

**ՀՀ ԱՌՈՂՋԱԴԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐԻ ՀՐԱՄԱՆԸ ՀՀ-ՈՒՄ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՉԻ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ
N 3.1.1-010-08 ՍԱՆԻՏԱՐԱՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱՅԻՆ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՈՐՄԵՐԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ**

Գլխավոր տեղեկություն	
Համար	N 21-Ն
Տիպ	Հրաման
Ակտի տիպ	Պաշտոնական հսկողություն (12.05.2016-28.04.2017)
Կարգավիճակ	Չի գործում
Սկզբնաղբյուր	ՀՀԳՏ 2008.12.19/43(317) Հոդ.388
Ընդունող մարմին	Առողջապահության նախարար
Ընդունման ամսաթիվ	20.10.2008
Ստորագրող մարմին	Առողջապահության նախարար
Ստորագրման ամսաթիվ	20.10.2008
Ուժի մեջ մտնելու ամսաթիվ	29.12.2008
Ուժը կորցնելու ամսաթիվ	10.04.2025

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ

ԱՌՈՂՋԱԿԱԽՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

20 հոկտեմբերի 2008 թ.
ք. Երևան

N 21-Ն

Հ Ր Ա Մ Ա Ն

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՍՈՒԲԵՐԿՈՒՄԵՆԻ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ N 3.1.1-010-08 ՍԱՆԻՏԱՐԱԿԱՄԱՃԱՐԱԿԱՑՅՈՒ ԿԱՆՈՆՆԵՐԸ ԵՎ ՆՈՐՄԵՐԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի դ) ենթակետը և 2006 թվականի սեպտեմբերի 11-ի ՄԻԱԿ/ԶԻԱԿ-ի, Տուրքերկուլոզի և Մալարիայի դեմ պայքարի Գլոբալ հիմնադրամի և Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության միջև կնքված «Հայաստանի Հանրապետությունում Տուրքերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի ուժեղացում» դրամաշնորհային ծրագրի 1-ին նպատակը, ինչպես նաև նպատակ ունենալով Հայաստանի Հանրապետությունում ներդնելու Առողջապահության Համաշխարհային Կազմակերպության արդի ռազմավարությունների պահանջներին համապատասխան տուրքերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողություն՝

Հրամայում եմ՝

1. Հաստատել «Հայաստանի Հանրապետությունում Տուրքերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողության N 3.1.1-010-08 սանիտարահամաճարակային կանոնները և նորմերը»՝ համաձայն հավելվածի:
2. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմի բժշկական օգնության կազմակերպման վարչության պետ, Տուրքերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի ղեկավար Վ. Պողոսյանին, «Տուրքերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագրի գրասենյակ» ՊՈԱԿ-ի տնօրենի ժամանակավոր պաշտոնակատար Ա. Թադևոսյանին՝
 - 1) Հայաստանի Հանրապետության տուրքերկուլոզի ղեպքերի հայտնաբերում, բնակչության հակատուրքերկուլոզային բուժօգնություն, սպասարկում և համաճարակաբանական հսկողություն իրականացնող բոլոր հաստատություններում ապահովել «Հայաստանի Հանրապետությունում Տուրքերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողության N 3.1.1-010-08 սանիտարահամաճարակային կանոնների և նորմերի» ներդրումը:
 3. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմի պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության պետ Ա. Վանյանին՝
 - 1) հսկողություն իրականացնել սույն հրամանի 1-ին կետով հաստատված կանոնների իրականացման նկատմամբ:
 4. Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի իրավական խորհրդական Ս. Զրմոյանին՝
 - 1) սույն հրամանը Հայաստանի Հանրապետության օրենսդրությամբ սահմանված կարգով ներկայացնել Հայաստանի Հանրապետության արդարադատության նախարարություն՝ պետական իրավական փորձաքննության և պետական գրանցման:
 5. Սույն հրամանի կատարման հսկողությունը հանձնարարել Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության աշխատակազմի ղեկավար Գ. Սայադյանին:

Նախարար՝

Հ. Զուլյան

Հավելված

Հաստատում եմ
ՀՀ առողջապահության նախարար
2008 թ. հոկտեմբերի 20-ի
N 21-Ն հրամանի

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ՍՈՒԲԵՐԿՈՒՄԵՆԻ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ N 3.1.1-010-08 ՍԱՆԻՏԱՐԱԿԱՄԱՃԱՐԱԿԱՑՅՈՒ ԿԱՆՈՆՆԵՐ ԵՎ ՆՈՐՄԵՐ

ԲԱԺԻ 1

ԿԻՐԱՄԱՆ ՈՒՈՐՏ

1. Տուրքերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողության կազմակերպման և իրականացման սույն սանիտարահամաճարակային կանոնները նախատեսված են բուժկանխարգելիչ կազմակերպությունների (անկախ կազմակերպատիրավական ձևից և գերատեսչական պատկանելությունից) բուժաշխատողների համար, ովքեր իրականացնում են տուրքերկուլոզի ղեպքերի հայտնաբերումը և բնակչության հակատուրքերկուլոզային բուժօգնությունը և սպասարկումը, ինչպես նաև Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության մասնագետների համար, ովքեր իրականացնում են տուրքերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողությունը:

2. Սույն սանիտարահակահամաճարակային կանոնները ներառում են տուրքերկուլոզի ղեպքերի հայտնաբերման, ախտորոշման, ղեպքերի վարման, շարունակական հսկողության, տուրքերկուլոզի դեմ պատվաստումների, տուրքերկուլոզի օջախների համաճարակաբանական հետազոտության, կոնտակտավորների հսկողության, բուժման, կանխարգելման, առողջարանային բուժման, հակատուրքերկուլոզային բուժկանխարգելիչ կազմակերպությունների տեղակայմանը, կառուցվածքին, շրջակա միջավայրի գործոնների բացասական ազդեցության կանխարգելմանը, սարքավորումների շահագործմանը ներկայացվող հիգիենիկ պահանջների և սանիտարահակահամաճարակային ռեժիմի և այլ հարցեր, որոնք ուղղված են տուրքերկուլոզի համաճարակաբանական հսկողության ապահովմանը:

ԲԱԺԻ 2

ՄԻՋՑԱՌՈՒՄՆԵՐ ՎԱՐԱԿԻ ԱՐՔՅՈՒՐԻ ՆԿԱՏԱՄԱՐ

Գ Լ ՈՒ Խ 1

ՏՈՒՐԵՐԿՈՒՄԵՆԻ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՀԱՅՏՆԱՔԵՐՈՒՄԸ

3. Տուրքերկուլոզով հիվանդների հայտնաբերումն իրականացնում են բուժկանխարգելիչ և առողջարարական կազմակերպությունների բոլոր մասնագիտությունների բժիշկները և միջին բուժանձնակազմը՝ անկախ կազմակերպատիրավական և սեփականության ձևից, գերատեսչական պատկանելությունից, անհատական բժշկական գործունեությամբ զբաղվող և ընտանեկան բժիշկները՝ համաձայն հավելված 1-ի:

4. Բժշկական օգնության դիմած անձանց մոտ տուրքերկուլոզին բնորոշ ախտանշաններ հայտնաբերելիս, առաջնային բուժօղակի բժիշկը (բուժքույրը) ախտորոշման նպատակով 3 օրվա ընթացքում նրան ուղեգրում է բնակության վայրի տարածքային տուրքերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետ:

Տուրքերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետի բժիշկը նշված անձին ենթարկում է ժամանակին և ամբողջական կլինիկական հետազոտման (խորխի կամ այլ կենսաբանական նյութի պարտադիր մանրէադիտում և, անհրաժեշտության դեպքում, ռենտգենաբանական հետազոտություն):

5. Խորխի քսուլի մանրէադիտման հետազոտությունը կատարվում է տվյալ գործառույթն իրականացնող լաբորատորիայում:
6. Տուրքերկուլոզի կասկած ունեն այն անձինք, ովքեր համապատասխանում են կասկածելի դեպքի ստանդարտ բնորոշմանը:

7. Յուրաքանչյուր բուժաշխատող մշտական բնակության վայր չունեցող անձանց մոտ տուբերկուլոզին բնորոշ ախտանշաններ հայտնաբերելիս, վերջինիս ուղեգրում է տվյալ տարածքում գործող տարածքային տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետ՝ ախտորոշման և, անհրաժեշտության դեպքում, բուժման նպատակով:

8. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող կազմակերպությունը (տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետ կամ հակատուբերկուլոզային դիսպանսեր) տեղեկացնում է ուղեգրող բժշկին (կամ բուժքոչը) հետազոտության արդյունքների մասին:

9. Առաջնային օդակի մասնագետները (տեղամասային թերապևտ, տեղամասային մանկաբույժ, ընտանեկան բժիշկ, տեղամասային բուժքույր, ընտանեկան բուժքույր, բուժակ-մանկաբարձական կետի բուժքույր և այլն) տեղեկատվություն են ներկայացնում տարածաշրջանի պոլիկլինիկայի տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետ իրենց կողմից սպասարկվող բնակչության մեջ տուբերկուլոզի կասկած հարուցող անձանց (օրինակ՝ ազատագրման վայրերից, արտագնա աշխատանքի վերադարձածներ և այլն) մասին՝ վերջիններիս կանխարգելիչ բժշկական գնտությունները կազմակերպելու և իրականացնելու համար:

10. Տուբերկուլոզի վաղ հայտնաբերման նպատակով իրականացնում են նախնական և պարբերական բժշկական գնտություններ այն գործունեության ոլորտներում ընդգրկված անձանց շրջանում, որոնք ենթակա են առողջական վիճակի պարտադիր նախնական և պարբերական բժշկական գնտությունների՝ Հայաստանի Հանրապետության կառավարության կողմից սահմանված կարգով:

11. Տուբերկուլոզի առումով ռիսկի խմբերին պատկանող անձինք՝ համաձայն հավելված 11-ի, ցանկացած առիթով բուժակնախարգելիչ կազմակերպություններ դիմելիս, սպասարկող բուժաշխատողի կողմից ենթարկվում են գնտության նաև տուբերկուլոզին բնորոշ զանգատների առկայությունը բացահայտելու ուղղությամբ: Վերջինիս մասին գնտող բուժաշխատողի կողմից կատարվում է գրառում ընդհանուր բժշկական փաստաթղթերում՝ ըստ բուժակնախարգելիչ կազմակերպության պրոֆիլի (հիվանդի ամբուլատոր քարտ, հիվանդության պատմություն և այլն): Չնությունների ժամանակ ախտաբանական երևույթի (այդ թվում՝ ծանր թոքային հիվանդություններ, էքստրատիվ պլերիտ, ենթաստղ և քրոնիկ լիմֆադենիտ, հանգուցային էրիթեմա, միգաստեռական օրգանների քրոնիկ հիվանդություններ և այլն) հայտնաբերման դեպքում գնտության ենթարկված անձինք ուղեգրվում են տարածքային տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետ՝ ֆթիզիատորի խորհրդատվության և հետագա հետազոտման:

12. Նախագորակոչային և գորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիները՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հուլիսի 10-ի «Նախագորակոչային և գորակոչային տարիքի արական սեռի քաղաքացիների առողջական վիճակի գնահատման, բժշկական փորձաքննության անցկացման և բժշկական օգնության ու սպասարկման կարգը հաստատելու մասին» N 748-Ն որոշման:

Գ Լ ՈՒ Խ 2

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԱԿԱՆ ՎԱՐՎԱԿ ԵՎ ՍԽՈՐՈՇՈՒՄ

13. Տուբերկուլոզային վարակի ախտորոշումը կատարվում է տուբերկուլինային փորձի (Մանթոլի) կիրառմամբ՝ համաձայն հավելված 3-ի:

14. Թոքային և արտաթոքային տուբերկուլոզի ախտանշաններով անձինք, անկախ տուբերկուլինային փորձի արդյունքից, հետազոտվում են տուբերկուլոզի նկատմամբ: Առաջին փորձի դրական արդյունքի դեպքում հետագայում կրկնակի մաշկային փորձ չի դրվում:

15. Տուբերկուլինային մաշկային փորձն իրականացվում է՝

1) հիվանդի հետ սերտ շփված միևնույն 18 տարեկան անձանց շրջանում,

2) կցագրման ենթակա տարիքի նախագինակոչային տարիքի արական սեռի անձանց շրջանում տուբերկուլոզի նկատմամբ առողջական վիճակի գնահատման համար:

16. Տուբերկուլինային մաշկային փորձը կատարվում է վերապատրաստված և կատարման տեխնիկայի տիրապետման վերաբերյալ վկայագիր ունեցող բուժաշխատողների կողմից:

17. Տուբերկուլինային մաշկային փորձը չի իրականացվում տանը, ինչպես նաև բուժկետ չունեցող մանկական և դեռահասների կազմակերպություններում:

18. Վարակիչ հիվանդությունների կարանտինի ժամանակ տուբերկուլինային մաշկային փորձը դրվում է մինչև կանխարգելիչ պատվաստում կատարելը:

19. Կանխարգելիչ պատվաստման, որևէ կենսաբանական փորձի, արյան պատրաստուկների ներարկման և տուբերկուլինային մաշկային փորձի միջև պահպանվում է 1 ամիս ժամանակահատված:

20. Տուբերկուլինային մաշկային փորձից առաջ անձին կատարվում է բժշկական գնտություն և գրանցվում բժշկական փաստաթղթերում:

21. Տուբերկուլինային մաշկային փորձի հակացուցումներ են մաշկային հիվանդությունները, սուր և խրոնիկ վարակիչ հիվանդությունները սրացման շրջանում:

22. Տուբերկուլինային մաշկային փորձի արդյունքները գնահատվում են 48-72 ժամից՝ ինֆիլտրատի չափման ճանապարհով պլաստմասսայե միլիմետրային քանոնով:

23. Չափվում են ինֆիլտրատի լայնակի չափերը և գրանցվում են միլիմետրերով: Հիպերեմիան գրանցվում է միայն ինֆիլտրատի բացակայության դեպքում, իսկ ինֆիլտրատի շուրջ առկա էրիթեման չի չափվում:

24. Ինֆիլտրատի չափման ժամանակ չեն օգտագործվում ինքնաշեն քանոններ, միլիմետրային թուղթ և այլն:

25. Տուբերկուլինային մաշկային փորձը համարվում է՝

1) բացասական՝ ինֆիլտրատի (պապուլա) և հիպերեմիայի բացակայության կամ հետնետարկումային ռեակցիայի (0-1 մմ) առկայության դեպքում,

2) կասկածելի՝ 2-4 մմ չափով ինֆիլտրատի (պապուլա) առկայության դեպքում կամ ցանկացած չափի հիպերեմիայով՝ առանց ինֆիլտրատի,

3) դրական՝ 5 մմ ինֆիլտրատի (պապուլա) առկայության դեպքում և ավելի չափով (մարդու իմունային անբավարարության վիրուսի (այսուհետ՝ ՄԻՎԿ) վարակակիրներ, վարակիչ տուբերկուլոզով անձանց կոնտակտավորներ, այն անձինք, որոնք կրծքավանդակի ռեստեմբանական հետազոտություններ հայտնաբերվում են նախկինում տուբերկուլոզ հիվանդության մնացորդային երևույթներ, արգելված դեղամիջոցներ ներարկող կամ անհայտ ՄԻՎԿ կարգավիճակով անձինք),

4) դրական՝ 10 մմ և ավելի չափով ինֆիլտրատի (պապուլա) առկայության դեպքում (օտարերկրյա քաղաքացիներ, որոնց ծննդավայրում տուբերկուլոզը լայն տարածում ունի, արգելված դեղամիջոցներ ներարկող անձինք, որոնք ՄԻՎԿ բացասական են, ցածր եկամուտ ունեցող անձինք, հատուկ հաստատություններում բնակվող անձինք՝ ծերանոցներ, ազատագրված վայրեր և այլն, առողջական խնդիրներով անձինք (շաքարային դիաբետ, երկկամային ախտաբանությամբ, 4 տարեկանից ցածր տարիքի երեխաներ),

5) հիպերերգիկ ռեակցիա՝ երեխաների և դեռահասների մոտ համարվում է 17 մմ և ավելի չափով ինֆիլտրատը, մեծահասակների մոտ 21 մմ և ավելի, ինչպես նաև վեգիկուլո-նեկրոտիկ ռեակցիաները, անկախ ինֆիլտրատի (լիմֆանոզիումայով կամ առանց դրա) չափերից) տուբերկուլոզի նկատմամբ ռիսկի գործոններ չունեցող անձինք):

26. Տուբերկուլինային մաշկային փորձի դրական արդյունքով անձինք ենթարկվում են տուբերկուլոզի նկատմամբ հետազոտությունների, անկախ տուբերկուլոզի դեմ (այսուհետ՝ ԲՑԺ) պատվաստումային կարգավիճակից:

27. Երեխաների և դեռահասների մոտ տուբերկուլինային մաշկային փորձի արդյունքները, որոնք հաճախում են մանկական կազմակերպություններ (Մսուր, մանկապարտեզ, դպրոց) գրանցվում են Կանխարգելիչ պատվաստումների քարտում) 063/հ և երեխայի գաղափարային քարտում (ձև 112/հ.) կամ 026/հ՝ նշելով տուբերկուլինի արտադրող կազմակերպության, երկրի անվանումը, սերիան, հսկման համարը և պիտանելիության ժամկետը, տուբերկուլինի մաշկային փորձի ամսաթիվը, աջ կամ ձախ ձեռքի վրա, արդյունքները՝ մմ-երով:

28. Տուբերկուլինային մաշկային փորձի միջոցով հայտնաբերվում է ինչպես վարակվածությունը, այնպես էլ հետպատվաստումային պերզիան: Առաջնային վարակվածության և հետպատվաստումային պերզիայի միջև տարբերակիչ ախտորոշման նպատակով, երեխայի բժշկական փաստաթղթերը ներկայացվում է բժիշկ-ֆթիզիատորին՝ մանրամասն գրանցելով ԲՑԺ պատվաստումների և կրկնապատվաստումների ստույգ տվյալները՝ կատարման ամսաթիվը, սերիան, արտադրող երկիրը և արդյունքները, ինչպես նաև ներքոհիշյալ փաստերը.

