



Туберкулез профилактикасы жөніндегі іс-шараларды жүргізу қағидаларын бекіту туралы

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2020 жылғы 30 қарашадағы № ҚР ДСМ-214/2020 бұйрығы. Қазақстан Республикасының Әділет министрлігінде 2020 жылғы 30 қарашада № 21695 болып тіркелді

"Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексі 98-бабының 2-тармағына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

1. Осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес туберкулез профилактикасы жөніндегі іс-шараларды жүргізу қағидалары бекітілсін.

2. Мынадай:

1) "Туберкулез кезінде медициналық көмек көрсетуді ұйымдастыру жөніндегі нұсқаулықты бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2017 жылғы 25 желтоқсандағы № 994 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде 2018 жылғы 19 ақпанда № 16381 болып тіркелген, 2018 жылғы 1 наурызда "Егемен Қазақстан" газетінде № 42 (29273) жарияланған);

2) "Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің кейбір бұйрықтарына өзгерістер мен толықтырулар енгізу туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2018 жылғы 13 желтоқсандағы № ҚР ДСМ-39 бұйрығының (Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде 2018 жылғы 19 желтоқсанда № 17965 болып тіркелген, Қазақстан Республикасы нормативтік құқықтық актілерінің эталондық бақылау банкінде 2019 жылғы 3 қаңтарда жарияланған) күші жойылды деп танылсын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Медициналық көмек департаменті Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен:

1) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркеуді;

2) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің интернет-ресурсына орналастыруды;

3) осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Әділет министрлігінде мемлекеттік тіркегеннен кейін он жұмыс күні ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің Заң департаментіне осы тармақтың 1), 2)

тармақшаларында көзделген іс-шаралардың орындалуы туралы мәліметтерді ұсынуды қамтамасыз етсін.

4. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау жетекшілік ететін Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министріне жүктелсін.

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

*Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі*

А. Цой

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрі
2020 жылғы 30 қарашасы
№ ҚР ДСМ-214/2020
Бұйрыққа қосымша

Туберкулез профилактикасы жөніндегі іс-шараларды жүргізу қағидалары

1-тарау. Негізгі ережелер

1. Осы Туберкулез профилактикасы жөніндегі іс-шараларды жүргізу қағидалары (бұдан әрі – Қағидалар) "Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы" Қазақстан Республикасының 2020 жылғы 7 шілдедегі Кодексі (бұдан әрі – Кодекс) 98-бабының 2-тармағына сәйкес әзірленді және Қазақстан Республикасында туберкулез профилактикасы жөніндегі іс-шараларды жүргізу тәртібін айқындайды.

2. Осы Қағидаларда пайдаланылатын негізгі ұғымдар:

1) ауқымды дәрілік көнбеушілік – штамдары кем дегенде изониазидке және рифампицинге көнбейтін, сондай-ақ фторхинолонға (офлоксацин немесе левофлоксацин) немесе екінші қатардағы бір инъекциялық препаратқа (капреомицин, канамицин немесе амикацин), бірақ фторхинолондарға және инъекциялық препараттарға бір уақытта көнбейтін туберкулез микобактерияларымен туындаған туберкулез;

2) ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулез – штамдары кез келген фторхинолонға және көптеген дәрілерге көнбейтін қосымша екінші қатардағы инъекциялық препараттардың кем дегенде біріне (капреомицин, канамицин және амикацин) көнбейтін туберкулез микобактерияларынан туындаған туберкулез;

3) бала (балалар) – он сегіз жасқа толмаған (кәмелет жасына жетпеген) адам;

4) бактериологиялық расталған туберкулез – бұл биологиялық материал үлгісінің жағынды микроскопиясының, өсінді әдіспен зерттеудің (себіндінің) немесе молекулалық-генетикалық тесттің оң нәтижесі болатын туберкулез жағдайы;

5) бейнебақыланатын емдеу (ББЕ) – бұл туберкулезбен ауыратын пациенттерді нақты уақыт режимінде немесе бейнежазба режимінде

қашықтықтан бақылап емдеу әдісі. Бұл әдіс амбулаториялық кезеңде пациенттер үшін қолжетімді және ыңғайлы мамандандырылған көмекті қамтамасыз ету үшін жағдай жасауға, сондай-ақ, туберкулезге қарсы препараттармен емдеу курсы толтырылуы үшін кедергілерді барынша жоюға мүмкіндік береді;

6) бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттар – сезімтал туберкулезді емдеу үшін пайдаланылатын туберкулезге қарсы препараттар (рифампицин, изониазид, пиразинамид және этамбутол);

7) генерализацияланған туберкулез – екі және одан да көп ағзаны немесе жүйелерді зақымдайтын туберкулез. Милиарлы туберкулез (басқа ағзалар мен жүйелердің зақымдануымен жіті диссеминирленген туберкулез) генерализацияланған туберкулездің бір түрі болып табылады. Өкпе және өкпеден тыс туберкулездің үйлесуі өкпе туберкулезінің жағдайы ретінде жіктеледі;

8) дәрілерге көнбейтін туберкулез бар науқаста бактерия бөлінуінің тоқтауы – қақырық конверсиясынан кейін 12 айдың ішінде теріс бактериологиялық және микроскопиялық деректер кезінде емделу және тұрақтану процесінің толық аяқталуы;

9) дәрілерге көнбейтін туберкулез бар науқастағы қақырық конверсиясы – кемінде екі кезеңділік теріс микроскопиямен және 1 ай аралығы бар сұйық және қатты сіңіргіш заттардағы себінділермен расталған емдеу процесінде туберкулез микобактериясының жайылуы;

10) дәрілік сезімталдық тест – туберкулез микобактериясының туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдық спектрін анықтау;

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

12) екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттар – дәрілерге көнбейтін туберкулезді емдеу үшін пайдаланылатын туберкулезге қарсы препараттар (фторхинолондар, екінші қатардағы инъекциялық препараттар, бедаквилин, линезолид, клофазимин, циклосерин, даламанид, тиамидтер, парааминосалицил қышқылы (ПАСК), карбапанемдер). Пиразинамид пен этамбутолды дәрілерге көнбейтін туберкулезді емдеу үшін де пайдаланады;

13) елеулі жағымсыз құбылыстар – өлімге немесе өмірге қауіпті жағдайларға, емдеуге жатқызуға, тұрақты немесе елеулі мүгедектікке әкеліп соқтыратын немесе туа біткен ауытқуларды туындататын жағымсыз құбылыс;

14) емдеуден қол үзудің жоғарғы қаупі бар топтардан туберкулезбен ауыратын науқастар – бұл (туберкулез және адамның иммун тапшылығы вирусы

(бұдан әрі – АИТВ)) ко-инфекциясы бар, инъекциялық есірткілерді тұтынатын, алкогольді шамадан тыс тұтынатын, белгілі бір тұрғылықты жері жоқ, сотталған және бас бостандығынан айыру орындарынан босап шыққан адамдар;

15) жағымсыз құбылыс – дәрілік препаратты қолданумен себеп-салдарлық байланысына қарамастан ол тағайындалған субъектінің денсаулығы жай-күйінің кез келген жағымсыз өзгеруі;

16) изониазидке көнбейтін туберкулез – штамдары изониазидке көнбейтін, бірақ рифампицинге сезімтал туберкулез микобактериялары туындатқан туберкулез;

17) клиникалық белгіленген диагнозы бар туберкулез жағдайы – бұл бактериологиялық растау өлшемшарттарына жауап бермейтін, бірақ дәрігер немесе басқа медицина қызметкері белсенді туберкулез диагнозын қойған және туберкулезді емдеудің толық курсына тағайындау туралы шешім қабылдаған жағдай. Бұл анықтамаға аурудың болуын көрсететін рентгенологиялық зерттеу арқылы анықталған патология негізінде немесе гистологиялық зерттеу нәтижелері негізінде диагноз қойылған жағдайлар, сондай-ақ зертханалық растаусыз өкпеден тыс туберкулез жағдайлары кіреді. Кейіннен (емдеу басталғанға дейін немесе одан кейін) бактериологиялық зерттеулердің оң нәтижелерімен расталатын клиникалық белгіленген диагнозы бар жағдайлар бактериологиялық расталуы бар жағдайлар санатына ауыстырылуы тиіс;

18) көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез – штамдары рифампицинге және изониазидке көнбейтін, туберкулез микобактериясын туғызатын көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез;

19) қақырық микроскопиясының оң нәтижесімен өкпе туберкулезі (бактерия бөлу) – ем жүргізілгенге дейін қақырық жағындысының микроскопиясы кезінде кем дегенде бір порцияда қышқылға көнбейтін бактериялары табылған кезде;

20) қақырық микроскопиясының теріс нәтижесімен өкпе туберкулезі – қақырық жағындысын қышқылға көнбейтін бактерияларының микроскопия әдісімен зерттегенде теріс болған кезде өкпедегі белсенді туберкулезге сәйкес рентгенологиялық айқындалатын өзгерістер және ауқымды спектрлі әсері бар бактерияға қарсы препараттармен терапия жүргізген кезде тиімділіктің болмауы;

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

22) қолдаушы фаза – терапияның жалғасу фазасы, ол сақталған микобактериялық популяцияға әсер етеді және қабыну өзгерістерінің және

туберкулез процестері инвалиюциясының одан әрі азаюын, сондай-ақ науқас организмнің функционалдық мүмкіндіктерін қалпына келтіруін қамтамасыз етеді;

23) қысқартылған емдеу схемасы – рифампицинге көнбейтін туберкулезді және көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулезді емдеуге арналған ұзақтығы 9-12 ай стандартты емдеу курсы;

24) латентті туберкулез инфекциясы – белсенді туберкулез белгілерінсіз туберкулез микобактерияларының антигендерімен ынталандыруға тұрақты иммундық жауаптың жағдайы;

25) Манту сынамасы – арнайы диагностикалық тест, екі халықаралық туберкулинді бірлігі бар тері ішіне арналған туберкулинді Манту сынамасы;

26) микроскопиялық зерттеу – фиксациялық жағындыларды қышқылға көнбейтін бактерияларды анықтау әдісі;

27) микроскопияның оң нәтижесі – жағындыда қышқылға көнбейтін бактериялардың анықталуы;

28) микроскопияның теріс нәтижесі – 300 көру алаңында қышқылға көнбейтін бактериялардың анықталмауы;

29) молекулалық-генетикалық әдістер – медициналық-санитариялық алғашқы көмек (бұдан әрі – МСАК) көрсететін және фтизиопульмонологиялық ұйымдар деңгейінде жүргізілетін туберкулезді және дәрілерге көнбейтін туберкулезді анықтаудың полимерлі тізбектік реакцияға негізделген жедел әдістері;

30) монорезистентті туберкулез – штамдары бірінші қатардағы бір туберкулезге қарсы препаратқа көнбейтін туберкулез микобактерияларынан туындаған туберкулез;

31) өкпе туберкулезі – бактериологиялық растамасы бар немесе өкпе паренхимасы немесе трахеобронхиалдық тармағы зақымданған клиникалық белгіленген диагнозы бар туберкулез;

32) өкпеден тыс туберкулез – барлық басқа ағзалар мен тіндердің туберкулезі (плевраның, лимфа түйіндерінің, іш қуысының, несеп-жыныс жүйесінің, терінің, буындар мен сүйектердің, бас және/немесе жұлын қабықтарының туберкулезі);

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

34) полирезистентті туберкулез – бұл штамдары көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулезден және ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулезден ерекшеленетін екі және оданда көп бірінші қатардағы туберкулезге қарсы

препараттарға көнбейтін туберкулез микобактериясы туғызған туберкулез (бірақ изониазид пен рифампициннің үйлесіміне емес);

35) рифампицинге көнбейтін туберкулез – туберкулез микобактерияларынан туындаған, штаммдары рифампицинге көнбейтін, фенотиптік немесе генотиптік әдістерді пайдалана отырып анықталған, басқа туберкулезге қарсы препараттарға көнбеушілікпен ілесе жүретін немесе ілесе жүрмейтін туберкулез монорезистенттілік, полирезистенттілік, көптеген немесе ауқымды дәрілерге көнбейтін нысанындағы рифампицинге кез келген көнбеушілікті қамтиды;

36) рекомбинантты туберкулезді аллерген – стандартты араластыруда тері ішіне қолдану үшін, туберкулез инфекциясын диагностикалауға арналған рекомбинантты нәруыздар кешені;

37) себінді – қоректік (қатты және сұйық) орталарда патологиялық материалдан туберкулез микобактериялардың өсіндісін (культурасын) бөліп алу әдісі;

38) стационарды алмастыратын технологиялар – күндізгі стационар, үй жағдайындағы стационар және тікелей бақыланатын емге арналған мобильдік бригада;

39) тазартылған нәруыз дериваты – тазартылған туберкулиннің стандартты ерітіндідегі дайын түрі;

40) туберкулез – бұл туберкулез микобактериясы туғызатын және науқас адамнан сөйлеген, жөтелген және түшкірген кезде өкпе тінін басымдықпен оқшаулай отырып, ауа жолдары арқылы берілетін инфекциялық ауру;

41) туберкулезбен ауыратын науқаста бактерия бөлінуінің тоқтауы – туберкулезге қарсы препараттармен емдеудің толық курсы аяқтау бойынша қақырыққа екі теріс кезеңділік микроскопиялық зерттеулерді алу;

42) туберкулезбен ауыратын науқастың қақырық жағындысының конверсиясы – науқасты емдеудің қарқынды фазасы аяқталғаннан кейін қақырықтың қатарынан кемінде екі теріс микроскопиясын немесе бір себінді алу;

43) туберкулез бойынша индекстік жағдай (индекстік пациент) – кез келген жастағы адамда оның нақты болатын жерінде немесе басқа адамдар үшін жұқтыру қаупі бар басқа да салыстырмалы жағдайларда туберкулездің бастапқы анықталған жаңа немесе қайталанған жағдайы. Индекстік жағдай – бұл адам инфекция көзі болмауы мүмкін болса да, қарым-қатынаста болған адамдарға тексеру жүргізілетін жағдай;

44) туберкулезді профилактикалық емдеу – осы қауіпті төмендету мақсатында туберкулезбен ауыру қаупі бар адамдарға ұсынылатын емдеу;

45) туберкулин – автоклавталған өсінді фильтраты, туберкулез микобактериясы өміршеңдігі өнімі;

46) туберкулин реакциясының виражы – теріс реакцияларды туберкулезге қарсы вакцинациялармен байланыспайтын оң реакцияға конверсиялау немесе реакцияны жыл бойы 6 мм және одан да жоғары вакцинадан кейінгі аллергия аясында өсіру;

47) ұзақ емдеу режимдері – пациент сырқатнамасының деректері және дәрілік сезімталдық тесті бойынша ең тиімді препараттарды қолдану ұзақтығы 18 және одан астам ай дәрілерге көнбейтін туберкулезді емдеу курсы.

3. Халықтың арасында туберкулездің таралуын эпидемиологиялық қадағалау, мекендеу ортасындағы қоршаған ауа арқылы туберкулез қоздырғышының берілуін болғызбауға бағытталған инфекциялық бақылау шараларының кешенін қолдану Кодекстің 9-бабының 19) тармақшасына сәйкес инфекциялық аурулар кезінде эпидемиологиялық бақылау және санитариялық-эпидемияға қарсы және санитариялық-профилактикалық іс-шаралар шеңберінде іске асырылады; халыққа тұрмыста жеке гигиена дағдыларын сіңіру халықты гигиеналық оқытудың шеңберінде Кодекстің 9-бабының 16) тармақшасына сәйкес іске асырылады; психикаға белсенді әсер ететін заттарды медициналық емес мақсатта тұтынуға және темекі шегуге қарсы күрес Кодекстің 109 және 110-баптарына сәйкес іске асырылады.

4. Халықтың арасында туберкулездің таралуына эпидемиологиялық қадағалауды Кодекстің 9-бабының 5) тармақшасына сәйкес халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган жүзеге асырады.

5. Халыққа бұқаралық ақпарат құралдары арқылы туберкулез бойынша эпидемиялық ахуал туралы және профилактика шаралары туралы ақпарат беруді, сонымен қатар халықтың әртүрлі топтары үшін туберкулездің профилактикасы жөніндегі ақпараттық материалдарды әзірлеу мен тарату, оның ішінде әлеуметтік желілер мен бұқаралық ақпарат құралдары арқылы таратуды халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның аумақтық бөлімшелері, фтизиопульмонологиялық ұйымдар және МСАК көрсететін ұйымдар жүзеге асырады.

6. Туберкулез профилактикасы жөніндегі іс-шараларына жоғары тәуекел топтағы адамдарда белсенді туберкулезді амбулаториялық емдеу кезеңінде анықтау және әлеуметтік сүйемелдеу бөлігінде туберкулездің профилактикасы жөніндегі іс-шараларға мемлекеттік әлеуметтік гранттар мен мемлекеттік

әлеуметтік тапсырыстарды орналастыру және іске асыру арқылы үкіметтік емес ұйымдар тартылады.

2-тарау. Туберкулез профилактикасы жөніндегі іс-шараларды жүргізу тәртібі

1-параграф. Ұлттық екпелер күнтізбесіне сәйкес вакцина егуді қамтитын туберкулездің арнайы профилактикасы

7. Ұлттық екпелер күнтізбесіне сәйкес туберкулез ауруларының профилактикасы және алдын алу мақсатында жаңа туған дені сау балаларға, медициналық қарсы көрсетілімдері болмаған кезде, туғаннан кейінгі алғашқы 2-4 тәулікте перинаталдық орталықтың (босандыру бөлімшесінің) егу кабинетінде "Кальметт-Герен бациллалары" вакцинасымен (бұдан әрі – БЦЖ вакцинасы) вакцинациялау жүргізіледі. Профилактикалық екпелерді жоспарлау, ұйымдастыру және жүргізу Кодекстің 98-бабы 1-тармағының 2) тармақшасына сәйкес жүргізіледі.

8. Туберкулезге қарсы профилактикалық екпелер (БЦЖ вакцинасын вакцинациялау және ревакцинациялау) оларға қоса берілетін нұсқаулықтарға сәйкес жүргізіледі.

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

10. БЦЖ вакцинасымен туберкулездің профилактикасына қарсы көрсетілімдер:

1) туа біткен иммун тапшылығы;

2) туыстықтың бірінші дәрежесіндегі адамдарда анықталған БЦЖ вакцинациясына генерализацияланған инфекция;

3) адамның иммун тапшылығы вирусы немесе жүре пайда болған иммундық тапшылық синдромы (бұдан әрі – ЖИТС);

4) шала туылу – дене салмағы 2000 грамнан кем немесе гестациялық жасы 33 аптадан кем;

5) орталық нерв жүйесінің зақымдануы – асфиксия және неврологиялық симптоматикасы бар туу жарақаттары (орташа ауыр және ауыр дәрежелі);

6) құрсақішілік инфекция (цитомегаловирус, токсоплазмоз, хламидиоз, туберкулез), жаңа туған нәрестелердің сепсисі;

7) жаңа туған нәрестелердің гемолитикалық ауруы (орташа, орташа ауыр және ауыр түрлері);

8) субфебрильді температурамен және жалпы жай-күйінің бұзылуымен қатар жүретін ауырлығы орташа және ауыр дәрежедегі аурулар;

9) қызба.

11. Перинаталдық орталықтан (босандыру бөлімшесінен) бактерия бөлетін науқаспен қарым-қатынас жағдайға түсетін вакцина жасалған жаңа туған балалар, туберкулезбен ауыратын науқасты оқшаулау мүмкін болмаған жағдайда, кемінде 2 ай мерзімге жаңа туылған нәрестелерді күту бөлімшелерінде немесе сәбилер үйінде оқшауланады.

12. БЦЖ вакцинасы жасалмаған нәресте перинаталдық орталықтан (босандыру бөлімшесінен) ата-аналарының және бірге тұратын барлық адамдардың туберкулезге тексерілгендігі туралы МСАК көрсететін ұйым берген анықтама негізінде ғана шығарылады.

13. Перинаталдық орталықта (босандыру бөлімшесінде) БЦЖ вакцинасымен егілмеген балаларға МСАК көрсететін ұйымдарда екі айға дейін Манту сынамасын қоймай, екі айдан кейін – теріс нәтиже болған кезде жасалады.

14. Анасы туберкулездің белсенді түрімен ауырған жағдайда, бактерия шығаратынына және дәрілік сезімталдығына қарамастан, нәресте туа біткен туберкулездің бар-жоғына зерттеп-қаралады (мүмкіндігінше плацента зерттеледі).

15. Сезімталдығы расталған немесе анықталмаған туберкулездің белсенді түрімен ауыратын анадан туған нәрестеде туберкулез жоққа шығарылған уақытта, ол оқшауланады және оған профилактикалық ем жүргізіледі (3 ай):

1) 3 ай профилактикалық емнен кейін Манту сынамасы жасалады. Манту сынамасы теріс нәтижелі болса, БЦЖ вакцинасымен вакцинациялау жүргізіледі, анасынан иммунитет түзілгенге дейін тағы 2 ай бойы оқшауланады;

2) Манту сынамасы оң нәтижелі болса, изониазидпен профилактикалық ем 6 айға дейін созылады.

16. Көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулездің және ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулездің белсенді түрі бар анадан туған нәрестеде туберкулез жоққа шығарылған кезде, БЦЖ вакцинасын вакцинациялауға рұқсат етіледі, бұл ретте баланың иммунитеті қалыптасуы үшін 2 ай кезеңіне оқшауланады.

17. БЦЖ вакцинамен туберкулездің профилактикасы мақсатында ревакцинациялау:

1) 6 жастағы (1-сынып) Манту сынамасы теріс туберкулез микобактериясы жұқпаған дені сау балаларға республика бойынша бір уақытта оқу жылының бірінші айында (қыркүйек) ұйымдастырылады. Бұл айда мектепте басқа екпелер жасалмайды;

2) күмәнді реакциясы бар балаларға Манту сынамасы 3 айдан кейін қайта жүргізіліп және оның нәтижесі теріс болған жағдайда БЦЖ вакцинасымен ревакцинациялау жүргізіледі.

18. Манту сынамасы мен БЦЖ вакцинасымен ревакцинациялау аралығы – үш күннен кем және екі аптадан артық болмауы тиіс.

19. БЦЖ вакцинасымен ревакцинациялауға қарсы көрсетілімдер:

1) туберкулез микобактериясының жұққандығы немесе бұрын туберкулезбен ауыруы;

2) Манту сынамасының оң және күмәнді болуы;

3) БЦЖ вакцинасымен вакцинациялауға жағымсыз құбылыстардың болуы;

4) бірінші дәрежелі туысқандығы бар адамдарда БЦЖ вакцинаға генерализацияланған инфекциясының анықталуы;

5) АИТВ инфекциясы немесе ЖИТС болуы;

6) иммундық тапшылық жағдайлары, қатерлі ісіктер;

7) жіті инфекциялық және инфекциялық емес аурулар, созылмалы аурулардың өршу кезеңі, аллергиялық ауруларды қоса.

20. Медициналық көрсетілімдері бойынша БЦЖ вакцинасымен ревакцинациялаудан уақытша босатылған адамдар толық сауыққаннан немесе қарсы көрсеткіштер жойылғаннан кейін ревакцинация егіледі.

21. Вакцинация (ревакцинация) жасалған балаларды МСАК көрсететін ұйымдардағы және мектептердегі педиатрлар, жалпы практика дәрігерлері 1, 3, 6, 12 айдан кейін бақылайды.

22. БЦЖ вакцинасымен вакцинациялау мен ревакцинациялаудың соңғы нәтижесі екпеден кейінгі 1 жылдан соң тыртықшаның көлемі бойынша бағаланады. Өте сирек жағдайда БЦЖ вакцинасын енгізген жерде апигментті дақ пайда болады.

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

24. БЦЖ вакцинасына жергілікті (сипаты мен мөлшері) және жалпы (перифериялық лимфа түйіндемелері) екпе реакциясы бағаланады, Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес белгіленген нысандар бойынша профилактикалық екпелер картасында, баланың медициналық картасында және баланың сауалнамасында тіркеледі.

25. Сирек жағдайларда БЦЖ вакцинасын енгізгенде төмендегі мынадай нысандағы түрде жағымсыз құбылыстар болуы мүмкін:

1) аймақтық лимфаденит;

2) тері астылық суық абсцесс;

3) беткей жара;

4) келоидты тыртық;

5) диссеминирленген БЦЖ инфекциясы – сүйек жүйесінің зақымдануы (БЦЖ оститтер).

26. Фтизиатр вакцинацияның жағымсыз құбылыстарын жан-жақты клиникалық, рентгенологиялық, зертханалық тексеру және туберкулездік рекомбинантты аллергені бар теріс реакция негізінде анықтайды.

