруге тырысу керек. Сарғаю кезеңінің алғашқы 7-10 күні, яғни аурудың өршу кезеңінде сарғаю кризіне дейін төсектік тәртіпті сақтау керек, кейін жартылай төсектік тәртібіне өтуге болады.

Емдәм физиологиялық нормаға сәйкес толық құрамды ақуызды, майлы және көмірсулы, дәрумендерге байытылған болуы керек. Оның негізін Певзнер бойынша №5 емдәм құрайды. Тамақтану тәулігіне жиі 5-6 ретке дейін, суға қайнатылған, бұқтырылған күйде пайдалану көрсетілген. Тамақтану рационьында сиыр, құс, балық еті, сары май, кептірілген нан, жеміс- жидектер болуы керек. Спирттік ішімдіктердің барлық түріне, ащы, қуырылған, кептірілген, майлы, қышқыл тағамдарға тиым салынады. Майлы сорпа соның ішінде тауық сорпасын ішуге болмайды. Аурудың бұл формасында витаминдер дефициті байқалмайды және олардың керекті мөлшері рационға кірген жеміс - жидекпен және шырындармен қамтамасыз етіледі. Сұйықтықтың көлемін (сілтілі минералды сулар, кисель, шәй, компот, шырындар) тәулігіне 2,5 - 3л дейін көбейтеді. Рациондағы жеміс-жидек негізі судан тұратынын ұмытпаған жөн. Сұйықтықты бөліп, жылы күйінде ішу керек. Медикаментті ем минимальді болуы қажет. Жедел кезеңінде аскорбин қышқылы, десенсибилизациялық тавегил, диазолин дәрмектері сауығуға ықпал етеді. Сарғаюдың қайту кезеңінде өсімдік текті өт айдағыштар (жүгері шашағы, бессмертник) және спазмолитиктерді (но-шпа) пайдалануға болады.

Жедел вирусты гепатитпен ауырғандардың ауруханадан шығуы клинико- лабораториялық көрсеткіштерге сай жүргізіледі: ол толық клиникалық сауығу, билирубиннің қалыпты деңгейі, АлТ-ның қалыпты деңгейі немесе АлТ-ның қалыптыдан жоғарылауы 2 еседен артық емес.

Реконвалесценция кезеңінде постгепатитті синдромдар аз уақыт сақталуы мүмкін.

1. Гепатомегалия (бауыр көлемінің ұлғаюы 2 см ден артық емес) бауырдың биохимиялық сынамаларының қалыпты көрсеткішімен
2. Өт шығару жолдарының дискинезиясы мен қабыну аурулары, астенизация, Жильбер синдромы.
3. Диспепсия.
4. Ферментативті криз.

Стационардан шығарда және үйінде емделгенде де науқасқа ауру тарихынан шығару қағазы беріледі. Онда ауру ағымының толық сипатталуы және шығарылу кезіндегі толық клинико-лабораториялық мәліметтер жазылады.

### Диспансерлеу

Вирусты гепатитер мен ауырған науқастардың диспансеризациясын аймақтық дәрігер, жұқпалы аурулар кабинетінің дәрігері емханада жағдайында жүргізеді.

Аурудың жеңіл дәрежесінде диспансеризациялау бұйрыққа сәйкес міндетті емес

Реконвалесценттер ферментемия немесе постгепатиттік синдромдар сақталғанда шығарылғанына 1 ай болғанда лабораториялық зерттеуге келуі тиіс. Егер науқас шығарылған уақытта АлТ деңгейі жоғары болса 14-15 күннен кейін тексерілуі қажет.

1. Ағымы жағынан орташа ауыр және ауыр формаларды диспансерлік бақылауы мерзімі - ВгА- 3 ай, ВгВ – 6 ай, ВгС-тұрақты
2. Диспансерлік бақылаудың ұзақтығы гепатиттің клиникасының ұзақтығы және ферментемиясының болуымен анықталады.
3. Гепатиттің рековалесценттерінде шығарылғаннан 1 айдан кейін ферментемия сақталса диспансерлік бақылау жүргізіледі.
4. Клиникалық көріністері жойылған кезде тіркеуден алынады.

Жедел вирусты гепатиттермен ауырған науқастарды ауруханадан шыққаннан соң жұмыстан босату- ВгА реконвалесценттерін - 2-4 апта, ал ВгВ реконвалесценттерін - 4-5 апта.

Стационардан шыққаннан кейін ауыр физикалық күш түсіру ВгА кезінде 3 айға дейін, ал ВгВ-да 6 айға дейін рұқсат етілмейді. Жүктіліктен 1 жылға дейін сақтану қажет. Шығарылғаннан кейін емдәм кеңесін 6 ай көлемінде сақтау керек.