1) հետպատվաստումային պերզիան ունի փոքր ինտենսիվություն և թուլացման հակում՝ ինֆեկցիոն պերզիայի համեմատությամբ,

2) հետպատվաստումային պերզիայի ինֆիլտրատի միջին չափը՝ 7-9 մմ է, իսկ ինֆեկցիոն ինֆիլտրատինը՝ 11-13 մմ է,

3) հետպատվաստումային պերզիային բնորոշ են կասկածելի և կորուկ արտահայտված դրական ռեակցիաները ինֆիլտրատի 2-11 մմ չափերով: Վերջինս հաճախ հանդիպում է կրկնապատվաստված երեխաների և դեռահասների մոտ ի տարբերություն առաջին անգամ ԲՑԺ-ով պատվաստվածների հետ, արտահայտված սպիի (6-9 և ավելի մմ տրամաչափով) առկայության ժամանակ:

29. Տուբերկուլինային մաշկային փորձի արդյունքներով անձինք վարակված են համարվում, եթե

1) արձանագրվում է առաջնակի դրական ռեակցիա (5մմ և ավելի պապուլա), որը կապված չէ տուբերկուլոզի նախորդ պատվաստման հետ,

- 2) կայուն պահպանված ռեակցիա 12 մմ և ավելի ինֆիլտրատով (4 տարի),
 - 3) նկատվում է նախկինում կասկածելի կամ դրական ռեակցիայի 6 մմ և ավելի աճ (օրինակ 2 մմ-ը վերածվել է 8 մմ, 3 մմ-ը՝ 9 մմ-ի, 4 մմ-ը՝ 10 մմ-ի, 5 մմ-ը՝ 11 մմ-ի, 6 մմ-ը՝ 12 մմ-ի և այլն),
 - 4) հիպերռեակցիայով՝ ինֆիլտրատը 17 մմ և ավելի, կամ ավելի փոքր չափերով, սակայն վեզիկուլո-նեկրոտիկ բնույթի:
30. Առաջնային վարակվածությունը հայտնաբերվում է այն երեխաների մոտ, որոնք չունեն կամ ունեն փոքր հետապատվաստումային մաշկային նշաններ (2-3 մմ), որոնց մոտ թույլ է արտահայտված պատվաստումային իմունիտետը:
31. Վերոգրյալ անձինք տուբերկուլինային մաշկային փորձի գնահատումից հետո 6 օրվա ընթացքում ուղարկվում են տուբերկուլոգի դեմ պայքարի կաբինետ՝ ֆթիզիատորի խորհրդատվությամբ: Երեխաներին չի թույլատրվում հաճախել մանկական և դեռահասների կազմակերպություն, եթե չեն ներկայացնում 1 ամսվա ընթացքում տեղեկանք՝ տուբերկուլոգի բացառման մասին:

Գ Լ ՈՒ Խ 3

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՉ ՀԻՎԱՆՂՈՒԹՅԱՆ ԱՍՏՈՐՈՇՈՒՄ

32. Տուբերկուլոգի հիվանդության ախտորոշումը կատարվում է.
- 1) կլինիկական
 - 2) համաճարակաբանական
 - 3) լաբորատոր-գործիքային ցուցանիշներով:
33. Տուբերկուլոգի ախտորոշումը դրվում է համաձայն դեպքի ստանդարտ սահմանման՝ համաձայն հավելված 2-ի.
34. Տուբերկուլոգի հստակ կլինիկական ախտանշաններն ի հայտ են գալիս հիվանդների 90%-ի մոտ տուբերկուլոգային վարակի զարգացումից մի քանի շաբաթ անց: Տուբերկուլոգի կասկածի կլինիկական ախտանշանները ՄԻՎՎ/ԶԻՎՎ-ով հիվանդների մոտ տարբերվում են:
35. Տուբերկուլոգի ախտորոշման համաճարակաբանական ցուցանիշները ներառում են.
- 1) Համաճարակաբանական վերհուշի (անամնեզի) առկայություն.
- ա. շվիում մանրէագատող տուբերկուլոգով հիվանդ մարդու կամ կենդանու հետ, կամ անասնաբուժական փորձաքննության չենթարկված միս, մսամթերք, կաթ, կաթնամթերք օգտագործելիս,
- բ. տուբերկուլոգային վարակը կամ տուբերկուլոգի հիվանդությունը նախկինում,
- գ. տուբերկուլոգի զարգացմանը նպաստող ռիսկի գործոններ (բնակությունը ծերանոցում, կալանավորված կամ ձերբակալված լինելը, ՄԻՎՎ/ԶԻՎՎ-ով հիվանդություն, ակտիվ լինելը և թմրամոլություն, վերջին 2 տարում տուբերկուլոգով վարակվածություն, կրծքավանդակի ռենտգեն պատկերում նախկինում տուբերկուլոգի մնացորդային երևույթներ, շաքարային դիաբետ, սիլիկոզ, երկարատև բուժում կորսիկոստերոիդներով, իմունաճնշիչ բուժում, քաղցկեղի որոշակի տեսակներ՝ [ելեկտիա, գլխի կամ պարանոցի շրջանում քաղցկեղ, ծանր երիկամային հիվանդություններ, ստամոքս-աղիքային համակարգի ոչ սպեցիֆիկ հիվանդություններ, խոցային հիվանդություն, քաշի անկում՝ նորմայից 10% և ավելի և այլն):
36. Տուբերկուլոգի ախտորոշման լաբորատոր-գործիքային ցուցանիշները ներառում են.
- 1) լաբորատոր հետազոտություններ.
- ա. մանրէադիտում,
- բ. մանրէաբանական հետազոտություն (ցանքս),
- գ. դեղորայքագազայնության որոշման,
- 2) գործիքային հետազոտություններ.
- ա. ռենտգենաբանական հետազոտություն,
- բ. բրոնխոսկոպիա,
- գ. համակարգչային տոմոգրաֆիա,
- դ. այլ:
37. Տարածաշրջանային պոլիկլինիկայի տուբերկուլոգի դեմ պայքարի կաբինետ ուղեգրված թղթային տուբերկուլոգի կասկածով բոլոր հիվանդները (նույնիսկ ռենտգենաբանական փոփոխությունների բացակայության դեպքում) ենթարկվում են խորիսի տարբեր նմուշների եռակի մանրադիտակային հետազոտության՝ թթվակայուն միկոբակտերիաներ հայտնաբերելու նպատակով:
- Բուժաշխատողները կլինիկական հետազոտման 2 օրվա ընթացքում, սահմանված կարգով, հավաքում են խորիսի երեք նմուշ:
38. Երևան քաղաքում՝ լաբորատոր մանրէադիտման հետազոտությունները կազմակերպում են տարածքային պոլիկլինիկաների լաբորատորիաներում, իսկ դրանց բացակայության կամ խորիսը հավաքելու, հավաքված նմուշները տեղափոխելու անհնարինության դեպքում՝ պայմանագրային կարգով՝ տվյալ գործունեությունն իրականացնելու լիցենզիա ունեցող այլ լաբորատորիայում:
39. Հայաստանի Հանրապետության մարզերում կարող են կազմակերպվել լաբորատոր հետազոտություններ՝ ուղեգրելով մարզերի այն բուժականիսթրագելի կազմակերպություններ, որոնց կազմում կան տուբերկուլոգի նկատմամբ մանրէադիտման հետազոտություն կատարող լաբորատորիաներ, կամ անհրաժեշտության դեպքում՝ Ազգային ռեֆերենս լաբորատորիա:
40. Մանրէաբանական և հիվանդների խորիսից անջատված միկոբակտերիաների դեղագազայնության որոշման հետազոտությունները կազմակերպում են գործունեություններ, որոնց կազմում կան տուբերկուլոգի նկատմամբ մանրէադիտման հետազոտություն: Խորիսի հետազոտումից հետո արդյունքներն ուղարկվում են ուղեգրող բուժականիսթրագելի կազմակերպություն:
41. Լաբորատոր հետազոտությունները ենթակա են որակի ներքին եռամսյակային և արտաքին՝ տարեկան հսկողության: Վերջինս հաստատվում է համապատասխան ստուգաթերթիկով:
42. Եթե բուժականիսթրագելի կազմակերպությունը, ուր դիմել է հիվանդը, չունի հնարավորություն խորիսը հավաքելու կամ հավաքած նմուշները տեղափոխելու համար, հիվանդն ուղեգրվում է տվյալ գործառնության իրականացնելու համար լիցենզավորված այլ բուժականիսթրագելի կազմակերպություն:
43. Ախտորոշման նպատակով իրականացված հիվանդի խորիսի մանրէադիտման հետազոտության բացասական արդյունքի դեպքում կատարվում է ռենտգենաբանական հետազոտություն՝ թղթային ախտաբանության հարցում տարբերակիչ ախտորոշման համար:
44. Սկզբնական ռենտգենաբանական հետազոտության արդյունքում կրծքավանդակի օրգաններում փոփոխություն արձանագրելիս, հիվանդներն ուղեգրվում են խորիսի քսուքի մանրէադիտման հետազոտության՝ տուբերկուլոգ ախտորոշման լաբորատոր հաստատման նպատակով:
45. Տուբերկուլոգի հաստատելու համար, անհրաժեշտության դեպքում, կարող են իրականացվել նաև հատուկ և դժվարամատչելի ախտորոշիչ հետազոտություններ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության որոշման:
46. Թղթային ոչ մանրէագատ և արտաթղթային տուբերկուլոգի ախտադարձերի կամ քրոնիկ ընթացքի ժամանակ, որոնք բուժման չեն ենթարկվում, ախտորոշումը հաստատվում է մանրէադիտման երկրորդական հետազոտությունների հիման վրա:
47. Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտությունների ժամանակ պետք է ղեկավարվել ՀՀ կառավարության 2006 թվականի օգոստոսի 18-ի «Ճառագայթային անվտանգության նորմերը հաստատելու մասին» N 1219-Ն որոշմամբ հաստատված հավելվածի՝ պացիենտի ռադիոգրաֆիկ հետազոտման դեպքում, ղոգայի ուղղորդիչ մակարդակներով:
48. Կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտությունը կատարվում է ռենտգեն բաժանմունքներում (կաբինետներում)՝ համաձայն «Ռենտգեն բաժանմունքի (կաբինետի) շահագործման, անձնակազմի և պացիենտների անվտանգության և պաշտպանության ՍանՎՆՆ N 2.6.3-002.08-ի.
- 1) բուժականիսթրագելի կազմակերպության ղեկավարն ապահովում է տեղամասային բժշկի և տուբերկուլոգի դեմ պայքարի կաբինետի բուժաշխատողների աշխատանքի ժամերին ռենտգենաբանական բաժանմունքի (կաբինետի) աշխատանքը,
 - 2) ռենտգենաբանական հետազոտությունների արդյունքում տրվում է եզրակացություն,
 - 3) ռենտգենաբանական հետազոտությունների ենթարկվածները հաշվառվում են համապատասխան գրանցամատյանում,
 - 4) տուբերկուլոգի ակտիվ ձևերի դեպքում ռենտգեն ժապավենները պահպանվում են մինչև գործընթացի մարումը: Տուբերկուլոգի նկատմամբ ցանկացած հետազոտության դեպքում ռենտգեն ժապավենների համար վարվում է արխիվ և վերջինս պահպանվում է 3 տարի: Հնապիտալացման դեպքում ռենտգեն ժապավեններն ուղարկվում են ստացիոնար,
 - 5) ռենտգենաբանական հետազոտություններ իրականացնելիս պահպանվում են ճառագայթաբանական անվտանգության կանոնները,
 - 6) ռենտգենաբանական հետազոտությունների արդյունքում հայտնաբերված փոփոխությունների դեպքում հիվանդներն ուղեգրվում են տարածքային տուբերկուլոգի դեմ պայքարի կաբինետ՝ հետագա հետազոտությունների համար:
49. Թղթային տուբերկուլոգի հաստատվում է.
- 1) խորիսի քսուքի մանրէադիտման
 - 2) կլինիկա-ռենտգենաբանական հետազոտությունների արդյունքում
 - 3) վերջնականապես՝ դրական ցանքսի արդյունքում: Վերջինս գործում է երկրում խորիսի մանրէաբանական (ցանքսի) հետազոտության պարտադիր ներդրումից հետո:
50. Անկախ մանրէադիտման արդյունքներից բոլոր նմուշների համար իրականացվում է ցանքս՝ վերջինս գործում է երկրում խորիսի

մանրեաբանական (ցանցսի) հետազոտության պարտադիր ներդրումից հետո:

51. Արտաթոքային տուբերկուլոզը հաստատվում է ախտահարված օրգանի արտազատուկի ցանցսի դրական արդյունքի դեպքում և/կամ գործիքային հետազոտությամբ:

Գ Լ ՈՒ Խ 4

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԴԵՊՋԵՐԻ ՀԱՇՎԱՌՈՒՄԸ ԵՎ ՀԱՇՎԵՏՎՈՒԹՅՈՒՆԸ

52. Բոլոր բուժանխարգելիչ կազմակերպություններում, այդ թվում՝ տարածաշրջանային պոլիկլինիկաներում, բժշկական ամբուլատորիաներում, առողջության կենտրոններում, ընտանեկան բժշկի գրասենյակներում և բուժակ-մանկաբարձական կետերում տուբերկուլոզի կասկածելի դեպքերը ենթարկվում են հաշվառման:

53. Տարածաշրջանային պոլիկլինիկաների տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետներում տուբերկուլոզի կասկածելի դեպքերը և ենթարկվում են հաշվառման: Հաշվառվում են շնչառական օրգանների հիվանդությունների բնորոշ ախտանշաններով այն հիվանդները, որոնք դասակարգվում են որպես տուբերկուլոզի կասկածելի դեպքեր և ուղեգրվում են համապատասխան հետազոտությունների:

54. Տուբերկուլոզ ախտորոշմամբ (առաջնակի կամ ախտադարձ) յուրաքանչյուր անձ անհատապես հաշվառվում է ըստ բնակության վայրի և նրա տվյալները գրանցվում են տարածաշրջանային պոլիկլինիկայի տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետում:

55. Ազատագրված վայրերից վերադարձածները, ովքեր չունեն նախնական տվյալներ հաշվառման մասին, ապա բնակության վայրի տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետում հաշվառվում են որպես առաջնակի: Ազատագրված վայրերից վերադարձած և Հանրապետական հակատուբերկուլոզային մասնագիտացված ստացիոնարի հոգեբուժական բաժանմունքից դուրս գրված (բնակության վայրը փոխելիս) տուբերկուլոզով հիվանդները հաշվառվում են որպես տեղափոխվածներ:

56. Տուբերկուլոզի առնչվող բոլոր բժշկական տվյալները՝ ներառյալ համաճարակաբանական վերհուշության (անամնեզի), գրանցվում են հիմնական բժշկական փաստաթղթերում՝ բուժանխարգելիչ կազմակերպության պրոֆիլի համապատասխան:

(«Ամբուլատոր հիվանդի բժշկական քարտ», «Երեխայի բուժակնոդության քարտ», «Ստացիոնար հիվանդի բժշկական քարտ» և այլն):

57. Տուբերկուլոզ ախտորոշմամբ հիվանդները գրանցվում և հաշվառվում են ըստ տուբերկուլոզային գործընթացի տեղակայման և բուժման կատեգորիայի, հիվանդի տիպի և բուժման եղբի՝ համաձայն հավելված 2-ի:

58. ԲՑԾ պատվաստումից հետո պատվաստումային անբարեհաջող յուրաքանչյուր դեպքի համար անմիջապես (հեռախոսով, ֆաքսով) հաղորդվում է արձանագրման վայրի Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն, ապա 24 ժամվա ընթացքում լրացվում և ուղարկվում է շտապ հաղորդման քարտ: Երևանում դեպքի մասին հաղորդվում է նաև «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերություն:

59. Կյանքում առաջին անգամ կասկածելի կամ հաստատված տուբերկուլոզով (Ս15-Ս19) յուրաքանչյուր հիվանդի համար այն հաղորդող բուժանխարգելիչ կազմակերպությունում լրացվում է «Տուբերկուլոզի ակտիվ դեպքերի և ախտադարձերի մասին հաղորդում» (ձև Օ89) ՏՀ, որն ուղարկվում է տարածքային տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետ երեք օրվա ընթացքում և շտապ հաղորդման քարտ՝ բնակության վայրի Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն՝ 24 ժամվա ընթացքում: Երևանում տուբերկուլոզի դեպքի մասին հաղորդվում է նաև «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերություն:

60. Շտապ հաղորդումը բնակության վայրի Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն է ուղարկվում նաև ախտադարձերի, ինչպես նաև տուբերկուլոզով հիվանդի մահվան դեպքում (այդ թվում՝ կյանքի ընթացքում հաշվառման մեջ չգտնված):

61. Խորիսի մանրեաբանական և մանրեաբանական հետազոտություն իրականացնող լաբորատորիաները գրանցում են հետազոտության տվյալները՝ հիմք ընդունելով խորիսի հետազոտման ուղեգրի տվյալները և լաբորատորիայում հետազոտության արդյունքները: Լաբորատոր հետազոտությունների հաշվառման մատյանի տվյալները, տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետի ֆոֆիգատորի կողմից յուրաքանչյուր կիսամյակ համեմատվում են տուբերկուլոզի հաշվառման տվյալների հետ: Համեմատման տվյալներն ամփոփվում են և գրառվում՝ Նշելով ամսաթիվը: Տուբերկուլոզի յուրաքանչյուր հաստատված դեպքի մասին ախտորոշող լաբորատորիան, եթե հիվանդը դիմել է լաբորատորիա առանց բժշկի ուղեգրի՝ անմիջապես, տալիս է շտապ հաղորդում սպասարկման տարածքի Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն:

Բուժանխարգելիչ կազմակերպությունների կողմից տուբերկուլոզի առնչվող հաշվառման մատյանների հիման վրա կազմվում են Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2006 թ. դեկտեմբերի 28-ի N 52 որոշմամբ հաստատված «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային ծրագրով՝ 2007-2015 թթ.» նախատեսված տեղեկատվական ձևերով և ներկայացվում Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային գրասենյակ» պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն՝ համաձայն տվյալ տարվա համար «Պետական պատվերի շրջանակներում տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կազմակերպման մասին» չափորոշչի:

62. Բուժումը շարունակելու նպատակով մեկ այլ հակատուբերկուլոզային բուժանխարգելիչ կազմակերպություն (կաբինետ, ստացիոնար) տեղափոխվող հիվանդների համար լրացվում է տեղափոխման ձևաթուղթ:

63. Տուբերկուլոզի դեպքերի հաշվառման, ինչպես նաև դրանց մասին ժամանակին և օպերատիվ հաղորդման համար պատասխանատու է բուժանխարգելիչ կազմակերպության ղեկավարը:

64. Տուբերկուլոզի դեպքերը Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունում և անհատական հաշվառված են ենթարկվում «Վարակիչ հիվանդությունների հաշվառման մատյանում»՝ համաձայն հավելված 12-ի՝ հիմք ընդունելով դեպքի մասին բուժանխարգելիչ կազմակերպություններից ստացված շտապ հաղորդման քարտը և «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերություն հաղորդումը:

65. Սանիտարական տիպի կետերի կողմից հաշվառվում են շնչառական օրգանների ակտիվ տուբերկուլոզի (հարուցիչ արտազատմամբ՝ բոլոր ձևերով) դեպքերը՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2008 թվականի հունվարի 25-ի՝ «Հայաստանի Հանրապետության քաղաքացիություն ստանալու համար դիմած անձանց առողջական վիճակի գնահատման կարգը և օտարերկրյա քաղաքացիների կամ քաղաքացիություն չունեցող անձանց Հայաստանի Հանրապետություն մուտքն արգելող վարակիչ հիվանդությունների ցանկը հաստատելու մասին» N 49-Ն որոշման:

66. Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչությունում կատարվում է տուբերկուլոզի արձանագրված յուրաքանչյուր դեպքի և օջախի համաճարակաբանական հետազոտություն՝ քարտի լրացմամբ, վերջինիս մեկ օրինակն ուղարկվում է «Հիվանդությունների վերահսկման և կանխարգելման կենտրոն» փակ բաժնետիրական ընկերություն:

67. «Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի ազգային գրասենյակ» պետական ոչ առևտրային կազմակերպություն Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչություն է ներկայացնում:

- 1) եռամսյակային բոլոր հաշվետվությունների ամփոփ տարբերակները,
- 2) տարեկան բոլոր հաշվետվությունների ամփոփ տարբերակները,
- 3) տարեկան վերլուծությունը:

Գ Լ ՈՒ Խ 5

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԱՌՈՂՋԱՐԱՆԱՅԻՆ ՎԵՐԱԿԱՆԳՆՈՂԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄԸ

68. Տուբերկուլոզով հիվանդների կանխարգելիչ, պահպանողական կամ վերականգնողական բուժումն իրականացնում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կողմից լիցենզավորված և լիազորված առողջարանները (այսուհետև՝ Առողջարան):

69. Առողջարանների տեղակայմանը, կառուցվածքին և շահագործմանը ներկայացվող հիգիենիկ պահանջները կանոնակարգվում են «Հյուրանոցային տնտեսության օբյեկտների տեղակայմանը, կառուցվածքին և շահագործմանը ներկայացվող հիգիենիկ պահանջներ» N 2-III-2.1. սանիտարական կանոններով և Նորմերով, ինչպես նաև սույն սանիտարահամաճարակային կանոններով:

70. Առողջարանը տեղակայվում է տուբերկուլոզի վերականգնողական բուժմանը նպաստող բնակլիմայական պայմաններ ունեցող բնակավայրում՝ առողջարանային գոտում:

- 71. Առողջարանն ունենում է հետևյալ հիմնական սենյերը.
 - 1) ընդունարան (դիտողական՝ իր սանթոդարանով՝ 12+12 քմ),
 - 2) ճաշարան,
 - 3) հիվանդների համար սենյակներ՝ կից սանհանգուցյնեղով և ցնցուղարաններով (կարելի է մի քանի սենյակների համար 1 ընդհանուր սանհանգուց)՝ յուրաքանչյուր մահճակալի համար ապահովելով 6 քմ մակերես,
 - 4) ֆիզիոթերապևտիկ կաբինետ՝ համապատասխան հագեցվածությամբ,
 - 5) միջամտությունների սենյակ՝ 12 քմ մակերեսով,
 - 6) բժշկի կաբինետ՝ 10 քմ մակերեսով՝ յուրաքանչյուր մասնագետի համար,