27. БЦЖ вакцинасын егуден кейінгі жағымсыз құбылыстары кезінде туберкулездік рекомбинанттық аллергенге теріс реакция байқалады.

28. БЦЖ вакцинасын енгізуге жағымсыз құбылыстың әрбір жағдайына Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес белгіленген нысан бойынша карта-хабарлама толтырылады, ол дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың айналысы саласындағы мемлекеттік сараптама ұйымында және "Туберкулезбен ауыратын науқастардың ұлттық тіркелімі" ақпараттық жүйесінде тіркеледі.

29. БЦЖ вакцинасын енгізуге жағымсыз құбылыстың әрбір жағдайына Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес белгіленген нысан бойынша халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік органның аумақтық бөлімшесіне шұғыл хабарлама беріледі, медициналық ұйымның, облыстық (қалалық) фтизиопульмонологиялық ұйымның және республикалық фтизиопульмонология орталығының басшылары хабардар етіледі.

30. МСАК көрсететін ұйым деңгейінде фтизиатрдың, халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесінің және жаңа туған нәресте вакцина алған босандыру ұйымының мамандарының қатысуымен БЦЖ вакцинасын енгізуге жағымсыз құбылыстың әрбір жағдайын талдау жүргізіледі

31. БЦЖ вакцинасына жағымсыз құбылыс байқалған балалар осы Қағидалардың 211-тармағының 3) тармақшасына сәйкес диспансерлік топта 1 жыл бойы бақыланады.

32. Есепке алу және есептен шығару кезінде мынадай тексерулер жүргізіледі: қан мен несептің жалпы талдауы, кеуде қуысы ағзаларының рентгенографиясы, қосымша (есептен шығару кезінде) – Манту мен туберкулездік рекомбинантты аллергені бар сынама.

33. Балалардағы бірінші дәрежедегі туыстықтың БЦЖ вакцинасын енгізуіне жағымсыз құбылыстың екінші жағдайы тіркелген кезде, учаскелік педиатр (жалпы практика дәрігері) бастапқы иммун тапшылығын (клиникалық, иммунологиялық, генетикалық) диагностикалауға зерттеп-қарау жүргізіледі.

34. Туберкулезге қарсы екпеге жағымсыз құбылыстарды жою *M. Bovis* микобактериялары толығымен резистентті пиразинамидтен басқа, бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен жүргізіледі. Кейбір жағдайларда, вакцинадан кейінгі асқынуларды жою үшін хирургиялық араласу қажет. АИТВ-инфекциясы бар балалардағы вакцинадан кейінгі асқынуларды жою және иммунитет төмендеген басқа да жағдайларда, басқа мамандардың (инфекционист, иммунолог) араласуын талап етеді.

Туберкулезге қарсы екпеден кейінгі асқынуларды жою оқшаулануына байланысты және орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссиясының шешімі бойынша амбулаториялық, стационарды алмастыратын немесе стационарлық жағдайларда жүргізіледі.

Туберкулезге қарсы екпеден кейін вакцинадан кейінгі лимфадениттер кезінде тағайындалады:

1) инфильтрация кезінде (емдеу мерзімі – динамиканы ескере отырып, 2-4 ай жеке) тағайындалады:

изониазид (7-15 мг/кг), күніне 1 рет ішке;

рифампицин (450 мг) және 10% немесе 20% димексид ерітіндісі (10 мл немесе 20 мл димексид және 90 мл немесе 80 мл дистилденген су) жергілікті – аппликациясы, 1 ай ішінде күніне 2 рет;

оң динамика және лимфа түйінінің ұлғаю үрдісі болмаған жағдайда этамбутолды (15-25 мг/кг) және А витаминін ішке (1 жасқа дейін – бір күннен кейін майлы ерітіндінің 1 тамшысы, 1-7 жас күн сайын -1 тамшы), 7 жастан жоғары – жасқа байланысты дозада аевит тағайындауға жол беріледі.;

2) казеозды некроз кезінде (емдеу мерзімі – динамиканы ескере отырып, 2-4 ай жеке):

изониазид (7-15 мг/кг) және этамбутол (15-25 мг/кг) күніне 1 рет А витаминімен ішке (1 жасқа дейін – бір күннен кейін майлы ерітіндінің 1 тамшысы, 1-7 жас күніне – 1 тамшы), 7 жастан жоғары-жас бойынша дозада аевит;

жергілікті – лимфа түйінінің жергілікті пункциясы аптасына 1-2 рет, динамиканы ескере отырып, 5-6 пункция курсы;

хирургиялық араласу: капсуламен бірге лимфа түйінін алып тастау – 1 ай бойы оң динамика болмаған жағдайда немесе лимфа түйінінің 5 см дейін және одан да көп ұлғайған жағдайда, жылан көздер болған жағдайда;

хирургиялық жолмен алып тастағаннан кейін изониазидті ішке және жергілікті қабылдау– аппликация 10% немесе 20% димексидті рифампицинмен 1 ай бойы жалғасады;

2) кальцинация кезінде – лимфа түйінінің мөлшері 10 мм және одан көп болғанда – көрсеткіштері бойынша хирургиялық жолмен алып тастау.

Вакцинадан кейінгі тері асты суық абсцесстер кезінде тағайындалады:

изониазид (7-15 мг/кг), 2-4 ай бойы күніне 1 рет;

жергілікті – рифампициннің аппликациясы және 10% немесе 20% димексид ерітіндісі күніне 2 рет 1 ай бойы;

флюктуация пайда болған кезде – динамиканы ескере отырып, 2-3 күн сайын 5-6 рет казеозды массаларды шприцпен сору;

оң динамика болмаған жағдайда (сору) – 1 ай бойы изониазидпен химиотерапия арқылы абсцесті капсуламен бірге алып тастау арқылы хирургиялық жолмен жою.

Беткей жара кезінде жергілікті изониазид ұнтағы қолданылады. Кайталама спецификалық емес инфекцияның профилактикасы үшін жараның шеті антибактериалды майларымен өңделеді.

Туберкулезге қарсы екпеден кейінгі оститтерді (БЦЖ-оститтер) қадағалап-қарау тәсілі сүйек тінінің зақымдануының таралуын және орнығуын ескере отырып анықталады. Негізінен туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау, оның тиімсіздігі кезінде хирургиялық араласу қолданылады. Бірқатар жағдайларда, басында диагностикалау мақсатында хирургиялық араласу жүргізіледі, содан кейін бірінші қатардағы үш туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау жалғасады: изониазид (7-15 мг/кг)+ рифампицин (10-20 мг/кг) + этамбутол (15-25 мг / кг). БЦЖ оститтерді қадағалап-қарау ұзақтығы қабыну процесінің динамикасына және емдеу жылдамдығына байланысты және 9-12 айды құрайды.

Көлемі 1 см астам ірі келоидтар және олардың өсу үрдісі кезінде жергілікті қолданылады:

1) 1,0 мл 0,5% гидрокортизонды эмульсия ерітіндісін 1,0 мл 2% лидокаин ерітіндісі аптасына 1 рет келоид және қоршаған теріні спиртпен және йодпен алдын ала өндегеннен кейін, келоид қалыңдығында 5-6 жерде туберкулинді шприцтермен шаншу. Барлығы – 5-10 шаншу;

2) егер жүргізілген іс-шаралар тиімсіз болса, онда гидрокортизонды эмульсиясымен (1 мл) шаншуды келоидты лидазамен 1-12 жастағы балаларға 32 бірлік мөлшерінде және 12 жастан асқан 64 бірлік мөлшерінде шаншумен кезектестіру ұсынылады. Барлығы – 1 апта интервалмен 10 шаншу;

3) егер өткізілген іс-шаралар тиімсіз болса және келоид өсуі жалғасатын болса, онда 1, 4, 7, 10 күндері гидрокортизонды эмульсиямен бір шприцте лидазаны шаншу ұсынылады. Барлығы – 10 шаншу.

Интервал 1 ай. Жүргізілген іс-шаралардың тиімділігі келоид өсуін тоқтату, жұмсарту және түстің ақшыл қызылдан қоршаған тері түсінің қарқындылығына дейін өзгеруі болып табылады. Келоидтар кезінде хирургиялық араласуға қарсы көрсетіледі.

Вакцинадан кейінгі асқынуларды қадағалап-қарау және жою кезеңінде ерекше эпидемиологиялық жағдайларды қоспағанда, басқа профилактикалық егулерді жүргізуге болмайды.

Бірінші және екіншілікті иммундық тапшылық аясында дамыған туберкулезге қарсы екпеге жайылған асқынулар кезінде (таралған БЦЖ инфекциясы) иммундық тапшылық бойынша иммунолог тағайындаған, бірінші қатардағы пиразинамидсіз және алмастырушы терапиямен кешенде екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттарды қоса отырып, туберкулезге қарсы препараттарды жеке іріктеуді талап етеді.

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

36. АИТВ жұқтырған аналардан туылған және күнтізбелік мерзімге сәйкес егілмеген нәрестелер өмірінің 4 аптасы ішінде (жаңа туылған нәресте кезеңінде) алдын ала Манту сынамасын жүргізбей-ақ егіледі. Төрт апта өткеннен кейін БЦЖ вакцинасын егуге болмайды, өйткені БЦЖ вакцинасына генерализацияланған инфекциясы дамуы мүмкін.

37. АИТВ жұқтырған, вакцинадан кейінгі белгілері (тыртық) дамымаған балаларға БЦЖ вакцинасымен қайта вакцинациялау (толық вакцинациялау) жүргізілмейді.

38. АИТВ-инфекциясы болмаған жағдайда 12 айында, кейде 15-18 айында Манту сынамасы теріс нәтижелі болса, БЦЖ вакцинасы жасалады.

39. Үдемелі иммун тапшылық аясында БЦЖ вакцинасына генерализацияланған инфекциясының даму қаупі болғандықтан АИТВ жұқтырған балаларға БЦЖ вакцинасымен ревакцинация жасалмайды.

40. Егер бала АИТВ жұқтырған анадан туылса, бірақ өзінде АИТВ-инфекциясы болмаса, Манту сынамасы теріс нәтижелі болса БЦЖ вакцинасымен ревакцинациясы 6 жаста (1-сынып) жасалады.

2-параграф. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу

41. Латентті туберкулез инфекциясына тестілеу:

- 1) АИТВ жұқтырған ересектер мен балаларға;
- 2) АИТВ-статусына қарамастан қарым-қатынаста болған адамдарға;

3) туберкулездің жоғарғы қауіпі бар тобына жататын адамдар: диализдегі, ағзаларды транспланттауға немесе гематологиялық транспланттауға дайындалып жатқан, иммуносупрессивті терапияны (глюкокортикоидтар, цитостатиктер және басқалар) алатын, ісік некрозы факторлары-а (бұдан әрі – ФНО-а) тежегіштерімен терапияны жаңа бастаған, силикозбен ауыратын пациенттерге; қант диабеті, бронх-өкпе жүйесінің спецификалық емес аурулары, тамақтанудың бұзылуы (дене салмағының тапшылығы), АИТВ-инфекциясы бойынша диспансерлік есепте тұрған балаларға, мүгедектерге; ата-аналары АИТВ жұқтырған, бас бостандығынан айыру орындарынан, алкогольді шектен тыс пайдаланатын, нашақорлықтан зардап шегетін, өмір сүру деңгейі төмен отбасылардан шыққан балаларға, көшіп-қонушыларға; БЦЖ вакцинасымен вакцинацияланбаған 2 айдан асқан балаларға және вакцинациялау белгісі дамымаған балаларға жүргізіледі.

42. Тәуекел топтарындағы адамдарда латентті туберкулез инфекциясын диагностикалау осы Қағидалардың 1-қосымшасына сәйкес жүргізіледі.

43. Латентті туберкулез инфекциясына тестілеу үшін төмендегілер қолданылады: туберкулин Манту сынамасы, рекомбинантты туберкулез аллергені бар тест және (немесе) Т-лимфоциттермен гамма-интерферонды босатуға арналған тест (IGRA тесті).

44. Ересектерді латентті туберкулез инфекциясына тестілеу үшін рекомбинантты туберкулез аллергені бар тест немесе гамма-интерферонды босатуға арналған тест қолданылады.

45. АИТВ-мен өмір сүретін адамдарда немесе туберкулезбен ауыратын науқастармен қарым-қатынаста болған 5 жасқа дейінгі балаларда латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеуді бастау үшін латентті туберкулез инфекциясына Манту сынамасымен, туберкулезді рекомбинантты аллергенмен немесе гамма-интерферонмен босатуға тест жүргізу міндетті шарт болып табылмайды.

46. *In vitro* гамма-интерферонын босатуға сынамалар көрсеткіштер бойынша және олардың қолжетімділігін ескере отырып жүргізіледі (T-SPOT TB/QuantiFERON-TB Gold).

47. Оң Манту реакциясы бар балалар, сонымен қатар туберкулезді рекомбинантты аллергенге оң реакциясы бар ересектер туберкулезге қосымша тексеріледі.

48. Латентті туберкулездің диагностикалық өлшемшарттары: иммунологиялық сынақтарға оң реакциялар; белсенді туберкулездің клиникалық көріністерінің болмауы; сәулемен тексеру деректері бойынша тыныс алу

ағзаларының белсенді туберкулез көріністерінің болмауы; сәулемен тексеру кезінде тыныс алу органдарында емделген туберкулезден кейінгі қалдық өзгерістердің болмауы; өкпеден тыс локализацияларында туберкулез көріністерінің болмауы.

49. Туберкулездің латентті инфекциясы бар балалар мен ересектерге белсенді туберкулезді болдырмау кезінде аурудың дамуын алдын алу мақсатында профилактикалық емдеу ұсынылады.

50. Балалар мен ересектерде латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеуі белсенді туберкулез анықталмаған жағдайда жүргізіледі:

1) Манту сынамасының нәтижесіне қарамастан бактериологиялық расталған өкпе туберкулезімен ауыратын науқастармен қарым-қатынастағы 5 жасқа дейінгі балаларға;

2) бактериологиялық расталған өкпе туберкулезінің үй ошағындағы 5 жастағы және одан үлкен балалар мен ересектерге;

3) бұрын фтизиопульмонологиялық ұйымдарға белгісіз өлім ошақтарынан қарым-қатынаста болған балаларға;

4) "Туберкулез микобактериясының жұғуы алғаш рет айқындалған" диагнозымен рекомбинантты туберкулез аллергеніне және/немесе IGRA тесттеріне (T-SPOT TB / QuantiFERON-TB Gold) оң реакциясы бар балаларға;

5) АИТВ-мен өмір сүретін ересектер мен балаларға;

6) туберкулезбен ауыратын науқаспен қарым-қатынастың болуына немесе болмауына қарамастан, АИТВ-ның оң мәртебесі анықталған кезде АИТВ жұқтырған 12 айдан асқан балалар мен ересектерге латентті туберкулез инфекциясының профилактикалық емдеуі бір рет жүргізіледі;

7) АИТВ жұқтырған 12 айға толмаған балаларға латентті туберкулез инфекциясының профилактикалық емдеуі туберкулезбен ауыратын науқаспен қарым-қатынаста болған жағдайда жүргізіледі;

8) туберкулез микобактерияларын жұқтырған, иммуносупрессивті препараттармен емделетін балаларға: 1 ай және одан да ұзақ негізгі гормоналдық терапия (преднизолон тәулігіне ≥ 15 мг дозада немесе оның эквиваленті), бастапқы және қайталама генездің иммундық тапшылығына байланысты гендік-инженерлік биологиялық препараттар, онкологиялық ауруларға байланысты цитостатикалық терапия; ағзаларды алмастыру, гемопозддік дің жасушаларын транспланттау жағдайларында; ісік некрозы факторлары-а (ФНО-а) антагонистерімен емдеуді бастағанға дейін және а (ФНО-

а) туморнекротикалық факторының антагонистерін алатын диализде болатындарға;

9) туберкулездік рекомбинантты аллерген сынамаcының оң нәтижесі кезінде биологиялық ем алатын ересектерге.

51. АИТВ жұқтырған адамдарға латентті туберкулез инфекциясының профилактикалық емдеуін фтизиатр-дәрігерлер кешенді клиникалық-рентгенологиялық зерттеу нәтижелері бойынша белсенді туберкулез анықталмаған жағдайда ғана тағайындайды.

52. Балалар мен ересектерге латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу гендік-инженерлік биологиялық терапия, ФНО-а басталғанға дейін 1 ай бұрын тағайындалады және гендік-инженерлік биологиялық препараттар аясында жалғасады.

53. Иммуносупрессивті терапия алатын адамдарда латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу белсенді процесс анықталмаған жағдайда, өкпеде (өкпе түбірлерінде) кальцинат түріндегі туберкулезден кейінгі қалдық өзгерістер болған кезде жүргізіледі.

54. Бактерия бөлушімен қарым-қатынаста болған 1 жасқа дейінгі балаларға латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу БЦЖ вакцинасымен вакцинациядан кейін 2 айлық аралықты сақтай отырып жүргізіледі.

55. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу пациент қарым-қатынаста болған туберкулезбен ауыратын науқастағы туберкулез микобактериялары штамдарының сезімталдығын ескере отырып, жеке жүргізіледі. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеудің ұзақтығы таңдалған схема мен препараттарға байланысты. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеуге арналған негізгі препараттар изониазид, рифампицин, рифапентин, левофлоксацин және моксифлоксацин болып табылады.

56. Туберкулез микобактерияларын жұқтырған (балаларға, ересектерге) рифампицинге көнбейтін туберкулезбен, көптеген дәрілерге көнбейтін және фторхинолондарға сезімталдығы сақталған ауқымды дәрілерге көнбейтін бұрын туберкулезбен ауыратын науқастармен қарым-қатынаста болған, латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу күн сайын 6 ай мерзімінде левофлоксацин немесе моксифлоксацинмен (Lfx немесе Mfx) жүргізіледі.

57. Балалар мен ересектердегі латентті туберкулез инфекциясын индекстік жағдайдың туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығына байланысты емдеу осы Қағидалардың 2-қосымшасына сәйкес жүргізіледі.

58. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеуді МСАК көрсететін ұйымдардың фтизиатр-дәрігерлері тағайындайды және мониторингтейді.

59. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу амбулаториялық жағдайда МСАК көрсететін ұйымның медициналық персоналымен үй жағдайында тікелей бақыланатын емдеуді, ата-аналармен бейнебақылау емдеуді ұйымдастырумен, сондай-ақ ұйымдастырылған ұжымдарда (оқу орны бойынша, мектепке дейінгі балалар ұйымдарында) жүргізіледі.

60. АИТВ жұқтырған адамдарда латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеуді МСАК көрсететін ұйымдардың және ЖИТС орталықтарының медицина қызметкерлері жүргізеді.

61. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу бір рет жүргізіледі, әрбір келесі курс туралы шешімді (қайталанған байланыс, ФНО-а тежегіштерімен емдеуді бастар алдында бұрын профилактикалық ем алған адамдарда туберкулездік рекомбинантты аллергенге оң реакция немесе туберкулезден кейінгі қалдық өзгерістердің болуы, бұрын жүргізілген туберкулезге қарсы емге қарамастан, бұрын кез келген локализациялы белсенді туберкулез) орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссия қабылдайды.

62. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеуді тағайындауға қарсы көрсетілімдер эпилепсия, орталық нерв жүйесінің органикалық зақымдануы, бауыр (оның ішінде белсенді гепатит) мен бүйрек функциясының бұзылыстары бар аурулары болып табылады.

63. Вирустық гепатитпен ауырғандарға латенттік туберкулез инфекциясын изониазидпен, рифампицинмен немесе рифапентинмен профилактикалық емдеу инфекционисттің қорытындысы бойынша барлық клиникалық белгілер жойылғаннан кейін кем дегенде 6 айдан кейін тағайындалады. Бұл контингентке латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу гепатопротекторлар аясында жүргізіледі.

64. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу процесінде туберкулезге қарсы препараттарға жағымсыз құбылыстар көріністеріне клиникалық мониторинг және ай сайын – бақылау тексерісі (қан, зәр анализі, қанның биохимиялық талдауы) үнемі жүргізіледі.

65. Латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу пациенттің (ата-анасының немесе ресми өкілдерінің) ауызша немесе жазбаша ерікті келісімін алғаннан кейін жүргізіледі.

66. Жасырын туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеу туралы деректер Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес белгіленген нысан бойынша баланың даму тарихына енгізіледі.

3-параграф. Туберкулезді ерте анықтау

67. Туберкулез науқастарын ерте анықтауды меншік нысанына қарамастан медициналық ұйымдардың барлық мамандықтарының медицина қызметкерлері халық МСАК көрсететін және стационарлық ұйымдарға медициналық көмекке жүгінген, міндетті және профилактикалық медициналық тексеріп-қараулар, сондай-ақ туберкулезге қарсы иммундау жүргізген кезде жүзеге асырады.

68. МСАК көрсететін ұйымдарда туберкулезге күдік болған кезде пациентті тексеру осы Қағидалардың 3-қосымшасына сәйкес жүргізіледі.

69. Туберкулезді ерте анықтау мақсатында мыналар пайдаланылады:

1) туберкулездің зертханалық диагностикасы: аурудың клиникалық белгілері бар адамдар арасында молекулярлық-генетикалық әдіспен зерттеу және қақырық жағындысының микроскопиясы. Қақырықты жинау және зертханаға зерттеу үшін жеткізу барлық медициналық ұйымдарда екі күн ішінде жүзеге асырылады. Қақырықтың 2 үлгісі алынады, олардың бірі – таңертеңгі бөлік. Бір порциядан молекулярлық-генетикалық әдіспен зерттеу жүргізіледі, оң нәтиже болған жағдайда екінші порциядан жағынды микроскопиясы жүргізіледі.

Үлгілерді бір күн ішінде, екі порция арасында кемінде 30 минут аралықпен жинауға рұқсат етіледі. Туберкулезге зерттеу жүргізу үшін қақырық тоңазытқышта 3 тәуліктен асырмай сақталады;

2) туберкулез ауруының жоғарғы қауіпі бар халықтың арасындағы флюорография;

3) тәуекел тобындағы балалардағы туберкулинодиагностика (туберкулин Манту сынамасы, рекомбинантты туберкулезді аллерген сынамасы);

70. МСАК көрсететін ұйымдарында диагностиканың молекулалық-генетикалық әдісі және қақырыққа микроскопиялық зерттеу адамдарға екі аптадан артық жалғасатын жөтел (жөтел туберкулездің өкпелі (жұқпалы) түрі бар науқастардың басты симптомдары болып табылады) және төменде санамаланған клиникалық симптомдардың бірі немесе бірнешеуі болған кезде жүргізіледі:

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

71. Жоғарыда аталған симптомдар болған кезде медицина қызметкері осы Қағидалардың 3-қосымшасына сәйкес пациентті тексеруді жүргізеді.

72. МСАК көрсететін ұйымдарда жөтелге шағымдары бар науқастарға кезектен тыс қызмет көрсетіледі және бір рет қолданылатын медициналық бетперделермен қамтамасыз етіледі.

73. Туберкулезге рентгенологиялық күдік, бірақ шағымдар болмаған жағдайларда, молекулярлық-генетикалық әдіс пен қақырық микроскопиясының нәтижелері теріс болған жағдайда, пациентке кең спектрлі антибиотиктермен ем жүргізбестен диагнозды нақтылау үшін фтизиатр-дәрігердің консультациясы жүргізіледі.

74. Туберкулезбен ауыратын науқаспен қарым-қатынас болған кезде және туберкулезге клиникалық-рентгенологиялық күдік бар жағдайларда, науқасқа кең спектрлі антибиотиктермен емделусіз диагнозды нақтылау үшін фтизиатр-дәрігері кеңес береді.

75. Балаларда қақырық болмаған кезде асқазанның (бронхтардың) шайынды суы немесе 2 күн бойы таңертең ашқарынға хлорлы натрийдің 5% ерітіндісімен ингаляциядан және бронходилатациядан (сальбутамол 100-200 микрограмм) кейін алынған индукцияланған қақырық, назофарингеальды аспират зерттеледі.

76. Молекулярлық-генетикалық әдістің оң нәтижесі немесе микроскопия кезінде қышқылға көнбейтін бактериялар анықталған кезде пациент фтизиопульмонологиялық ұйымға жіберіледі, ол жерде оған қосымша зертханалық зерттеулер жүргізіледі және туберкулезге қарсы тиісті емдеу тағайындалады.

77. Молекулярлық-генетикалық әдістің және қақырық микроскопиясының нәтижелері теріс болған және туберкулезге күдікті ауру белгілері күшейген кезде пациент фтизиатр дәрігердің консультациясына жіберіледі.