### **Жұқпалы аурулардың клиникалық диагностикасы және дәрігер тактикасы**

ЖТД-ң негізгі мақсаты – клиникалық диагнозды қою. Бұл мәселе науқастың шағымын анықтау және зерттеу, анамнезін жинау және объективті тексеру жолымен жүргізіледі. Сонымен қатар, жоғарыда айтылғандай, дәрігерлік ойлау қаблеті қажет, яғни алынған ақпаратты дұрыс бағалау (интерпретация).

Өкінішке орай, науқасты сұрастырғанда және тексергенде, жиі жұқпалы аурулардың пропедевтикасының ерекшеліктері қарастырылмайды. С.Н.Соринсонның өте орынды айтқанындай «Жұқпалы аурулар және ішкі аурулар пропедевтикасының ұқсастығы туралы ойлар өте қате». Әсіресе бұл жұқпалы ауруларды ерте диагностика мәселесін шешу кезінде байқалады. Осыған байланысты жұқпалы ауруларды басқа патологиялардан ерекшеліктерін айқындау қажет.

Бұл:

**біріншіден** - әрбір жұқпалы аурудың өз қоздырғышы болып және оның макроорганизммен ерекше қарым – қатынасына қарай тиесілі клиникалық белгілерге ие болуы;

**екіншіден** – инфекцияның қоршаған ортадағыларға берілу мүмкіндігі, әр ауруға өзіндік жұғу жолдары тән;

**үшіншіден** - ауру дамуын этаптылығы, ауру кезеңдерінің реттілігі;

**төртіншіден** - ауырғаннан соң (ауру кезінде) көп жағдайда арнайы иммунитеттің дамуы, яғни қабылдамаушылық пайда болуы.



Бұл ерекшеліктердің клиникалық диагностика ғана емес және алғашқы емдеу тәсілін таңдауда, ошақта эпидемияға қарсы жүргізілетін іс - шараларды жоспарлауда да маңызы бар.

Инфекционистерге жалпылама мәлімі, ол жұқпалы аурулардың диагностикасының негізгі ерекшеліктерінің бірі - эпидемиологиялық анамнезді жинау. Бұл мәліметтер көптеген жұқпалы аурулардың диагнозын қойғанда ең маңызды, кейде шешуші болып табылады. Аймақтық дәрігердің ең басты жасайтын жұмысы, науқастан алынған және тексерілген мәліметтерге негізделе отырып, белгілі бір жұқпалы ауруды болжау және мақсатты түрде әр инфекцияда әр түрлі болатын эпиданамнезді жинау. Эпидемиолог дәрігерге де қиын болған бұл мәселе, жоғарыда айтылған мүмкіншіліктеріне байланысты аймақтық дәрігерге оңай болады.

Анамнезін, шағымын, клиникалық көрінісін және патогномды симптомдарын анықтағаннан кейін дәрігерлік ойлау қабілеті қажет. Осы процесстің нәтижесі клиникалық диагноз болуы керек

Аймақтық дәрігердің профессионалдық білімін жетілдіру және стандарттау мақсатында тәжірибеде жиі кездесетін жұқпалы аурулардың біріншілік клиникалық диагностикасы және дәрігердің алғашқы тактикасы туралы протоколдарды төменде келтіреміз.

### Әдебиеттер:

1. Амиреев С.А., Муминов Т.А., Черкасский Б.Л., Оспанов К.С. Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных болезнях т. 1, Алматы, 2007 г.
2. Амиреев С.А., Муминов Т.А. и др., Стандарты и алгоритмы мероприятий при инфекционных и паразитарных болезнях т. 2, Алматы, 2008 г.
3. Әміреев, Темірбеков. Эпидемиология А., 2000
4. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. МЛ 995, 2001
5. Покровский В.В. (под редакцией). Руководство по инфекционным болезням МЛ 996
6. Соринсон С.Н. Инфекционные болезни в поликлинической практике С-П., 1993
7. Дүйсенова А. К., Жұқпалы аурулар. А-А., 2008ж
8. Құттықожанова Г.Г. Балалардағы жұқпалы аурулары А.А., 2003
9. Лобзин Ю.В., Казанцев А.П. (Под редакцией). Инфекционные болезни. С- Петербург, 1996 г.
10. Курманова К.Б. Бруцеллез А-А., 2000
11. Змушко Е.И., Белозеров Е.С. ВИЧ-инфекция. Руководство для врачей. Сиб.издат-во «Интер», 2000
12. Никифоров В.Н., Никифоров В.В. Ботулизм. М., 1989
13. Покровский В.И., Фаворова Л.А., Костюкова Н. П., Менингококковая инфекция. М., 1976
14. Черкасов В.А. Рожа. Л., 1986