- 7) աերգոլային թերապիայի կաբիներտ, եթե այդպիսի միջամտություն իրականացվում է,
- 8) սպասքի մշակման սենք,
- 9) մեկուսարաններ (բոքսեր)՝ օդակաթիլային և աղիքային վարակների մեկուսացման համար: 2 մահճակալի համար՝ 27 քմ մակերեսով,
- 10) լաբորատորիաներ,
- 11) սպորտ-առողջարարական համալիր,
- 12) շուրջամյա շահագործման դեպքում՝ դպրոց, մանկապարտեզ,
- 13) լվացքատուն,
- 14) մանրեագերման սենք (ըստ անհրաժեշտության),
- 15) ավագ բուժքոչ սենյակ՝ դեղորայքի պահման տեղով՝ 12 քմ,
- 16) կեղտոտ և մաքուր սպիտակեղենի, մաքրման պարագաների պահման տեղեր:

72. Առողջարանային պայմաններում կարող է կազմակերպվել տուբերկուլոզով հիվանդ, կոնտակտավոր և տուբերկուլինադիագնոստիկայի արդյունքում հայտնաբերված վարակված երեխաների կանխարգելիչ, պահպանողական կամ վերականգնողական բուժումը:

73. Առողջարանային պայմաններում է կազմակերպվում և և տուբերկուլոզով հիվանդ մեծահասակների բուժման պահպանողական փուլի մեկ ամիսը (ինտենսիվ փուլն ավարտելուց հետո):

74. Մանրեագատ տուբերկուլոզով հիվանդները, բազմադեղորայքակալային տուբերկուլոզով հիվանդները, որոնք ունեն ստացիոնար բուժման կարիք, հատուկ մասնագիտացված բուժում պահանջող ուղեկցող հիվանդություններով հիվանդները, ինչպես և և առողջ անձինք չեն ուղեգրվում առողջարան:

75. Տուբերկուլոզով հիվանդների պահպանողական կամ վերականգնողական բուժումը կազմակերպվում է առանձնացված հարկաբաժնում:

76. Առողջարանային բուժում ստացող յուրաքանչյուր անձի համար վարվում է հիվանդության պատմություն:

77. Տուբերկուլոզով հիվանդների պահպանողական կամ վերականգնողական բուժումը, ինչպես և կոնտակտավոր և տուբերկուլինադիագնոստիկայի արդյունքում հայտնաբերված վարակված երեխաների կանխարգելիչ բուժումն ուղեկցվում է վերջիններիս շրջանում բժշկահիգիենիկ գիտելիքների տարածմամբ: Այդ մասին կատարվում է գրառում հիվանդության պատմության մեջ:

78. Առողջարանի օրակարգը սահմանվում է առողջարանի ղեկավարության կողմից:

79. Առողջարանի սանիտարահիգիենամաճարակային ռեժիմը և շրջակա միջավայրի գործոնների բացասական ազդեցության կանխարգելմանը ներկայացվող պահանջները համապատասխանում են հակատուբերկուլոզային ստացիոնարի սանիտարահիգիենամաճարակային ռեժիմին և շրջակա միջավայրի գործոնների բացասական ազդեցության կանխարգելմանը ներկայացվող պահանջներին (Բաժին 4):

80. Առողջարաններում կազմակերպվում է հատուկ սնունդ: Առողջարաններում սննդի կառուցահատվածը կազմակերպվում է համապատասխան «Հանրային սննդի կազմակերպությունների ներկայացվող հիգիենիկ պահանջներ» N 2-III-4.2-01-2003 Սանիտարական կանոնների և հիգիենիկ նորմերի պահանջներին:

Գ Լ ՈՒ Խ 6

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴԻ ՇԱՐՈՒՆԱԿԱԿԱՆ ՀՍԿՈՂՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ

81. Տուբերկուլոզով հիվանդների շարունակական դիսպանսերային հսկողությունը կազմակերպվում է տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբիներտների կողմից:

82. Թոքային տուբերկուլոզով քսուք-բացասական հիվանդների շարունակական հսկողությունը սահմանվում է բուժման ավարտից հետո և և 6 ամիս՝ կատարելով անհրաժեշտ հետազոտություններ հսկողության ավարտին (ֆիզիկալ, խորիխի մանրադիտակային, արյան ընդհանուր, հարկ եղած դեպքում և և՛՝ ռենտգենաբանական հետազոտություն):

83. Թոքային տուբերկուլոզով քսուք-դրական հիվանդների հսկողությունը սահմանվում է առաջին կատեգորիայով բուժման ավարտից հետո մանրեագատումը դադարելուց հետո և և 1 տարի, մանրեագատումը շարունակվելու դեպքում (5-6-րդ ամիսներին՝ քսուք դրական) կազմակերպվում է կրկնակի բուժում 2-րդ կատեգորիայով:

84. Թոքային տուբերկուլոզով քսուք-դրական հիվանդների հսկողությունը սահմանվում է 2-րդ կատեգորիայով բուժման ավարտից հետո մանրեագատումը դադարելու դեպքում՝ և և մեկ տարի, մանրեագատումը շարունակվելու դեպքում՝ կատարելով անհրաժեշտ հետազոտություններ 6 ամիսը մեկ անգամ (ֆիզիկալ, խորիխի մանրադիտակային, արյան ընդհանուր, հարկ եղած դեպքում և և՛՝ ռենտգենաբանական հետազոտություն):

85. Արտաթոքային տուբերկուլոզով մնացորդային երևույթների բացակայության դեպքում հսկողությունը շարունակվում է և և 6 ամիս, մնացորդային խորը երևույթների (տուբերկուլոզային մենինգոէնցեֆալիտ, ողնաշարի տուբերկուլոզ և այլն) առկայության դեպքում հսկողությունը սահմանվում է 2 տարի:

86. Դեղորայքակալային տուբերկուլոզով հիվանդների հսկողությունը սահմանվում է 2-րդ կատեգորիայով բուժման ավարտից հետո, մանրեագատման դադարի դեպքում և և 1 տարի, 2-րդ կատեգորիայով բուժման ավարտից հետո մանրեագատման պահպանման դեպքում՝ անժամկետ:

Գ Լ ՈՒ Խ 7

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶՈՎ ՀԻՎԱՆԴԻ ՕՋԱԽՈՒՄ ԿԱՏԱՐՎՈՂ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐ

87. Հաստատված տուբերկուլոզով հիվանդի օջախի համաճարակաբանական հետազոտությունը կազմակերպվում է Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության համաճարակաբանի (ըստ բնակության վայրի) և տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբիներտների մասնագետի կողմից համատեղ՝ շտապ հաղորդում (տեղեկացում) ստանալուց հետո 3 օրվա ընթացքում:

88. Կատարված համաճարակաբանական հետազոտության հիման վրա լրացվում է «Համաճարակաբանական հետազոտության քարտ»՝ համաձայն հավելված 6-ի:

89. Տուբերկուլոզի օջախում վարակի տեղայնացման և հիվանդության տարածումը կանխելու նպատակով հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող կաբիներտների մասնագետների կողմից կազմակերպվում են հիգիենիկ հակահամաճարակային միջոցառումները համաձայն հավելված 13-ի:

90. Տուբերկուլոզի օջախում վարակի տեղայնացման և հիվանդության տարածումը կանխելու նպատակով պետական հիգիենիկ հակահամաճարակային տեսչության մասնագետների կողմից կազմակերպվում են կանխարգելիչ և հիգիենիկ հակահամաճարակային միջոցառումները համաձայն հավելված 13-ի:

91. Մանրեագատ տուբերկուլոզով հիվանդի օջախում հիվանդի ազդեցությանը ենթարկված անձանց հայտնաբերելու, այդ մարդկանց առողջական վիճակը գաղտնի տուբերկուլոզով վարակի և հիվանդության նկատմամբ գնահատելու, նրանց համապատասխան բուժումն ապահովելու նպատակով կատարվում է շփման հետազոտություն:

92. Արտաթոքային տուբերկուլոզով վարակի փոխանցման համար ուղղակի վտանգ չի ներկայացնում, և շփման հետազոտություն (կոնտակտավորների հայտնաբերում) չի իրականացվում:

93. Շփման հետազոտությունը չի իրականացվում ոչ տուբերկուլոզային միկոբակտերիաների կողմից հարուցված հիվանդության դեպքում (Միկոբակտերիա ավիումով, Միկոբակտերիա բովիսով):

94. Շփման հետազոտությունը կազմակերպվում է համաճարակաբանի կողմից ըստ առաջնահերթության՝ համաձայն հավելված 5-ի:

95. Հետազոտությունը ներառում է բժշկական գրանցումների վերանայում, հիվանդի հարցում, միկոբակտերիաների փոխանցման ռիսկի գնահատում, շփված անձանց տարբերակում և գնահատում, հայտնաբերված տուբերկուլոզ հիվանդությանը շփված անձանց բուժում, վարակված շփված անձանց քիմիկանխարգելման առաջարկում, նշանակված ռեժիմի խստորեն պահպանման դիտարկում և բուժման ավարտի ապահովում, անհրաժեշտության դեպքում փորձավորումն ընդլայնելու վերաբերյալ որոշում:

96. Հիվանդի հետ շփված անձանց շրջանում տուբերկուլոզային վարակի հայտնաբերման նպատակով իրականացվում է՝ 0-18 տարեկաններին տուբերկուլինային փորձ, մեծահասակներին՝ ռենտգենաբանական (ֆյուրորգրաֆիկ) հետազոտություն, խորիխ առկայության դեպքում՝ խորիխ եռակի մանրադիտակային հետազոտություն:

97. Շփված անձանց հետազոտությունները կազմակերպվում են հիվանդի ախտորոշումը հաստատելուց հետո 7 օրվա ընթացքում:

98. Մանրեագատ թոքային տուբերկուլոզով հիվանդի հետ շփված անձանց հսկողությունը իրականացվում է հիվանդի մանրեագատումը դադարելուց հետո և և 1 տարի:

99. Առանց մանրեագատման թոքային և արտաթոքային տուբերկուլոզով հիվանդի հետ շփված անձանց հետազոտությունն իրականացվում է 1 անգամ՝ հետագայում ըստ դիմելիության:

100. 5 մ-ից ավելի տրամագծով մաշկային փորձի դրական արդյունք ունեցող շփված անձինք ենթարկվում են կրծքավանդակի ռենտգենաբանական հետազոտության:

101. Տուբերկուլոզի պատանշաններ ունեցող յուրաքանչյուր շփված անձ ենթարկվում է կրծքավանդակի ռենտգենաբանական և խորխի (առկայության դեպքում) հետազոտությունների:

102. Տուբերկուլոզով հիվանդի օջախի մինչև 15 տարեկան կունտակտավոր երեխաներին նշանակվում է կանխարգելիչ բուժման կուրս իզոնիազիդով, 3 ամիս տևողությամբ՝ ըստ «ԴՌՏԱ» ռազմավարության սխեմաների, այնուհետև կատարվում է տուբերկուլոզային փորձ և բացասական արդյունքի դեպքում բուժումը դադարեցվում է, դրական արդյունքի դեպքում շարունակվում է կանխարգելիչ բուժումը՝ ևս 3 ամիս:

103. ՄԻՎԿ/ԶԻՎԷ-ով, իմունաընկճված և 4 տարեկանից ցածր շփված անձանց նշանակվում է կանխարգելիչ բուժման կուրս անկախ մաշկային փորձի արդյունքից:

104. Նոր հիվանդություն առաջացնելու հավանականությունից ելնելով տուբերկուլոզի օջախները բաժանվում են 5 խմբի՝ նոր հիվանդության առաջացման մեծ հավանականությամբ օջախ (առաջին խումբ), փոքր (2-րդ խումբ), առավել փոքր (3-րդ խումբ), պոտենցիալ հավանականությամբ (4-րդ խումբ) և զրոնոզ ծագումով (5-րդ խումբ) օջախներ: Օջախների խմբավորումը կատարում է տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետի մասնագետը՝ համաճարակաբանի հետ համատեղ:

105. Ելնելով օջախների խմբային պատկանելությունից, համաճարակաբանի կողմից, այցելությունը օջախ կատարվում է հետևյալ պարբերականությամբ.

- 1) 1-ին խումբ՝ եռամսյակը մեկ անգամ,
- 2) 2-րդ խումբ՝ տարին 2 անգամ,
- 3) 3-րդ խումբ՝ տարին 1 անգամ,
- 4) 4-րդ խումբ՝ տարին 1 անգամ,
- 5) 5-րդ խումբ՝ տարին 1 անգամ:

Գ Լ ՈՒ Խ 8

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՄԱՆ ԵՎ ՎԵՐԱՀՍՎՄԱՆ ԱՌԱՋԱՆՀԱՏՎՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ ՄԻՎԿ/ԶԻՎԷ-ՈՎ ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ԾՐՁԱՆՈՒՄ

106. Տուբերկուլոզի վաղ հայտնաբերման նպատակով մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով վարակակիր և ձեռքբերովի իմունային անբավարարության համախտանիշով հիվանդների (այսուհետ՝ ՄԻՎԿ/ԶԻՎԷ) շրջանում տարեկան երկու անգամ կատարվում է տուբերկուլոզային փորձ, տարեկան մեկ անգամ ռենտգենաբանական հետազոտություն և խորխի առկայության դեպքում՝ խորխի եռանվագ մանրէաբանական հետազոտություն:

107. ՄԻՎԿ/ԶԻՎԷ-ով հիվանդների մոտ տուբերկուլոզի բուժումն իրականացվում է հակատուբերկուլոզային բուժականխարգելիչ կազմակերպությունների կողմից:

108. ՄԻՎԿ վարակ/տուբերկուլոզ համավարակով հիվանդների մոտ հակառետրովիրուսային բուժումն իրականացվում է ԶԻՎԷ-ի կանխարգելման հանրապետական կենտրոնի կողմից:

109. ՄԻՎԿ/ԶԻՎԷ-ով հիվանդների շրջանում քիմիականխարգելումը իզոնիազիդով ցուցված է՝

- 1) տուբերկուլոզային փորձի դրական արդյունքով ՄԻՎԿ վարակով հիվանդներին՝ ակտիվ տուբերկուլոզի բացառման դեպքում,
- 2) աներգիայով և տուբերկուլոզով վարակման բարձր հավանականություն ունեցող ՄԻՎԿ վարակով հիվանդներին:

ԲԱԺԻՆ 3

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԴԵՄ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ԴԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ ԵՎ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄ

Գ Լ ՈՒ Խ 9

ՆՈՐԱԾԻՆՆԵՐԻ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼԻՉ ԴԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒՄ ԵՎ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄ

110. Նորածինների տուբերկուլոզի դեմ կանխարգելիչ պատվաստումները կազմակերպվում և իրականացվում են մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնարներում համաձայն «Հայաստանի Հանրապետությունում իմունականխարգելման գործընթացի կազմակերպում և իրականացում» ՍԿ 3.1.6.009-08 սանիտարահամաճարակային կանոնների և Նորմերի:

111. Մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնարում պատվաստումներն իրականացվում են պատվաստումների սենյակում: Հիվանդասենյակում պատվաստումներն իրականացվում են բժշկի ներկայությամբ՝ օգտագործելով պատվաստումների շարժական սեղանը, որի Նախապատրաստումն իրականացվում է պատվաստումների սենյակում: Նախապես պատվաստանյութը չի հավաքվում ներարկիչներում: Սեղանին դրվում են բամբակ, սպիրտ կամ թորած ջուր, ներարկիչներ, սառնարան-պայուսակ, անվտանգ այրման տուփ:

112. Նորածիններին ԲՑԺ պատվաստումներն իրականացվում են կյանքի առաջին 24-48 ժամվա ընթացքում: Դուրսգրումն իրականացվում է պատվաստումից 1 ժամ հետո՝ ռեակցիայի բացակայության դեպքում:

113. Պատվաստումները հակացուցված են, եթե նորածինների մոտ առկա են սուր հիվանդություն և/կամ ցածր քաշ՝ մինչև 1700գ:

114. Երկրորդ փուլով դուրսգրման ենթակա երեխաներին (Նորածնային ինտենսիվ բուժման և վերակենդանացման բաժանմունքի) պատվաստում են դուրսգրումից առաջ:

Գ Լ ՈՒ Խ 10

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԴԵՄ ԴԱՏՎԱՍՏՈՒՄՆԵՐԻ ԻՐԱԿԱՆԱՑՈՒՄՆ ԱՌՈՂՁՈՒԹՅԱՆ ԱՌԱՋԱՑԻՆ ԴԱՇՊԱՆՄԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՒՄ

115. Առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպություններում պատվաստվում են մանկաբարձագինեկոլոգիական ստացիոնարներում տուբերկուլոզի դեմ չպատվաստված նորածինները, տնային պայմաններում ծնված երեխաները՝ 1-6 ամսվա ընթացքում, ինչպես նաև ԲՑԺ-ի կրկնապատվաստման ենթակա 7 տարեկան հետպատվաստումային սպի չունեցող երեխաները՝ համաձայն «Հայաստանի Հանրապետությունում իմունականխարգելման գործընթացի կազմակերպում և իրականացում» ՍԿ 3.1.6.009-08 սանիտարահամաճարակային կանոնների և Նորմերի:

ԲԱԺԻՆ 4

ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԱՑԻՆ ՀԻՎԱՆՂԱՆՑՆԵՐԻ (ԲԱԺԱՆՍՈՒԼՆԵՐԻ, ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԴԵՄ ԴԱՅՁԱՐԻ ԿԱԲԵՆՏԻ) ՍԱՆԻՏԱՐԱՀԱԿԱԶՄԱՑՄԱՆ ԱՌԱՋԱՑԻՆ ՌԵԺԻՄ ԵՎ ԱՇԽԱՏՈՂ ԱՆՁԱԿԱԶՄԻ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԴԱՇՇՊԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

Գ Լ ՈՒ Խ 11

ՀԱԿԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԱՑԻՆ ՀԻՎԱՆՂԱՆՑՆԵՐԻ (ԲԱԺԱՆՍՈՒԼՆԵՐԻ) ՏԵՂԱԿԱԶՄԱՆ ԵՎ ԿԱՌՈՒՑՎԱԾՔԻ ՆԵՐԿԱՅԱՑՎՈՂ ՀԻԳԻԵՆԻ ԴԱՀԱՆՁՆԵՐ

116. Հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցների (բաժանմունքների) տեղակայումը և կառուցվածքին ներկայացվող հիգիենիկ պահանջների կատարումը պարտադիր է Հայաստանի Հանրապետության տարածքում գործող բոլոր հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցների (բաժանմունքների) և այն կազմակերպությունների համար, որոնք զբաղվում են հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցների (բաժանմունքների) հողատեղակայման, նախագծման, շինարարության և վերակառուցման աշխատանքներով:

117. Նոր կառուցվող, վերակառուցվող հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցների (բաժանմունքների) շինարարության և վերակառուցման նախագծերը նախօրոք համաձայնեցվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության մարմինների հետ:

118. Հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցների (բաժանմունքների) տեղակայումը, սենյերի ցանկը և դրանց առաջարկվող մակերեսները սահմանվում են սույն սանիտարական կանոնների, իսկ նոր կառուցվող և վերակառուցվող հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցների (բաժանմունքների) տեղակայումը, սենյերի ցանկը և դրանց առաջարկվող մակերեսները «Հասարակական շենքեր և շինություններ» ՍՆԻՊ ՈՒ 2.08.02-89 շինարարական նորմերին կից «Բուժական կազմակերպությունների նախագծման ձեռնարկ»-ներում (գրանցված ՀՀ արդարադատության նախարարության կողմից 12.11.2001 թ. Պետական գրանցման թիվ 11701172) բերված առաջարկների համաձայն:

119. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցները ցանկալի է տեղակայել մերձքաղաքային կամ քաղաքի ծայրամասային շրջանների կանաչապատ գոտում:

120. Քնակելի գոտում տեղակայված հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցների և հարակից բնակելի ու հասարակական շենքերի միջև ապահովվում է առնվազն 30մ հեռավորություն և սահմանազատվում է կանաչ գոտով և ցանկապատով:

121. Բազմապրոֆիլային կամ ինֆեկցիոն հիվանդանոցի կազմում գործող ստացիոնար հակատուբերկուլոգային բաժանմունքի մասնաշենքը տեղակայվում է ավտոդիսարամիոցների մոտեցման ուղով ապահովված մեկուսացված գոտում: Նշված գոտին շրջապատից առանձնանում է մոտ 15մ շառավղով կանաչապատ մասով:

122. Ախտաբանասանտոմիական բաժանմունքը տեղակայվում է բուժական մասնաշենքի պատուհաններից ոչ տեսանելի և առնվազն 30մ հեռավորության վրա տեղակայված շինությունում:

123. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցի տարածքում ֆունկցիոնալ կապ չունեցող այլ հիմնարկներ չեն տեղակայվում:

124. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցը տեղակայվում է բարեկարգ, կանաչապատ, անձրևաջրերի հեռացման համապատասխան թեքությամբ հեղեղատար համակարգով ապահովված տարածքում: Կենցաղային կոշտ թափոնների կուտակման համար տեղադրվում է կափարիչով ամուր փակվող աղբահավաք տարողություն՝ ասֆալտածածկ, բետոնածածկ կամ հեշտ մաքրման, վազման հնարավորություն ունեցող այլ ծածկով այլ ծածկով: Ստացիոնարում առանձնացվում են դեղորայքակայան, բացիլազատ, թոքային մասնաշենքերից առնվազն 20մ հեռավորության, արքանոթները՝ մասնաշենքերի տեղակայման տարածքի յուրաքանչյուր 50մ-ի վրա:

125. Բազմապրոֆիլային կամ ինֆեկցիոն հիվանդանոցի կազմում գործող հակատուբերկուլոգային ստացիոնարը ապահովվում է իր առանձին ընդունարանով և դուրսգրման սենյակով: Ստացիոնարում առանձնացվում են դեղորայքակայան, բացիլազատ, թոքային ոչբացիլազատ և արտաթոքային ձևերով տառապող հիվանդների, ինչպես նաև ախտորոշման համար ընդունված հիվանդների բաժանմունքներ: Ընդ որում, ընդունարանից դեպի դեղորայքակայան, բացիլազատ ձևերով տառապող հիվանդների բաժանմունքներ հիվանդները գնում են առանձնացված մուտքով՝ աստիճանավանդակով և/կամ վերելակով: Դեղորայքակայան, բացիլազատ ձևերով տառապող հիվանդների բաժանմունքները տեղակայվում են թոքային ոչբացիլազատ և արտաթոքային ձևերով հիվանդների բաժանմունքներից ավելի վերևի հարկերում:

126. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցում օդային ռեժիմի մեկուսացումը ապահովելու համար բաժանմունքների մուտքի մոտ նախատեսվում են անցախցեր: Բուժանձնակազմի մուտքը և ելքը հիվանդանոց իրականացվում է սանթոդարանով:

Հիվանդասենյակային բաժանմունքները տարանցիլ չեն լինում:

127. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցում դեղորայքակայան, բացիլազատ ձևերով տառապող, ինչպես նաև ախտորոշման համար ընդունված հիվանդների հիվանդասենյակները ունենում են կիսաբոցների կառուցվածք: Բաժանմունքներում նախատեսվում են հիվանդասենյակներ կամ կիսաբոցներ երեխայի և մոր շուրջօրյա մնալու համար՝ անցախցով, սանհանգույցով:

128. Կիսաբոցը նախատեսվում է 1-2 մահճակալի համար, ապահովվում է սանհանգույցով՝ իր ցնցուղով: 1 մահճակալով կիսաբոցը ունենում է 12մ², 2 մահճակալով կիսաբոցը՝ 20մ², երեխայի և/կամ մոր շուրջօրյա մնալու կիսաբոցը՝ 20 մ² մակերես:

129. Մինչև 7 տարեկան երեխաների հիվանդասենյակները ունենում են ապակեպատ միջնապատեր:

130. Թոքային ոչբացիլազատ և արտաթոքային ձևերով տառապող հիվանդների բաժանմունքներում հիվանդասենյակները լինում են 1-3 տեղանոց՝ անցախցով կամ սանհանգույցով և անցախցով: Նշված հիվանդասենյակներում 1 մահճակալի համար ապահովվում է՝ մեծերի հիվանդասենյակներում՝ 7.5 մ², երեխաների հիվանդասենյակներում՝ 6.5 մ² մակերես:

131. Թոքային ոչբացիլազատ և արտաթոքային ձևերով տառապող հիվանդների բաժանմունքների հիվանդասենյակներում սանհանգույցների բացակայության դեպքում կազմակերպվում է անցախցով: Նշված հիվանդասենյակներում կանանց 10 հոգուն, իսկ տղամարդկանց 15 հոգուն 1 զուգարանակոնքի (տոյն քանակությամբ պիսուարներ) հաշվարկով: Կանանց սանհանգույցը ապահովվում է շարժական ցնցուղով հիգիենայի սենյակով: Հիվանդասենյակները ունենում են վազարաններ:

132. Հիվանդասենյակներում ցնցուղի բացակայության դեպքում նախատեսվում է ցնցուղարան, յուրաքանչյուր 15 հիվանդի համար՝ 1 ցնցուղի հաշվարկով:

133. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցին կամ պոլիկլինիկային կից գործող մանրէաբանական հետազոտությունների լաբորատորիայում հատկացվում է առանձնացված տարածք խորի մանրէադիտման (տուբերկուլոզի միկրոբակտերիաների բակտերիոսկոպիկ հետազոտությունների) համար, բաղկացած 3 մասից՝

- 1) նմուշների ընդունման և գրանցման,
- 2) պատրաստվելու պատրաստման և ներկման,
- 3) մանրէադիտման:

134. Խորիխի նմուշները լաբորատորիա են մտնում հատուկ պատուհանով: Միկրոբակտերիայի կուլտուրայի անջատման աշխատանքները իրականացվում են առանձին սենյակում:

135. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցի լվացքատան, ախտահանման խցի, գործիքների, փափուկ գույքի մանրէազերծման սենյակների կառուցվածքը համապատասխանում է հոսքայնության սկզբունքին՝ ապահովելով կեղտոտ և մաքուր հոսքերի շփումը բացառող կառուցվածք, սենյակ, առանձին օդափոխիչ համակարգեր:

136. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցի սպիտակեղենը լվանում են կենտրոնացված լվացքատանը, բազմապրոֆիլային հիվանդանոցում՝ հիվանդանոցի լվացքատանը, սակայն մյուս բաժանմունքների սպիտակեղենից առանձին: Լվացքատան մեքենաները մակերկրի են ըստ բաժանմունքների և լվացվում է առանձին, դրանց համար սահմանված ժամանակացույցով:

137. Լվացքատանը ունենում է կեղտոտ սպիտակեղենի ընդունման-տեսակավորման, լվացման, չորացման-արդուկման, մաքուր սպիտակեղենի պահման-բացթողման սենյակ, լվացող և ախտահանման միջոցների պահեստ:

138. Ընդունարանի, բաժանմունքի, լվացքատան, ախտահանման խցի սենյակների կազմի և դրանց տարածքների մակերեսները բերված են հավելված 7-ում:

139. Կենտրոնացված լվացքատան բացակայության դեպքում յուրաքանչյուր բաժանմունքի սպիտակեղենի լվացքը կարելի է կազմակերպել լվացքի, չորացման սարքերով կահավորված առանձնացված տարածքում («փոքր-լվացքատուն»), ապահովելով հոսքայնության սկզբունքը և նվազագույնը 2 սենյակ, «կեղտոտ» սենյակ՝ օգտագործված սպիտակեղենի տեսակավորման, ախտահանման և լվացման համար և «մաքուր» սենյակ՝ չորացման, արդուկման և պահման համար:

140. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցի կեղտաջրերը ենթարկվում են վարակազերծման, եթե տվյալ բնակավայրի ջրահեռացման համակարգը ապահովված չէ մաքրման կայանով:

Գ Լ ՈՒ Խ 12

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԴԵՄ ՊԱՅՔԱՐԻ ԿԱՔԻՆԵՏԻ ՏԵՐԱԿԱՅՄԱՆԸ ԵՎ ԿՈՌԻԳՎԱԾԵՐՆ ԼԵՐԿԱՅԱՑՈՂ ՀԻԳԻԵՆԻԿ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐ

141. Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաքինետի տեղակայմանը և կառուցվածքին ներկայացվող հիգիենիկ պահանջների կատարումը պարտադիր է Հայաստանի Հանրապետության տարածքում գործող բոլոր առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպությունների և այն կազմակերպությունների համար, որոնք զբաղվում են հակատուբերկուլոգային առողջության առաջնային պահպանման կազմակերպությունների հողատկացման, նախագծման, շինարարության և վերակառուցման աշխատանքներով:

142. Նոր կառուցվող, վերակառուցվող տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաքինետի շինարարության և վերակառուցման նախագծերը նախօրոք համաձայնեցվում են Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության մարմինների հետ:

143. Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաքինետն իր սպասարահով ունենում է 14 քմ + 6 քմ մակերես: Բրոնխոսկոպիայի կաքինետը բաղկացած է լինում հետևյալ սենյակներից՝ 1. բժշկի կաքինետ՝ 10 քմ, պրոցեդուրային իր շյուզով՝ 20 քմ + 2 քմ, Էնդոսկոպիկ սարքավորումներ լվացման-ախտահանման սենյակ՝ 10 քմ: Նոր կազմակերպվող տուբերկուլոզի դեմ պայքարի, բրոնխոսկոպիայի կաքինետների առաջարկվող մակերեսները սահմանվում են «Հասարակական շենքեր և շինություններ» ՍԼԻՊ N 2.08.02-89 շինարարական նորմերին կից «Բուժական կազմակերպությունների նախագծման ձեռնարկ»-ներում բերված առաջարկների (գրանցված չէ արդարատարության նախարարության կողմից 12.11.2001 թ. Պետգրանցման թիվ 11701172) համաձայն:

144. Պոլիկլինիկայի կազմում գործող տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաքինետները չեն տեղակայում նկուղային կամ կիսանկուղային հարկերի սենյակներում: Այն տեղակայվում է պոլիկլինիկայի մեկուսացված գոտում (ոչ տարանցիլ միջանցքով): Մեկուսացված գոտի ստեղծելու նպատակով կաքինետը կարող է ունենալ առանձնացված սպասարահ:

145. Մեկուսացված գոտու ապահովման անհնարինության դեպքում կաքինետին կից սպասարահում գործում է շուրջօրյա օգտագործման ենթակա փակ տիպի (Էկրանավորված) մանրէասպան լամպ: Նմանատիպ լամպ տեղակայվում է նաև պոլիկլինիկայի տարածքում գործող ռենտգեն ախտորոշիչ կաքինետին հարակից սպասարահում:

146. Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաքինետը և սպասարահը ունենում են բնական լուսավորություն և օդափոխություն:

147. Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի և բրոնխոսկոպիայի կաքինետները ապահովվում են մշտական հոսող ջրով և արմնկային կառավարմամբ ծորակով:

148. Տուբերկուլոզի դեմ պայքարի և բրոնխոսկոպիայի կաքինետների, սպասարահի սենյակները ապահովվում են հարթ, ամբողջական, լվացման և ախտահանման ենթակա մակերեսներով:

ՀԱՎԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒՈՒՄՅՈՒՆ ԲՈՒԺԿԱՆՆԱԿՐԳԵԼԻՉ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԾՐՁԱԿԱ ՄԻՋԱԿԱՅՈՒՆ ԳՈՐԾՈՆՆԵՐԻ ԲԱՑԱՍԱԿԱՆ ԱՃՐԵՑՈՒԹՅԱՆ ԿԱՆՆԱԿՐԵԼՄԱՆ ԵՐԿԱՅՑՎՈՂ ՀԻԳԻԵՆԻԿ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐ

149. Հիվանդասեյակներին հարակից (հորիզոնական և ուղղահայաց) տարածքներում չեն տեղակայվում աղմուկի աղբյուր հանդիսացող սարքավորումներով (օրինակ օդափոխանակության համակարգի շարժիչ) կամ ավտոփոխադրամիջոցների մոտեցման հետ առնչվող (ընդունարան և այլն) սենյեր:

150. Իոնիզացիոն ճառագայթման աղբյուրների հետ աշխատանքների իրականացմամբ (ռենտգեն ախտորոշիչ կաբինետ և այլն) սենյերը չեն տեղակայվում տուբերկուլոզով հիվանդ հիղիների և մանկական հիվանդասեյակներին հարակից (հորիզոնական և ուղղահայաց) տարածքներում:

151. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող բուժկանխարգելիչ կազմակերպությունների (ԲԿԿ-ների) շենքերի, կառույցների, բաժանմունքների և սենյերի ճարտարապետական կառուցվածքային, ինչպես նաև բնական և արհեստական օդափոխման լուծումները ապահովվում են սանիտարահիգիենիկ և հակահամաճարակային ռեժիմի օպտիմալ պայմանները, տուբերկուլոզի վարակիչ, ոչ վարակիչ և արտաթոքային հիվանդների մեկուսացումը, բացառելով «կեղտոտ» և «մաքուր» օդային հոսքերի խաչումը կամ շփումը:

152. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող ԲԿԿ-ների սենյերում օպտիմալ միկրոկլիմայական պայմաններով և մաքուր օդային միջավայրի (կենսաբանական, քիմիական աղտոտումից, իոնիզացիոն և ոչ իոնիզացիոն ճառագայթումից զերծ) ապահովման համար նախատեսվում են ջեռուցման, օդափոխանակության և օդի լավորակման համակարգեր:

153. Հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցի սենյերը պարտադիր ապահովվում են բնական օդափոխությամբ՝ պատուհաններով, օդանցքներով, օդի արտածման խորշերով՝ մղանցքներով:

154. Առկա օդափոխության արհեստական համակարգի ճիշտ կառուցվածքի դեպքում օդային հոսքերը շարժվում են «մաքուր» գոտուց դեպի «կեղտոտ» գոտու ուղղությամբ՝ կեղտոտ գոտում բացասական ճնշման ապահովման միջոցով:

155. Կիսաբոցային հիվանդասեյակները ապահովվում են ինքնավար արտաձիգ օդափոխանակությամբ՝ օդի արտածման խորշերով, որոնցում օդի արտահոսքի ավելացման նպատակով կարող են տեղադրվել դեֆլեկտորներ: Կիսաբոցային բաժանմունքում օդի ներմղումը (արհեստական ներհոս օդափոխիչ համակարգով) կատարվում է դեպի միջանցք՝ վերին գոտում տեղադրված օդափոխիչներից: Ձմռան ամիսներին ներմղվող օդը տաքացվում է: Բուժական սենյերում և հիվանդասեյակներում առկա օդափոխանակության ներմղման և արտածման, հետաջրանառկող (ռեցիրկուլյացիոն) համակարգեր, առանձին սենյի հետաջրանառկող, օդի ավարակման սարքերը ապահովվում են բարձր արդյունավետության գտիչներով:

156. Տուբերկուլոզի տարածման ռիսկի հավանական վտանգ ներկայացնող սենյերը (բացիլազատ, բազմադեղորայքակալուն ձևերի բաժանմունք, դիտողական, մանիպուլյացիոն կաբինետներ, խորխի հավաքման տարածք, բրոնխոսկոպիայի կաբինետ, վիրահատարան, ինտենսիվ թերապիայի բաժանմունք, սեկցիոն սրահ, սպիրոմետրիայի կաբինետ, լաբորատորիայի գետնիֆուզման, միկրոբակտերիայի սուսպենզիաներով կոկտուրայի անջատման, հետազոտման, դեղորայքագրայնության որոշման հատվածներ, հիվանդասեյակային բաժանմունքներում հիվանդների ընդհանուր հավաքման, հարազատների հետ տեսակցության սենյեր, պոլիկլինիկայի սպասարաններ և այլն) ապահովվում են օդի մանրէասպան ուլտրամանուշակագույն (այսուհետ՝ ՈՒՄ) ճառագայթիչ սարքերով: Ընդ որում, տուբերկուլոզով հիվանդների համար նախատեսված սենյերում ոչ օգոնային լամպերով ճառագայթիչների օգտագործումը արգելվում է:

157. Մանրէասպան ՈՒՄ ճառագայթիչ սարքերով սենյերը ապահովվում են կամ ներհոս-արտաձիգ օդափոխման համակարգով, կամ էլ ունենում են պատուհանների օդանցքների միջոցով ինտենսիվ օդափոխման հնարավորություն: Վատ օդափոխվող սեյակներում լամպերը 1,5-2 ժամ միացնելուց հետո անջատում են 40 րոպե տևողությամբ և օդափոխում սեյակները:

158. Տուբերկուլոզի տարածման ռիսկի հավանական վտանգ ներկայացնող սենյերում օդափոխման ընդհանուր համակարգի և օդի վարակագրեման սարքերի բացակայության դեպքում սենյերի արհեստական օդափոխանակության խնդիրը կարելի է լուծել դրանք ապահովելով օդի գոտման բարձր արդյունավետության գտիչներ (այսուհետ՝ ԲՄՁ), մշակվող օդում գտնվող միկրոբանախցիկների և վիրուսների ինակտիվացիայի 95%-ից ոչ պակաս արդյունավետություն ունեցող շարժական օդափոխիչ սարքավորումներով:

159. Տուբերկուլոզի միկրոբակտերիաների կոկտուրային անջատման աշխատանքներ իրականացնող լաբորատորիաների օդափոխանակությանը ներկայացվող պահանջներ:

160. Պատուհանների դասավորությունը լինում է այնպես, որ օդի հոսքը ուղղված չլինի խորխի պատաստուկի պատրաստման աշխատանքից դեպի լաբորատորիայի աշխատակիցը: Օդը անընդհատ հեռացվում է, այնպիսի արագությամբ, որը կապահովի ժամում 6-12 լրիվ ծավալի օդափոխություն: Օդափոխանակության համակարգի մուտքի և ելքի բացվածքները լինում են հանդիպակալ պատերին, ընդ որում, մաքուր օդը տրվում է «մաքուր» գոտում, իսկ հեռացվում՝ լաբորատորիայի «կեղտոտ» գոտուց՝ ներհոս համակարգի ընդունող բացվածքից հնարավորինս հեռու՝ հակառակ կողմում: Հիվանդի խորխի նմուշը հավաքվում է բացօթյա տարածքում:

161. Կոկտուրայի հետազոտությունների աշխատանքների իրականացման դեպքում լաբորատորիայում տեղադրվում է բարձր արդյունավետության գտիչով ապահովված (ԲՄՁ) լամպար պահարան (կենսաբանական բոց):

162. Օդում վնասակար նյութերի կամ աերոզոլների արտանետմամբ բժշկատեխնոլոգիական գործընթացներով սենյերում (լաբորատորիաներ և այլն) տեղակայվում են տեղային արտածման սարքեր կամ քարշիչ պահարաններ:

163. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող ԲԿԿ-ների սենյերում շրջակա միջավայրի և տարբեր առարկաների պատշաճ մակարդակով մաքրման և ախտահանման համար սենյերը ապահովվում են հարթ, ամբողջական, ջրասնթափանց, ախտահանման համար կայուն մակերեսով պատերով, առաստաղով, հատակով, սարքավորումներով և գույքով: Կախովի առաստաղներ չի թույլատրվում: Գույքը, կահույքը և սարքավորումները ունենում են նաև մաքրման համար հարմար տեղակայում:

164. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող ԲԿԿ-ներում անհրաժեշտության դեպքում իրականացվում է կոսմետիկ կամ հիմնական վերանորոգում: Սենյերի մակերեսների անհարթությունները, ճեղքերը, սարքավորումների անսարքությունները վերացնում են անմիջապես: Կոսմետիկ կամ հիմնական վերանորոգման ընթացքում տվյալ բաժանմունքի գործունեությունը դադարեցվում է:

165. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող ԲԿԿ-ներում հիվանդասեյակների սենյերի օդի օպտիմալ ջերմաստիճանը տարվա ցուրտ և անցումային եղանակների համար՝ 20°C է, կիսաբոցներում՝ 22°C է, իսկ տաք եղանակների համար՝ 23-25°C (բայց ոչ ավելի 28°C-ից): Նորածնային և մանկական տարիքի երեխաների համար՝ ցուրտ և անցումային եղանակներին՝ 21-25°C է, իսկ տաք եղանակների համար՝ 22-26°C: Օդի շարժման արագությունը՝ 0.2 մ/վրկ՝ ցուրտ և անցումային եղանակների համար, 0.2-0.3 մ/վրկ՝ տաք եղանակի համար, իսկ օդի հարաբերական խոսավորությունը՝ 30%-60%:

166. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող ԲԿԿ-ներում սենյերի օդի և մակերեսների ուլտրամանուշակագույն մանրէասպան ճառագայթմամբ վարակագրեման արդյունավետության գնահատման մեթոդաբանությունը բերված է հավելված 10-ում, իսկ ֆունկցիոնալ նշանակությունից և մաքրության դասից կախված սենյերի օդի մանրէաբանական աղտոտվածության թույլատրելի մակարդակները՝ համաձայն հավելված 8-ի:

167. Խմելու ջրի որակը համապատասխանում է «Խնձուղ ջուր: Ձրամատակարարման կենտրոնացված համակարգերի ջրի որակին ներկայացվող հիգիենիկ պահանջներ: Որակի հսկողություն» N 2-III-ՍՁ-1 սանիտարական նորմերի և կանոնների պահանջներին:

168. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող ԲԿԿ-ների սենյերը ապահովվում են արմկային կամ ոտնակային կառավարման ծորակներով վազարաններով:

ՀԱՎԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒՈՒՄՅՈՒՆ ԲՈՒԺԿԱՆՆԱԿՐԳԵԼԻՉ ԿԱԶՄԱԿԵՐՊՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԾԱՀԱԳՈՐԾՄԱՆ ԵՐԿԱՅՑՎՈՂ ՀԻԳԻԵՆԻԿ ՊԱՀԱՆՁՆԵՐ

169. Սարքավորումները (մանրէասպան ՈՒՄ ճառագայթիչներ, գոլորշային և չոր օդային մանրէազերծիչ սարքեր և այլն) համապատասխանում են գործող տեխնիկական պայմանների և ստանդարտների պահանջներին, լինեն ստուգաչափված, դրանց շահագործումը իրականացվում է դրա տեխնիկական անձնագրում, շահագործման իրահանգում նշված պահանջներին համապատասխան և բացառիչ օդի աղտոտումը վնասակար նյութերով: Սարքավորումների շահագործման իրականացվում է միայն իրահանգավորում ստացած անձնակազմի կողմից:

170. Մանրէասպան ՈՒՄ ճառագայթիչներով սարքերը լինում են փակ (էկրանավորված), բաց և համակցված տեսակների: Բաց տեսակի ճառագայթիչները նախատեսված են սենյերի վարակագրեման համար միայն մարդկանց բացակայության դեպքում, իսկ փակ ճառագայթիչները՝ մարդկանց ներկայության դեպքում: Բաց տեսակի ճառագայթիչներով սենյերում արտադրական անհրաժեշտությունից ելնելով անձնակազմը մուտք է գործում անձնական պաշտպանիչ միջոցներով (ակնոցներ, դիմակներ և

ծեռնոցներ): Բաց լամպերով շարժական ՌԻՄ ճառագայթիչները պահվում են առանձին սենյում՝ փակ ծածկոցի մեջ: Սենյերի ճառագայթումը շարժական ճառագայթիչներով իրականացվում է մաշկը և աչքերը ՌԻՄ ճառագայթումից պաշտպանող ակնոցներով, դիմակով և ծեռնոցներով, կողմնակի անձանց և հիվանդների բացակայության պայմաններում:

171. Բաց ճառագայթիչով ՌԻՄ մանրէասպան լամպերի էլեկտրականության ցանցին միացումը իրականացվում է սենյոցի դուրս գտնվող անջատիչի միջոցով, որը միացվում է դռան վերևում գտնվող լուսային ցուցանակին (Չմտնել: Վտանգավոր է: Կատարվում է վարակազերծում՝ ելտրամասնուշակագույն ճառագայթումով): Համակարգած ճառագայթիչները ապահովվում են առանձին անջատիչներով՝ Նյութակիրված և բաց լամպերի կառավարման համար:

172. Մանրէասպան ՌԻՄ ճառագայթիչով սենյում օգոնին բնորոշ հոտի բացահայտման դեպքում ԲԿԿ-ի պատասխանատու անձի կողմից ծեռնարկվում են մի շարք միջոցառումներ՝ անմիջապես սենյոցի հեռացումն են մարդկանց, ճառագայթիչը անջատվում է կողմից կատարվում է ճառագայթիչի շահագործման ժամանակահատվածի հաշվառում (հավելված 10): Որպես կանոն մանրէասպան լամպի շահագործման ժամանակահատվածը կազմում է 7-14 ամիս՝ 5000-10000 ժամ:

173. ՌԻՄ ճառագայթիչով մանրէասպան լամպերը պարբերաբար փոշուց մաքրվում են՝ էլեկտրական հոսանքից անջատված վիճակում: Պիտանելիության ժամկետները լրացած ՌԻՄ ճառագայթիչով մանրէասպան լամպերը փոխարինվում են նորերով: ԲԿԿ-ի կողմից կատարվում է ճառագայթիչի շահագործման ժամանակահատվածի հաշվառում (հավելված 10): Որպես կանոն մանրէասպան լամպի շահագործման ժամանակահատվածը կազմում է 7-14 ամիս՝ 5000-10000 ժամ:

174. Զևաի որ լամպերի շահագործմանը զուգընթաց լամպի մանրէասպան հոսքընթացը նվազում է, լամպերի աշխատանքի համար նախատեսված 1/3 ժամկետի ավարտից հետո սկզբնական ճառագայթման տևողությունը ավելացվում է 1,2 անգամ, 2/3 ժամկետի ավարտից հետո՝ 1,3 անգամ: Գնահատման աշխատանքի ժամանակի հաշվառումը և ճառագայթման տևողության փոփոխությունները գրանցվում են հատուկ մատյանում:

175. Մանրէասպան լամպերի ամբողջականության խախտման և սենյերում սնդիկի արտահոսքի դեպքում կատարվում է սենյի մանրակրկիտ սնդիկազերծում, որից հետո ինդիկատորային թղթերի օգնությամբ իրականացվում է օդի որակական հետազոտություն՝ սնդիկի գոլորշիների առկայության նկատմամբ: Եթե հայտնաբերվում են սնդիկի գոլորշիների սահմանային թույլատրելի կոնցենտրացիայի (0.01մգ մ³) գերազանցում, ապա կատարվում է դիմերկուրիզացիոն աշխատանքներ: Դիմերկուրիզացիայի համար նախատեսված լուծույթների և ինդիկատորների պատրաստումը կատարվում է համաձայն հավելված 9-ի:

176. Աշխատանքային ժամկետը սպառած և շարքից դուրս եկած լամպերը պահպանվում են առանձնացված և կողմնակի անձանց մուտքի արգելմամբ՝ փակ սենյակում: Հետագա հեռացումը և վնասագործումը կատարվում է համաձայն «Բժշկական թափոնների գործածությանը ներկայացվող հիգիենիկ և հակաբնածարակային պահանջներ» N 2.1.3-3 սանիտարական կանոնների և ներմերի:

177. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող ԲԿԿ-ների օդատարները, օդախցիկները, օդափոխիչ սարքերը շահագործվում են մաքուր վիճակում, առանց մեխանիկական վնասվածքների, ժանգոտման հետքերի, հերմետիկության խախտումների: Օդափոխիչ սարքերի, համակարգի գտնվելի փոխումը կատարվում է ըստ աղտոտվածության, բայց թողարկող կազմակերպության կողմից ցուցման մեջ նշված հաճախականությունից ոչ պակաս: Փոխված գտիչները համարվում են բժշկական թափոն և հեռացվում են սահմանված կարգով:

178. Հակատուբերկուլոզային բուժօգնություն և սպասարկում իրականացնող ԲԿԿ-ներում պատասխանատու անձանց կողմից իրականացվում են հետևյալ լաբորատոր-գործիքային հետազոտությունները և կատարվում են գրառումներ համապատասխան մատյաններում՝

- 1) հիվանդանոցայիններում օդի ջերմաստիճանի ամենօրյա, խոնավության և օդի շարժման արագության ամենամյա գործիքային չափումներ,
- 2) ամիսը 1 անգամ հաճախականությամբ սենյերի օդի և մակերեսների մանրէաբանական աղտոտվածության լաբորատոր հետազոտություններ՝ սասեպտիկա և անտիսեպտիկա պահանջող բոլոր սենյերում,
- 3) ամիսը 1 անգամից ոչ պակաս հաճախականությամբ օդափոխիչ համակարգի, սարքերի, օդի լավորակման սարքերի անխափան և արդյունավետ աշխատանքի, մանրէասպան ՌԻՄ ճառագայթիչների տեխնիկական վիճակի ճարտարագիտական հսկողություն,
- 4) ամիսը 1 անգամից ոչ պակաս հաճախականությամբ մանրէասպան ՌԻՄ ճառագայթիչներով կահավորված սենյերի օդի ճառագայթվածության հսկողություն (ճառագայթվածության չափումները կատարվում են չափագիտական արտեստավորում անցած չափիչ սարքերի, օր.՝ ՌԻՄ դոզիմետրի միջոցով),
- 5) անհրաժեշտությունից ելնելով՝ մանրէասպան ՌԻՄ ճառագայթիչներով կահավորված սենյերի օդում՝ օգոնի և սնդիկի գոլորշիների առկայության որոշում:

179. Տուբերկուլոզի միկրոբակտերիաների հետազոտություններ իրականացնող մանրէաբանական լաբորատորիաներում առաջարկվում է օգտագործել հատակային տեղադրման անկյունային ռոտորով ցենտրիֆուգայի սարք, ապահովված հերմետիկ փակվող ցենտրիֆուգային բաժանվածով կամ անբողկներ չառաջացնող հատուկ կոնտեյներներով: Ցենտրիֆուգան ապահովվում է միևնույն ռոտորի լրիվ կանգ առնելը կափարիչների բացումը խոչընդոտող պաշտպանիչ միջոցով:

180. Տուբերկուլոզի միկրոբակտերիաների հետազոտություններ իրականացնող մանրէաբանական լաբորատորիաներում տարին 1 անգամից ոչ պակաս հաճախականությամբ կենսաբանական բոքսերը (լամինար պահարանները) վարակազերծվում են՝ ֆորմալդեհիդի գոլորշիներով (ֆորմալդեհիդի լուծույթին ավելացվում է կալիումի պերմանգանատ), որից հետո փոխվեն գտիչները: Լամինար պահարանները նախատեսված են անընդհատ շահագործման ռեժիմով աշխատելու համար: Եթե հոսանքի ընդհատման պատճառով կամ գտիչի փոխման համար այն անջատվել է, ապա այն նորից միացնելուց հետո նախքան աշխատանքը սկսելը սպասում են 5 րոպե: Երբքին և աշխատանքային մակերեսները մշտապես մշակվում է ախտահանիչ լուծույթով (օրինակ էթիլ սպիրտով), որից հետո բոլոր մակերեսները մաքրվում են մանրէազերծ ջրով:

Գ Լ ՌԻ Խ 15

ՀԱՏՈՒԿ ՄԱՍՆԱԳԻՏԱԾԿԱԾ ՀԱՎԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒՄՆԵՐԻ, ԲԱԶՄԱԴՐՈՅԻՆ ՀԻՎԱՆՂԱՆՈՑՆԵՐԻ ՀԱՎԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԲԱԺԱՆՈՒՐՔՆԵՐՈՒՄ ԵՎ ՏՈՒԲԵՐԿՈՒՄՆԵՐԻ ԴԵՄ ԴԱՅՔԱՐԻ ԿԱՐԵՆՏՈՒՄ ՎՈՐԱԿԻ ՀՍԿՈՐՈՒԹՅԱՆ ԵՆԿԱՅԱԾՎՈՂ ԴԱՀԱՆՋՆԵՐ

181. Հատուկ մասնագիտացված հակատուբերկուլոզային հիվանդանոց (այսուհետ՝ հակատուբերկուլոզային հիվանդանոց) և բազմապրոֆիլային հիվանդանոցի հակատուբերկուլոզային բաժանմունքը (այսուհետև՝ հակատուբերկուլոզային բաժանմունք) նախատեսված են տուբերկուլոզի կասկածելի և հաստատված ախտորոշումով հիվանդների հոսպիտալացման և հիվանդության ինտենսիվ կամ սկզբնական փուլում բուժվելու համար:

182. Հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցներում (բաժանմունքում) վարակի հսկողության միջոցառումների իրականացման պատասխանատու են հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցի (բաժանմունքի) ղեկավարը և համաճարակաբանը, իսկ համաճարակաբանի բացակայության դեպքում ղեկավարի կողմից հրամանագրված անձը:

183. Հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցում (բաժանմունքում) կազմակերպվում է մասնագիտական աշխատանքային խումբ՝ վարակի հսկողության համալիր միջոցառումների պլան մշակելու համար՝ ուղղված ներհիվանդանոցային վարակների կանխարգելմանը, վարակիչ հիվանդներին սպասարկող անձնակազմի աշխատանքի պաշտպանությանը և վարակի տարածման վտանգի կանխմանը:

184. Հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցներում (բաժանմունքում) վարակի հսկողության միջոցառումների պլանը հաստատվում է ղեկավարի կողմից և ներառում է երեք կարգի միջոցառումներ՝ վարչական, շրջակա միջավայրի հսկողություն, շնչառական օրգանների անհատական պաշտպանություն:

185. Վարակի հսկողության վարչական բաղադրիչը միջոցառումների համալիր է և ներառում է հիվանդանոցում վարակի փոխանցման ռիսկի գնահատում, հիվանդության վաղ ախտորոշում, վարակիչ հիվանդների ժամանակին մեկուսացում, ժամանակին, ճիշտ և հետևողական բուժման կազմակերպում, բուժանձնակազմի ուսուցում՝ վարակի հսկողության պահանջների իրականացման վերաբերյալ և այլն:

- 1) Վարակի հսկողության վարչական միջոցառումների առաջին փուլում գնահատվում է վարակի փոխանցման ռիսկը՝ ա. բազմապրոֆիլ հիվանդանոցում, այդ թվում՝ հակատուբերկուլոզային բաժանմունքում, հիվանդների գնաստեյակներում, լաբորատորիայում, ղեղատանը, սպասարաններում և այլուր, բ. հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցներում, ինչպես ամբողջ հիվանդանոցում, այնպես էլ՝ հիվանդանոցի առանձին բաժանմունքներում, կաբինետներում (հիվանդների գնաստեյակներ, թերապևտիկ բաժանմունքներ, ՄԻՎԿ-տուբերկուլոզ համավարակների բաժանմունք, ռենտգենաբանական հետազոտությունների բաժանմունք, վերակենդանացման բաժանմունք, բրոնխոսկոպիայի և սպիրոմետրիայի կաբինետներ, լաբորատորիաներ, ախտաբանասանամոխական բաժանմունք և այլն):
- 2) Վարակի փոխանցման ռիսկը գնահատելիս հաշվի է առնվում՝ ա. տարվա ընթացքում ընդունված վարակիչ տուբերկուլոզով հիվանդների թիվն ամբողջ հիվանդանոցում, ինչպես նաև առանձին կոնկրետ բաժանմունքներում,

- բ. հիվանդների ստացիոնարում գտնվելու տևողությունը,
- գ. վարակիչ աերոզոլների գոյացմանը նպաստող միջամտությունների իրականացումը (օրինակ՝ խորխի հավաքում):
- 3) Հիվանդի վաղ հայտնաբերմանը, մեկուսացմանը, ախտորոշմանը և բուժմանն ուղղված վարչական միջոցառումներ.
- ա. տուբերկուլոզ կասկածով հիվանդներն ախտորոշման հաստատման համար տեղակայվում են հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցների ախտորոշիչ բաժանմունքում, իսկ բազմապրոֆիլային հիվանդանոցում՝ հակատուբերկուլոզային բաժանմունքի բոջում,
- բ. խորխի նմուշների հավաքումն իրականացվում է շինությունից դուրս՝ բացօթյա պայմաններում, մարդկանցից հեռու վայրում այդ նպատակի համար նախատեսված վայրում,
- գ. հիվանդի խորխի նմուշառումը, նմուշի տեղափոխումը լաբորատորիա իրականացվում է միաժամանակ,
- դ. հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցի բոլոր բաժանմունքներում և բազմաբնակարան հակատուբերկուլոզային բաժանմունքում նշանակվում են պատասխանատու անձինք խորխի նմուշների լաբորատորիա հասցնելու և հետազոտությունների պատասխանները լաբորատորիայից ժամանակին բաժանմունք հասցնելու համար,
- ե. լաբորատորիայի աշխատանքային գրաֆիկը սահմանվում է շաբաթական 6 օր՝ խորխի նմուշառումից 24 ժամ հետո արդյունքները պարզ լինելու համար,
- զ. բրոնխոսկոպիկ հետազոտությունների չեն ենթարկվում տուբերկուլոզ հաստատված ախտորոշումով հիվանդները,
- է. կասկածելի հիվանդները բրոնխոսկոպիայով հետազոտվում են միայն խիստ անհրաժեշտության դեպքում, երբ բոլոր պակաս վտանգավոր միջոցներն արդեն օգտագործվել են,
- ը. հակատուբերկուլոզային դեղամիջոցները չեն տրվում հիվանդներին օրվա չափաբաժնով կամ հիվանդասենյակում խմելու համար,
- թ. հիվանդները խմում են դեղամիջոցները պատասխանատու բուժքրոջ հսկողության ներքո, բուժքույրը կատարում է գրանցում հակատուբերկուլոզային դեղամիջոցի ուղղակիորեն դիտարկվող բուժման մասին:

- 4) Հիվանդների ուսուցմանն ուղղված միջոցառումներ՝
- ա. հիվանդների հետ տարվում է շարունակական ուսուցում հիվանդության հարուցչի փոխանցման մեխանիզմի, ինչպես նաև հազի հիգիենայի կանոնների վերաբերյալ,
- բ. յուրաքանչյուր հիվանդ ունենում է անհատական հիգիենիկ, սովորական անձեռոցիկ՝ հազալիս բերանը և քիթը փակելու, հետևաբար օդում մնալուց հետո պարունակող մասնիկների քանակը նվազեցնելու համար,
- գ. հիվանդանոցներում սպասարահներում, բաժանմունքների միջանցքներում պատերին փակցվում են հազալիս հիվանդի ճիշտ վարքը պատկերող պատկերներ:

186. Շրջակա միջավայրի հսկողությունը ներառում է միջոցառումներ վարակիչ միկրոօրգանիզմներ պարունակող մասնիկների քանակը օդում նվազեցնելու համար՝ ապահովելով բնական օդափոխությունը և օդի հոսքի ուղղության վերահսկումը:

187. Շնչառական օրգանների անհատական պաշտպանությունը ներառում է բուժաշխատողների կողմից անհատական պաշտպանիչ միջոցների կիրառում՝ շնչառական ուղիների հերմետիկությունն ապահովող դիմակներ կամ շնչադիմակներ:

188. Վարակի հսկողության միջոցառումների արդյունքների վերաբերյալ պատասխանի միջև ժամանակվում են դասընթացներ բուժանձնակազմի շրջանում՝ վարակի հսկողության միջոցառումների պլանի իրականացման և այդ պլանում յուրաքանչյուր բուժաշխատողի դերի, կոնկրետ պարտականությունների վերաբերյալ:

189. Դասընթացներն իրականացվում են առնվազն տարին մեկ անգամ և վերապատրաստվում է որչ անձնակազմը՝ նախապես կազմված ուսումնական պլանի համաձայն: Ուսումնական պլանը ներառում է ներքոհիշյալ հարցերը.

- 1) տուբերկուլոզի ախտածնության և փոխանցման մեխանիզմի վերաբերյալ,
- 2) տուբերկուլոզի ախտանշաններ, ռիսկի գործոններ,
- 3) վարակի հսկողության միջոցառումներ տուբերկուլոզի և այլ վարակիչ հիվանդությունների ներհիվանդանոցային վարակի կանխարգելման համար:

190. Վարակի հսկողության միջոցառումների արդյունավետությունը բազմապրոֆիլ հիվանդանոցներում գնահատելու համար ընտրանքային կարգով ուսումնասիրվում են տուբերկուլոզով հիվանդների քարտեր՝ վերլուծելով ներքոհիշյալ չափանիշները.