78. Туберкулезбен ауыратын науқастарды хабардар етуді фтизиопульмонологиялық ұйымдардың және МСАК көрсететін ұйымдардың қызметкерлері туберкулезбен ауыратын науқасқа арналған жадынаманы пайдалана отырып, жүргізеді.

79. Туберкулезді флюорография әдісімен анықтау сырқаттанудың жоғары қаупі бар және міндетті флюорографиялық тексеруге жататын адамдардың арасында жүргізеді.

80. Туберкулезге жыл сайынғы міндетті флюорографиялық зерттеп-қарауға жататын ауру қаупі жоғары халық топтарының тізбесі:

1) бактерияның бөлінуіне қарамастан туберкулезбен ауыратын науқастармен қарым-қатынаста болған адамдар;

2) өкпенің созылмалы обструктивті ауруларымен, қант диабетімен, алкоголизммен, нашарлықпен, АИТВ/ЖИТС диспансерлік есепте тұрған және иммуносупрессивті терапия қабылдайтын адамдар;

3) өкпесінде кез келген этиологиядағы қалдық құбылыстары бар адамдар;

4) бас бостандығынан айыру орындарынан босап шыққан адамдар.

81. Туберкулезге жыл сайынғы міндетті флюорографиялық зерттеп-қарауға жататын адамдарының тізбесі:

1) медициналық ұйымдардың қызметкерлері;

2) медициналық-әлеуметтік мекемелердің қызметкерлері;

3) әскери қызметке шақырылғандар;

4) орта және жоғары оқу орындарының студенттері, училище оқушылары;

5) 15-17 жастағы балалар;

6) босанғаннан кейінгі кезеңдегі әйелдер перзентханадан шыққанға дейін;

7) туберкулезге қарсы вакцинацияланбаған жаңа туған нәрестенің отбасы мүшелері, оны перинаталдық орталықтан (босандыру бөлімшесінен) шығарғанға дейін;

8) стационарлық үлгідегі медициналық-әлеуметтік мекемелерден, психоневрологиялық диспансерлерден арнаулы әлеуметтік қызметтер алатын адамдар контингенті;

9) Қазақстан Республикасына тұрақты тұруға келген адамдар;

10) тергеудегі және сотталғандар (жылына 2 рет);

11) ішкі істер органдарының қызметкерлері, оның ішінде мамандандырылған күзет қызметінің, патрульдік-посттық, жол-патрульдік және учаскелік қызметтердің, тергеу изоляторларының және түзеу мекемелерінің қызметкерлері (жылына 1 рет);

12) қылмыстық-атқару жүйесі мекемелерін күзетуді қамтамасыз ететін, қылмыстық-атқару жүйесі мекемелеріндегі адамдардың мінез-құлқын қадағалау мен бақылауды жүзеге асыратын, сотталғандарды және қамауға алынған адамдарды тасуды, қоғамдық тәртіпті қорғауға қатысатын әскери қызметкерлер (жылына 2 рет);

13) жедел қызметтің әскери қызметкерлері (жылына 2 рет);

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

15) тамақ өнеркәсібінің, қоғамдық тамақтану және азық-түлік саудасы объектілерінің қызметкерлері;

16) мектепке дейінгі, жалпы білім беретін және мамандандырылған мектептердің, лицейлердің және гимназиялардың қызметкерлері;

17) жоғары және орта арнаулы оқу орындарының қызметкерлері;

18) Қазақстан Республикасына уақытша тұруға, оның ішінде еңбек миграциясы бойынша келген адамдар.

82. Қақырық микроскопиясының оң нәтижесі бар (бактерия бөлетін) өкпе туберкулезі диагнозы қақырық микроскопиясы кезінде ем жүргізгенге дейін қышқылға тұрақты бактериялар айқындалған кезде қойылады;

83. Қақырық микроскопиясының теріс нәтижесі бар өкпе туберкулезі диагнозы анамнездің, белсенді ерекше процеске сәйкес келетін клиникалық-рентгенологиялық деректердің, ауру бактериологиялық немесе гистологиялық расталған молекулярлық-генетикалық зерттеу нәтижелерінің негізінде қойылады.

84. Бактериологиялық немесе гистологиялық растау болмаған кезде, түпкілікті шешімді өкпедегі рентгенологиялық зерттеулердің сипатын, өкпедегі патологиялық өзгерістері бар адамда ауыр факторларының және қызмет түрінің болуын ескере отырып, орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссия қабылдайды.

85. Қақырық жағындысы микроскопиясының теріс нәтижелері кезіндегі бронхо-альвеолярлы шайынды (БАШ) микроскопиясының және (немесе) егудің оң нәтижесі науқаста белсенді туберкулездің барын дәлелдейді және диагнозды растайды.

86. Өкпеден тыс туберкулезге күдік туған кезде МСАК көрсететін ұйымдардың мамандары қосымша: сәулелік, аспаптық және зертханалық (мидың, омыртқа бағанының, буындардың, бүйректердің, іш қуысы және жамбас қуысы ағзаларының компьютерлік және магниттік-резонанстық томографиясы, лапароскопия, пунктаттарды, аспираттар мен биоптаттарды туберкулез микробактериясына цитологиялық, гистологиялық, микроскопиялық және бактериологиялық зерттеу) зерттеулер жүргізеді.

87. Өкпеден тыс туберкулез кезінде диагноз молекулалық-генетикалық, бактериологиялық, цитоморфологиялық зерттеулердің негізінде не белсенді өкпеден тыс туберкулезді көрсететін клиникалық-рентгенологиялық деректердің негізінде белгіленеді. Бірнеше ағзасы зақымдалған өкпеден тыс туберкулезі бар пациент процестің анағұрлым ауыр локализациясына сәйкес тіркеледі.

88. Өкпеден тыс туберкулез диагнозын алып тастау мүмкін болмаған кезде, түпкілікті верификацияны фтизиопульмонологиялық ұйымдардың мамандары ашық биопсияны пайдалана отырып, жүргізеді.

89. Мынадай клиникалық түрлері бар туберкулездің жаңа жағдайлары туберкулездің асқынған жағдайлары болып есептеледі:

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

90. Туберкулездің асқынған жағдайларын, алғаш айқындалған науқастардың және олардың себептеріне қарамастан туберкулез рецидивтерінің арасындағы өлім жағдайларын, сондай-ақ балалардағы алғаш айқындалған бактерия бөлетін туберкулезді клиникалық талдау фтизиопульмонологиялық ұйымдармен, МСАК көрсететін ұйымдармен және халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган аумақтық органдарымен бірлесіп, талдау хаттамаларын және іс-шаралар жоспарын әзірлей отырып, жүргізіледі. Диспансерлік есептен шығарылған адамдарда туберкулездің жаңа жағдайларын және ауру рецидивтерін уақтылы айқындау үшін жауапкершілік МСАК көрсететін ұйымдарға жүктеледі.

91. Қазақстан Республикасының аумағында жүрген және туберкулезбен ауырған шетелдіктер және азаматтығы жоқ адамдар медициналық көмекті Кодекстің 83-бабына сәйкес алады.

92. Балаларда туберкулезді анықтау үшін туберкулиндік Манту сынамасы қолданылады, оның мақсаты:

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

2) БЦЖ вакцинасымен вакцинациялау және ревакцинациялауға контингентті іріктеу;

3) ауруды ерте анықтау үшін.

93. Манту сынамасымен зерттеп-тексеруге мынадай балалар жатады:

1) туберкулезбен ауыратын науқаспен қарым-қатынаста болған балалар (отбасылық, туыстық, мектептік (ұжымдық), пәтерлік және басқа қарым-қатынастар);

2) 2 айдан асқан балалар вакцинациялау және ревакцинациялау алдында;

3) жоғарғы тәуекел тобындағы балалар.

94. Туберкулез бойынша тәуекел тобын учаскелік педиатр немесе жалпы практика дәрігері бекітілген балалар санынан қалыптастырады. Баланың даму тарихында учаскелік педиатр (жалпы практика дәрігері) қауіп факторларын көрсете отырып, туберкулез бойынша тәуекел тобына баланы алудың эпикриз – негіздемесін ресімдейді. Жоғары тәуекел топқа іріктелген ұйымдастырылған

балалардың тізімі туберкулин диагностикасының жоспарын жасау үшін мектептің дәрігеріне (мейіргеріне) оқу орны бойынша (балабақшаға) беріледі.

95. Туберкулезбен ауру бойынша жоғарғы тәуекел тобына:

1) ата-аналары АИТВ жұқтырған, бас бостандығынан айыру орнынан шыққан, маскүнемдіктен, нашақорлықтан зардап шегетін, табысы аз, көшіп-қонушы отбасыдан шыққан;

2) қант диабеті, бронх-өкпе жүйесінің тән емес аурулары, тамақтанудың бұзылуы (дене массасының тапшылығы) АИТВ-инфекция бойынша диспансерлік есепте тұрғандар, иммундық супрессивті терапия алатындар (глюкокортикоидтер, цитостатиктер, гендік-инженерлік биологиялық препараттар және басқалары), мүгедектер;

3) БЦЖ вакцинасымен егілмеген және вакцинасының белгісі қалыптаспаған балалар;

4) стационарлық үлгідегі медициналық-әлеуметтік мекемелерде және психоневрологиялық диспансерлерде арнайы әлеуметтік көрсетілетін қызметтер алатын балалардың контингенті жатады.

96. ФНО-а антагонистерімен емдеу, ағзаларды ауыстырып қондыру (реципиент және донор) және гемопоэздіктің жасушаларының трансплантациясы жоспарланған әрбір пациент туберкулезге зерттеліп-қаралады және емдеу процесінде – жылына 2 рет, жоспардан тыс – туберкулезге тән белгілер пайда болған кезде.

97. БЦЖ вакцинасы жасалмаған және ұзақ уақыт бойы иммундық супрессивті терапия (глюкокортикоидтер, цитостатиктер және балалар) алатын балалар, сондай-ақ отбасы мүшелері туберкулезге жылына екі рет – әр 6 ай сайын, көрсетілімдер бойынша – жиі зерттеп-қаралады.

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

99. Манту сынамасы мынадай болып бағаланады:

1) теріс – инфильтраттың және гиперемияның болмауы немесе "инемен шаншу реакциясының" болуы (0-1мм);

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

3) оң – 5 мм және одан астам инфильтрат (папула) анықталса. Көлемі 15 мм және одан астам инфильтрат немесе везикуло-некроздық өзгерістер және/немесе

лимфангоит, лимфаденит анықталса, инфильтрат көлемі есепке алынбай, гиперергиялық реакция ретінде бағаланады.

100. Туберкулинді Манту сынамасы инфекциялық аллергияны да, вакцинадан кейінгі аллергияны да анықтайды. Сараланған диагностика кезінде аллергия сипаты мынадай кешенде ескеріледі:

1) оң туберкулинді реакцияның динамикасы және қарқындылығы;

2) БЦЖ вакцинадан кейінгі тыртықтардың болуы және көлемі;

3) БЦЖ вакцинасын еккеннен кейін өткен мерзім (5 жасқа дейінгі 5-11 мм папулаларының мөлшері бар, күмәнді немесе оң реакция, вакцинадан кейін аллергияның болуын жоққа шығармайды);

4) туберкулезі бар науқастың қарым-қатынаста болуы немесе болмауы;

5) аурудың клиникалық белгілерінің болуы.

101. Күмәнді немесе оң реакция вакцинадан кейінгі аллергияны 5-11 мм мөлшері бар папулалары сипаттайды.

102. Гиперергиялық реакциялар вакцинадан кейінгі аллергияға жатпайды.

103. Аллергиялық бағыты бар балаларға алдын ала гипосенсибилизация (сынаманы қойғанға дейін 5 және 2 күнге дейін Манту сынамасының аясында 2 күн), инфекция ошақтарын санациялау, дегельминизация жүргізіледі.

104. МСАК көрсететін ұйымының фтизиатр-дәрігеріне:

1) алғаш айқындалған оң туберкулин реакциясы бар;

2) гиперергиялық туберкулин реакциясы бар;

3) туберкулин сезімталдығының 6 мм және одан жоғарыға өсуі бар;

4) көлемі 12 мм және одан астам инфильтраты бар балалар жіберіледі.

105. МСАК көрсететін ұйымның фтизиатр-дәрігері туберкулин оң балаларға консультация береді, көрсетілімдер бойынша қосымша тексеру жүргізеді және кең спектрлі антибиотиктермен емдеуді тағайындауға көрсетілімдерді айқындайды. Туберкулин оң адамдарды толық зерттеп-қараудың бүкіл кезеңі қалалар мен аудан орталықтарының тұрғындары үшін 2 аптадан, ауылдық жерлер үшін 1 айдан аспайды.

106. Туберкулин микобактериясын жұқтырғандардың қатарына Манту сынамасы бойынша туберкулинге сезімталдық динамикасы туралы дәлелді ақпарат болған кезде, мына адамдар жатқызылады:

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

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

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

107. Манту сынамасына оң реакция алғаш айқындалған балалардың жұқтыру көзін айқындау мақсатында туберкулезге ата-аналары және бірге тұратын адамдармен бірге барлығы зерттеп-қаралады.

108. Туберкулин сезімталдығының этиологиясын белгілеу мақсатында сараланған диагностика жүргізу кезінде, МСАК көрсететін ұйымдарда басқа білегіне туберкулезді рекомбинантты аллергені бар сынама қойылады.

109. Алғаш рет тексергенде Манту сынамасы теріс нәтижесі бар қарым-қатынаста болған балаларға сынама 8-10 аптадан кейін қайта жасалады.

110. Туберкулезді рекомбинантты аллерген препараты Манту сынамасы оң болған жағдайда МСАК ұйымдарда қолданылады:

1) туберкулез инфекциясын анықтау үшін;

2) туберкулезді басқа туберкулез емес аурулардан саралап диагностикалау үшін;

3) вакцинациядан кейінгі және инфекциялық аллергияны саралап диагностикалау үшін;

4) туберкулез процесінің белсенділігін анықтау үшін.

111. Туберкулезді рекомбинантты аллерген БЦЖ вакцинамен ревакцинацияға (вакцинацияға) іріктеу үшін пайдаланылмайды.

112. Туберкулезді рекомбинантты аллергенге реакция:

1) теріс – инфильтраттың (папуланың) және гиперемияның толық болмауы немесе инемен шаншу (көлемі 2-3 мм гематома немесе көгеру түрінде) реакциясының болуы;

2) күмәнді – инфильтратсыз кез-келген өлшемдегі гиперемия болған кезде;

3) оң – кез-келген өлшемдегі инфильтрат (папула) болған кезде. 15 мм және одан астам инфильтрат болған кезде, сондай-ақ везикула-некроттық өзгерістер және (немесе) инфильтрат өлшеміне қарамастан, лимфангоит, лимфаденит гиперергиялық реакция ретінде қарастырылады.

113. Жергілікті туберкулез жоққа шығарылған жағдайда, алғаш рет Манту оң реакциясы бар балаларға "Туберкулез микобактериясының жұғуы алғаш рет айқындалған" диагнозы қойылады және олар осы Қағидалардың 211-тармағының 2) тармақшасына сәйкес диспансерлік топта бақыланады.

114. Туберкулез микобактериясының жұғуы алғаш рет айқындалған адамдарға латентті туберкулез инфекциясын профилактикалық емдеуі туберкулезді рекомбинанттық аллергенге оң нәтиже болған кезде тағайындалады, теріс болған кезде жүргізілмейді.

115. Туберкулинге және (немесе) туберкулезді рекомбинанттық аллергенге қайтадан гиперергиялық реакциясы бар адамдар шоғырланған туберкулезді процесті анықтау мақсатында жан-жақты қарап тексеріледі. Шоғырланған туберкулезді өзгерістер анықталмаған жағдайда, мұндай балалар диспансерлік есепке алуға және қайтадан латентті туберкулез инфекциясының профилактикалық емдеуі жүргізуге жатпайды.

116. БЦЖ вакцинасымен ревакцинацияға балаларды іріктеу мақсатында 2 туберкулин бірлігі бар Манту сынамасы 6 жастағы балаларға (1-сынып) мектепте, оқу жылының бірінші айында (қыркүйек) жасалады. Бұл айда мектепте басқа екпелерді жүргізу уақытша тоқтатылады.

117. Манту сынамасын қояр алдында екі айлық интервалды сақтау мақсатында дифтерия-сіреспе анатоксин және қызылша қызамық, эпидпаротит вакциналарымен ревакцинация оқу жылы басталар алдында екі ай бұрын жүргізіледі.

118. "Туберкулез микробактериясының жұғуы алғаш айқындалған" диагнозы белгіленген балаларға басқа профилактикалық екпелер бақыланатын латентті туберкулез инфекциясының профилактикалық емдеуі аяқталғаннан кейін, науқастарға химиотерапияның толық курсы аяқталғаннан кейін жүргізіледі.

119. Манту және туберкулезді рекомбинанттық аллерген сынамасын жұмысқа рұқсаты бар оқытылған медицина персоналы жүргізеді.

120. Манту сынамасының және (немесе) туберкулезді рекомбинанттық аллерген нәтижелері Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес белгіленген нысандар бойынша профилактикалық екпе картасында, баланың медициналық картасында, баланың даму сырқатнамасында жазылады онда:

1) стандартты туберкулинді және (немесе) туберкулезді рекомбинанттық аллерген шығарған мекеме, сериясы, бақыланатын нөмірі мен оның жарамдылық мерзімі;

2) туберкулин сынамасын және (немесе) туберкулезді рекомбинанттық аллергенді жүргізу күні;

3) Манту сынамасының және (немесе) туберкулезді рекомбинанттық аллергені бар тестің инфильтрат және теріс – гипермия болмаған кезде, инфильтрат мөлшері түріндегі нәтиже белгіленеді.

121. Манту және туберкулезді рекомбинанттық аллергені бар сынаманы қоюға қарсы көрсетілім:

1) туберкулинге немесе туберкулезді рекомбинантты аллергенге жеке төзбеушілік;

2) туберкулезге күмәнді жағдайларды қоспағанда, ушығу кезіңдегі жіті, созылмалы инфекциялық және соматикалық аурулар;

3) таралған тері аурулары;

4) аллергиялық жай-күйлер (ушығу кезеңі);

5) эпилепсия;

6) ұжымдағы балалар инфекциясы бойынша карантин.

122. Манту сынамасын аурудың барлық клиникалық симптомдары кеткеннен кейін, кемінде 2 айдан соң жасауға рұқсат етіледі.

123. Қарсы көрсетілімді айқындау мақсатында дәрігер (дәрігер жоқ жерде мейіргер) Манту сынамасын қояр алдында медициналық құжаттаманы зерделейді, сауаланама жүргізеді және қарап-тексереді.

124. Балалар инфекциясы бойынша карантин бар балалар ұжымдарында Манту және туберкулезді рекомбинанттық аллергияны бар сынама жүргізуге рұқсат етілмейді (карантин алынғаннан кейін жүргізіледі).

125. Туберкулинді Манту сынамасын және (немесе) туберкулезді рекомбинанттық аллергияны сынама үйде жасалмайды.

126. Тәуекел тобының балаларына туберкулин диагностикасы әртүрлі екпелерге қарсы профилактикалық екпе жүргізгенге дейін жоспарланады. Манту сынамасы мен басқа да профилактикалық екпелердің арасындағы интервал кемінде 2 айды құрайды.

127. Туберкулезбен ауыратын науқастармен қарым-қатынаста болған балаларға Манту және (немесе) туберкулезді рекомбинанттық аллергияны бар сынама МСАК көрсететін ұйымдарында жүргізіледі.

128. Манту сынамасы АИТВ жұқтырған балаларға міндетті емес, өйткені күдікті де немесе күмәнді реакция туберкулез микробактериясын жұқтыруын немесе белсенді туберкулез процесінің болуын жоққа шығармайды.

129. Білім беру ұйымдарында (мектеп, мектепке дейінгі балалар мекемелері) туберкулин диагностикасын МСАК көрсететін ұйымдардың басшысының бұйрығымен бекітілген балалар ұйымдарына шығу кестесіне сәйкес емхана мейіргері жүргізеді.

130. Ерте жастағы және мектепке дейінгі жастағы ұйымдастырылмаған балаларға Манту сынамасы МСАК көрсететін ұйымдарда жүргізіледі.

131. Манту және (немесе) туберкулезді рекомбинанттық аллергияны бар сынаманы жасаудың әдістемелік нұсқамасын МСАК көрсететін ұйымдарының фтизиопедиатр дәрігері жүргізеді.

132. Фтизиопульмонологиялық ұйымдарда туберкулезді зертханалық диагностикалау осы Қағидаларға 4-қосымшаға (бұдан әрі – 4-қосымша) сәйкес жүргізіледі.

133. Фтизиопульмонологиялық ұйымдарда туберкулез диагнозын зертханалық растау мыналарды қамтиды: патологиялық материалдың екі порциясын зерттеу (бірінші порциядан сұйық ортаға егу, шөгіндіден микроскопия жүргізіледі, молекулярлық-генетикалық зерттеу: молекулярлық-генетикалық әдіс – МСАК көрсететін ұйымдарда теріс болған кезде, оң микроскопия кезінде – LPA немесе басқа молекулярлық-генетикалық әдіс; теріс микроскопия кезінде – Existation; екінші порциядан – тығыз ортаға егу және жағынды микроскопиясы жүргізіледі; рифампицинге көнбеушілік кезінде – туберкулезге қарсы препараттарға молекулярлық-генетикалық әдіс жүргізіледі).

134. Туберкулезге күдік болған кезде зертханалық диагностика 4-қосымшаның 1-схемасына (Диагностика) сәйкес жүргізіледі. Сезімтал және дәрілерге көнбейтін туберкулез кезінде химиотерапияны бақылау 4-қосымшаның 2, 3-схемаларына сәйкес жүргізіледі.

135. Дәрілік сезімталдыққа тест жүргізуге арналған туберкулезге қарсы препараттардың күрделі концентрациялары осы Қағидаларға 5-қосымшасына сәйкес айқындалады.

136. Туберкулез және көптеген және ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулез диагнозын қоюды, барлық жағдайларды тіркеуді, емдеу тәсілі мен диспансерлік қадағалауды айқындауды орталықтандырылған дәрігерлік-консультативтік комиссия шешеді.

137. Орталықтандырылған дәрігерлік-консультативтік комиссия республикалық және облыстық (қалалық) фтизиопульмонология орталықтарының жанынан консультативтік-диагностикалық бөлімдердің құрамында құрылады.

138. Орталықтандырылған дәрігерлік-консультативтік комиссияның құрамына: төраға (фтизиопульмонологиялық ұйымның басшысы), төрағаның орынбасары, мүшелері (ұйымдастырушылық-әдістемелік бөлімнің, туберкулезбен, көптеген және ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын науқастарды, оның ішінде балаларды емдеуге арналған бөлімшелердің меңгерушілері, провизор (дәрілік үйлестіруші және хатшы) кіреді.

139. Туберкулезбен ауыратын науқастардың медициналық құжаттамасын орталықтандырылған дәрігерлік-консультативтік комиссияның отырысына МСАК көрсететін ұйымның фтизиатр дәрігері, фтизиопульмонология орталығының стационарында болған жағдайда – емдеуші дәрігер ұсынады.

Жағдайды талдау жағдайды ұсынуды, талқылауды және шешім қабылдауды қамтиды.

140. Туберкулезбен ауыратын науқастардың нақты тұратын мекенжайы, оқу орны, әскери қызметін өтеу орны, түзету мекемесінде болуы ескеріле отырып, тұрақты тіркелген мекенжайына қатыссыз МСАК көрсететін ұйымдарға есепке және диспансерлік бақылауға алынады.

141. Туберкулез диагнозы бар науқастарды тіркеу екі санат бойынша жүзеге асырылады:

1) сезімтал туберкулез – бактерия бөлетін немесе бактерия бөлмейтін өкпе және өкпеден тыс сезімтал туберкулездің барлық жаңа және қайталанған жағдайлары;

2) дәрілерге көнбейтін туберкулез – дәрілерге көнбейтін туберкулезбен зертханалық расталған туберкулез жағдайлары.

142. Тіркеу кезінде сезімтал туберкулез науқастары мынадай типтерге бөлінеді:

1) "жаңа жағдай" - бұрын ешқашан туберкулезге қарсы препараттарды қабылдамаған немесе оларды бір айдан кем уақыт қабылдаған науқас;

2) "рецидив" – бұрын бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емдеудің толық курсы қабылдап, "сауықты" немесе "ем аяқталды" деген ем нәтижесі анықталған науқаста кейіннен бактерия бөлу анықталған пациент;

3) "сәтсіз ем" – бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен бірінші немесе қайта жүргізілген емдеу курсы сәтсіз болған пациент;

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

5) "ауыстырылды" – Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес белгіленген нысан бойынша туберкулезбен ауыратын науқасты аударуға жолдамамен және ол туберкулезбен науқас ретінде тіркелген амбулаториялық картасынан немесе сырқатнамасынан үзінді көшірмемен емдеу немесе емдеуді жалғастыру үшін басқа ұйымнан (мекемеден) келген пациент. Емдеу аяқталғаннан кейін оның нәтижесі бастапқы тіркеу ұйымына жіберіледі;

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

143. Дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын немесе оған күдікті науқастарды тіркеу мынадай жағдайларда жүзеге асырылады:

1) зертханалық расталған рифампицинге көнбейтін туберкулезбен;

2) көптеген дәрілерге көнбейтін, зертханалық расталған туберкулезбен;

3) бірінші қатардағы препараттармен "сәтсіз ем" нәтижесі бар полирезистентті туберкулезбен (көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулездің даму ықтималдығы жоғары);

4) зертханалық расталған ауқымды дәрілерге көнбейтін және ауқымды дәрілерге көнбес бұрын туберкулезбен;

5) екінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен жүргізілген ем сәтсіз болған (ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулездің даму ықтималдығы жоғары);

6) алдыңғы емделу барысында көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез анықталған, бірақ бірінші немесе екінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен ем курсы "жазылды" немесе "ем аяқталды" нәтижелерімен аяқтаған пациенттерде ауру қайталанған жағдайда;

7) алдыңғы емделу барысында көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез анықталған және бірінші немесе екінші қатардағы туберкулезге қарсы қолданылатын дәрілермен ем курсы "ем тәртібін бұзды" нәтижесімен аяқтаған пациенттерді ем жүргізуге қайта алған жағдайда;

8) қысқартылған режимде емдеудің тиімсіз режимін (дәріге көнбеушіліктің артуы, клиникалық әсердің болмауы, препараттарды қабылдаудың түпкілікті тоқтатылуына әкеп соққан елеулі жағымсыз құбылыстар) алатын пациенттер;

9) ауқымды дәрілерге көнбес бұрын және ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулезбен қарым-қатынастағы туберкулезбен ауыратын пациенттер.

144. Дәрілерге көнбейтін туберкулезді тіркеу келесі түрлер бойынша жүргізіледі:

1) "жаңа жағдай" – бұрын ем қабылдамаған немесе ем басталғанға дейін жүргізілген дәрілік сезімталдыққа тест нәтижесі сезімтал туберкулезді емдеудің қарқынды кезеңі аяқталғанға дейін дәрілік тұрақтылықтың болуын растаған 1 айдан кем емделмеген пациент. Көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулезі емдеу басталғанға дейін зертханалық расталған алғашқы анықталған пациенттер аудандық тіркеу журналында тіркеледі;

2) "сәтсіз ем":

бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емдеудің қарқынды кезеңі аяқталғаннан кейін жағындының конверсиясы жоқ дәрілік сезімталдығы сақталған, моно- және полирезистенттілігі бар немесе дәрілік сезімталдық мәртебесі белгісіз пациент;

дәрілік сезімталдығы сақталған, моно - және полирезистенттілігі бар немесе дәрілік сезімталдық мәртебесі белгісіз, демеуші фазада немесе бірінші қатардағы

туберкулезге қарсы препараттармен емдеу соңында бактерия бөлу қайта басталған пациент;

кең дәрілік тұрақтылығы бар туберкулез зертханалық расталмаған немесе екінші қатардағы препараттарға дәрілік сезімталдыққа тест нәтижелері жоқ бактерия бөлетін пациент, бұл ретте екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емдеудің бірінші немесе қайта емдеу курсы нәтижесінде "сәтсіз ем" нәтижесі бар;

3) "рецидив" – бұрын "емделді" немесе "емдеу аяқталды" деген нәтижемен бірінші немесе екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен ем алған, бактерия бөлетін және дәріге көнбейтін зертханалық расталған туберкулезбен ауыратын пациент;

4) "үзілістен кейінгі емдеу" – бактерия бөлетін және дәрілерге көнбейтін туберкулезбен зертханалық расталған, 2 және одан да көп айға үзілістен кейін туберкулезге қарсы препараттармен емдеуді қайта бастаған пациент;

5) "ауыстырылған" – туберкулезге қарсы ем тағайындау немесе жалғастыру үшін басқа мекемеден туберкулезбен ауыратын науқасты ауыстыруға жолдамамен және стационарлық немесе амбулаториялық медициналық картасынан үзінді көшірмесімен келген дәрілік тұрақтылығы бар туберкулезбен ауыратын науқас;

6) "басқалары" – өлшемшарттары жоғарыда аталған түрлерге сәйкес келмейтін жағдайларды қамтиды (бактерия бөлусіз барлық қайталанған жағдайлар).

4-параграф. Белсенді туберкулезді емдеу

145. Белсенді туберкулезбен ауыратын пациенттерді емдеу үздіксіз екі кезеңде жүргізіледі:

1) бірінші кезең: қарқынды кезең – стационарда жүргізіледі, кейіннен, қақырық конверсиясына қол жеткізгеннен кейін амбулаториялық жағдайда жалғастырылады. Бактерия бөлмейтін пациенттер бастапқыда орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссияның шешімі бойынша амбулаториялық, сондай-ақ стационарды алмастыратын жағдайларда емделуге жіберіледі. Бактерия бөлетін пациенттерді жеке айғақтары бойынша үйде немесе стационарды алмастыратын жағдайда емдеуді, сондай-ақ туберкулез микобактерияларына қақырық жағындысын кезектен тыс зерттеу негізінде (әрбір 10 күн сайын) қарқынды фаза аяқталғанға дейін пациенттерді амбулаториялық емдеуге ауыстыруды, стационарды алмастыратын технологияларды немесе бейнебақылау емдеуді пайдалану мүмкіндігін орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссия шешеді;

2) екінші кезең: қолдау фазасы – амбулаториялық, стационарлық алмастыратын жағдайларда жүргізіледі. Қолдау фазасын клиникалық және әлеуметтік көрсеткіштерге сәйкес стационарда жүргізуді орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссия шешеді.

146. Белсенді туберкулезбен ауыратын пациенттерді емдеу, соның ішінде тағайындалған дәрілік заттарды қабылдауларын бақылау білікті медицина қызметкерінің тікелей бақылауымен жүргізіледі.

147. Емдеу Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес белгіленген нысандар бойынша науқастың амбулаториялық картасында және медициналық картасында көрсетіледі.

148. Медициналық ұйымдарда туберкулезге қарсы препараттарды туберкулезден басқа ауруларды емдеу үшін қолдануға және оларды дәріханалық мекемелерде рецептсіз сатуға тыйым салынады.

149. Емді бастамас бұрын пациентпен (балалардың ата-аналарымен немесе қамқоршыларымен) Кодекстің 7-бабының 31) тармақшасына сәйкес белгіленген нысан бойынша кейіннен ақпараттандырылған келісімге қол қоя отырып, химиотерапияның толық курсының өткізудің қажеттілігі туралы әңгіме жүргізіледі.

150. Емдеу процесінде ай сайын пациенттің салмағы өлшенеді және дәрілік препаратты қабылдау дозасы түзетіледі.

151. Белсенді туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде туберкулезге қарсы препараттармен жүргізіледі.

152. Сезімталдығы сақталған белсенді туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу:

1) қарқынды фаза туберкулез процесінің ауыртпалығы мен таралушылығына қарамастан, екі айдан төрт айға дейінгі мерзімде аптасына күнтізбелік 7 күн күнделікті режимінде жүргізіледі. Қарқынды фаза амбулаториялық жағдайларда – аптасына күнтізбелік 6 күн жүргізіледі. Ем басталғанға дейін туберкулезге қарсы препараттарға туберкулез микробактерияларымен дәрілік сезімталдыққа тест қойып, қақырыққа өсінді зерттеуі жүргізіледі;

2) емдеу төрт туберкулезге қарсы препаратпен жүргізіледі: изониазид (H), рифампицин (R), пиразинамид (Z) және этамбутол (E);

3) екі ай аяқталғаннан кейін емнің қолдаушы фазасына ауыстыру туберкулез микробактерияларына қақырық жағындысы екі реттік зерттеудің теріс нәтижесі болған жағдайда ғана жүргізіледі;

4) екінші айдың соңында жағынды оң нәтижелі болған кезде-себінді зерттеу қатты және сұйық орталарда қайтадан жүргізіледі және қарқынды фаза тағы бір айға созылады;

5) үшінші айдың соңында қақырық жағындысын екі реттік зерттеудің теріс нәтижесі болған кезде пациент қолдаушы фазаға ауыстырылады;

6) үшінші айдың соңында жағынды оң нәтижелі болып сақталған кезде қарқынды фаза тағы бір айға созылады;

7) төртінші айдың соңында қақырық жағындысын екі реттік зерттеудің теріс нәтижесі болған кезде пациент қолдаушы фазаға ауыстырылады;

8) төртінші айдың соңында жағынды оң нәтижелі болған немесе бактерия шығару қайтадан пайда болған кезде науқасты IV санатқа ауыстырады және дәрілік сезімталдыққа тест деректеріне сәйкес жеке емдеу режимін тағайындай отырып, "сәтсіз ем" деген нәтиже қойылады;

9) бактерияның шығарылуына қарамастан туберкулез процесінің полирезистенттілігі және клиникалық-рентгенологиялық нашарлауы болған кезде және емдеудің төрт айын күтпестен "екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емдеуге ауыстыру" деген нәтиже қойылады және сырқатнамасының деректеріне және дәрілік сезімталдыққа тестке сәйкес дәріге көнбейтін туберкулезді емдеудің қысқартылған немесе ұзақ режимі тағайындалады;

10) рифампицинге көнбейтін, көп немесе ауқымды дәріге көнбейтін белсенді туберкулез расталған кезде пациент емдеу нәтижесімен дәріге көнбейтін туберкулезді емдеу үшін ауыстырылады "екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емдеуге ауыстырылды";

11) қолдаушы фаза төрт ай бойы күнделікті режимде (аптасына 6 рет) екі препаратпен – изониазидпен (H) және рифампицинмен (R) жүргізіледі;

12) аурудың ауыр жағдайлары кезінде қолдаушы фаза жеті айға дейін ұзартылады;

13) емдеу басталғанға дейін изониазидке көнбейтін туберкулез анықталған кезде рифампицинмен, этамбутолмен, пиразинамидпен және левофлоксацинмен 6 ай бойы емдеу ұсынылады. Бұл емдеу схемасы рифампицинге сезімталдықты сақтаған және дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын науқаспен байланыс болмаған кезде ғана тағайындалады.

153. Көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулезді растайтын дәрілік сезімталдыққа тест нәтижелерін алған кезде IV санатқа қайта тіркеу және емдеу режимін таңдау туралы мәселені шешу үшін науқастың медициналық

құжаттамасы 5 жұмыс күні ішінде орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссияның қарауына ұсынады.

154. АИТВ жұқтырған және жұқтырмаған белсенді туберкулез науқастарын тексеріп-қарау (анықтау, диагностикалау, емдеу және бақылау) тәсілі және туберкулезге қарсы ем жүргізу режимі бірдей болып табылады.

155. Өкпе және кеудеішілік лимфа бездері белсенді туберкулезінің ауыр және асқынған түрлері бар балаларды қарқынды емдеу фазасы стационарда жүргізіледі, оның ұзақтығын орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссия емдеудің стандартты схемаларына сәйкес анықтайды. 15 жасқа дейінгі балаларда ауыр ауру – өкпе және/немесе өкпеден тыс ауру формаларында ыдырау қуыстарының немесе екі жақты процестің, бронхиалды өтімділігі бұзылған кеудеішілік лимфа түйіндерінің оқшауланған туберкулездің, айқын тамақтану жеткіліксіздігінің, ауыр иммуносупрессияның, туберкулезге бактериологиялық зерттеулердің оң нәтижелері болуы; 14 жастан асқан балаларда – өкпеде ыдырау қуыстарының немесе екі жақты процестің болуы, бактерия бөлу.

156. Балаларға оң динамика мен микроскопиялық және өсінді зерттеулердің теріс нәтижелері бар бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен ем жүргізу аясында туберкулездің клиникалық-рентгенологиялық өршу белгілері болмаған кезде, емнің одан әрі тәсілін айқындау үшін ұлттық деңгейдегі мамандардың сырттай немесе көзбе-көз консультациясы уақтылы жүргізіледі.

157. Бактерия бөлмейтін белсенді туберкулез бар балаларды емдеудің қолдаушы фазасына – ауыстыру процестің рентген-томографиялық динамикасына негізделеді.

158. Балаларға қарқынды және қолдаушы фазалар емін стационарда, санаториялық немесе амбулаториялық жағдайда жүргізу қажеттігін орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссия шешеді.

159. Милиарлы туберкулез, туберкулезді менингит және сүйек-буын туберкулезі бар балаларды емдеудің жалпы ұзақтығы он екі айды құрайды: I санаттағы науқастар үшін қарқынды фаза - төрт айға дейін, қолдаушы фаза - сегіз айға дейін.

160. Ересектер мен балалардағы сезімтал және тұрақты туберкулезді емдеуге арналған туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозалары осы Қағидаларға 6-қосымшаға сәйкес тағайындалады.

161. Белсенді туберкулезге қарсы терапияны үзген кезде шаралар осы Қағидаларға 7-қосымшаға сәйкес қабылданады.

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

163. Сезімталдығы сақталған белсенді туберкулезбен ауыратын науқастар емінің аяқталуы:

1) "емделіп шықты" - емнің соңындағы және кем дегенде оның алдындағы айда жағынды немесе өсінді қорытындысы бар емдеу басталу сәтіне бактериологиялық растаумен өкпе туберкулезі бар пациент;

2) "ем аяқталды" - терапияның толық курсын аяқтаған және тиімсіз емдеу белгілері жоқ, бірақ емдеудің соңғы айы ішінде немесе ең болмаса бір рет қақырық жағындысының немесе өсіндінің қорытындылары теріс болуы туралы (зерттеу жүргізілмегендігі себепті, немесе қорытынды болмауының салдарынан) деректері жоқ пациент;

3) "сәтсіз ем" - егер науқаста:

туберкулез микобактериясының изониазид пен рифампицинге сезімталдығы сақталған жағдайда, дәрілік сезімталдыққа тест нәтижелері белгісіз болса немесе полирезистенттілік анықталып, емнің 5-айында және одан кейін қақырық микроскопиясы оң нәтижелі болса;

қақырық жағындысының конверсиясынан кейін бактерия бөлу қайта жаңарса;

басында теріс нәтижелі қақырық микроскопиясы емнің қарқынды кезеңінің соңында оң болып, туберкулез микобактериясы изониазид пен рифампицинге сезімталдығы сақталса, дәрілік сезімталдыққа тест нәтижелері белгісіз болса және полирезистенттілік анықталса;

басында теріс нәтижелі қақырық микроскопиясы дәрілік сезімталдыққа тест нәтижесінің қандай болғанына қарамастан емнің қолдау сатысында оң болса;

4) "қайтыс болды" – пациент ем алғанға дейін немесе химиотерапия курсы барысында қандай да бір себептен қайтыс болса;

5) "кейінгі бақылау үшін жоғалту" – туберкулезбен ауыратын пациент емді 2 ай (немесе одан да көп) қатарынан үзген немесе емдеуді бастамаған;

6) "нәтиже бағаланбаған" – емдеу нәтижесі анықталмаған туберкулезбен ауыратын пациент. Бұған басқа медициналық бөлімшеге "ауыстырылған" жағдайлар, сондай-ақ емдеу нәтижелері есептілікті жүзеге асыратын бөлімшеге белгісіз жағдайлар кіреді;

7) "екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емдеуге ауыстырылды" – көптеген дәрілерге немесе ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулезі зертханалық расталған науқас, өкпеден тыс туберкулезі бар

пациентте көптеген дәрілерге немесе ауқымды дәрілерге көнбейтін туберкулезге күдіктену және көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын науқаспен қарым-қатынаста болған балада бактерия бөлмейтін туберкулез анықталса.

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

165. "Емнің табыстылығы" – ем нәтижелері "емделіп шықты" және "ем аяқталды" деп тіркелген жағдайлардың саны.

166. Дәріге көнбейтін туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу жаңа препараттардың әзірленуі мен дәлелді базаны алуға байланысты толықтырылатын және өзгертілетін Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының жіктемесіне сәйкес туберкулезге қарсы препараттарды қолдана отырып, емдеудің қысқартылған және ұзақ схемаларын пайдалануға негізделген.

167. Дәрілерге көнбейтін туберкулезді емдеуге ұсынылған туберкулезге қарсы препараттардың жіктемесі:

1) А тобы: фторхинолондар (левофлоксацин (Lfx) және моксифлоксацин (Mfx)), бедаквилин (Bdq) және линезолид (Lzd); (басымдықпен пайдалануға арналған препараттар) тиімділігі жоғары туберкулезге қарсы препараттар болып табылады және қарсы көрсетілімдері болмаған кезде дәрілерге көнбейтін туберкулездің барлық жағдайларында енгізіледі;

2) В тобы: клофазимин (Cfz) және циклосерин (Cs) дәріге көнбейтін туберкулезді емдеуге арналған екінші таңдау препараттары;

3) С тобы: этамбутол(E), деламанид (Dlm), пиразинамид (Z), имипенем-циластатин (Ipm-Cln) немесе меропенем (Mpm), амикацин (Am) немесе стрептомицин (S), этионамид (Eto) немесе протионамид (Pto), парааминосалицил қышқылы (PAS) А және В топтарынан тиімді препараттардың қажетті мөлшерін таңдау мүмкін болмаған жағдайларда қолданылады.

168. Дәрілерге көнбейтін туберкулездің емін тағайындауды және емнің режимін, емнің схемасын, дозасын және туберкулезге қарсы препараттарды қабылдау жиілігін бекітетін орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссия айқындайды.

169. Дәрілерге көнбейтін туберкулезді емдеу осы Қағидаларға 6-қосымшаға сәйкес ересектер мен балаларға арналған туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозасына сәйкес емнің барлық курсына туберкулезге қарсы препараттардың толық жиынтығы болған кезде ғана тағайындалады.

170. Емдеудің қысқартылған режимі рифампицинге көнбейтін туберкулезбен және көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын науқастарға, бұрын екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттарды алмаған немесе оларды бір айдан аспайтын уақыт ішінде алған және:

1) фторхинолонға және екінші қатардағы инъекциялық туберкулезге қарсы препараттарға көнбеушілігі расталған;

2) микобактерия туберкулезінің штамдарының қысқартылған емдеу режимінде қолданылатын екі немесе одан да көп дәрілерге тұрақтылығын растайтын мәліметтер;

3) фторхинолонға және екінші қатардағы инъекциялық туберкулезге қарсы препараттарға көнбейтін науқастармен байланысы;

4) қысқартылған режимді схемаға кіретін препараттарды көтере алмайтыны расталған деректері;

5) жүктілігі;

6) өкпеден тыс туберкулезі (туберкулезді менингит немесе орталық жүйке жүйесінің туберкулезі);

7) АИТВ бар науқастардағы кез-келген өкпеден тыс туберкулезі;

8) сәтсіз емге арналған қауіп факторлары (туберкулездің таралған және асқынған түрлері, декомпенсация фазасындағы қосалқы аурулар);

9) көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулездің қысқартылған режиміне енгізілген бір немесе бірнеше препараттардың болмауы деректері жоқ науқастарға тағайындалады.

171. Қысқартылған толық пероральді емдеу режимінің схемасы: қарқынды фаза: 4–6 Bdq (6 ай) - Lfx-Cfz-Z-E-Nh-Eto; қолдау фазасы: 5 Lfx-Cfz-Z-E.

172. Қысқартылған толық пероральді емдеу режимінің жалпы емдеу курсы 9-12 айды құрайды. Емдеудің қарқынды кезеңінің ұзақтығы оң клиникалық және рентгенологиялық динамиканы ескере отырып, 30 күн аралықпен жүргізіліп, қақырық жағындысының микроскопиясы мен сұйық ортада себу әдісімен екі теріс нәтижесіне дейін созылады. Қарқынды емдеу фазасының минималды ұзақтығы – 4 ай және қақырық конверсиясына қол жеткізу мерзіміне байланысты 6 айға дейін ұзартылады. Бедаквилинді қолдану ұзақтығы 6 айды құрайды.

173. Пилоттық жобаларды іске асыру шеңберінде қолданылатын инъекциялық емес қысқартылған емдеу режимдері:

1) левофлоксацин, бедаквилин, линезолид, клофазимин және деламанид;

2) бедаквилин, линезолид, левофлоксацин, клофазимин және пиразинамид.

Циклосеринге көнбеушілік болса пиразинамидті тағайындауға болады.

174. Пилоттық жобаларды іске асыру шеңберінде қолданылатын инъекциялық емес қысқа мерзімді схемалары бойынша жалпы емдеу курсы 9 айды құрайды. Бедаквиллин мен деламанидті қолдану мерзімі 6 айды құрайды. Оларды қабылдауды 6 айдан астам уақытқа ұзарту орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссияның отырысында қарастырылады және қақырықты конверсиялауға қол жеткізу уақытына (қақырық жағындысы микроскопиясы және сұйық ортада себу әдісімен екі теріс нәтижесін алу, 30 күндік аралықпен тізбектелген) және клиникалық және рентгенологиялық динамикасына, сондай-ақ пациенттердің дәрілерді көтеруіне байланысты.

175. Қысқартылған емдеу режимі бойынша препараттарды қабылдау күнделікті, аптасына 7 күн.

176. Қысқартылған режим бойынша ем қабылдаған науқастар үшін қақырықты микроскопиялық және сұйық ортадағы культуральді зерттеу ай сайын емдеу курсы бойы жүргізіледі.

177. 6 ай ішінде қысқартылған емдеу режимінің барысында сұйық ортада себу әдісімен қақырық конверсиясы болмаған жағдайда науқас емделудің ұзақ емдеу режиміне ауыстырылу үшін орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссиясына ұсынылады.

178. Ұзақ емдеу режиміне А және В тобындағы туберкулезге қарсы кемінде бес тиімді дәрілік препарат кіреді. Егер жоғарыда аталған туберкулезге қарсы тиімді препараттардың ең аз санын қамтитын емдеу режимін жобалау мүмкін болмаса, С тобындағы бірнеше препаратты дәрілердің жалпы санын бес-алтыға жеткізу үшін қосуға болады.

179. Емдеудің ұзақ режимінің ұзақтығы кемінде 20 айды құрайды, көрсеткіштер бойынша 24 айға дейін және одан астам мерзімге ұзартылады, препараттарды қабылдау күнделікті, аптасына 7 күн.

180. Аурудың жеңіл түрлері бар 15 жасқа дейінгі балаларға арналған ұзақ емдеу режимінің ұзақтығын 9 айға дейін қысқартылады.

181. Бедаквиллин мен деламанидті қолдану мерзімі 6 айды құрайды. Оларды қабылдауды 6 айдан астам уақытқа ұзарту орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссиясында қарастырылады және қақырықты конверсиялауға қол жеткізу уақытына (қақырық жағындысы микроскопиясы мен сұйық ортада себу әдісімен екі теріс нәтижесін алу, 30 күндік аралықпен тізбектелген) және клиникалық және рентгенологиялық динамикасына, сондай-ақ пациенттердің дәрілерді көтеруіне байланысты.

182. Ұзақ режим бойынша емделетін пациенттерде қақырық микроскопиялық және сұйық ортадағы дақылды зерттеу қақырық

конверсиясына қол жеткенге дейін ай сайын, кем дегенде алғашқы 6 айда, содан кейін жалпы емдеу курсының соңына дейін тоқсан сайын жүргізіледі.

183. Қақырық және (немесе) өсінді микроскопиясының деректері бойынша бактерия бөлу сақталған кезде, бақыланатын химиотерапиясының 10 айынан кейін емдеуді тоқтату және 201-тармақтың 3) тармақшасына сәйкес "тиімсіз емдеу" нәтижесімен туберкулезге қарсы препараттармен емдеу курсы аяқтаған науқастарды диспансерлік бақылау тобына ауыстыру мақсатында пациент орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссиясының отырысына ұсынылады.

184. Туберкулезге қарсы ем тоқтатылғаннан кейін бактерия бөлуші пациент симптоматикалық ем жүргізу бөлімшесіне ауыстырылады, сонда бактерия бөлу тоқтағанша оқшауланады (қақырық микроскопиясы мен культуральдық әдістің теріс нәтижелері). Туберкулезге қарсы емнің тоқтауы себебі туралы пациентке және оның туыстарына хабарлау керек. Көрсетілген пациенттерге инфекциялық бақылау шараларын сақтай отырып, психологиялық қолдау және симптоматикалық емдеу қажет.

185. Туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік мөлшері стационарда бір рет немесе екіге бөліп, ал амбулаториялық жағдайда бір рет қабылданады. Стационардағы туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік мөлшерін бөліп ішетін пациенттер, ауруханадан шығар алдында кем дегенде 2 апта бұрын бір рет қабылдау тәртібіне ауыстырылады.

186. Қысқартылған және ұзақ емдеу режимдерін қабылдайтын пациенттердің емдеу мониторингі осы Қағидаларға 8-қосымшаға сәйкес жүргізіледі.

187. Дәрілерге көнбейтін туберкулез бойынша ем қабылдап жатқан науқастарды тамақтандыру тәулігіне 5 рет жүзеге асырылды және оның құнарлығы кемінде 6 мың каллорийді құрауы тиіс.

188. Пациенттерді амбулаториялық емдеу МСАК көрсететін ұйымдарда жүргізіледі:

1) бактерия бөлмейтін, интоксикация белгілері айқын емес, асқынулары, қосарласқан аурулары және дәрілік заттарға аллергиялық реакциялары жоқ науқастарға;

2) бактерия бөлуші науқастарда тағайындалған ем жүргізілгеннен кейін катарынан, кем дегенде күнтізбелік 10 күн интервалымен кезең-кезеңімен алынған микроскопияның екі нәтижесі теріс болған науқастарға;

3) науқастарға туберкулезге қарсы препараттардың инъекциялары МСАК көрсететін ұйымдардың емшара кабинеттерінде жасалады;

4) туберкулез және дәрілерге көнбейтін туберкулез бойынша арнайы ем қабылдап жатқан науқастарды 10 күнде 1 реттен кем емес, қажет болған жағдайда одан да жиірек, МСАК көрсететін ұйымдарының учаскелік дәрігерлері және (немесе) фтизиатрлары қарап-тексеруі тиіс;

5) МСАК көрсететін ұйымдарда ерекше ем алатын науқастарда туберкулезге қарсы препараттардың жағымсыз құбылыстары мен қосалқы аурулардың себебі бойынша симптоматикалық және патогенетикалық емдеу жүргізу шарттары қарастырылады;

6) туберкулезбен ауыратын науқаста туберкулезге қарсы препаратқа жағымсыз құбылыстарды тіркеу кезінде, жағымсыз құбылыстарды басатын симптомдық және патогенетикалық заттар пайдаланылады; препараттарды қабылдау еселігі, уақыты және енгізу тәсілі қайта қаралуда немесе препараттың дозасын уақытша азайтады; оң әсер болмаған кезде, препарат уақытша тоқтатылады (2-3 күнге) не оның аналогымен алмастырылады;

7) ауыр жағымсыз құбылыстарда (құрысу синдромдары, естен тану жай-күйлері, анафилактикалық шок, жедел психоздар, уытты гепатиттер, асқазан мен ұлтабардың ойық жара аурулары, уытты нефрит) барлық туберкулезге қарсы препараттар тоқтатылады. Жағымсыз құбылыстар тұрақты жойылғаннан кейін, тоқтатылған препараттар аз уытты препараттардан анағұрлым уытты препараттармен алмастырып тағайындалады;

8) бөлімшеде және науқастың айналасында оптимистік микроклимат құру; стационарлық сатыда және науқас медициналық мекемеге шағыммен жүгінген кезде амбулаториялық сатыда туберкулезге қарсы препараттарға көнбеушілікке күнделікті бақылау; В6 дәруменін, кальций, магний препараттарын, асқазан-ішек жолдарының жұмысын жақсартатын ферменттерді, өтке арналған заттарды; липотроптық және гепатотроптық заттарды, антигистаминдік препараттарды, дезинтоксикациялық терапияны, аллергиялық әсер туындаған кезде, емдік плазмаферезді мерзімді тағайындау екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттардың жанама әсерінің профилактикалық шаралары болып табылады;

9) емнің амбулаториялық сатысында туберкулезбен ауыратын барлық науқастарға психологиялық әлеуметтік қолдау көрсетіледі;

10) науқастарды емдеуде ұстау үшін емнің амбулаториялық сатысында тұрақты негізде, сондай-ақ тікелей бақыланатын емге жауапты медицина қызметкерлерін материалдық ынталандырудың әртүрлі әдістері пайдаланылады (ай сайынғы ақшалай төлемдер, азық-түлік пакеттері, ыстық тамақ, көлік шығыстарын өтеу және басқалары).

189. Дәрілерге көнбейтін туберкулезі бар балаларды емдеу дәрілерге көнбейтін туберкулезді емдеудің жалпы қағидаларына сәйкес жүргізіледі, А және В тобындағы дәрілерді басымырақ қолданып, егер 4 тиімді препаратты таңдау мүмкін болмаса, С тобындағы дәрілер балада туберкулез микобактериясы штаммының сезімталдығына негізделген немесе инфекция көзі негізінде қолданылады.

190. Туберкулезге қарсы препараттарды қабылдауды жеке режимінде 2 ай және одан да астам уақытқа үзген науқастарды емдеу, туберкулезге қарсы препараттарға дәрілік сезімталдыққа тестінің нәтижелерін алғанға дейін сол режимінде жалғастырылады және емдеу схемасы дәрілік сезімталдықтың деректерін ескере отырып, түзетіледі.

191. Қақырықты 4-ші айға микроскопия әдісімен конверсиялау болмаған жағдайда және екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емдеудің 6-шы айына өсінді кезінде, ұлттық деңгейдегі мамандар уақтылы қасында немесе сырттай консультация жүргізеді.

192. Дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу нәтижелерін тіркеу:

1) "сауықты" – емдеу ұлттық ұсыныстарға сәйкес тиімсіз емдеу белгілерінсіз және химиотерапияның қарқынды фазасы аяқталғаннан кейін кемінде 30 күн үзіліспен жасалған дәйекті өсінділердің үш немесе одан да көп теріс нәтижелері болған кезде аяқталды;

2) "ем аяқталды" - емдеу ұлттық ұсыныстарға сәйкес сәтсіз емдеу белгілерінсіз аяқталды, бірақ химиотерапияның қарқынды кезеңі аяқталғаннан кейін кемінде 30 күн үзіліспен жасалған үш немесе одан да көп дәйекті өсінділердің теріс нәтижелері бар екендігі туралы деректер жоқ;

3) "сәтсіз ем" - емдеу тоқтатылды немесе емдеудің тұрақты схемасында туберкулезге қарсы кемінде екі препаратты ауыстыру қажет:

негативацияға (конверсияға) жеткеннен кейін емдеудің қарқынды фазасының аяқталу сәтіне негативацияның (конверсияның) немесе – емдеудің демеуші фазасында бактериологиялық реверсияның болмауы;

фторхинолондарға немесе екінші қатардағы инъекциялық препараттарға қосымша сатып алынған көнбеушілік туралы куәландыратын деректерді алу;

жағымсыз дәрілік реакцияның дамуы;

4) "қайтыс болды" - химиотерапия курсы кезінде кез келген себеп бойынша қайтыс болған туберкулезбен ауыратын науқас;

5) "кейінгі бақылау үшін жоғалту" - туберкулезбен ауыратын науқас, оның емделуі қатарынан 2 айға (немесе одан да ұзақ) үзілді;

б) "нәтиже бағаланбаған" – емдеу нәтижесі бағаланбаған туберкулезбен ауыратын науқас. Бұған басқа медициналық мекемеге "ауыстырылған" жағдайлар және емдеудің белгісіз нәтижелері бар жағдайлар кіреді.

193. Дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын науқастарды емдеу тиімділігінің индикаторлары: емнің 12-айында микроскопия және өсінді әдісімен бактерия бөлуші өкпе туберкулезі бар науқастардың 85% конверсияға, емнің сәтті болу көрсеткіші – көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулездің барлық жағдайларының 75%-да қол жеткізу болып табылады.

194. Арнайы емдеуге жатпайтын туберкулезбен ауыратын науқастарға паллиативтік көмек Кодекстің 126-бабының 2-тармағына сәйкес жүзеге асырылады.

195. Туберкулезге қарсы ем қабылдайтын науқастың жағымсыз реакциялардың және құбылыстардың болуына клиникалық жағдайын бағалауды күнделікті емдеуші дәрігер немесе фтизиатр дәрігер, тікелей-бақыланатын емдеу кабинетінің медицина қызметкері жүзеге асырады. Дәрілік препаратқа жағымсыз реакцияларды және құбылыстарды айқындаған медицина қызметкері хабарлама-картаны толтырады және науқастың медициналық құжаттамасына енгізеді.

196. Жағымсыз реакциялар мен құбылыстар туралы алғашқы ақпаратты Кодекстің 261-бабының 2-тармағына сәйкес дәрілік заттар мен медициналық бұйымдардың айналысы саласындағы мемлекеттік сараптама ұйымына медициналық ұйымның жауапты адамы ұсынады. Хабарлама-карталарды тіркеуді бақылау фармакологиялық бақылау бойынша жауапты маманға жүктеледі.

197. Жағымсыз реакцияларды және құбылыстарды айқындаған кезде емдеуші дәрігер ауыртпалық дәрежесін бағалау шкаласы бойынша жағдайдың ауыртпалығын айқындайды.

198. Жағымсыз реакциялардың және құбылыстардың жағдайы қабылданатын дәрі-дәрмектермен себеп-салдарлық байланысын айқындау үшін орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссияның отырысында қаралады.

199. Барлық тіркелген хабарлама-карталар туралы ақпарат республикалық фтизиопульмонология орталығының фармакологиялық бақылау бойынша жауапты маманына электрондық пошта арқылы жіберіледі.

200. Туберкулезге қарсы препараттардың жағымсыз құбылыстарының алдын алу емдеу кезеңіне қарамастан, барлық емдеу курсы бойы жүзеге асырылады.

5-параграф. Туберкулез диагнозы бар пациенттердің диспансерлік есебі

201. Диспансерлік есеп және қадағалау төмендегі топтар бойынша жүргізіледі:

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

202. Нөлдік топта (0) төмендегілер бақыланады:

1) МСАК көрсететін ұйымдарда жүргізілген туберкулезге жүргізілген зерттеп-қараудан кейін өкпедегі немесе басқа ағзалардағы туберкулез ауруының белсенділігін жоққа шығару және анықтау мүмкін болмаған туберкулезге күдік туғызатын адамдар;

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

203. Нөлдік топтың (0) адамдарына туберкулин диагностикасын (Манту сынамасы оң нәтижелі болған балаларда туберкулезді рекомбинантты аллергені бар сынама жүргізіледі) қоса алғанда зертханалық, клиникалық, рентгенологиялық, аспаптармен қарап-тексеру және басқа да зерттеу әдістері жүргізіледі. Өкпеден тыс туберкулез түрлері бар пациенттерде туберкулездің белсенділігі басқа клиникалық-зертханалық әдістерімен дәлелденеді.

204. Нөлдік топтың (0) адамдарына туберкулезге қарсы препараттарды қолдануға жол берілмейді. Бақылау мерзімі – 4 айға дейін. Науқаста туберкулездің белсенді түрі анықталса, ол бірінші топқа (I) ауыстырылады. Туберкулин сынамасы сипатындағы инфекциялық этиология анықталған кезде, бала 211-тармақтың 3) тармақшасына сәйкес диспансерлік топқа ауыстырылады.

205. Бірінші топта (I) бактерия бөлетін және бактерия бөлмейтін кез келген локализациядағы туберкулездің белсенді түрімен ауыратын науқастар бақылауда болады:

1) IA кіші тобы – туберкулез сезімталдығының жаңа және қайталама жағдайлары;

2) IB кіші тобы – дәрілерге көнбейтін туберкулез жағдайлары;

3) IIГ кіші тобы – "сәтсіз ем" нәтижесімен туберкулезге қарсы препараттармен емдеу курсы аяқтаған пациенттер;

туберкулезге қарсы препараттарға толық төзбеушіліктің нәтижесінде "сәтсіз ем" нәтижесімен бактерия бөлетін пациенттер.

206. Орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссия бактерия бөлінудің тоқтауы туралы қорытындысынан кейін пациент бактерия бөлуші ретінде эпидемиологиялық есептен алынады.

207. IA кіші тобының науқастарына стандартты, IB кіші тобының науқастарына қысқартылған немесе ұзақ емдеу схемалары тағайындалады. Туберкулезбен ауыратын науқастарды диспансерлік бақылау (топтардың сипаттамасы, бақылау мерзімі, қажетті шаралар мен нәтижелері) осы Қағидаларға 9-қосымшаға сәйкес жүзеге асырылады. Емнің нәтижесі "жазылды" немесе "ем аяқталды" деген кезде пациенттер диспансерлік есептің екінші тобына (II) ауыстырылады.

208. II кіші тобында бақыланатын пациенттерге туберкулезге қарсы препараттармен ем жүргізілмейді. Көрсеткіштерге сәйкес симптоматикалық (патогенетикалық) ем, коллапсотерапия мен хирургиялық ем әдістерін қоса, қолданылады.

209. II кіші тобы бойынша бақылаудағы науқастарды халықтың санитариялық-эпидемиологиялық саламаттылығы саласындағы мемлекеттік орган ведомствосының аумақтық бөлімшесі эпидемиологының және фтизиатр дәрігердің науқастың өмір сүру жағдайын (табиғи желдетілетін жеке тұрғын алаңының болуы, бірге тұратын балалар мен жүкті әйелдердің болмауы) ескере отырып, берген қорытындысы бойынша амбулаториялық жағдайларда бақылауға рұқсат етіледі.

210. II кіші тобы бойынша диспансерлік есеп бақылауындағы пациенттерге қақырықтың микроскопиялық және өсінді зерттеуі жарты жылда 1 рет жүргізіледі.

211. II кіші тобы бойынша диспансерлік есеп бақылауындағы пациенттерге жалпы клиникалық талдаулар, рентгенологиялық зерттеулер және аспаптық зерттеулердің басқа түрлері көрсетілімдері бойынша жүргізіледі.

212. Белсенді туберкулезі бар пациенттер әлеуметтік қорғау мен қолдауды қажет етеді.

213. Екінші топта (II) ем курсы сәтті аяқталған туберкулездің белсенділігі жоқ адамдар бақыланады.

214. Туберкулез процесінің рецидиві туындаған кезде пациент алдыңғы емдеу эпизодына және дәрілік сезімталдық деректеріне қарай диспансерлік есептің IA немесе IB кіші тобына ауыстырылады.

215. Үшінші топта (III) туберкулезбен аурудың жоғары қаупі бар адамдар байқалады және мынадай топтарға бөлінеді:

1) IIIA кіші тобы – туберкулездің белсенді түрімен ауыратын науқаспен қарым-қатынастағы адамдар; туберкулезден болған өлімнің бұдан бұрын белгісіз ошақтарынан;

2) IIIB кіші тобы – балалар, "туберкулездің микобактерияларын жұқтырған алғаш айқындалғандар";

3) IIIV кіші тобы – БЦЖ вакцинасын еккенге жағымсыз құбылыстар бар балалар.

216. Науқастың мекенжайы өзгерген жағдайда, оның жаңа мекенжайы бойынша бақылайтын фтизиатр дәрігер науқасты күнтізбелік 10 күн ішінде диспансерлік есепке алады.

217. Пациент 1 жыл бойы диспансерлік бақылаудан қол үзген болса және де Қазақстан Республикасы ішкі істер органдары берген құжаттардың негізінде туберкулезге қарсы ұйымның диспансерлік есебінен шығарады.

218. Туберкулезбен ауыратын пациенттерге жұмыс істеуге және оқуға рұқсат беру туралы медициналық қорытындыны фтизиопульмонологиялық ұйымның орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссиясы береді.

219. "Емделді" және "емдеу аяқталды" деген нәтижелері бар сезімтал және дәрілерге көнбейтін туберкулездің себебі бойынша емдеудің толық курсына сәтті аяқтаған барлық адамдарға оқуға және жұмыс істеуге рұқсат беріледі.

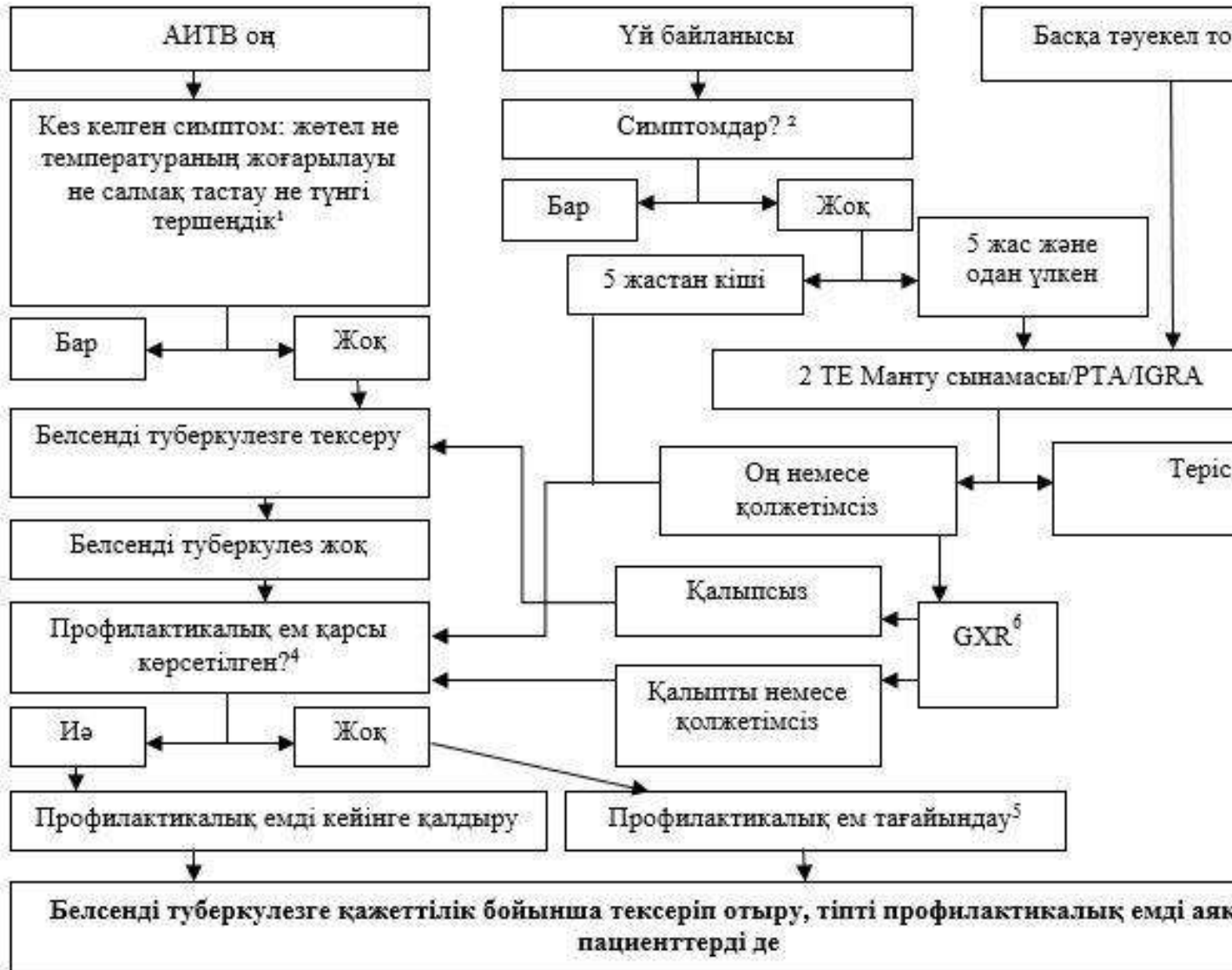
220. Шектелген туберкулезі бар бактерия бөлмейтін немесе тұрақты қақырық конверсиясы анықталған емдеу схемасына мен фазасына қарамастан амбулаториялық кезеңде жүрген, жалпы жағдайы қанағаттанарлық, туберкулезге қарсы препараттарды жақсы көтеретін және туберкулезге қарсы препараттарды бақылаулы қабылдауға бейім пациенттерге орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссияның шешімімен оқуға немесе жұмыс істеуге рұқсат беріледі.

221. Мынадай:

1) бактерия бөлетін, өкпедегі айқын деструктивті өзгерістері, ерекше процестің асқынулары, туберкулезге қарсы препараттарға айқын жағымсыз құбылыстар, туберкулезге қарсы препараттарды бақыланатын қабылдауға төмен жолын ұстаушылығы бар туберкулезбен ауыратын пациенттерге;

2) перзентханалардың (босану бөлімшелері), балалар ауруханаларының (бөлімшелері), жаңа туған және шала туған нәрестелер патологиясы бөлімшелерінің, мектепке дейінгі мекемелердің (балабақшалар (бөбекжайлар), балалар үйлері, балалар санаторийлері) және мектептердің бастауыш сынып қызметкерлеріне туберкулездің түрі мен диагнозына қарамастан оқуға немесе жұмыс істеуге рұқсат берілмейді.

Тәуекел тобындағы адамдарда латентті туберкулез инфекциясын диагностикалау схемасы (1-схема)



1. 10 жасқа дейінгі балаларда кез-келген симптомның болуы (жөтел, безгек, туберкулезбен (бұдан әрі – ТБ), ауыратын науқаспен қарым-қатынас салмақ жоғалту – соңғы келгеннен бастап 5%-дан астам салмақ жоғалғаны расталған. Симптомдары жоқ адамның иммун тапшылығы вирусы (бұдан әрі – АИТВ) жұққан <1 жасқа дейінгі балаларда ТБ науқаспен үй жағдайындағы қарым қатынас болған жағдайда ғана латентті туберкулез инфекциядан (бұдан әрі – ЛТБИ) емделеді. 2 ТЕ Манту сынаамасы немесе IGRA-мен АИТВ-мен өмір

сүретін адамдардың (бұдан әрі – АӨА) арасынан ЛТБИ-дің профилактикалық еміне мұқтаждарды анықтайды. Кеуде қуысының рентгенографиясын ЛТБИ емдеуді бастамас бұрын, антиретровирустық ем қабылдап жүрген АӨА-ға қолданылады.

2. Симптомдардың кез-келгені: жөтел, қызба, түнгі терлеу, қан түкіру, салмақ жоғалту, кеуде ауыруы, ентігу немесе шаршау. 5 жасқа дейінгі балаларда аурудың симптомсыз түрі болып саналады: анорексия және тәбеттің төмендеуі, дамудың кідіруі, белсенділіктің төмендеуі немесе ойынға деген қызығушылықтың жоғалуы және т.б.

3. Соның ішінде: силикоз, диализ, ФНО-агенттерімен емдеу, трансплантацияға дайындық немесе Ұлттық нұсқаулықтағы басқада тәуекелдер енгізіледі.

4. Оның ішінде жедел немесе созылмалы гепатит; перифериялық нейропатия (изониазидті қолданғанда); тұрақты және көп мөлшерде ішімдік ішу. Жүктілік немесе туберкулезбен бұрын ауырғаны қарсы көрсетілімдер болып табылмайды.

5. Режим жасына, штамына (дәріге сезімтал немесе басқаша), уыттылық қаупіне, қолжетімділігі мен қалауына байланысты таңдалады.

6. Xpert MTB/RIF ауруды анықтау үшін қолданылады.

Тәуекел тобындағы адамдарда латентті туберкулез инфекциясын диагностикалау схемасы (2-схема)



1. Туберкулез (бұдан әрі – ТБ) симптомдары: жөтел, қан түкіру, безгек, түнгі тершендік, салмақ тастау, кеуде қуысының ауыруы, ентігу, тез шаршағыштық. Ұлттық немесе жергілікті нұсқауларға немесе клиникалық пікірге негізделіп адамның иммун тапшылығы вирусына тест өту ұсынылады. Белсенді ТБ анықтау мақсатында кеуде қуысы ағзаларының рентгенін жасауға болады.

2. Латентті туберкулез инфекцияның емі көрсетілмеген пациенттерге ТБ туралы ақпарат, ТБ белгілері пайда болған жағдайда медициналық көмекке жүгіну қажеттілігі туралы ақпарат берілуі керек.

3. ТБ тексеру ТБ бойынша ұлттық нұсқауларға сәйкес жүргізілуі керек. Сонымен қатар, скрининг кезінде ТБ анықталмаған пациенттерге (соның ішінде рентгенде өкпесінде фиброз анықталғандарға) латентті туберкулез инфекциясын емдеу көрсеткіштер бойынша тағайындалады.

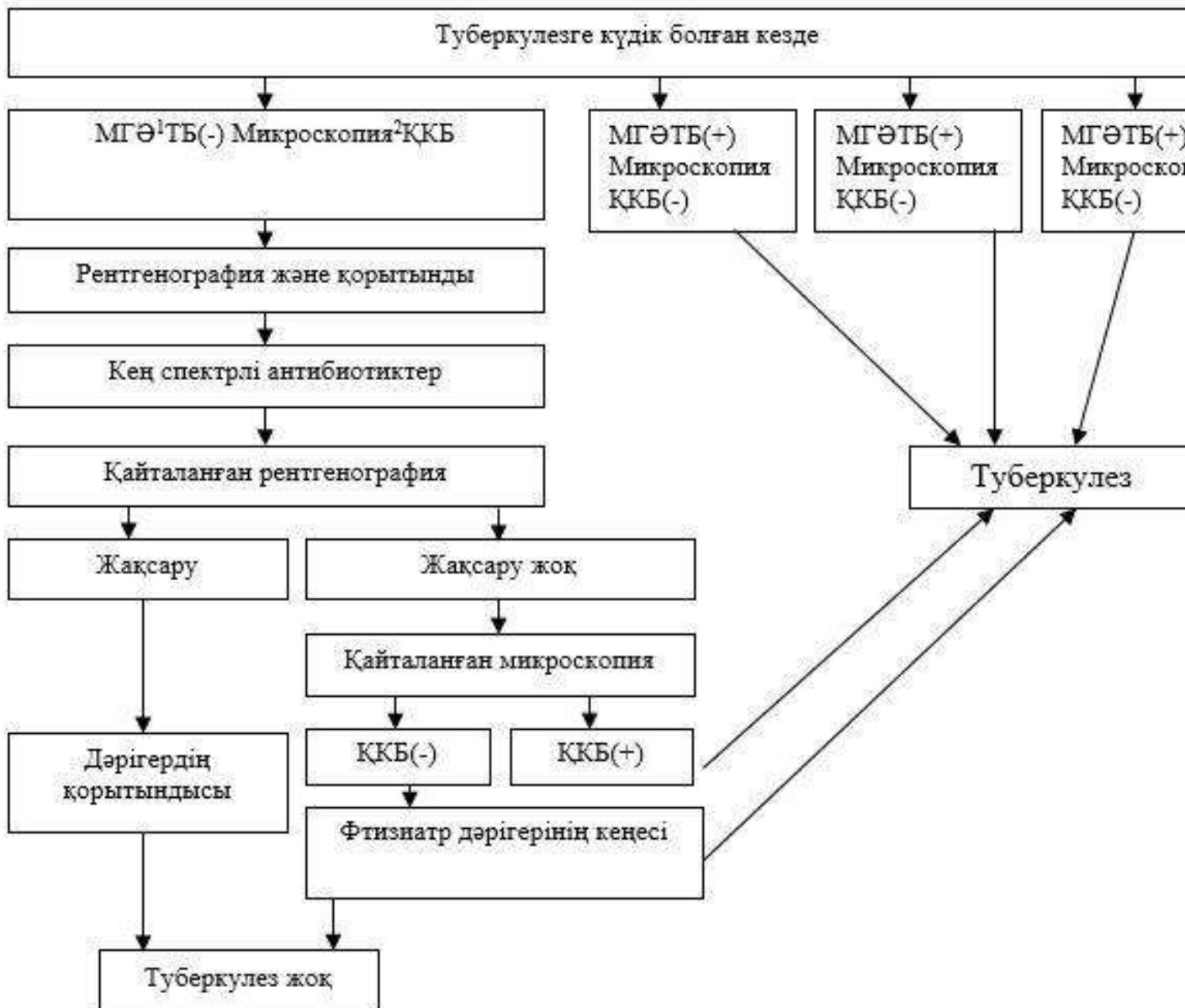
Туберкулез профилактикасы
жөніндегі іс-шараларды
жүргізу қағидаларына
2-қосымша

Индекстік жағдайдың туберкулезге қарсы препараттарға сезімталдығына байланысты балалар мен ересектердегі жасырын туберкулез инфекциясын емдеу схемалары

Қатынас (индекс жағдайы)	Схема	Дозалары мг/кг					Максималды доза
Белгісіз немесе сезімтал туберкулез	6H (күн сайын)	Жасы: 10 жастан асқан адамдар – күніне 5 мг/кг <10 жыл 10 мг / кг / күн (7-15 мг)					Изониазид – 300 мг
Н көнбейтін	4R (күн сайын)	Жасы: 10 жастан асқан адамдар күніне 10 мг/кг <10 жыл 10 мг / кг / күн (10-20 мг)					Рифампицин – 600 мг
Белгісіз немесе сезімтал туберкулез	3HR (күн сайын)	Изониазид:	Жасы: 10 жастан асқан адамдар күніне 5 мг/кг <10 жыл 10 мг / кг / күн (7-15 мг)				Изониазид – 300 мг Рифампицин – 600 мг
		Рифампицин:	Жасы: 10 жастан асқан адамдар күніне 10 мг/кг <10 жыл 10 мг / кг/күн (10-20 мг)				
	3HR (апта сайын, 12 доза)		Салмағы бойынша дозалары				
			10-15кг	16-23кг	24-30кг	31-34кг	>34 кг
	Жасы 2-14 жас	Изониазид, 100 мг	3	5	6	7	7
		Рифапентин, 150мг	2	3	4	5	5
	3HR (апта сайын, 12 доза)		30-35 кг	35-45 кг	46-55 кг	56-70 кг	> 70 кг
	Жасы >14 жас	Изониазид, 300 мг	3	3	3	3	3
		Рифапентин, 150мг	6	6	6	6	6
	1 HR (күн сайын, 28 доза)		Жасы ≥13 лет (салмақ тобына қарамастан)				
Изониазид		300 мг/күніне					
Рифапентин		600 мг/күніне					
Рифампицинге көнбейтін ТБ, фторхинолонға сезімтал ДКТ ТБ және АДКБ ТБ	6 Lfx (күн сайын)	Жасы > 14 жас, дене салмағы бойынша:					Максималды тәуліктік доза
		< 46 кг, 750 мг / күніне		> 45 кг, 1 г / күніне			Левофлоксацин – 1000 мг
		Жасы<15 жас (диапазон шамамен 15–20 мг / кг / күніне) дене салмағы бойынша:					
		5–9 кг	10–15 кг	16–23 кг	24–34 кг		
150 мг/күніне	200–300 мг/күніне	300–400 мг/күніне	500–750 мг/күніне				

Туберкулез профилактикасы
жөніндегі іс-шараларды

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін ұйымдарда туберкулезге күдік болған кезде пациентті тексеру схемасы



1. МГӨ (зерттеудің молекулярлық-генетикалық әдісі) – патологиялық материалдың 1 порциясынан жүргізіледі.

2. Қақырықты микроскопиялық зерттеу 2 үлгіден жүргізіледі.

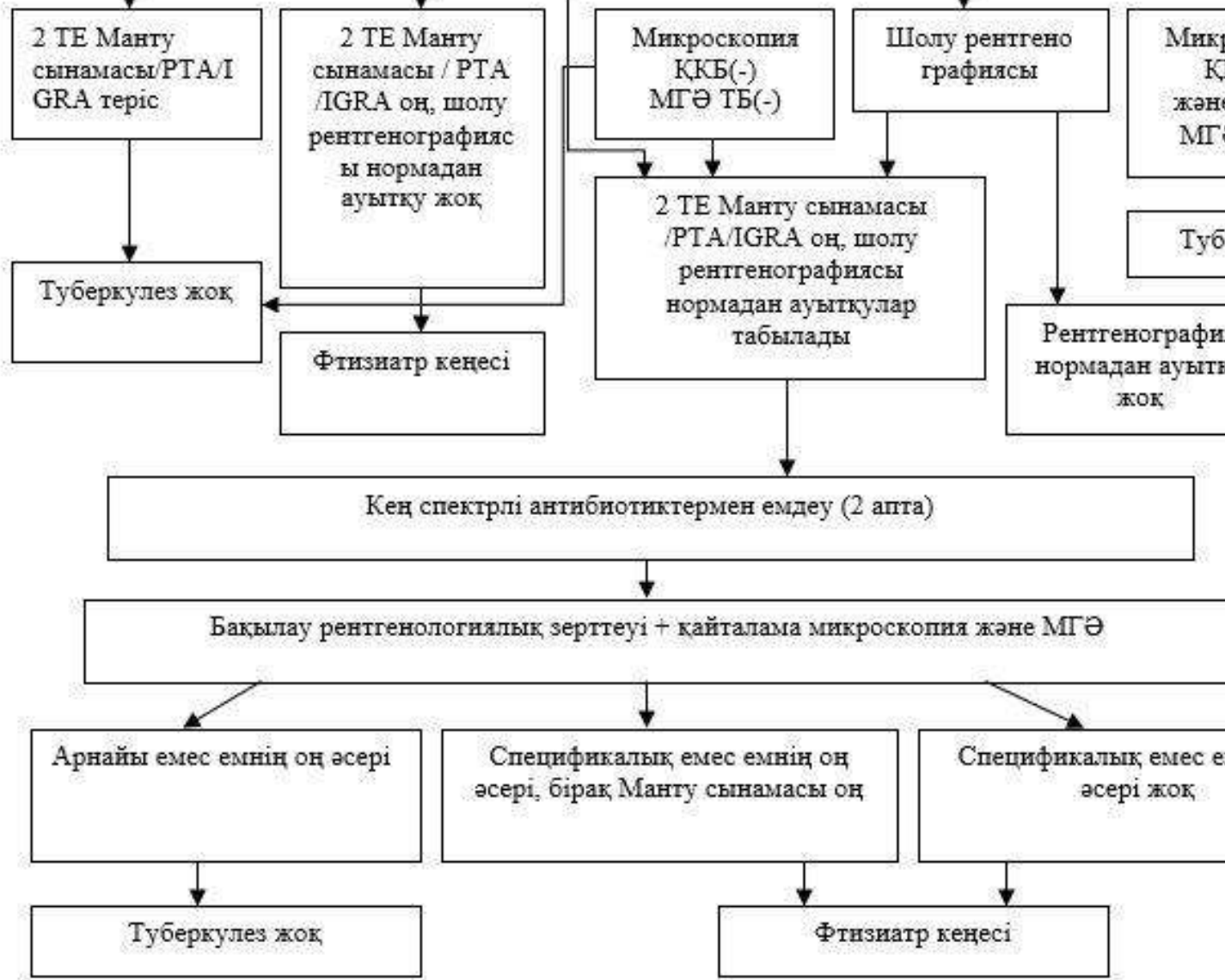
Бактериологиялық немесе гистологиялық растау болмаған кезде түпкілікті шешімді өкпедегі рентгенологиялық өзгерістердің сипатын, ауырлататын факторлардың болуын және өкпеде патологиялық өзгерістері бар адамның

қызмет түрін ескере отырып, орталықтандырылған дәрігерлік-консультациялық комиссия қабылдайды.

Медициналық-санитариялық алғашқы көмек көрсететін ұйымдар мамандарының балалардағы туберкулезді диагностикалау схемасы

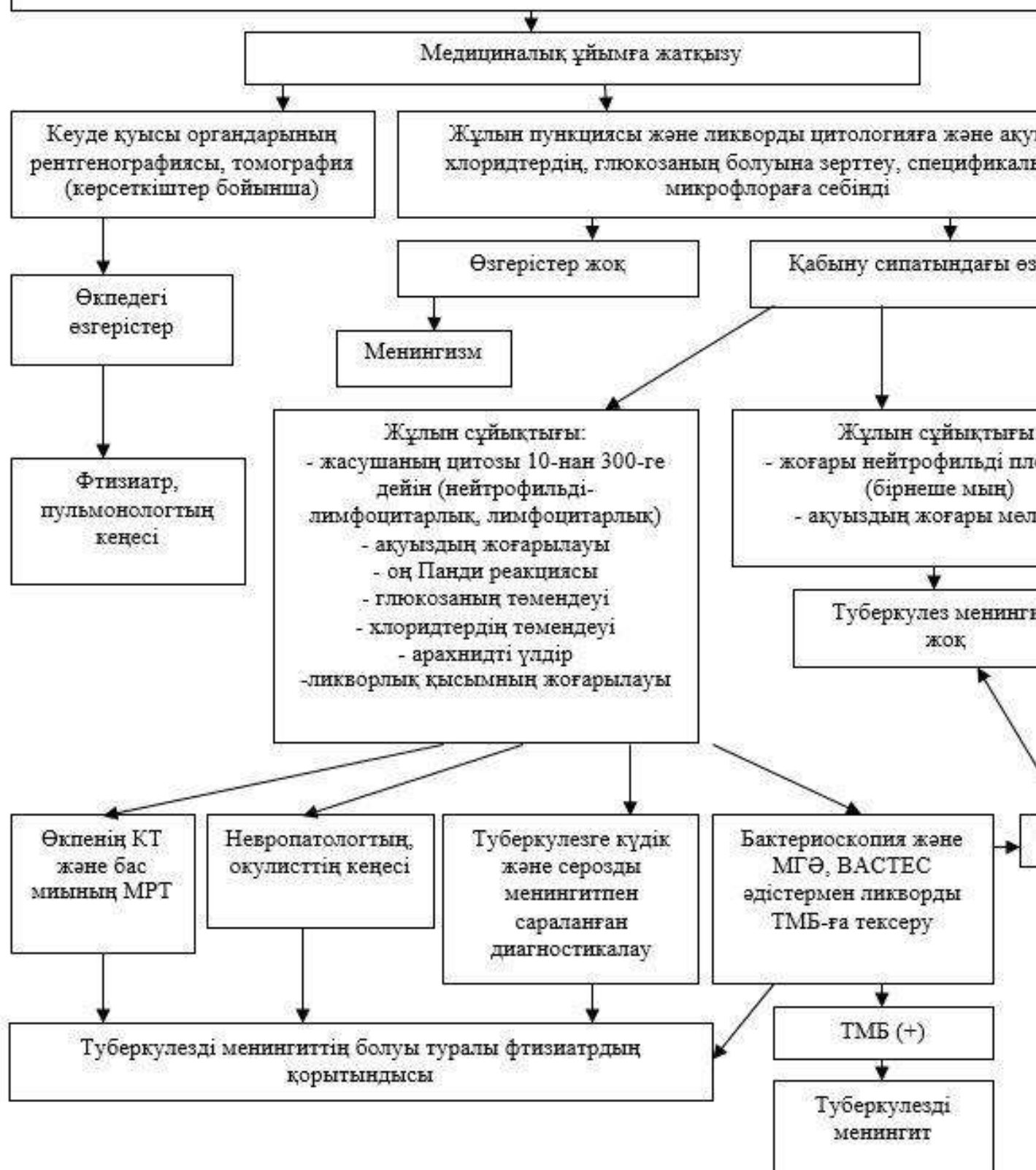
Тәуекел тобындағы балалар: 1) ата-анасы АИТВ жұқтырған отбасылардан, бас бостандығынан айыру орындарынан, алкогольді және есірткіні теріс пайдаланатын, өмір сүру деңгейі төмен мигранттар; 2) қант диабеті, бронх-өкпе жүйесінің ерекше емес аурулары, тамақтанудың бұзылуы (дене салмағының тапшылығы), иммуносупрессивті терапия алатын АИТВ инфекциясы (глюкокортикоидтар, цитостатиктер, гендік-инженерлік биологиялық препараттар және басқалар) бойынша диспансерлік есепте тұрған мүгедектер; 3) дамымаған белгісі бар вакцинацияланбаған

Туберкулезге күдік белгілері бар балалар (қақырық бөлінетін жөтел негізінде, аптадан астам ұзақ құрғақ жөтел, дене салмағының ауыруы, шеткі лимфатикалық түйіндерінің ұлғаюы, дене салмағының кетерілуі, тершеңдік, дене салмағының жоғалуы, әлсіздік, тез шаршау). Анамнезді жинау кезінде туберкулез ауыратын науқастармен байланысты болуына және туберкулез микобактериясын жұқтыруға әуелі назар аударыңыз



Туберкулез менингитін диагностикалау схемасы

Шағымдар: тұрақты және күшейетін бас ауруы, безгегі, алдын-ала жүрек айнуынсыз құсу, ұйқысыздық
Объективті: әр түрлі деңгейдегі сананың бұзылуы, оң менингеальды белгілер (желке бұлшық еттерінің ригидтілігі, Кернинг және Брудзинский синдромы), ОЖЖ зақымдануының ошақтық белгілері



Сүйек және буын туберкулезін диагностикалау схемасы



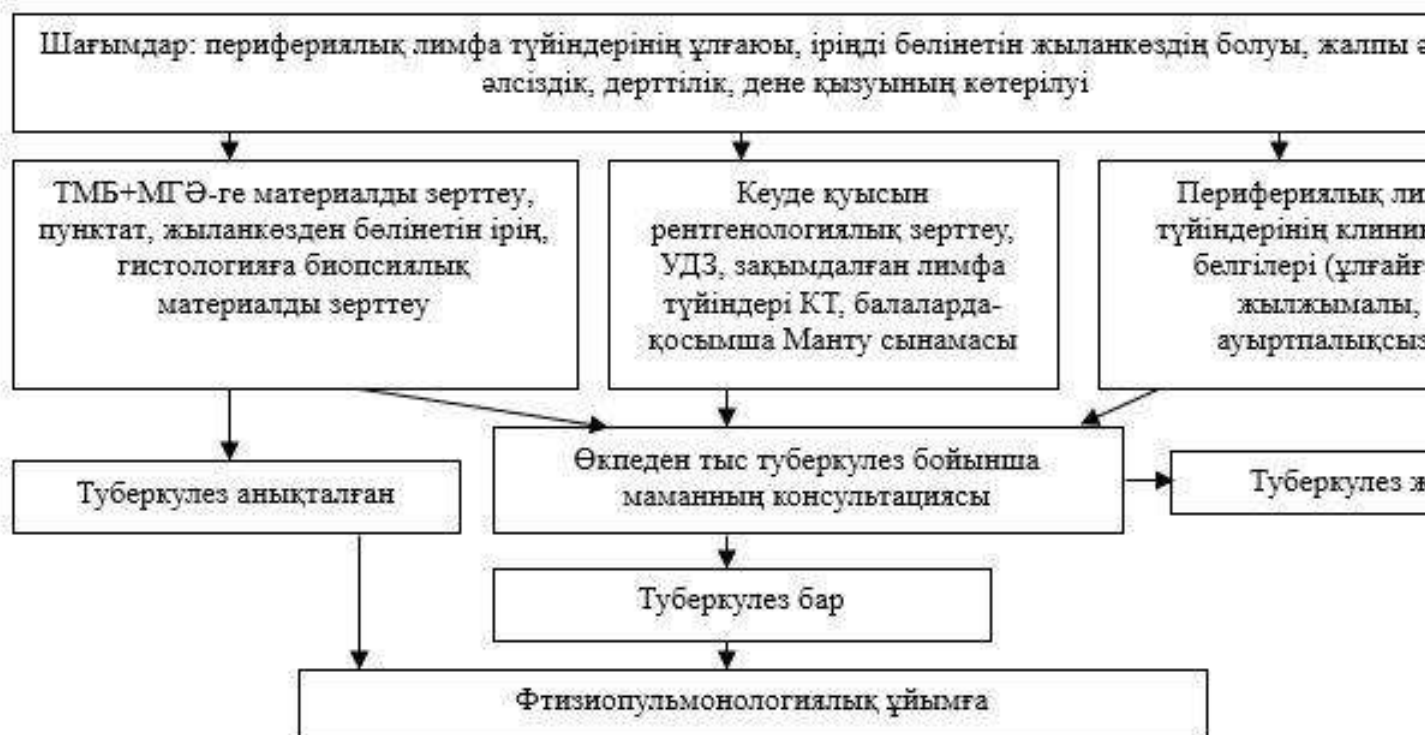
Туберкулезді плевритті диагностикалау схемасы



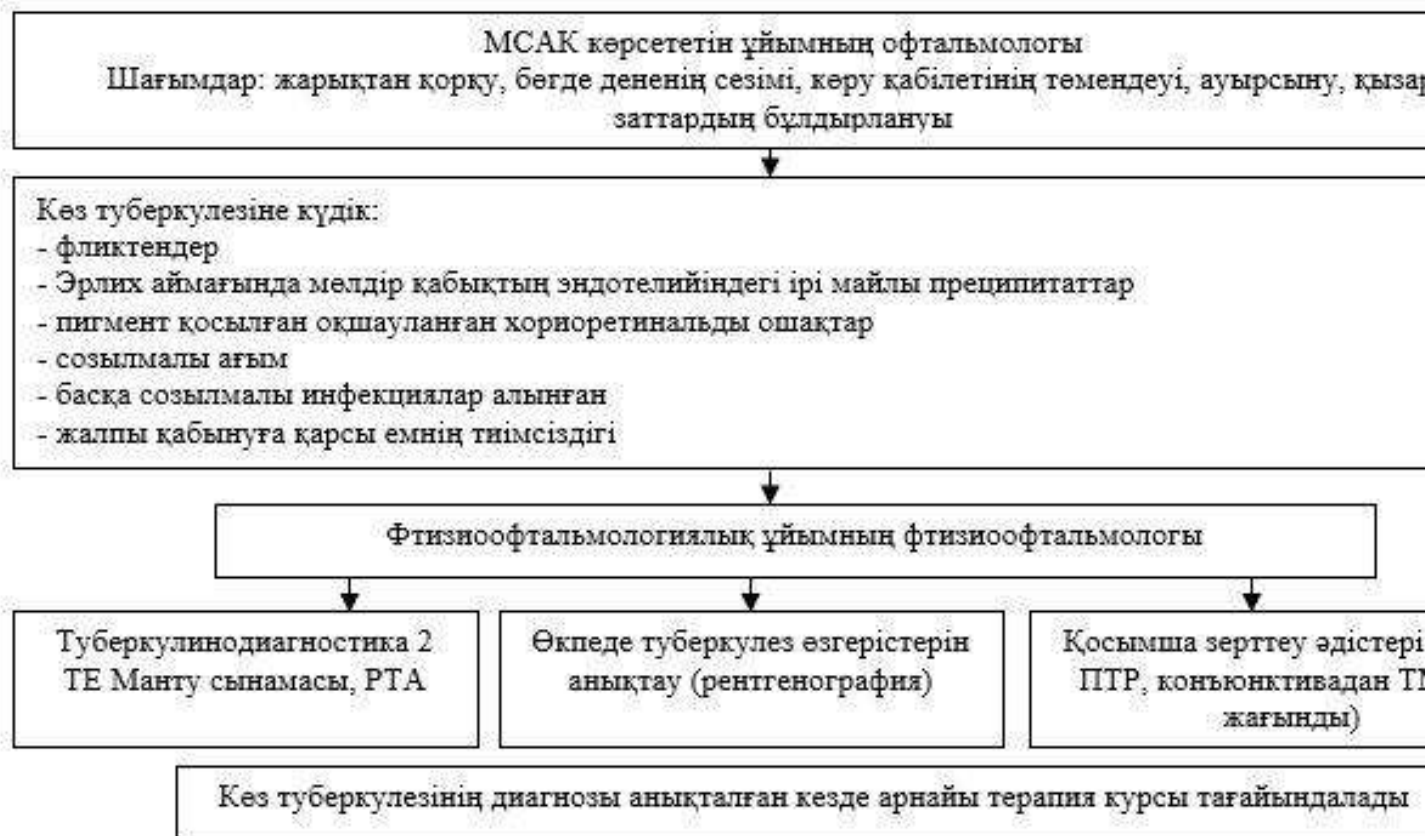
Несеп-жыныс жүйесі ағзаларының туберкулезін диагностикалау схемасы



Перифериялық лимфа түйіндерінің туберкулезін диагностикалау схемасы



Көз туберкулезін диагностикалау схемасы

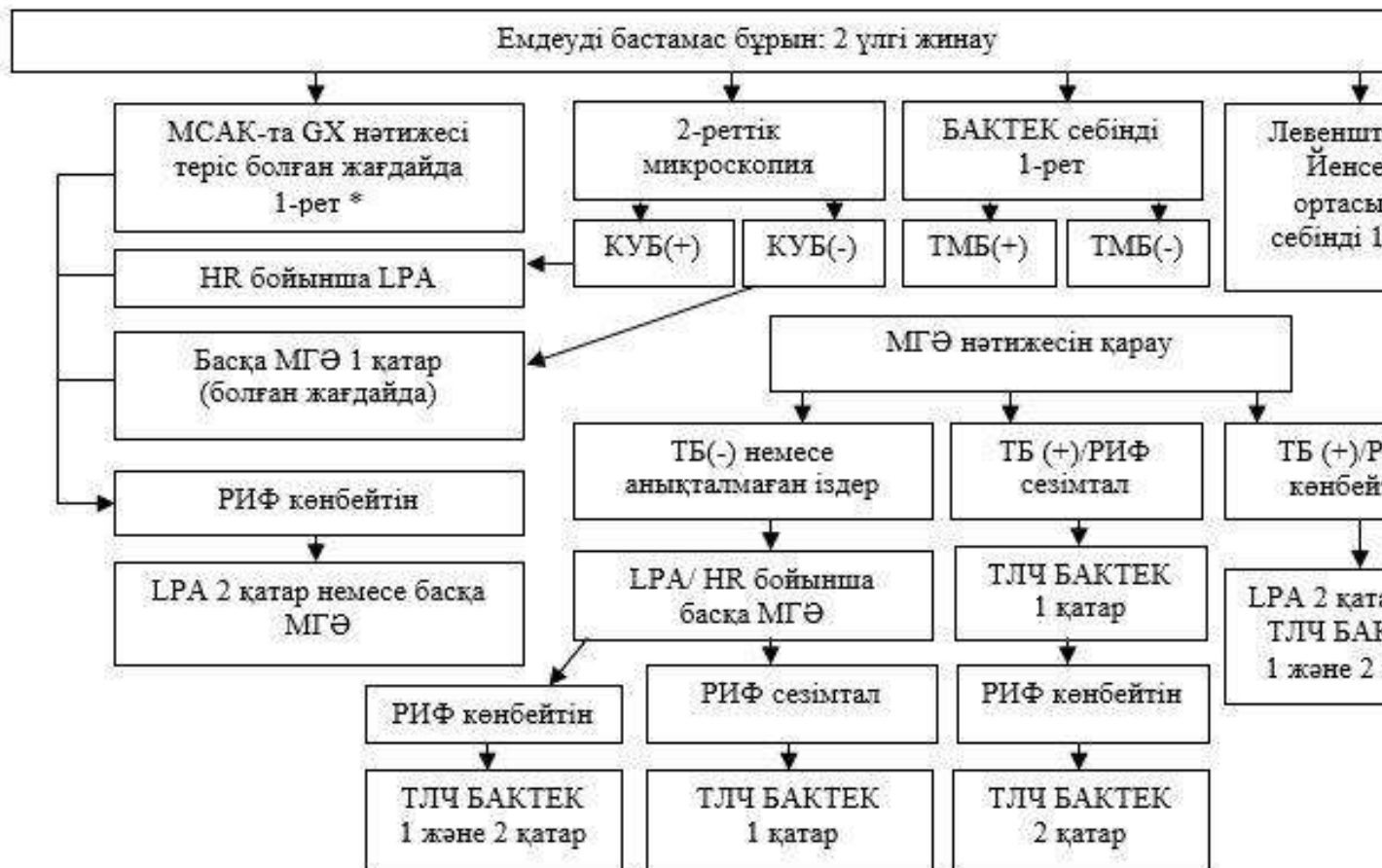


Қысқартулар:

1. АИТВ – адамның иммун тапшылығы вирусы.
2. КТ – компьютерлік томография.
3. ҚҚБ – қышқылға көнбейтін бактериялар.
4. МГӘ – молекулярлық-генетикалық әдіс.
5. МРТ – магниттік-резонанстық томография.
6. ТБ – туберкулез.
7. МБ – туберкулез микобактериясы.
8. УДЗ – ультрадыбыстық зерттеу.

Туберкулез профилактикасы
жөніндегі іс-шараларды
жүргізу қағидаларына
4-қосымша

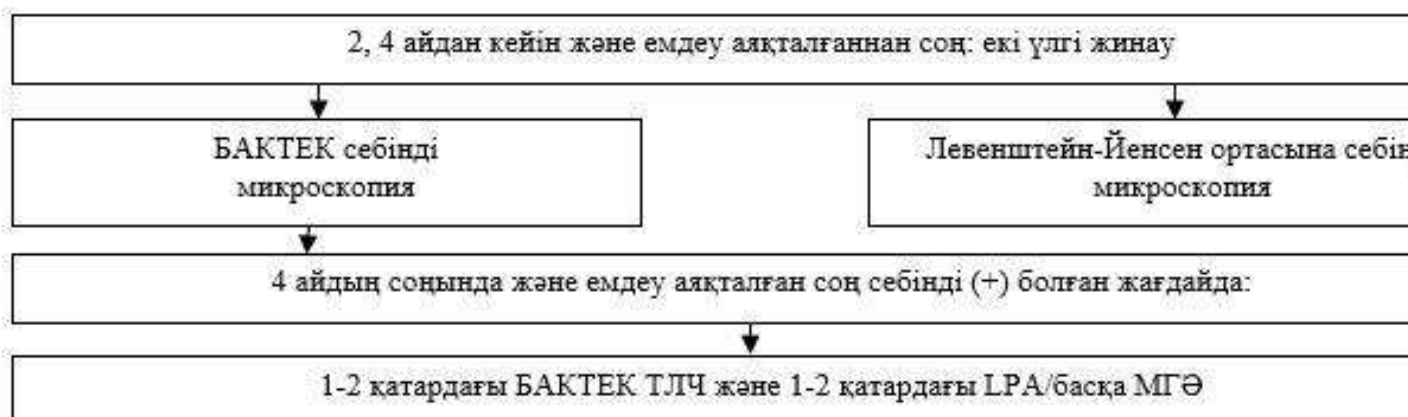
Фтизисопульмонологиялық ұйымдағы туберкулезді зертханалық диагностикалау схемасы
Диагностика (1-схема)



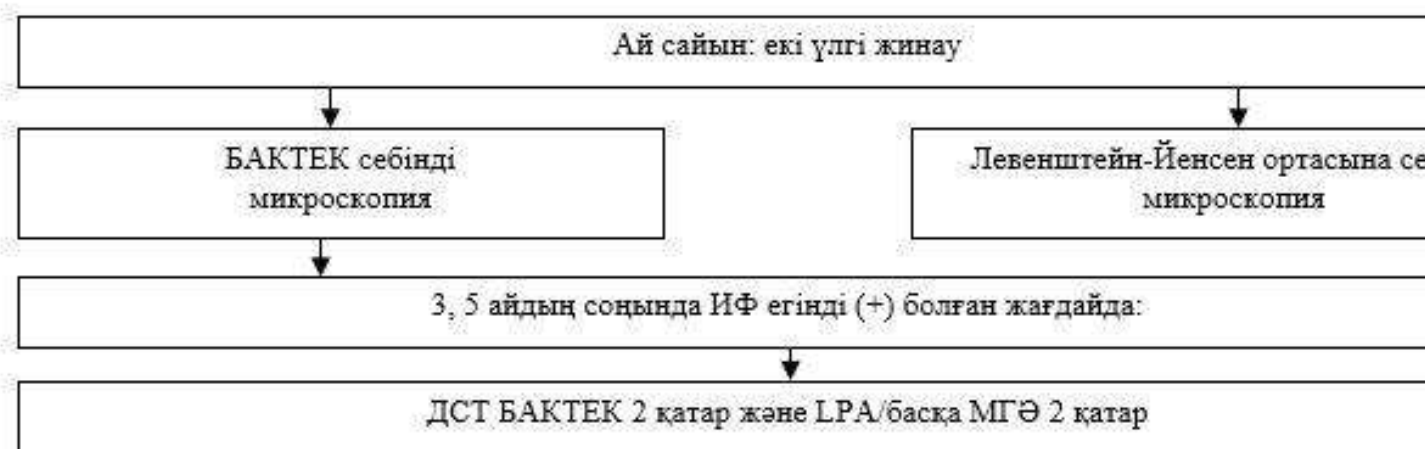
Ескертпе: *GeneXpert-пен РИФ көнбейтін болған жағдайда LPA 1-2 қатар жүргізіңіз (немесе басқа МГӨ)

**Екінші қатар бойынша МГӨ нәтижесі болмаған жағдайда

Сезімтал туберкулез кезінде химиотерапияны бақылау (2-схема)



Дәрілерге көнбейтін туберкулез кезінде химиотерапияны бақылау (3-схема)



Қысқартулар:

1. ДСТ – дәрілік сезімталдыққа тест
2. ҚҚБ – қышқылға көнбейтін бактериялар.
3. МГЭ – молекулярлық-генетикалық әдіс.
4. МСАК – медициналық-санитариялық алғашқы көмек.
5. РИФ – рифампицин.
6. ТБ – туберкулез.
7. ТМБ – туберкулез микобактериясы.

Туберкулез профилактикасы
жөніндегі іс-шараларды
жүргізу қағидаларына
5-қосымша

Дәрілік сезімталдыққа тест жүргізу үшін туберкулезге қарсы препараттардың сыни концентрациялары

Препарат	Әдіс	Сыни концентрациялар мкг/мл	
		Левенштейн-Йенсен	MGIT 960
Изониазид	Сұйық, тығыз	0,2	0,1
Рифампицин	Сұйық, тығыз	40,0	1,0
Этамбутол	Сұйық, тығыз	2,0	5,0
Пиразинамид	Сұйық	-	100
Стрептомицин	Сұйық, тығыз	4,0	1,0
Амикацин	Сұйық	30,0	1,0

Левифлоксацин	Сұйық, тығыз	-	1,0
Моксифлоксацин	Сұйық, тығыз	1,0	0,25/1,0
Протионамид	Сұйық, тығыз	40,0	2,5
Линезолид	Сұйық	-	1,0
Бедаквилин	Сұйық	-	1,0
Деламанид	Сұйық	-	0,06
Клофазимин	Сұйық	-	0,5

Туберкулез профилактикасы
жөніндегі іс-шараларды
жүргізу қағидаларына
6-қосымша

Ересектерде сезімтал туберкулезді емдеуге арналған туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозалары (мг)

Препараттың атауы	Салмақ (кг)			
	30-39	40-54	55-70	более 70
Қарқынды фаза – күнделікті қабылдау				
Изониазид	200 мг	300 мг	300 мг	400 мг
Рифампицин	300 мг	450 мг	600 мг	750 мг
Пиразинамид	1000 мг	1500 мг	2000 мг	2000 мг
Этамбутол	600 мг	800 мг	1200 мг	1600 мг
Қолдаушы фаза – күнделікті қабылдау				
Изониазид	200 мг	300 мг	300 мг	400 мг
Рифампицин 150мг	300 мг	450 мг	600 мг	750 мг

Ескерту: бекітілген дозалары бар үйлестірілген туберкулезге қарсы препараттардағы Рифампициннің ең жоғары тәуліктік дозасы – 750 мг.

Пациенттердің салмақтық диапазондарын ескере отырып, ересектерге арналған белгіленген дозалары бар үйлестірілген туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозалары

Салмақтық диапазон (кг)	Қарқынды фаза		Қолдаушы фаза
	Емнің тиімділігі мен санатына байланысты 2-4 ай		
	RHZE150мг+75мг+400мг+275мг		RHZ150мг+75мг+400мг
	RH150мг+75мг		
Бекітілген дозасы бар үйлестірілген туберкулезге қарсы препараттарды тағайындау кезіндегі таблеткалардың саны			
30-37	2	2	2
38-54	3	3	3
55-70	4	4	4
71 және одан көп	5	5	5

Ескерту: Ересектерге тәуліктік дозаның рұқсат етілген ауытқуы (барынша шекті межелер): изониазид – 4-6 мг/кг, рифампицин – 8-12 мг/кг, пиразинамид – 20-30 мг/кг, этамбутол – 15-20 мг/кг.

5-25 кг салмақтағы балаларда сезімтал туберкулезді емдеу үшін туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозалары

Салмағы 25 кг дейінгі балаларға арналған бірінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозаларының есебі және рұқсат етілген ауытқуы (Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы, 2014 жыл)

Препараттар	Тәуліктік дозасын мг/кг салмағына есептеу	Тәуліктік дозаның мг/кг салмағына сәйкес мүмкін болатын ауытқулары	Ең жоғары тәуліктік доза (мг)
Изониазид	10	7-15	300
Рифампицин	15	10-20	600
Пиразинамид	35	30-40	2000
Этамбутол	20	15-25	1200

Ескерту: 25 кг астам салмағы бар балаларға туберкулезге қарсы препараттар дозасының есебі ересектердегі сияқты жүргізіледі.

Күнделікті қабылдаған жағдайда ересектерде тәуліктік дозаның рұқсат етілген ауытқуы (барынша шекті межелер): изониазид – 4-6 мг/кг, рифампицин – 8-12 мг/кг, пиразинамид – 20-30 мг/кг, этамбутол – 15-20 мг/кг.

Бекітілген дозасы бар үйлестірілген туберкулезге қарсы препараттар

Салмақтық диапазон (кг)	Таблеткалардың саны		
	Қарқынды фаза		Қолдаушы фаза
	RHZ(75/50/150)	E (100)	RH(75/50)
4-7	1	1	1
8-11	2	2	2
12-15	3	3	3
16-24	4	4	4
25	Ересек дозаға және дәрілік түрге ауысу		

Ескерту: салмағы 25 кг-нан асатын балаларға туберкулезге қарсы препараттардың дозасын есептеу ересектердегі сияқты жүргізіледі.

Н-ге монорезистенттілік жағдайда және R-ге сезімталдығы расталған жағдайда емдеу левофлоксацин қосылған 4 препаратпен жүргізіледі, схемадан изониазид шығарылады.

Дәрілік көнбеушілігі бар туберкулезді емдеуге арналған туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозалары (мг)

Препараттар	Тәуліктік дозасы*	30-35 кг	36-45 кг	46-55 кг	56-70 кг	>70 кг
Пиразинамид	20–30 мг/кг күніне бір рет	1000 мг	1500 мг	1500 мг	1500 мг	2000 мг
Этамбутол	15–25 мг/кг күніне бір рет	800 мг	800 мг	1200 мг	1200 мг	1200 мг
Левифлоксацин	Кемінде 30 кг 500 мг күніне бір рет	750 мг	750 мг	1000 мг	1000 мг	1000 мг
Моксифлоксацин	400 мг жеке режим кезінде күніне бір рет	400 мг	400 мг	400 мг	400 мг	400 мг
	400-800 мг қысқартылған режимде күніне бір рет	400-600 мг	600 мг	600-800 мг	800 мг	800 мг
Амикацин**	15–20 мг/кг күніне бір	500 мг	750 мг	750-1000 мг	1000 мг	1000 мг

	рет					
Протионамид	15-20 мг/кг	500 мг	500 мг	750 мг	750 мг	1000 мг
Циклосерин	15-20 мг/кг	500 мг	500 мг	750 мг	750 мг	750-1000 мг
Парааминосалицил қышқылы (бұдан әрі – ПАСК)	1500 мг/кг, екі рет қабылдау, бірақ күніне 8 г аспайды	8 г	8 г	8 г	8 г	8–12 г
Бедаквилин	400 мг 2 апта бойы күніне бір рет, одан кейін 200 мг-дан аптасына 3 рет					
Деламанид	100 мг күніне екі рет (тәуліктік доза – 200 мг), 35 кг кем болса – күніне 100 мг					
Клофазимин	Ұзақ режимде күн сайын 100 мг. Қысқартылған режимде салмағы 30 кг-нан кем кезде – 50 мг, 30-дан 50 кг-ға дейін – 100 мг, 50 кг-нан артық – күн сайын 100 мг					
Линезолид	600 мг күніне бір рет	600 мг	600 мг	600 мг	600 мг	600 мг
Амоксициллин/клавулан қышқылы (имипенем тағайындалған кезде ғана)	Тәуліктік дозаның есебі имипенем инъекциясынан 30-40 минут бұрын 125 мг клавулан қышқылына жүргізіледі	250 мг	250 мг	250 мг	250 мг	250 мг
Имипенем/циластатин	1000 имипенем/1000 мг циластатинге кемінде 10 сағат интервалмен күніне екі рет					
Меропенем	1000 мг күніне үш рет (баламалы доза 2000 мг-нан күніне екі рет)					
Изониазид жоғары дозасы (қысқартылған емдеу режиміндегі салмаққа сәйкес)	< 30 кг – 300 мг	450 мг	450 мг	600 мг	600 мг	600 мг

Ескерту: *науқастың салмағы 30 кг кем болған кезде туберкулезге қарсы препараттарды есептеу бір кг салмаққа жүзеге асырылады;

** науқастың жасы 59 жастан асқан кезінде – салмағы 10 мг/кг (ең жоғары тәуліктік доза 750 мг аспайды).

Балаларда дәрілік көнбеушілігі бар туберкулезді емдеу үшін туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозалары (мг) (ДДҰ, 2019 жыл)

Препараттың атауы	Тәуліктік балалар дозасы мг / кг (ең жоғары доза мг)
Левофлоксацин	15-20 мг/кг күніне екі рет қабылдау
Моксифлоксацин	10-15 мг/кг күніне бір рет (ең жоғары мөлшері 400 мг)
Бедаквилин	6 мг/кг/күніне 14 күн бойы, содан кейін 3-4 мг/кг аптасына үш рет (салмағы 16 кг төмен балаларда мөлшері ересктер мөлшеріне сәйкес экстраполяцияланып есептелген)
Линезолид	10-12 мг/кг/күніне салмағы 15 кг балаларға; салмағы < 16 кг балаларға (ең жоғары мөлшері – 600 мг) 15 мг/кг күніне бір рет; пиридоксинмен бірге тағайындалады
Клофазимин	2-5 мг/кг/күніне (ең жоғарғы доза 200 мг)
Циклосерин	15-20 мг/кг/күніне
Деламанид	3-4мг/кг/күніне (ең жоғарғы доза 200 мг) 3-5 жасар балаларға 25 мг күніне 2 рет; 6-11 жас – 50 мг күніне 2 рет; 12-17 жас- 100 мг күніне 2 рет 24 апта бойы
Пиразинамид	Күніне 30-40 мг/кг (ең жоғарғы доза 2000 мг)
Меропенем	20-40 мг/кг көктамырға әрбір 8 сағат сайын (ең жоғары доза 6000 мг)
Амикацин	15-20 мг/кг күніне бір рет (максимум 1000 мг)

Стрептомицин	20-40 мг/кг күніне бір рет (максимум 1000 мг)
Протионамид	15-20 мг/кг күніне екі реті қабылдау (максимум 1000 мг)
ПАСК	Күніне 200-300 мг/кг (ең жоғары доза 8000 мг – 12000 мг)
Изониазид (жоғары дозасы ЕҚР кезінде)	15-20 мг/кг (жоғарғы дозасы пиридоксинмен бірге беріледі: 5 жастан кіші балаларға 12,5 мг күніне 1 рет және 4 жастан асқан балаларға 25 мг күніне 1 рет)
Пиразинамид	30-40 мг/кг күніне (ең жоғары доза 2000 мг)
Этамбутол	15-25 мг/кг (ең жоғары доза 1200 мг)
Амоксициллин- клавуланат (имипенемді тағайындаған кезде ғана)	Тәуліктік дозаның есебі амоксициллинге күніне екі рет 40 мг/кг есептеліп, клавулан қышқылы 125 мг-нан имипенем инъекциясына дейін 30-40 минут бұрын жүргізіледі

15 жасқа дейінгі балаларда дәрілік көнбеушілігі бар туберкулезді емдеуге арналған туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозалары (мг) (ДДҮ, 2019 жыл)

Препарат	Салмаққа байланысты тәуліктік доза	Шығарылған форма	14 жасқа дейінгі пациенттердің салмағы (кг)							Ең жоғары тәуліктік доза	Пікір
			5-6 кг	7-9 кг	10-15 кг	16-23 кг	24-30 кг	31-34 кг	34 кг		
Левифлоксацин	15-20 мг/кг	Еритін таблетка 100 мг	1	1,5	2 немесе 3	3 немесе 4	(> 14 жас)	(> 14 жас)	(> 14 жас)	1500 мг	
		Таблетка 250мг	0,5	0,5	1 немесе 1,5	1,5 немесе 2	2	3	(> 14 лет)	1500 мг	
Моксифлоксацин	10-15 мг/кг	Еритін таблетка 100мг	0,8	1,5	2	3	4	(> 14 жас)	(> 14 жас)	400 мг	
		Таблетка 400 мг	2 мл	3 мл	5 мл	0,5 немесе 0,75	1	(> 14 жас)	(> 14 жас)	400 мг	6 айдан кіші балаларға 10 мг/кг дозасын қолдану
Бедаквилин	-	Таблетка 100 мг	-	-	-	2 таблетка 1 р/күніне 2 апта; сосын 1 таблетка 1 р/күніне дүйсенбі, сәрсенбі, жұма (бұдан әрі – дс, ср, жм) 22 апта бойынша	1 4 таблетка. 1 р/күніне 2 апта; сосын 2 таблетка 1 р/күніне дс, ср, жм 22 апта бойынша			5 жастан үлкен пациенттерге (төменгі доза 15-29 кг салмаққа жатады, жоғарғысы 29 кг-нан жоғары)	
		Еритін таблетка 20 мг	-	-	-	2 апта бойы 10 таблетка, содан кейін 22 апта бойы	2 апта бойы 20 таблетка, содан кейін 22 апта бойы аптасына				

								аптасына 3 рет рет 5 таблеткадан	3 рет 10 5 таблетка		
Линезолид	15 мг/кг 1 р/күні не 16 кг-нан төмен салмақ қа	Суспензия 20 мг/мл	4 мл	6 мл	8 мл	11 мл	14 мл	15 мл	20 мл	600 мг	
	10–12 мг/кг 1 р/күні не 15 кг-нан жоғары салмақ қа	600 мг	0,25	0,25	0,25	0,5	0,5	0,5	0,75		
Клофазимин	2–5 мг/кг	Капсула немесе таблетка 50 мг	1 күннен кейін	1 күннен кейін	1 күннен кейін	1	2	2	(>14 жас)	100 мг	Егер мг/кг/ күніне доза тым жоғары болса, бір күннен кейін қолдану керек
		Капсула немесе таблетка 100 мг	дс, ср, жм	дс, ср, жм	1 күннен кейін	1 күннен кейін	1	(>14 жас)	(>14 жас)	100 мг	
Циклосерин	15-20 мг/кг	Мини капсула 125 мг	1	1	2	3	4	(> 14 жас)	(> 14 жас)	1000 мг	
		Капсула 250 мг	4-5 млс	5-6 млс	7-10 млс	2	2	2	(> 14 жас)	1000 мг	
Этамбутол	15-25 мг/кг	Еритін таблетка 100 мг	1	2	3	4	-	-	(>14 жас)	-	
		Таблетка 400 мг	3 мл	4 мл	6 мл	1	1 немесе 1,5	2	(> 14 жас)		
Деламанид		Таблетка 50 мг	-	-	-	-	1 таблетка 2р/күні не	1 таблетка 2р/күні не	2 таблетка 2р/күні не	200 мг	2 жастан үлкен пациенттерге (3–5 жас 25 мг 2 р/күніне; 6–11 жас 50 мг 2 р/күніне; 12–17 жас 100 мг 2 р/күніне)
Пиразинамид	30-40 мг/кг	Еритін таблетка 150 мг	1	2	3	4 немесе 5	-	-	(> 14 жас)		
	Таблетка 400 мг	0,5	0,75	1	1,5 немесе 2	2,5	3	(> 14 жас)			

	Таблетка 500 мг	0,5	0,5	0,75 немесе 1	1,5	2	2,5	(> 14 жас)			
Меропенем	20-40 мг/кг көк тамыр ішіне әр 8 сағат	Флакон 1 г (20 мл)	2 мл	4 мл	6 мл	8-9 мл	11 мл	(> 14 жас)	(> 14 жас)	-	Клавулан қышқылы мен бірге қолданылады
Имипенем-циластатин	Инъекцияға арналған ұнтақ 500 мг+ 500 мг (10 мл)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	15 жасқа дейінгі балаларға қолданылмайды
Амикацин	15-20 мг/кг	Флакон 500 мг/ 2 мл	0,4 мл	0,6 мл	0,8 мл	1,2-1,5 мл	2 мл	(> 14 жас)	(> 14 жас)	1000 мг	
Стрептомицин	20-40 мг/кг	Флакон 1 г	Қолданылатын сұйылтуға сәйкес есептеу					(> 14 лет)	(> 14 лет)	1000 мг	
Этионамид немесе протионамид	15-20 мг/кг	Еритін таблетка этионамид 125 мг	1	1	2	3	4	4	(> 14 жас)	1000 мг	
		Таблетка 250 мг	0,5	0,5	1	2	2	2	(> 14 жас)	1000 мг	
ПАСК	200-300 мг/кг 2 рет қабылдау	ПАСК (қалта 4 г)	0,5-0,75 г 2 р/күніне	0,75-1 г 2 р/күніне	1-2 г 2 р/күніне	2-3г 2 р/күніне	3-3,5 г 2 р/күніне	(> 14 жас)	(> 14 жас)	-	Көнбеушілік пен күніне 1 рет толық дозаны қабылдауға болады
		ПАСК натрий тұзы (4 г) (қалта)	0,5-0,75 г 2 р/күніне	0,75-1 г 2 р/күніне	1-2 г 2 р/күніне	2-3 г 2 р/күніне	3-3,5 г 2 р/күніне	(>14 жас)	(>14 жас)	-	
		ПАСК натрий тұзы 60% (қалта 9,2 г)	1,5 г 2 р/күніне	2-3 г 2 р/күніне	3-4г 2 р/күніне	4-6г 2 р/күніне	6-8г 2 р/күніне	8-12г 2 р/күніне	8-12г 2 р/күніне	-	
Изониазид	15-20 мг/кг (жоғары доза)	Ерітінді 50 мг/ 5 мл	8-10 мл	15 мл	20 мл	-	-	-	-		Балалар үшін
		Таблетка 100мг	1	1,5	2	3	4	4	(> 14 жас)		пиридоксин Н жоғары дозасымен тағайындалады (5 жастан кіші 12,5 мг

											1 р/күніне және 4 жастан үлкен 25 мг 1 р/күніне) Н таблетка 300 мг 20 кг-нан үлкен салмақтағы пациенттерге тағайындауға болады
Клавулан қышқылы	-	250 мг амоксицилин суспензиясы/ 62,5 мг клавулан қышқылы /5 мл	2 мл 2 р/күніне	3 мл 2 р/күніне	5 мл 2 р/күніне	8 мл 2 р/күніне	10 мл 2 р/күніне	(>14 жас)	(>14 жас)		Тек қана карбопенемдер мен қолданылады

15 жастан асқан дәрілік көнбеушілігі бар туберкулезді емдеуге арналған туберкулезге қарсы препараттардың тәуліктік дозалары (мг) (ДДҰ, 2020 жыл)

Препарат	Тәуліктік доза	Шығарылған форма	14 жастан асқан пациенттердің салмағы (кг)					Ең жоғарғы тәуліктік доза	Пікір
			30-35 кг	36-45 кг	46-55 кг	56-70 кг	70 лет		
Левифлоксацин	-	Таблетка 250 мг	3	3	4	4	4	1500 мг	
		Таблетка 500 мг	1,5	1,5	2	2	2		
		Таблетка 750 мг	1	1	1,5	1,5	1,5		
Моксифлоксацин	Стандартты доза	Таблетка 400 мг	1	1	1	1	1	400 мг	
	Жоғары доза	Таблетка 400 мг	1 немесе 1,5	1,5	1,5 немесе 2	2	2	800 мг	
Бедаквилин	-	Таблетка 100 мг	4 таблетка 1 р/күніне алғашқы 2 апта; сосын 2 таблетка 1 р/күніне дс, ср, жм 22 апта көлемінде					400 мг	
Линезолид	-	Таблетка 600 мг	(15 жас)	(15 жас)	1	1	1	1200 мг	
Клофазимин	-	Капсула немесе таблетка 50 мг	2	2	2	2	2	100 мг	
		Капсула немесе	1	1	1	1	1	100 мг	

		таблетка 100 мг								
Циклосерин	10-15 мг/кг	Капсула 250 мг	2	2	3	3	3	1000 мг		
Этамбутол	5–25 мг/кг	Таблетка 400 мг	2	2	3	3	3	-		
Деламанид	-	Таблетка 50 мг	2 таб летка 2 р/күнін е	2 таб летка 2 р/күнін е	2 таб летка 2 р/күніне	2 таб летка 2 р/күніне	2 таб летка 2 р/күнін е	200 мг		
Пиразинамид	20-30 мг/кг	Таблетка 400 мг	3	4	4	4	5	-		
		Таблетка 500 мг	2	3	3	3	4			
Имипенем- циластатин	-	Флакон 0,5 г + 0,5 г	2 флакон (1 г + 1 г) 2 р/күніне					-		Клаву лан қышқылымен қабыл дау
Меропенем	-	Флакон 1 г (20 мл)	1 флакон 3 р/күніне немесе 2 флакон 2 р/күніне					-		Клаву лан қышқылымен қабыл дау
Амикацин	15-20 мг/кг	Флакон 500 мг/ 2 мл	2,5 мл	3 мл	3-4 мл	4 мл	4 мл	1000 мг		
Стрептомицин	12-18 мг/кг	Флакон 1 г	Қолданылатын сұйылтуға сәйкес есептеу					1000 мг		
Этионамид немесе протионамид	15-20 мг/кг	Таблетка 250 мг	2	2	3	3	4		Ұсынылатын доза күніне 1 рет, бірақ жақсартылғанға дейін күніне 2 дозаға бөліп бастауға болады	
ПАСК	2-3 қабылдауда тәулігіне 8- 12 г	ПАСК натрий тұзы (қалта 4 г)	1 қалта 2 р/күнін е	1 қалта 2 р/күнін е	1 қалта 2 р/күніне	1 қалта 2 р/күніне	1-1,5 қалта 2 р/күнін е			
		ПАСК (қалта 4 г)	1 қалта 2 р/күнін е	1 қалта 2 р/күнін е	1 қалта 2р/күнін е	1 қалта 2р/күнін е	1-1,5 қалта 2 р/күнін е			
Изониазид	4-6 мг/кг (стандартты қ доза)	Таблетка 300 мг	2/3	1	1	1	1	-	Изониазидтің 100 мг таблеткаларын қолдану кейбір дозаларды қабылдауды жеңілдетуі мүмкін. Қатерлі наукастарға	
	10-15 мг (жоғары доза)	Таблетка 100 мг	1,5	1,5	2	2	2			

									(АИТВ-инфекциясы, тамақтанбау) изониазидпен бірге пиридоксин тағайындалады
Клавулан қышқылы		Таблетка 125 мг	1 таблетка 2 р/күніне	1 таблетка 2 р/күніне	1 таблетка 2 р/күніне	1 таблетка 2 р/күніне	1 таблетка 2 р/күніне		Тек қана карбапенемдермен қолдану

Туберкулез профилактикасы жөніндегі іс-шараларды жүргізу қағидаларына 7-қосымша

Туберкулезге қарсы емді үзген кезде қабылданатын шаралар

1. Кемінде 1 ай үзілсе		
Науқасты табу. Емнің не себепті үзілгенін анықтап, себебін жою. Емді жалғастыру және үзіліс нәтижесінде қабылданбаған туберкулезге қарсы препараттардың мөлшерін толтыру мақсатында оны ұзарту.		
2. 1 айдан 2 айға дейінгі үзіліс		
Бастапқы іс-қимыл		Кейінгі іс-қимыл
1) Науқасты табу; 2) емнің не себептен үзілгенін анықтау және себебін жою; 3) 2 рет қақырық жағындысын зерттеу; 4) қақырық бактериоскопиясы нәтижелері анықталғанша емді жалғастыру	Қақырық жағындысының нәтижесі теріс немесе науқаста өкпеден тыс туберкулездің болуы	Емді жалғастыру және үзіліс нәтижесінде қабылданбаған туберкулезге қарсы препараттардың мөлшерін толтыру мақсатында емнің мерзімін ұзарту
3) 2 рет қақырық жағындысын зерттеу; 4) қақырық бактериоскопиясы нәтижелері анықталғанша емді жалғастыру	Кем дегенде 1 қақырық бактериоскопиясының нәтижесі оң болса	Қақырықты дәрілік сезімталдыққа тест жүргізу арқылы культуральдық әдістермен зерттеу. Дәрілік сезімталдыққа тест нәтижесін алғанға дейін бұрын жүргізілген ем тәртібін жалғастыру. Емді бұдан әрі жалғастыру тактикасы дәрілік сезімталдыққа тест нәтижесімен орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссияның шешіміне байланысты
3. 2 ай және одан да көп үзіліс		
1) Науқасты табу; 2) емнің не себептен үзілгенін анықтау және себебін жою; 3) 3 рет қақырық жағындысын зерттеу; 4) қақырық бактериоскопиясының нәтижелері анықталғанша емді бастамау	Қақырық жағындысының нәтижесі теріс немесе науқаста өкпеден тыс туберкулездің болуы	Шешімді орталықтандырылған дәрігерлік консультациялық комиссия қабылдайды. Егер дәрілік сезімталдыққа тест деректері немесе зертханалық дәлелденген көптеген дәрілерге көнбейтін зертханалық туберкулез болмаса қақырықты немесе басқа биологиялық материалды дәрілік сезімталдыққа зерттеу, науқасты "Басқалар" типімен қайта тіркеу және I санаттың қарқынды фазасында емді бастау
		Егер емді үзу кезінде көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез зертханалық расталса, онда науқасты "Басқалар" типімен IV санатқа тіркеу және екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен емді бастау қажет
	Қақырық бактериоскопиясының	Егер дәрілік сезімталдыққа тест деректері немесе зертханалық дәлелденген көптеген дәрілерге көнбейтін

кем дегенде 1 оң нәтижесі алынса	туберкулез болмаса, онда қақырықты дәрілік сезімталдық тестке зерттеу, науқасты "Үзілістен кейінгі ем" типімен қайта тіркеу және I санаттың қарқынды фазасында ем бастау қажет
	Егер емді үзу кезінде көптеген дәрілерге көнбейтін туберкулез зертханалық расталса, онда науқасты "Үзілістен кейінгі ем" типімен IV санатқа тіркеу және екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттармен ем бастау қажет.
	Жеке ем кестелері бойынша ем алып жүрген науқас туберкулезге қарсы препараттарды қабылдауды үзген жағдайда емдеу туберкулезге қарсы екінші қатардағы препараттарға сезімталдық сынағының нәтижелері алынғанға дейін сол схема бойынша ем алады және емдеу режимі дәрілік препараттардың сезімталдығы туралы деректерді ескере отырып түзетіледі.

Туберкулез профилактикасы
жөніндегі іс-шараларды
жүргізу қағидаларына
8-қосымша

Қысқартылған және ұзақ емдеу режимдерін алатын, дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын пациенттерді емдеу мониторингі

Зерттеу	Өткізу жиілігі
Микробиологиялық зерттеулер	
Микроскопия Сұйық ортаға себінді	Қақырықтың екі дәйекті үлгісі: қысқартылған режимде: ай сайын емнің 9-12 ай бойы. Ұзақ режимде: ай сайын қақырық конверсиясын алғанға дейін, кем дегенде алғашқы 6 айда, содан кейін тоқсан сайын емдеудің жалпы курсы аяқталғанға дейін. Қысқартылған режимді бақылау үшін: ай сайын емнің 9-12 ай бойы.
Тығыз ортаға себінді	Қақырықтың екі дәйекті үлгісі: қысқартылған режимде: ай сайын, егер сұйық ортаға себу мүмкіндігі шектеулі болса, емдеудің 9-12 айы барысында. Ұзақ режимде: ай сайын қақырық конверсиясын алғанға дейін, кем дегенде алғашқы 6 айда, содан кейін тоқсан сайын емдеудің жалпы курсы аяқталғанға дейін.
Дәрілік сезімталдыққа тест (ДСТ)	Сұйық және тығыз қоректік орталарда, емдеу кезінде себіндінің оң нәтижесімен, бірақ емдеудің 4-ші айының соңынан ерте емес
LPA MTBDRsl	Сұрау салу бойынша емдеу барысында, инъекциялық туберкулезге қарсы препараттарға және фторхинолондарға көнбеушіліктің дамуына күдік болған кезде
Радиологиялық зерттеу	
Кеуде рентгенограммасы куысының	Емдеудің басында, емдеу басынан 3, 6, 12 айдан кейін және барлық емдеу курсының соңында. Клиникалық көрсетілімдер болған кезде неғұрлым жиі зерттеу жүргізілуі мүмкін
Клиникалық зерттеу	
Дене салмағын өлшеу	Ай сайын
Физикалық тексеру	Аптасына 1 рет, қажет болған жағдайда – жиі
Аудиометрия	Басында, содан кейін ай сайын, инъекциялық туберкулезге қарсы препаратпен

	емдеу кезінде
Электрокардиография (бұдан әрі – ЭКГ)	Емдеудің басында, 2, 4, 8, 12, 16 және 24 аптада бедаквилинді немесе деламанидті қолданған кезде. Егер емдеу схемасында QTc аралығын ұзартатын басқа туберкулезге қарсы препараттар болса (мысалы, моксифлоксацин, клофазимин), онда ЭКГ ай сайын қайталануы керек
Көру және түс сезу өрісі мен өткірлігін анықтау	Этамбутолмен немесе линезолидпен емдеудің басында. Көру өткірлігінің немесе түс сезуінің бұзылуына күдік туындаған кезде зерттеуді қайталаңыз
Психологтың (психиатр-наркологтың және (немесе) психотерапевттің) немесе әлеуметтік қызметкердің оқытуы, консультация беруі	Емдеудің басында және емдеу барысында қажеттілік туындаған кезде
Зертханалық зерттеулер	
Қанның және несептің жалпы талдауы	Ай сайын
Гемоглобин және тромбоциттерді санауы	Линезолидпен емдеу кезінде алдымен апта сайын, содан кейін екінші және келесі айларда – ай сайын немесе қажет болған жағдайда белгілерге сүйене отырып бақылау керек. Зидовудин алатын АИТВ (адамның иммун тапшылығы вирусы) жұқтырған пациенттер үшін алдымен ай сайын, содан кейін қажет болған жағдайда симптоматикаға қарай тексеру керек
Қан сарысуындағы калий, магний және кальций деңгейі	Калий деңгейі емдеудің басында және одан әрі ай сайын бедаквилин мен деламанидті қолданғанда анықталады. ЭКГ-да ауытқулар болған кезде қайталаңыз (QTc аралығын ұзарту). Магний мен кальций деңгейі гипокалиемия анықталған сайын қан сарысуында анықталады.
Тиреотроптыгормон (ТТГ)	Егер этионамид/протионамид және парааминосалицил қышқылы (бұдан әрі – ПАСҚ) қабылданса, әрбір 3 ай сайын. Егер этионамид/протионамид немесе ПАСҚ қабылданса, бірақ туберкулезге қарсы препараттардың екеуі де бір мезгілде қабылданбаса, әрбір 6 ай сайын жүргізіледі.

Туберкулез профилактикасы
жөніндегі іс-шараларды
жүргізу қағидаларына
9-қосымша

Туберкулезбен ауыратын науқастарды диспансерлік бақылау (топтардың сипаттамасы, бақылау мерзімдері, қажетті іс-шаралар мен нәтижелер)

Топтар және кіші топтар	Сипаттамасы	Бақылау мерзімдері	Іс-шаралар	Нәтижелері
Нөл тобы (0) - диагностикалық				
Нөлдік тобы (0)	Туберкулез процесінің белсенділігі күмәнді тұлғалар. Туберкулинге сезімталдық сипатын нақтылауды және дифференциалды диагностиканы қажет	4 ай	Зертханалық зерттеулер (несептің жалпы талдауы, қанның жалпы талдауы, туберкулездің микобактерияларына (микроскопия және қызық себіндісі) клиникалық-рентгенологиялық зерттеулер	Есептен шығару Белсенді туберкулез анықталған жағдайда кіші топқа ауыстыру: 1) ІА – сезімтал туберкулездің жаңа және қайталанған жағдайлары (І санат);

	етегін, фтизиопульмонологиялық ұйымдарда диспансерлік есепте тұрмайтын балалар		– диспансерлік есептен алу және шығару кезінде. Аспаптық және басқа да зерттеу әдістері-көрсеткіштер бойынша. Туберкулинодиагностика, диспансерлік есептен алу және шығару кезінде балалардағы рекомбинантты туберкулез аллергені бар сынама. Туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектер қолданылмайды.	2) ІВ-дәріге көнбейтін туберкулез жағдайлары (IV санат); 3) туберкулин сынамасының инфекциялық этиологиясы анықталған кезде ІІІ Б кіші тобына (балалар) ауыстырылады.
--	--	--	--	--

Бірінші топ (I) – белсенді туберкулез

ІА кіші тобы	Сезімталды туберкулездің жаңадан және қайталанған жағдайлары	Барлық емделу курсы бойы	<p>1) Қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы, қанның биохимиялық талдауы – ай сайын қарқынды фазада, емдеудің демеуші фазасының ортасында және соңында, көрсетілімдер бойынша – жиі;</p> <p>2) микроскопия 2 мәрте, сұйық және тығыз ортада себу, ХpertMTB/RIF, GenoTypeMTBDR®, ВАСТЕС- химиятерапия басталғанға дейін бір мәрте;</p> <p>3) микроскопия 2 мәрте: қарқынды фазаның 2 айынан кейін, жағынды конверсиясы болмаған кезде емдеудің 3-ші және 4-ші айының соңында;</p> <p>4) басында оң жағындысы бар науқастарды емдеудің демеуші фазасының ортасында және соңында 2 мәрте; микроскопия; жағындының конверсиясы болмаған кезде емдеудің 2 айынан кейін дәрілік сезімталдыққа тест қоя отырып себу;</p> <p>6) химиотерапия басталғанға дейін, емдеу процесінде 2-3 ай аралықпен рентгеномография (көрсетілімдер бойынша – жиі);</p> <p>7) химиотерапия басталғанға дейін балаларға Манту сынамасы (туберкулездік</p>	<p>Топқа аудару:</p> <p>1) екінші топқа (ІІ) - нәтижесі кезінде "емделді" немесе "ем аяқталған";</p> <p>2) ІВ кіші тобына – R-ге орнықтылықты белгілеу кезінде немесе полирезистенттілігі бар "тиімсіз емдеу" нәтижесі кезінде. "Кейінгі бақылау үшін жоғалту" аяқталған кезде пациентті іздеудің нәтижесіздігін растайтын Ішкі істер министрлігінің аумақтық органдарының құжаттары негізінде 1 жыл ішінде пациент фтизиопульмонологиялық ұйымның диспансерлік есебінен шығарылады.</p>
--------------	--	--------------------------	--	--

			рекомбинантты аллергені бар сынама), кейін көрсетілімдер бойынша. Сезімталдық туберкулездің стандартты емдеу режимдері	
IV кіші тобы	Қысқартылған немесе ұзақ емдеу режимін алатын, дәрілерге көнбейтін туберкулезбен ауыратын пациенттер		<p>1) Қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы, қанның биохимиялық талдауы – ай сайын қарқынды фазада, емдеудің интенсивті фазасында – тоқсан сайын, көрсеткіштер бойынша-жиі;</p> <p>2) микроскопия 2 мәрте, сұйық және тығыз ортада себу GenoTypeMTBDR®sl, ВАСТЕС – химиятерапия басталғанға бір мәрте;</p> <p>3) микроскопия және егу (Левенштейн - Йенсен) қақырық конверсиясын алғанға дейін ай сайын 2 мәрте, кем дегенде алғашқы 6 айда, содан кейін тоқсан сайын емдеудің жалпы курсы аяқталғанға дейін – жеке емдеу режимінде;</p> <p>4) Микроскопия және сұйық ортаға себу ай сайын емдеу курсының барлық 9-12 айы бойы – қысқа мерзімді емдеу режимінде жүргізіледі;</p> <p>5) сұйық және тығыз орталарда, ВАСТЕС егу және екінші қатардағы туберкулезге қарсы препараттарға дәрілік сезімталдыққа тест қоя отырып, химиотерапия басталғанға дейін және ≥ 2 ай болғанда оң нәтиже деңгейі төмендемейді(3+,2+,1+) қарқынды фазаны емдеу барысында микроскопия және/немесе егу;</p> <p>6) химиотерапия басталғанға дейін, емдеу процесінде 2-3 ай аралықпен рентген-томография (көрсетілімдер бойынша жиі);</p> <p>7) химиотерапия басталғанға дейін манту сынамасы</p>	<p>Топқа аудару:</p> <p>1) екінші топ (II)- нәтижесі кезінде "емделді" немесе "ем аяқталған";</p> <p>2) II кіші топ – нәтижесінде "тиімсіз емдеу".</p> <p>"Кейінгі бақылау үшін жоғалту" аяқталған кезде пациентті іздеудің нәтижесіздігін растайтын Ішкі істер министрлігінің аумақтық органдарының құжаттары негізінде 1 жыл ішінде пациент фтизиопульмонологиялық ұйымның диспансерлік есебінен шығарылады. Бұрын режимді бұзған науқастарды диспансерлік есепке алу тобында 1-ден қайта есепке алу туралы шешімді орталықтандырылған дәрігерлік-консультативтік комиссия қабылдайды.</p>

			(туберкулездік рекомбинантты аллергияны бар сынама), динамикада – көрсеткіштер бойынша. IV санат режиміндегі қысқа мерзімді және жеке емдеу режимдері.	
ІГ кіші тобы	Ерекше емдеуге жатпайтын белсенді туберкулезбен ауыратын пациенттер	Бактерия бөледі тоқтатқан емесе басқа тактика айқындағанға дейін	1) қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы, қанның биохимиялық талдауы – жарты жылда 1 мәрте, көрсеткіштер бойынша – жиі; 2) 2 мәрте микроскопия және тығыз ортаға себінді және рентгенологиялық зерттеулер – жартыжылда 1 мәрте.	Топқа аудару: 1) ІВ кіші топ – туберкулезге қарсы жаңа препараттар мен емдеудің тиімді схемасын тағайындау кезінде; 2) екінші топ (ІІ) – соңғы 2 жыл ішінде тығыз ортада егудің теріс нәтижелері алынғанға дейін.
Екінші топ (ІІ) – белсенді емес туберкулез				
Екінші топ (ІІ)	"Емделген" немесе "ем аяқталған" қорытындысы бар белсенді емес туберкулезбен ауыратын тұлғалар	1 жыл – аз қалдық өзгерістермен 2 жыл – үлкен қалдық өзгерістермен	Жылына 2 мәрте тексеру (қанның жалпы талдауы, несептің жалпы талдауы, қақырықтың микроскопиясы, тығыз ортаға себінді, рентген-томография). Көрсеткіштер бойынша тексерудің қосымша әдістері	Есептен шығару
Үшінші топ (ІІІ) – туберкулезбен ауыру қауіпі жоғары тұлғалар				
ІІІА кіші тобы	Туберкулез науқасымен қарым-қатынаста болған Бактерия бөлінуіне қарамастан, туберкулездің белсенді түрімен ауыратын науқастармен байланыста болған балалар	Қарым-қатынаста болған түгел мерзім және науқастың тиімді химия терапиядан кейінгі 1 жыл	Жылына 2 мәрте тексеру (зертханалық, клиникалық-рентгенологиялық зерттеулер). Балаларға-сынама, туберкулезді рекомбинантты аллергияны бар сынама. Бастапқы тексеру кезінде Манту сынағасының теріс нәтижесі бар адамдарға сынама 8-10 аптадан кейін қайталады. Көрсеткіштер бойынша диагностиканың қосымша әдістері.	Есептен шығару. Белсенді туберкулез анықталғанда бірінші топқа (І) ауыстыру
	Туберкулезден бұрын белгісіз болған ошақтардан көз жұмған	1 жыл		
ІІІБ кіші тобы	Алғашқы анықталған туберкулез микобактерияларын жұқтырылған	1 жыл	Есепке алу және есептен шығару кезінде несептің жалпы талдауы, қанның жалпы талдауы, Манту сынағасы, туберкулезді рекомбинантты аллергияны бар сынама және рентгенологиялық тексеру. Көрсеткіштер бойынша қақырықтың микроскопиясы.	Есептен шығару. Белсенді туберкулез анықталғанда бірінші топқа (І) ауыстыру

			Профилактикалық емдеу – бұйрық негізінде.	
ШВ кіші тобы	"Кальметт-Герен бацилласы" вакцинасын (БЦЖ вакцинасы) енгізуге жағымсыз құбылыстар	1 жыл	Есепке алу және есептен шығару кезінде несептің жалпы талдауы, қанның жалпы талдауы, Манту сынамасы, туберкулезді рекомбинантты аллергені бар сынама, перифериялық (қолтық асты) лимфа түйіндерін ультрадыбыстық зерттеу және рентгенологиялық тексеру. Өкпеден тыс туберкулез бойынша маманның кеңесі. Емдеу режимі – Қағидаларға 2-қосымшаға сәйкес. Диссеменирленген БЦЖ инфекция кезінде (созылмалы гранулематозды ауру) I-II қатардағы туберкулезге қарсы дәрі-дәрмектермен емдеу (пиразинамидті қоспағанда)	Есептен шығару. Бастапқы/қайталама иммун тапшылығы бар созылмалы гранулематозды ауруы бар пациенттер МСАК көрсететін ұйымдарда, иммунолог дәрігерінде диспансерлік есепке алынып туберкулез бойынша қауіп тобында байқалады және негізгі ауруы бойынша ем алады.