- ա) հիվանդի ստացիոնար ընդունվելու և տուբերկուլոզ կասկածի ի հայտ գալու միջև ընկած ժամանակահատվածը,
- բ) տուբերկուլոզ կասկածելու և խորխի նմուշառման միջև ժամանակամիջոցը,
- գ) խորխի նմուշառման և նմուշի բակտերոսկոպիայի արդյունքների վերաբերյալ պատասխանի միջև ժամանակամիջոցը,
- դ) խորխի հետազոտման արդյունքների պատասխանի ստացման և բուժման սկսման միջև ժամանակամիջոցը:

191. Պոլիկլինիկայի կազմում գործող տուբերկուլոզի դեմ պայքարի կաբինետում վարակի հսկողության միջոցառումներն իրականացվում են բազմապրոֆիլային հիվանդանոցին ներկայացվող պահանջներին համապատասխան:

192. Բժշկական արտադրատեսակի ախտահանման, նախամանրէագերծման, մանրէագերծման աշխատանքներն իրականացվում են՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2015 թվականի սեպտեմբերի 10-ի թիվ 48-Ն հրամանի պահանջներին:

(կետը խմբ. 05.04.16 N 11-Ն)
 193. Բժշկական թափոնների վարումն իրականացվում է համաձայն «Բժշկական թափոնների գործածությանը ներկայացվող հիգիենիկ և հակահամաճարակային պահանջներ» N 2.1.3-3 սանիտարական կանոնների և Նորմերի:

Գ Լ ՈՒ Խ 16

ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ԸՆԴՈՒՆՈՒՄ ԵՎ ՍԱՆԻՏԱՐԱԿԱՆ ՍՏՆՎՈՒՄ

194. Հիվանդների ընդունումը կատարվում է անհատական կարգով:

- 195. Ընդունարանն ապահովվում է՝
- 1) հիվանդների զննման համար անհրաժեշտ առարկաներով, իրերով,
- 2) ընդունվող հիվանդների համար սպիտակեղենի լրակազմերով,
- 3) անհրաժեշտ քանակի միանվագ օգտագործման օճառով, անհատական սպունգներով,
- 4) մաքուր և օգտագործած սպունգների պահպանման համար անհրաժեշտ տարողություններով՝ «մաքուր» և «օգտագործված» մակնշմամբ,
- 5) մազերը խուզելու և եղունգները կտրելու սարքերով, կափարիչով ամուր փակվող դոյլերով,
- 6) տարողություններով՝ սպունգները կամ խոզանակները լվանալու համար,
- 7) համապատասխան մաքրող պարագաներով,
- 8) լվացող-ախտահանող, ախտահանիչ և միջատասպան միջոցներով:

196. Ընդունարանում, բոջներում, զննասենյակներում բուժանձնակազմը կրում է վերնահագուստ (խալաթ), գլխարկ/գլխաշոր և միանվագ օգտագործման դիմակ: Վերնահագուստը, գլխարկը/գլխաշորը փոխվում են հերթափոխի վերջում, իսկ դիմակները՝ յուրաքանչյուր հիվանդի ընդունման ժամանակ կամ 4 ժամը մեկ:

197. Ընդունարանում (դիտողական սենյակում) կատարվում է հիվանդի մանրամասն զննում (մաշկի, մազածածկույթի և այլն), չափվում է ջերմությունը, հարց ու փորձով պարզվում են անցյալում տարած վարակիչ հիվանդությունները: Ճշտվում է հնարավոր շփման առկայությունը նաև՝ այլ վարակիչ հիվանդություններ՝ տանը, կազմակերպությունում և կատարվում են գրանցումներ հիվանդության պատմությունում: Կատարվում է նմուշառում (մեզ, կրակ, խորխ, արյուն և այլն)՝ լաբորատոր հետազոտության համար:

198. Հիվանդի զննման ժամանակ ուշադրություն է դարձվում ոջլոտության առկայությանը և հայտնաբերման դեպքում անմիջապես հիվանդին ու նրա արտահագուստը ենթարկում են սանիտարական մշակման: Հայտնաբերված ոջլոտության դեպքի մասին կատարվում է նշում հիվանդության պատմության մեջ և հաղորդվում է Պետական հիգիենիկ և հակահամաճարակային տեսչության:

199. Դիտողական սենյակում ախտահանման ենթակա են բոլոր գործիքները՝ համաձայն հավելված 4-ի, որոնց հետ շփվել են հիվանդները: Փայտյա մածկաթափակները (շպատեղները)՝ միանվագ օգտագործումից հետո ոչնչացվում են: Ձերմաչափերը դրվում են ախտահանիչ լուծույթով լցված տարողության մեջ: Տականոթներն ու բազմակի օգտագործման խորխամանները օգտագործելուց հետո ախտահանվում են:

200. Յուրաքանչյուր հիվանդի ընդունումից հետո ընդունարանը (բոջը) ենթարկվում է խոնավ մշակման՝ ախտահանիչ լուծույթներով: Մաքրող գույքն ախտահանվում է օգտագործելուց հետո:

201. Հիվանդն ընդունարանից ուղարկվում է առանձնացված հատուկ սենյակ՝ սանիտարական մշակման համար: Հիվանդի սանմշակումը կախված է նրա առողջական վիճակից: Ծանր հիվանդները մշակվում են մասնակիորեն: Երբ հիվանդն ընդունվում է բոջ կամ կիսաբոջ, նրա սանմշակումը կատարվում է այնտեղ:

- 202. Հիվանդի սանմշակումը ներառում է.
- 1) հիվանդի գլխի մազերի և մազածածկ մաշկի մշակում ոջլասպան կոլոբերով՝ ոջլոտության դեպքում,
- 2) ոտքերի և ձեռքերի եղունգների կտրում,

- 3) լուսանկարի (վանկ) կամ ցուցուկի ընդունում:
203. Հիվանդը սանձակումից հետո ստանում է մաքուր անկողնային սպիտակեղեն և հիվանդանոցային արտահագուստ (անհրաժեշտության դեպքում):
204. Հիվանդներին լողացնելուց հետո յուրաքանչյուր անգամ սպունգները, լողարանները և դրանցում եղած ջուրը, մազերը խուզելու սարքերը, սանրերը, անվտանգ ածելու շեղբերը, սափերիլու սարքերը, կծաքցանները, եղունգները կտրելու մկրատները, նրբուկները, հոգնայի ծայրակալները, գիշերանոթները, միզանոթները ախտահանվում են:
205. Մաքրման գույքը (դույլեր, կոնքեր և այլն) պիտակավորվում է և օգտագործվում ըստ նշանակության, հետո՝ ախտահանվում:

Գ Լ ՈՒ Խ 17

ՀԻՎԱՆՂՆԵՐԻ ՏԵՂԱԲԱՇԽՈՒՄԸ ԸՍՏ ԲԱԺԻՆՆԵՐԻ ԵՎ ՄԵԿՈՒՍԱՑՈՒՄ

206. Առանձին բաժանմունքներում հիվանդների տեղաբաշխման համար հիմք են հանդիսանում ախտորոշումը և այլ վարակիչ հիվանդների հետ շփման տվյալները: Ախտորոշիչ բաժանմունքի առկայության դեպքում կասկածելի ախտորոշումով հիվանդները պահվում են տվյալ բաժանմունքում, մինչև ախտորոշման ճշտումը և հետո տեղափոխվում համապատասխան բաժին:
207. Ախտորոշիչ բաժին չունեցող հիվանդանոցներում չճշտված ախտորոշումով հիվանդը տեղափոխվում է առանձին հիվանդասենյակ կամ բոքս: Եթե հիվանդը չփվել է այլ վարակիչ հիվանդի հետ, նա նույնպես տեղափոխվում է մեկտեղանոց կամ բոքսանման հիվանդասենյակ:
208. Հիվանդների տեղաբաշխումը բաժանմունքներում կատարվում է բոքսային և կիսաբոքսային բաժանմունքների հիվանդասենյակներում՝ ըստ բացիլազատման, բազմադեղորայքակայունության առկայության, ինչպես նաև բացառելով նոր ընդունվածների, բուժման տարբեր փուլերում գտնվող հիվանդների շփումն առողջացողների կամ բարդություններով տառապող հիվանդների հետ:
209. Տուբերկուլոզով վարակիչ հիվանդների համար մաքուր օդում զբոսանքի կամ ֆիզիկական վարժություններ կատարելու համար առանձնացվում են հատուկ տարածքներ:
210. Կարևոր ախտորոշիչ միջամտությունների իրականացման նպատակով վարակիչ հիվանդներն իրենց հիվանդասենյակներից այլ բաժանմունքներ կամ կաբինետներ գնալու դեպքում կրում են միանվագ օգտագործման դիմակներ:
211. Տուբերկուլոզով վարակիչ հիվանդների տեսակցությունը հարազատների հետ կատարվում է այդ նպատակի համար առանձնացված տեսակցության սենյակում՝ հատուկ շուրջօրյա ուղտամանուշակագույն ճառագայթիչ սարքի շահագործմամբ:
212. Հիվանդների մեկուսացումն ավարտվում է մանրէազատումը դադարելուց հետո և տեղափոխվում են ոչ մանրէազատ հիվանդների համար նախատեսված բաժանմունք:

Գ Լ ՈՒ Խ 18

ՍԱՆԻՏԱՐԱԿԱԿԱՆԱՍՏԱՃԱՐԱԿԱՑՈՒՄԻ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐ ՀԻՎԱՆՂԻ ԽՆԱՄՔԻ ԺԱՄԱԿԱԿ

213. Սպասարկող բուժանձնակազմի համար բաժանմունքներում առանձնացվում են կենցաղային սենյակներ (հանդերձարան, լողարան, հանգստի և սննդի ընդունման) զուգարան և այլն:
214. Անձնակազմի վերնահագուստը և կոշիկները (բժշկական գլխարկ կամ գլխաշոր, մաշիկներ, զգեստ կամ հագուստ) պահվում են անհատական պահարանում, սանիտարական հագուստից առանձին: Չի թույլատրվում օգտագործել կտորից կարված հերթափոխային կոշիկներ:
215. Անձնակազմը հետևում է ձեռքերին, եղունգներին և սանհագուստի մաքրությանը: Նշված պահանջների կատարման համար պատասխանատու է բաժանմունքի ավագ բուժքույրը:
216. Սնունդ բաժանելուց առաջ և յուրաքանչյուր անգամ հիվանդի արտազատուկների կամ կեղտոտ սպիտակեղենի և ամանեղենի հետ շփվելուց, հիվանդին զննելուց հետո, սպասարկող անձնակազմը լվանում և ախտահանում է ձեռքերը:
217. Մեկ բաժանմունքի սպասարկող անձնակազմը չի մտնում այլ բաժանմունք, առանց փոխելու վերնահագուստը, մաշիկները, շնչադիմակը: Բոքսի դռան մոտ կախվում են սպասարկող անձնակազմի (բժիշկ, բուժքույր, մայրապետ) վերնահագուստը, գլխարկները, գլխաշորերը և դրվում են ախտահանիչ լուծույթով ամաններ: Անձնակազմը բոքս մտնելուց առաջ հագնում է վերնահագուստը, գլխարկը (գլխաշորը), դուրս գալուց՝ կախում նախկին տեղում, որից հետո պարտադիր լվանում և ախտահանում է ձեռքերը, մաքրում ոտքերը ախտահանիչ լուծույթով թրջած լաթի վրա:
218. Հիվանդին դուրս գրելուց հետո անկողնային սպիտակեղենը հավաքվում է հատուկ պարկի մեջ՝ ախտահանման և լվանալու համար: Անկողնային պարագաները և հիվանդանոցային արտահագուստներն ուղարկվում են խցիկային ախտահանման, մաշակալով սրբվում է ախտահանիչ լուծույթով և թողնվում՝ մինչև նոր հիվանդի ընդունվելը: Հիվանդի օգտագործած պահարանը և հիվանդասենյակի այլ իրերը սրբվում են ախտահանիչ լուծույթով՝ համաձայն հավելված 4-ի:

Գ Լ ՈՒ Խ 19

ՍՆՆԻԿԻ ԿԱՌՈՒՑԱԿԱՆԱՍՏԱՑՈՒՄԻ ԵՆԴՈՑԱՑՈՒՄԸ ԵՎ ԿԱՆՈՒՄԸ

219. Սննդի կազմակերպման աշխատանքների ամբողջ պատասխանատուն հիվանդանոցի տնօրենն է կամ նրա կողմից հրամանագրված անձը:
220. Հիվանդանոցի սննդի կառուցահատվածը համապատասխանում է «Հանրային սննդի կազմակերպություններին ներկայացվող հիգիենիկ պահանջներ» N 2-III-4.2-01 սանիտարական կանոնների և հիգիենիկ նորմերի պահանջներին:
221. Սննդի կառուցահատվածի աշխատողների բժշկական զննությունը և հետազոտություններն իրականացվում են համաձայն 2003 թվականի մարտի 27-ի Հայաստանի Հանրապետության կառավարության «Առողջական վիճակի պարտադիր նախնական (աշխատանքի ընդունվելիս) և պարբերական բժշկական զննության կարգը, գործունեությունների ոլորտների, որոնցում գրանցված անձինք ենթակա են առողջական վիճակի պարտադիր բժշկական զննության և բժշկական զննության ծավալի ու հաճախականությունների ցանկը և անձնական սանիտարական (բժշկական) գրքուկի ու բժշկական զննության ենթակա անձանց անվանացանկի ձևերը հաստատելու մասին» N 347-Ն որոշման:
222. Հիվանդանոցի սննդի կառուցահատվածի և բաժանմունքների բուժետներն ապահովվում են համապատասխան սարքավորումներով:
223. Պատրաստի սնունդը հիվանդանոցի բաժանմունքների բուժետները տեղափոխելու համար օգտագործվում են թերմոսներ, թերմոս-սայլակներ կամ ամուր փակվող տարրողություններ, որոնց լվացումը և պահումը կատարվում է սննդի կառուցահատվածին կից, այդ նպատակի համար հատկացված տարածքներում:
224. Սննդի բաժանումը հիվանդներին կատարում են բուժետի աշխատողը և բաժանմունքների բուժքույրերը: Սնունդը հիվանդասենյակներ են հասցվում հատուկ սայլակներով: Ճաշի բաժանումը կատարում է միայն վերնահագուստ հագած անձնակազմը: Հիվանդասենյակների մաքրման և հավաքման աշխատանքներ կատարող տեխնիկական անձնակազմը չի մասնակցում սննդամթերքի բաժանմանը:
225. Հիվանդանոցի բաժանմունքների բուժետների տարածքներն ապահովվում են՝
- 1) սառը և տաք հոսող ջրով, անկախ տաք ջրամատակարարման ցանցի առկայությունից, բուժետները ապահովվում են անընդհատ գործող էլեկտրատաքացուցիչներով,
 - 2) ջրահեռացման ցանցի միացված երկտեղանոց լվացարաններով, ամանեղենի ողողման և չորացման ցանցերով,
 - 3) սննդի տաքացման էլեկտրական սալիկով,
 - 4) մթերքի (հաց, աղ, շաքար) և խոհանոցային ամանեղենի պահպանման պահարաններով,
 - 5) սննդի բաժանման համար հիգիենիկ ծածկ ունեցող սեղանով,
 - 6) մեկ հիվանդի հաշվարկով ամանեղենով՝ խորը, մակերեսային և քաղցրավենիքի, պատառաքաղներով, ճաշի և թեյի գդակներով, բաժակներով, իսկ մանկական բաժանմունքներում նաև դրանց որոշակի պաշարով,
 - 7) լվացող և ախտահանիչ միջոցներով,
 - 8) մաքրման միջոցներով (դույլ, լաթ, խոզանակ և այլն), մակնշված «բուժետների համար»:
226. Սնունդը հիվանդներին բաժանում են բուժետապանները՝ «սննդի բաժանման համար» մակնշում ունեցող հատուկ հագուստով:
227. **(կեսն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)**
228. Սննդամթերքի փոխադրումը կատարվում է միայն այդ նպատակի համար նախատեսված, տեղափոխվող սննդամթերքի համապատասխան մակնշում ունեցող հատուկ մասնագիտացված փոխադրամիջոցով:

Գ Լ ՈՒ Խ 20

Գ Լ ՈՒ Խ 21

ՍԱՆՏԱՐԱՎԱՆՈՒՄԻ ԴԱՀԱՆՁՆԵՐ ԼՎԱՑՔԱՍԱՆ ՆԿԱՏԱՍԱՐ

235. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցի (բաժանմունքի) սպիտակեղենի լվացումը կատարվում է կենտրոնացված հատուկ լվացքատանը կամ հիվանդանոցի լվացքատանը:

236. Սպիտակեղենը լվանալուց առաջ պարտադիր կարգով ախտահանվում է հատուկ առանձնացված սենյակում: Սպիտակեղենը մշակվում է լվացքի մեքենայում ախտահանիչ լուծույթի օգնությամբ: Սպիտակեղենի ախտահանումը կազմակարպվում է ինչպես հիվանդանոցի (բաժանմունքի) հատուկ սենյակում, այնպես էլ հիվանդանոցի տնտեսական մասնաշենքում:

Գ Լ ՈՒ Խ 22

ՄԻՋՏԱՍՊՊԱՆ ԵՎ ԿՐԾՈՂՆԵՐԻ ՈՂՆՉԱՑՄԱՆ ՄԻՋՈՑԱՌՈՒՄՆԵՐ

237. Հիվանդանոցի տարածքում և սենյակներում ճանճերի ներթափանցման և զարգացման կանխման, ինչպես նաև դրանց ոչնչացման համար կազմակերպվում է իրականացվում են մշտական միջոցառումներ՝

- 1) կոշտ օրգանական թափոնների հավաքում, պահում և հեռացում,
- 2) ոչնչացնող միջոցառումների կիրառում թրթուրների զարգացման վայրերում,
- 3) թևավոր ճանճերի ոչնչացում,
- 4) ճանճերի՝ հիվանդասենյակներ ներթափանցելու հնարավորությունների սահմանափակում (դռների, պատուհանների, օդանցքների ցանցապատում և այլն) և ներթափանցման դեպքում՝ ոչնչացում:

238. Ուտիճներ և շեկ մրջյուններ նկատելու դեպքում կատարվում են միջատասպան միջոցառումներ բաժանմունքի բոլոր սենյակներում միաժամանակ կամ ըստ հարկաբաժինների, 1-3 օր ընդմիջումներով: Ուտիճների դեմ օգտագործվում են սուր և մնացորդային ազդեցության միջատասպան նյութեր, իսկ շեկ մրջյունների դեմ՝ միջատասպան գրավչանյութեր:

239. Մոծակների՝ հիվանդասենյակներ ներթափանցելու հնարավորության սահմանափակում դռների, պատուհանների, օդանցքների մանրավանդակ ցանցով ցանցապատման միջոցով:

240. Անհրաժեշտության դեպքում հիվանդանոցում և դրա տարածքում անց են կացվում նաև կրծողների ոչնչացման միջոցառումներ:

Գ Լ ՈՒ Խ 23

ԱՂՆԱԿԱԿԱՆ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԸՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԱՇԽԱՏԱՆՔԻ ԸՆԴՈՒՄՆԵՐ

241. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցներ (բաժանմունքներ) աշխատանքի են ընդունվում 18 տարին լրացած անձինք:

242. Հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցի (բաժանմունք) աշխատանքի ընդունվողները և հետագայում աշխատողները անցնում են բժշկական զննություն՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի մարտի 27-ի «Առողջական վիճակի պարտադիր նախնական (աշխատանքի ընդունվելիս) և պարբերական բժշկական զննության կարգը, գործունեության ոլորտների, որոնցում զբաղված անձինք ենթակա են առողջական վիճակի պարտադիր բժշկական զննության, և բժշկական զննության ծավալի ու հաճախականությունների ցանկը և անձնական սանիտարական (բժշկական) գրքույկի ու բժշկական զննության ենթակա անձանց անվանացուցակի ձևերը հաստատելու մասին» N 347-Ն որոշման:

243. Աշխատանքի նոր ընդունվողի մոտ ախտածին մանրէների վարակակրություն և մակաբուժակրություն հայտնաբերելու դեպքում, նրա բուժումը և աշխատանքի ընդունումը կատարվում է սահմանված կարգով:

244. Աշխատանքի նոր ընդունվողներին կատարվում է նախնական հրահանգավորում աշխատանքի պաշտպանության հարցերի և նրանց պարտականությունների մասին, իսկ կրտսեր բուժանձնակազմի հետ անց է կացվում տեխնուսցում հիվանդասենյակներում և բաժիններում աշխատելու համար նվազագույն գիտելիքներ ուսուցանելու նպատակով:

245. Աշխատանքի նոր ընդունվող անձնակազմին մատչելի ձևով բացատրվում է հակատուբերկուլոգային հիվանդանոցում և բաժանմունքում աշխատանքի առանձնահատկությունների, անհատական պաշտպանության և անձնական հիգիենայի կանոնների, սանիտարահիգիենիկ ռեժիմի, ներքին կարգուկանոնի պահպանման մասին:

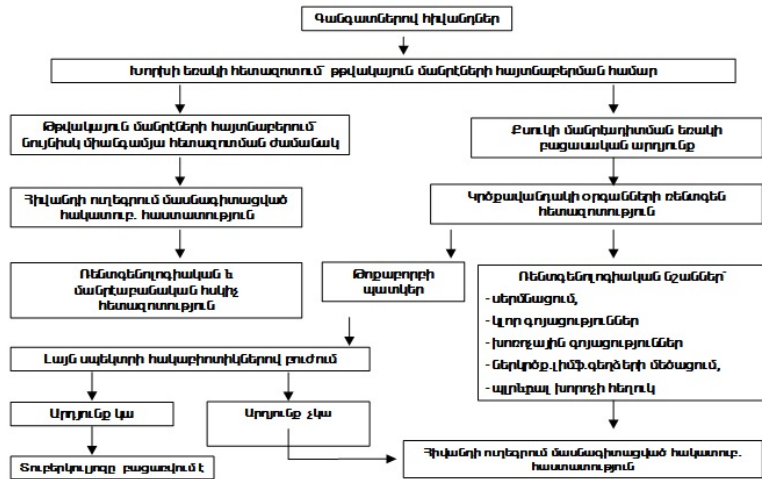
246. Հետագայում՝ 6 ամիսը մեկ անգամ անցկացվում է կրկնահարահանգավորում անձնական կանխարգելիչ և տեխնիկական անվտանգության կանոնների վերաբերյալ: Հրահանգավորումը կատարվում է բաժանմունքի, կաբինետի կամ աշխատանքային տեղամասի ղեկավարների կողմից: Հրահանգավորման իրականացման մասին կազմվում է արձանագրություն և պահպանվում ղեկավարի մոտ:

Հավելված 1

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ՎՈՐ ՀԱՅՏԱԲԵՐՄԱՆ ԱԼԳՈՐԻԹՄ

Բուժականխարգելիչ կազմակերպություն դիմած, տուբերկուլոզին բնորոշ գանգատներով յուրաքանչյուր անձի անհրաժեշտ հետազոտությունների կազմակերպումն իրականացվում է ըստ ստորև ներկայացված ալգորիթմի.

Հայաստանում տուբերկուլոզի հայտնաբերման ստանդարտ



Հավելված 2

ԴԵՊՔԻ ԱՏԱՆԿԱՐՏ ՍԱՀՄԱՆՈՒՄ

Կասկածելի դեպք Ախտորոշման կլինիկական չափանիշ

Թոքային տուբերկուլոզ 2 և ավելի շաբաթ անգուսպ և տանջալից հազով դեպք, որն ուղեկցվում է ստորև նշված մեկ կամ ավելի ախտանշաններով

- խորխարտադրություն
- քաշի կորուստ
- արյունախիտում
- ջերմություն
- հոգևածության զգացում
- գիշերային քրտնարտադրություն
- կրծքավանդակի ցավ՝ հազալու կամ շնչելու ժամանակ
- մակերեսային շնչառություն
- ախորժակի կորուստ:

Արտաթոքային տուբերկուլոզ

- քաշի կորուստ
- ջերմություն
- գիշերային քրտնարտադրություն
- այլ ախտանշաններ՝ կախված ախտահարված օրգաններից:

Հավանական դեպք

Կասկածելի դեպքն է՝ գումարած

Ախտորոշման համաճարակաբանական չափանիշ

Շփում մանրէազատող տուբերկուլոզով հիվանդի հետ (կոնտակտավոր՝ ընտանիքում, մասնագիտական ոլորտում և այլն):

Ինչպես նաև կլինիկական ախտորոշման չափանիշին գումարած հետևյալ փաստերից որևէ մեկի առկայությունը.

- 1) դրական թթվակայուն մանրէների առկայությամբ քսուք,
- 2) տուբերկուլինային մաշկային թեստի դրական արդյունք,
- 3) կրծքավանդակի ոչ նորմալ, փոփոխված ռենտգեն պատկեր:

Հաստատված դեպք

Կասկածելի կամ հավանական դեպքն է՝ գումարած լաբորատոր

հաստատումը Ախտորոշման լաբորատոր չափանիշ

● Թթվակայուն միկոբակտերիաների հայտնաբերում մանրէադիտման և/կամ ցանքսի միջոցով:

Վերջնական ախտորոշում

● Թթվակայուն միկոբակտերիաների հայտնաբերում ցանքսի միջոցով (երկրում մեթոդի ներդրումից հետո):

Դեպքի դասակարգում

1) Ըստ գործընթացի տեղակայման

ա) Թոքային տուբերկուլոզ

Թոքային տուբերկուլոզ դրական քսուքով.

● Հիվանդ, որի մոտ խորխի սկզբնական առնվազն երկու

հետազոտությունը (անմիջական մանրէադիտում) թթվակայուն մանրէների նկատմամբ եղել են դրական

● Հիվանդ, որն ունի քսուքի մեկ դրական պատասխան և թոքերի ակտիվ տուբերկուլոզի նկարագրին համապատասխան ռենտգենաբանական փոփոխություններ

● Հիվանդ՝ քսուքի մեկ դրական արդյունքով և մանրէաբանական հետազոտության դրական արդյունքով:

Թոքային տուբերկուլոզ բացասական քսուքով.

● Հիվանդ, որի մոտ 2 անգամ կատարված խորխի եռանվագ հետազոտությունների արդյունքում յուրաքանչյուր անգամ առնվազն 2 նմուշ բացասական են եղել թթվակայուն մանրէների նկատմամբ, առկա են թոքային տուբերկուլոզին բնորոշ ռենտգենաբանական փոփոխություններ, մեկշաբաթյա լայն ազդեցության հակամանրէային բուժման արդյունքում կլինիկական պատասխանի բացակայություն, բուժող բժշկի որոշում՝ հակատուբերկուլոզային քիմիոթերապիայի լրիվ կուրս նշանակելու մասին,

● Հիվանդ, կլինիկական ծանր ընթացքով, որի մոտ առնվազն 2 նմուշ թթվակայուն մանրէների նկատմամբ բացասական են եղել, առկա են թոքային տուբերկուլոզին բնորոշ տարածուն ռենտգենաբանական փոփոխություններ (ինտերստիցիալ կամ միլիար), բուժող բժշկի որոշում՝ հակատուբերկուլոզային քիմիոթերապիայի լրիվ կուրս նշանակելու մասին,

● Հիվանդ, որի մոտ խորխի սկզբնական հետազոտությունները բացասական են եղել թթվակայուն բացիլների նկատմամբ, բայց խորխի սկզբնական մանրէաբանական հետազոտությունները դրական են:

բ) Արտաթոքային տուբերկուլոզ

● Տարբեր օրգանների տուբերկուլոզ (բացառությամբ թոքերի)՝ թոքանձի, ավշային հանգույցների, որովայնի, միզասեռական օրգանների, մաշկի, հոդերի և ոսկորների տուբերկուլոզ, տուբերկուլոզային մենինգիտ և այլն

● Ախտորոշվում է արտաթոքային տեղակայման տուբերկուլոզի զանգվածից վերցված նմուշի մանրէաբանական հետազոտության 1 դրական արդյունքի հիման վրա կամ հյուսվածքաբանական կամ արտաթոքային տուբերկուլոզին բնորոշ կլինիկական ախտանշանների հիման վրա և առկա է բուժող բժշկի որոշում՝ հակատուբերկուլոզային քիմիաթերապիայի լրիվ կուրս նշանակելու մասին

● Հիվանդ, որի մոտ ախտորոշվել է և՛ թոքային, և՛ արտաթոքային տուբերկուլոզ, պետք է դասակարգվի որպես թոքային տուբերկուլոզ:

2) Ըստ դեպքի տեսակի

Նոր դեպք

Հիվանդ, ով երբեք չի բուժվել տուբերկուլոզի կապակցությամբ կամ ընդունել է հակատուբերկուլոզային դեղամիջոցներ 4 շաբաթից ոչ ավելի:

Ախտադարձ դեպք (ռեցիդիվ)

Ներկայումս հիվանդ մանրէադիտման կամ ցանքսի դրական արդյունքով, ով նախկինում (խորխի դրական կամ բացասական արդյունքով) ընդունել է քիմիաթերապիայի լրիվ կուրս կամ ճանաչվել է որպես տուբերկուլոզից բուժված, սակայն հետագայում դարձել է մանրէազատ:

Բուժման անբարեհաջող ելքով դեպք

Նախկինում խորխի դրական քսուքով հիվանդ, ով դեռևս բուժման կուրս է ստանում, բայց բուժումից 5 ամիս և ավելի ուշ ժամանակահատվածում մնում է կամ նորից դառնում է մանրէազատ: Բուժման անբարեհաջող ելք է համարվում նաև բուժման սկզբում բացասական քսուքով տուբերկուլոզի դեպքը, որը բուժման 2-րդ ամսից կամ ավելի հետո դառնում է դրական քսուքով: Այս հիվանդները ստանում են կրկնակի սխեմայով բուժում:

Ռեցիդիվ խախտումով դեպք (բուժումն ընդհատած 2 և ավելի ամիս)

Հիվանդ, ով առնվազն 4 շաբաթ ընդունել է հակատուբերկուլոզային բուժում, սակայն ինքնակամ ընդհատել է այն 2 և ավելի ամիս տևողությամբ, ապա նորից խորխի դրական քսուքի արդյունքում սկսել է բուժումը:

Տեղափոխված դեպք (մուտք արված)

Հիվանդ, ով տեղափոխվել է տվյալ հակատուբերկուլոզային կազմակերպության՝ բուժումը շարունակելու համար և մինչ այդ հաշվարկված է եղել մեկ այլ հակատուբերկուլոզային կազմակերպությունում (ներառյալ քրեակատարողական հիմնարկներից վերադարձած և հակատուբերկուլոզային ստացիոնարի հոգեբուժական բաժանմունքից դուրսգրված):

Այլ դեպքեր

Դեպքեր, որոնք չեն համապատասխանում վերոհիշյալ սահմանումներին և մանրէադիտման արդյունքը խորխ բացասական է՝ ներառյալ քրոնիկ հիվանդները, որոնք մոտ միկոբակտերիաները շարունակում են արտազատել բուժման երկրորդ կուրսն ավարտելուց հետո:

Դեպքերի տեսակներն ըստ բուժման արդյունքների

Բուժված դեպք

Բացասական քսուքով հիվանդ, որը եղել է քսուք դրական (առաջնակի կամ կրկնակի) և բուժման վերջին ամսում և առնվազն մեկ անգամ բուժման ընթացքում եղել է քսուք բացասական:

Բուժումն ավարտած դեպք

- Քսուք-դրական հիվանդ (առաջնակի, կրկնակի), որը ստացել է ամբողջական բուժում, սակայն չի համապատասխանում «բուժված» կամ «բուժման անբարեհաջող ելքով» չափանիշներին՝ բուժման վերջում ունի խորխի միայն մեկ բացասական պատասխան, ինչպես նաև քսուք-բացասական հիվանդ (առաջնակի, կրկնակի), որը ստացել է ամբողջական բուժում և բուժման ինտենսիվ փուլի ավարտին խորխը մնացել է բացասական:

Բուժման անբարեհաջող ելքով դեպք

Նախկինում խորխի մանրէազատումով հիվանդ, ով դեռևս բուժման կուրս է ստանում, բայց բուժումից 5 ամիս և ավելի ուշ ժամանակահատվածում մնում է կամ նորից դառնում է մանրէազատ: Բուժման անբարեհաջող ելք է համարվում նաև բուժման սկզբում բացասական քսուքով տուբերկուլոզի դեպքը, որը բուժման 2-րդ կամ ավելի ամսից դառնում է դրական քսուքով:

Մահացած դեպք

Բուժման ընթացքում ցանկացած պատճառից մահացած տուբերկուլոզով հիվանդ:

Ռեժիմի խախտումով դեպք (բուժումն ընդհատած 2 և ավելի ամիս)

Հիվանդ, ով առնվազն 4 շաբաթ ընդունել է հակատուբերկուլոզային բուժում, սակայն ընդհատել է այն 2 և ավելի ամիս տևողությամբ, ապա նորից խորխի դրական քսուքի արդյունքում սկսել է բուժումը:

Տեղափոխված դեպք (ելք արված)

Հիվանդ, ով տեղափոխվել է մեկ հակատուբերկուլոզային կազմակերպությունից այլ կազմակերպություն և որի բուժման արդյունքներն հայտնի են:

զ) Ըստ բուժման կարգույթի (կատեգորիայի)

Կատեգորիա 1 կամ 3 - առաջնակի հայտնաբերված դեպքեր, ա) 1-ի կատեգորիայում ընդգրկվում են՝

- բոլոր առաջնակի մանրէազատող հիվանդները,
- թոքային ոչ մանրէազատող և արտաթոքային տուբերկուլոզի արտահայտված ձևերը

բ) 3-րդ կատեգորիայում ընդգրկվում են՝

- թոքային (առանց մանրէազատման) և արտաթոքային տուբերկուլոզի փոքր ձևերը:

Կատեգորիա 2 - կրկնակի բուժվող բոլոր դեպքերը (թոքային և արտաթոքային):

Կատեգորիա 4 - Բազմադեղորայքակայուն տուբերկուլոզով հիվանդները: (Այս հիվանդները պետք է ունենան առանձին «Կատեգորիա 4» բուժման քարտ և գրանցվեն առանձին Կատեգորիա 4-ի հաշվառման մատյանում):

Հավելված 3

ՏՈՒՐԵՐԿՈՒԼԻՆԱՅԻՆ ՄԱՇԿԱՑԻՆ ՓՈՐՁ

Մանթուի մաշկային փորձը դրվում է նստած դիրքում, նախաբազկի ներսային մակերեսում ներմաշկային՝ նախապես մշակելով 70° սպիրտով: Ասեղի կտրվածքը դեպի վեր մտցվում է մաշկի վերի շերտերի մեջզուգահեռ մակերեսին: Կտրվածքի մաշկի մեջ մտցնելու պես ներմուծվում է 0.1 մլ տուբերկուլինի լուծույթ: Ճիշտ ներմուծման դեպքում ներմուծման տեղում առաջանում է ոչ մեծ 7-8 մմ սպիտակ գույնի «լիմոնի կեղևի» տեսքով:

Փորձի արդյունքը գնահատվում է 72 ժամ հետո՝ քանոնով չափվում և գրանցվում է ձեռքի առանցքին ուղղահայաց ուղղությամբ ինֆիլտրատի չափերը միլիմետրերով: Արգելվում է օգտվել ջերմաչափի, միլիմետրային թղթի ռենտգենյան ժապավենի քանոնների սանդղակից:

Ռեակցիան գնահատվում է բացասական (չկա պապուլա կամ հիպերեմիա, ներարկման տեղում ծակելու ռեակցիա՝ 0-1 մմ), կասկածելի (2-4 մմ պապուլա, ինֆիլտրատի բացակայությամբ ցանկացած չափի հիպերեմիա) կամ դրական (5 մմ-ից ավելի պապուլա կամ վեզիկուլա, լիմֆանոզիտ կամ նեկրոզ անկախ ինֆիլտրատի չափից): Դրական ռեակցիան համարվում է թույլ դրական (5-9 մմ պապուլա), միջին ինտենսիվությամբ (10-14 մմ պապուլա), արտահայտված (15-16 մմ պապուլա), հիպերերզիկ (17 մմ-ից ավելի պապուլա, վեզիկուլա, նեկրոզ, լիմֆանոզիտ):

1. Կեղծ դրական տուբերկուլինային մաշկային փորձ - կարող է լինել ոչ տուբերկուլոզային միկոբակտերիաներով վարակը և ԲՅԺ պատվաստումը: Տուբերկուլոզային վարակի մասին են վկայում ներքոհիշյալ պատճառները՝

- մեծ չափերով ռեակցիան,
- երկար ժամանակամիջոց է անցել ԲՅԺ պատվաստումից հետո,
- անձը վերադարձել է տուբերկուլոզի առումով անբարենպաստ տարածքներից,
- անձը շփվել է վարակիչ տուբերկուլոզով հիվանդի հետ,
- ընտանիքի որևէ անդամի մոտ երբևէ արձանագրվել է տուբերկուլոզ հիվանդություն:

Կեղծ բացասական տուբերկուլինային մաշկային փորձ - կեղծ բացասական ռեակցիայի պատճառ կարող են լինել աներզիան (ՄԻՎՎ վարակակիրներ, քաղցկեղով և թույլ իմունային համակարգով այլ անձինք, տուբերկուլոզով թարմ վարակվածությունը): Այսպիսի անձինք ենթարկվում են կրկնակի փորձավորման տուբերկուլոզի ազդեցությունից 10 շաբաթ հետո:

1) վաղ մանկական տարիք (6 ամսականից փոքր): Ենթակա են կրկնակի փորձավորման 6 ամսականից և տուբերկուլոզային ազդեցությունից 10 շաբաթ հետո:

Հավելված 4

1. **(կեսն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)**
 2. Ընթացիկ ախտահանումը կատարում են մայրապետները բժշկի կամ բուժքրոջ հսկողությամբ, հիվանդների ստացիոնարում գտնվելու ամբողջ ժամանակաընթացքում, իսկ եզրափակիչ ախտահանումը՝ հիվանդասենյակից հիվանդների դուրս գրվելուց, ինչպես նաև ընթացիկ վերանորոգումից ու հիվանդասենյակների վերամասնագիտացումից հետո: Կատարում է հիվանդանոցի կամ բաժանմունքի անձնակազմը:
 3. Հիվանդասենյակներում, միջանցքներում և այլ սենյակներում կատարվում է ամենօրյա խոնավ մաքրում (հատակը, կահույքը, ջեռուցման սարքերը և այլն) օրը 2 անգամ՝ օգտագործելով ախտահանիչ լուծույթներ: Բաժանմունքներում և հիվանդասենյակներում ընդհանուր և հիմնական մաքրումը կատարում են 7-10 օրը մեկ անգամ: Ախտահանիչ լուծույթով մաքրում են հատակը, դռները, պատուհանները, այլ առարկաները և մակերեսները: Հիվանդասենյակների մաքրումն իրականացվում է հիվանդների բացակայության պայմաններում: Ամենօրյա և հիմնական ծավալուն մաքրումը կատարվում է հատկապես բժշկական միջամտությունների սենյակներում:
 4. Հիվանդասենյակները և միջանցքները մաքրելու համար նախատեսված մակնշված մաքրման գույքը (դույլ, լաթ, սպունգ և այլն) ախտահանվում են առանձին:
 5. Վարակիչ հիվանդների բաժանմունքներում ախտահանման աշխատանքներն իրականացնող անձնակազմը կրում է դիմակ:
 6. Հիվանդների խնամքի առարկաներն ու իրերն ախտահանվում են յուրաքանչյուր օգտագործումից հետո:
 7. Կեղտոտ սպիտակեղենն ամեն օր հավաքվում է կափարիչով բացի կամ դույլի մեջ, տեղափոխվում արտաձիգ օդափոխություն ունեցող սենյակ, ուր պահվում է տարրողությունների մեջ, ապա տեսակավորվում և ուղարկվում է վաքքատուն, որից հետո սենյակը մաքրվում է և ախտահանվում ախտահանիչ լուծույթով:
 8. Արտաթորանքներով աղտոտված սպիտակեղենն ախտահանվում է անմիջապես բաժանմունքում, առանձին տարրողությունների մեջ, որից հետո թաց վիճակում տեղավորվում են պարկերի մեջ և ուղարկվում հիվանդանոցի վաքքատուն, որտեղ առանձին վաքվում է յուրաքանչյուր բաժանմունքի սպիտակեղենը, դրանց համար սահմանված ժամանակացույցով: Բազմապրոֆիլ հիվանդանոցների բաժանմունքներում սպիտակեղենի ախտահանման համար անհրաժեշտ սենյակ չլինելու դեպքում, թույլատրվում է սպիտակեղենի ախտահանումը կատարել անմիջապես հիվանդանոցի վաքքատանը՝ եռացնելով կամ ախտահանիչ լուծույթի մեջ ընկղմելով: Սպիտակեղենի ախտահանումից հետո վաքքատան սենյակն ախտահանվում է:
 9. Կեղտոտ և մաքուր սպիտակեղենի տեղափոխումը կատարվում է առանձին: Կեղտոտ սպիտակեղենի տեղափոխման համար փոխադրամիջոցի առկայության դեպքում այն ախտահանվում է հիվանդանոցի ախտահանողի կամ վարակիչ բաժանմունքի հերթապահ մայրապետի կողմից, որի մասին կատարվում է գրանցում համապատասխան մատյանում:
 10. Խաղալիքներն ախտահանվում են ամեն օր, հատուկ պիտակավորված ամանի մեջ եռացնելով և ախտահանիչ լուծույթով: Մանկական բաժանմունքում թույլատրվում է օգտագործել միայն նոր խաղալիքներ, որոնք պատրաստված են ռետինից, պլաստմասսայից կամ փայտից և հեշտ վաքվում ու ախտահանվում են: Խաղալիքներն առանց նախնական ախտահանման չեն վերադարձվում ծնողներին, հարազատներին և այդ մասին նախօրոք տեղյակ է պահվում նրանց:
 11. Ձեռքերի ախտահանման հիմնական եղանակը հոսող տաք ջրով և օճառով կրկնակի վաքումն է: Ձեռքերը չորացվում են ամեն օր փոխվող անհատական սրբիչով: Ձեռքերը, խիստ կեղտոտող բոլոր միջամտություններից հետո, սրբում են քլորամիսի 0,5%-անոց լուծույթով թրջած բամբակյա վիրախձուձով (տամպոնով), հետո վանում ձեռքի օճառով: Հատուկ ուշադրություն են դարձվում եղունգատակերի վրա, եղունգները հաճախ կտրվում են:
(12-17-րդ կետերն ուժը կորցրել են 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 1

ՏԱՐԲԵՐ ԱՌԱՐԿԱՆԵՐԻ, ԻՐԵՐԻ ԵՎ ՄԱԿԵՐԵՍԵՐԻ ԱՏՏԱԶՆՈՒՄԸ ՄԱՆԿԱԲԱՐՁԱԿԱՆ ԱՏԱՅԻՆԱՐԱՐՆԵՐՈՒՄ
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 2

ՀԻՎԱՆԴԱՆՈՒՄԻ ԽՆԱՄԻ ԱՌԱՐԿԱՆԵՐԻ, ՍԱՐԹԵՐԻ ԵՎ ՍԱՐՔԱՎՈՐՈՒՄՆԵՐԻ ԱՏՏԱԶՆՈՒՄ
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 3

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ԱՆՁՆԱԿԱԶՄԻ ՁԵՌՔԵՐԻ, ՎԻՐԱԶԱՏԱԿԱՆ ԵՎ ՆԵՐԱՐԿՄԱՆ ԴՈՇՏԵՐԻ ԵՎ ԱՅԼՆԻ ՎԱՐԱԿԱԶԵՐԾՄԱՆ ՄԱՇԿԱՅԻՆ ՀԱԿԱՆԵՍԻՉՆԵՐ
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 4

ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅԱՆ ԳՈՐԾԻՔԵՐԻ, ԱՌԱՐԿԱՆԵՐԻ ԱՏՏԱԶՆՈՒՄ
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 5

ԼՈՒԾՈՒՅԹԻ ԴԱՏՐԱՍՏՈՒՄ
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 6

ԳՈՐԾԻՔԵՐԻ ՆԱԽԱՄԱՆՐԵՎԱԶԵՐՈՒՄԱՅԻՆ ՄԵԿՎՈՒՄ ՁԵՌՔՈՎ
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 7

ՆԱԽԱՄԱՆՐԵՎԱԶԵՐՈՒՄԱՅԻՆ ՄԱՔՐՈՒՄ ՈՒՆԵՐԱԶԱՅՆԻ ՕԳՏԱԳՈՐԾՄԱՄԲ
(աղյուսակն ուժը կորցրել են 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 8

ՄԱՆՐԵՎԱԶԵՐԾՄԱՆ ԳՈՒՈՐՇԱՅԻՆ ՄԵԹՈՂ (ԶՐԱՅԻՆ ՀԱԳԵՑԱԾ ԳՈՒՈՐՇԻ, ՃՆՇՄԱՆ ՏԱԿ)
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 9

ՄԱՆՐԵՎԱԶԵՐԾՄԱՆ ՕՂԱՅԻՆ ՄԵԹՈՂ (ՉՈՐ ՏԱՔ ՕՂ)
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

ԱՅՈՒՄԱԿ 10

ՄԱՆՐԵՎԱԶԵՐԾՄԱՆ ՔԻՄԻԱԿԱՆ ՄԵԹՈՂ
(քիմիական պատրաստուկների)
(աղյուսակն ուժը կորցրել է 05.04.16 N 11-Ն)

Հավելված 5

ՇՓՄԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅԱՆ ԿԱԶՄԱԿԵՐԴՄԱՆ ԱՐՅՈՒՄԱԿ` ԸՍՏ ԱՌԱՋԱԿԵՐԹՈՒԹՅԱՆ

Տեսուհարում	Լեռնաշենքում	Գործողություն	Արտափոխություն
-------------	--------------	---------------	----------------

Ստիպանքներ	Շահաբաժնույթյուն	Խրոխորություն	Անաջատարություն
Թողնալին	խորիք քսուք + ցանքս +	իրականացնել շփման հետազոտություն	բարձր
Թողնալին	խորիք քսուք + ցանքս` ընթացքի մեջ	իրականացնել շփման հետազոտություն (եթե ցանքսը SF չէ և կլինիկորեն բացառվում է SF, դադարեցնել)*	բարձր
Թողնալին	խորիք քսուք - ցանքս` +	իրականացնել շփման հետազոտություն **	ավելի ցածր, քան խորիք+
Թողնալին	խորիք քսուք - ցանքս` ընթացքի մեջ	իրականացնել շփման հետազոտություն, եթե կա խիստ կասկած (եթե ցանքսը SF չէ և կլինիկորեն բացառվում է SF, դադարեցնել) ***	ավելի ցածր, քան խորիք+
Թողնալին	խորիք քսուք - ցանքս` -	չիրականացնել շփման հետազոտություն, եթե SF-ն բացառվում է	ցածր, եթե «կլինիկական SF» է
Արտաթողնալին		Թողնալին SF-ն ժխտված է	Չի իրականացվում

* SF հիվանդությամբ մանկահասակ երեխաները հազվադեպ են լինում մանրեզագատ, և շփման հետազոտություն նրանց համար չի իրականացվում: Սակայն թողնալին SF հիվանդությամբ մանկահասակ երեխաները պետք է գնահատվեն վարակելիության համար և շփման հետազոտությունը կարող է արդարացվել որոշակի պայմաններում:

** Շփման հետազոտությունը չի իրականացվում ոչ տուբերկուլոզային միկոբակտերիաների կողմից հարուցված հիվանդության դեպքում:

*** Խիստ կլինիկական կասկածը վերաբերում է հիվանդին, ով ունի ախտանշաններ և SF հիվանդության կայուն ռենտգենաբանական հայտնաբերումներ (և չկան այլ ախտորոշումներ` հաշվի առնելով այդ հայտնաբերումները):

Հավելված 6

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈԶԻ ԴԵԴՔԻ ՀԱՄԱՃԱՐԱԿԱԲԱՆԱԿԱՆ ՀԵՏԱՉՈՏՄԱՆ ԶԱՐԿ

1. Մարզ _____ Տարածաշրջան _____
2. Նույնականացման համար _____
3. Շտապ հաղորդման ստացման ամսաթիվ _____
4. Շտապ հաղորդում ուղարկող ԲԿԿ-ի անվանում _____
5. Համաճարակաբանական հետազոտության ամսաթիվ _____

I. Ը ն դ հ ա ն ու թ տ վ յ ա լ ն ե թ

1. Հիվանդի ազգանուն, անուն, հայրանուն _____
2. Տարիք (միևնույն 2 տարեկան երեխաների համար նշել ծննդյան թիվ, ամիս, օր) _____
3. Սեռ _____
4. Հիվանդը տեղացի է, եկվոր է (ընդգծել) _____
5. Որտեղից է ժամանել, ամսաթիվ _____
6. Բնակավայրի հասցե _____
մարզ, տարածք, բնակավայր
7. Աշխատանքի վայր (երեխաների համար` մանկական նախադպրոցական կազմակերպության կամ դպրոցի անվանում) _____
8. Մասնագիտություն _____
9. Վերջին հաճախման ամսաթիվ _____
10. Հիվանդության սկիզբ, ամսաթիվ _____
11. Առաջնակի դիմած ԲԿԿ-ի անվանում և ամսաթիվ _____
12. Հիվանդանոց ուղարկելու ամսաթիվ և բժշկի ազգանուն _____
13. Հոսպիտալացման ամսաթիվ և վայր _____
14. Հոսպիտալացման փոխադրամիջոց _____
15. Կլինիկական ախտորոշումն ընդունման ժամանակ _____
16. Հիվանդի գանգատներ _____
17. Հիվանդության վերջնական ախտորոշում և ելք (բուժված, մահացած), ամսաթիվ _____

II. Հ ի վ ա ն դ ու թ յ ա ն պ ա տ մ ու թ յ ու ն

- Հիվանդության պատմության համար _____
1. Ախտանշաններ (ընդգծել)
 - Խորիքարտադրություն
 - Զաշի կորուստ
 - Արյունախիտում
 - Ջերմություն
 - Ընդհանուր թուլություն
 - Գիշերային քրտնարտադրություն
 - Կրծքավանդակի ցավեր
 - Շնչափողոցային

- Ախորժակի կորուստ
- 2. Բուժման սկիզբ, ամսաթիվ _____
- 3. Բուժման կատեգորիա՝ I, II, III _____
- 4. Բուժման ռեժիմ _____
- Սկզբնական փուլ _____
- Պահպանողական փուլ _____
- 5. Հիվանդը դուրս է եկել արդյոք հանրապետությունից (բնակավայրից) մինչև հիվանդանալը (այո, ոչ, անհայտ է) (ընդգծել)
- 6. Եթե այո, մեկնելու ամսաթիվ _____ վայր _____ տևողությունը _____:
- 7. Հիվանդն ունի՞ արդյոք հետազոտության համար մատչելի պատվաստման քարտ (այո, ոչ, անհայտ է) (ընդգծել)

Տվյալներ պատվաստման մասին

ԲՏԺ պատվաստանյութի դեղաչափեր			
Դեղաչափ	I	II	III
Նկատառում՝ 7 տարեկան երեխաների համար հետպատվաստումային սպիի առկայություն			
Ամսաթիվ			
ԲՏԺ պատվաստանյութի սերիան			

- Դեպքի դասակարգում՝ նշել
- 1) Թոքային դեպք
 - Թոքային նոր դեպք՝ դրական քսուքով
 - Թոքային նոր դեպք՝ բացասական քսուքով
 - Ախտադարձ
 - Բուժման անբարեհաջող ելք
 - Ռեժիմի խախտումով
 - Տեղափոխված (մուտք արված)
 - Այլ դեպք
 - 2) Արտաթոքային դեպք

III. Լ ա բ ո ղ ա տ ո ղ ի հ ե տ ա զ ո տ ու թ յ ու ն ն ե ռ

1. Խորիխի բակտերիոսկոպիա	Ամսաթիվ	Արդյունքներ
1.1 Խորիխի 1-ին հետազոտություն		
1.2 Խորիխի 2-րդ հետազոտություն		
1.3 Խորիխի 3-րդ հետազոտություն		
2. Նմուշի ցանքս		
2.1 Չգայունությունը հակատուբերկուլոզային դեղամիջոցների նկատմամբ		
Իզոնիազիդ		
Ռիֆամպիցին		
Պիրազինամիդ		
Էթամբուտոլ		
Ստրեպտոմիցին		
Այլ՝ նշել		
3. Ռենտգենաբանական հետազոտություն		
4. Տուբերկուլինային մաշկային թեսթ		
5. Այլ հետազոտություններ (մեզ և այլն)		

IV. Օ ջ ա խ ի ն կ ա ղ ա գ ռ ու թ յ ու ն

1. Բնակարանային պայմաններ (ընդհանուր բնակարան, առանձնատուն, հանրակացարան, վարձով բնակարան և այլն)՝ նշել _____

2. Կոնտակտավորների թիվ _____

3. Հիվանդացման դեպքեր մանկական նախադպրոցական կազմակերպությունում (դպրոց) անվանում _____ դեպքերի թիվ _____ քանի խումբ (դասարան) է ընդգրկվել _____ խմբում (դասարան) եղած երեխաների թվաքանակը _____

V. Վ ա ղ ա կ ի ա ղ թ յ ու ղ, ն պ ա ս տ ո ղ գ ո ղ ծ ո ն ն ե ռ

1. Վարակի հավանական աղբյուր (ազգանուն, անուն, հայրանուն) _____

2. Հասցե _____

3. Երբ է հիվանդացել (ամսաթիվ) _____

4. Նույնականացման համար/տուբերկուլոզի հաշվառման համար _____

5. Շփման ամսաթիվ և վայր _____

6. Ախտորոշում _____

Ռիսկի գործոններ (շնչառական օրգանների հաճախ կրկնվող սուր և քրոնիկ բորբոքումներ, շաքարախտ, ստամոքսի և տասներկուամատնյա աղու խոցային հիվանդություն, հարբեցողություն, թմրամոլություն, հոգեկան հիվանդություն և այլն)՝ _____

1. Օջախում ձեռնարկվող միջոցառումներ

Հսկողություն օջախում հիվանդի հետ շփում ունեցող անձանց կատարմամբ

Ազգանուն, հայրանուն	Տարիք	Հասցե	Աշխատանքի վայր, պաշտոն (մանկական կազմակերպություն)	Պատվաստումային կարգավիճակ	Լաբորատոր հետազոտության ամսաթիվ և արդյունք	Իրականացված միջոցառումներ (ֆյուլորոզրաֆիա, ռենտգեն, քիմիական խարգելում, տուբերկուլիային թեսթ և այլն)	Ի հոտարկման ժամկետ	Ի հոտարկման արդյունք

1. Պահպանողական փուլի ավարտին դեպքի վերջնական դասակարգում՝ ըստ բուժման արդյունքների (նշել)

1. Բուժված
2. Բուժումն ավարտած
3. Բուժման անբարեհաջող ելք
4. Մահացած
5. Ռեժիմի խախտումով
6. Տեղափոխված (ելք արված)
7. Տուբերկուլոզը ժխտված

Լրացուցիչ տեղեկատվություն

Եզրակացություն _____

Հետազոտություն կատարող համաճարակաբան

(անուն, ազգանուն, ստորագրություն)

Հավելված 7

ՀԱՎԱՏՈՒԲԵՐԿՈՒՈՂՈՉՅՒՆ ԱՏԱՅԻՈՒՆՈՒՆԵՐԻ ԸՆԴՈՒՆԱՐԱՆԻ ՀԱՄԱՐ ԱՌԱՋԱՐԿՎՈՂ ՍԵՆՔԵՐԻ ԿԱՉՍԸ ԵՎ ՄԱԿԵՐԵՍՆԵՐԸ

Սենքեր	Մակերեսը (մ²) ըստ հիվանդանոցի մահճակալների թվի	
	մինչև 100	101-200
1. Նախասրահ-սպասարահ	12	18
2. սանհանգույց նախասրահում	3	3
3. տեղեկատվական	6	6
4. Հիվանդի իրերի ժամանակավոր պահպանման սենք	-	4
5. Սանթոդարան՝ ցնցուղարան հանդերձարանով	12	12
5. Դիտողական առանց զինեկոլոգիական բազկաթռոխի	12	12
6. Անձնակազմի զուգարան	-	3
7. Անձնակազմի սենք	-	8
8. Մաքուր սպիտակեղենի պահպանման սենք	4	4
9. Անձնակազմի սանթոդարան	4	4
ա/ Տնային և աշխատանքային արտահագուստի զգեստապահարան	3	3
բ/ Ցնցուղարան-հանդերձարանով		
10. Ինֆեկցված սպիտակեղենի և անկողնային պարագաների ժամանակավոր պահպանման սենք (ընդունարանից դեպի դուրս առանձին մուտքով)	4	4
11. Ընդունման-դիտողական բոքս	16	16

Հակատուբերկուլոզային հիվանդանոցի հիվանդասենյակային բաժանմունքի առաջարկվող սենքերի կազմը և մակերեսները

Հիվանդասենյակային բաժանմունք	1 մահճակալի մակերեսը մ²
Բժշկի աշխատասենյակ	
Բաժնի վարիչի սենյակ	
Հերթապահ բուժքրոջ կետ	10
Քույր-տնտեսուհու սենք	12
Ավագ բուժքրոջ սենյակ՝ դեղորայքի պահման տեղով	6
Միջամտությունների սենյակ	10+6
Անձնակազմի սանթոդարան և աշխատանքային հագուստի պահարան	12
Անձնակազմի անձնական հիգիենայի սենք	12
Անձնակազմի սենք	1 մ² 1 հոգու համար, բայց ոչ պակաս 6 մ²
Բուֆետ	18
Մաքրման պարագաների և ախտահանիչ կյուլթերի պահման սենք	10
Կեղտոտ սպիտակեղենի տեսակավորման և	12

Ժամանակակից սպիտակեղենի կազմում	4
Պետքանոթների վազման, վարակազերծման, մոմաթաների վազման և չորացման սենք	4
Չուզարան՝ 1 զուգարանակոնքի համար	4
Հոգնայի սենք	8

Լվացքատան համար առաջարկվող սենքերի կազմի և դրանց տարածքների մակերեսները

Սենքի անվանումը	Մակերեսը մ²
Կեղտոտ սպիտակեղենի ընդունման, տեսակավորման սենք	12
Լվացման արտադրամաս	18
Չորացման, արդուլման արտադրամաս	15
Սպիտակեղենի տեսակավորման, վերանորոգման, փաթեթավորման և պահպանման արտադրամաս	8
Սպիտակեղենի բացթողում	4
Լվացող միջոցների պահեստ	4

Փափուկ գուլջի (վերմակ, ներքնակ, բարձ), վերնահագուստների, հիվանդի իրերի ախտահանման համար ախտահանման խցիկի առաջարկվող սենքերի կազմը և մակերեսները

Սենք	Մակերեսը մ²
1. Անկողնային պարագաների ընդունման և տեսակավորման սենք	5
2. Կենսաբանական նյութերով աղտոտված անկողնային պարագաների պահեստ	4
3. Ախտահանման խցի հարակից սենքեր՝ ա) բեռնման մասի սենք բ) բեռնաթափման մասի սենք	3 3
4. Ախտահանված անկողնային պարագաների պահեստ	5
5. Անկողնային պարագաների բացթողման սենք	5

Հավելված 8

ՖՈՒԿՑԻՈՆԱԼ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ՍԱԶՐՈՒԹՅԱՆ ԴԱՍԻՑ ԿԱՆՎԱԾ ՍԵՆՔԵՐԻ ՕՐԻ ՍԱՆՏԵՄԱՆԱԿԱՆ ԱՐՏՈՍՎԱԾՈՒԹՅԱՆ ԹՈՒՅՆԱՏՐԵԼԻ ՍԱԿԱՐԴԱԿԵՐ

Մաքրության դառը	Սենքի անվանումը	Սանիտարամանրէաբանական ցուցանիշները					
		1մ³ օդում մանրէների ընդհանուր քանակը (ԳԱՄ մ³)		1մ³ օդում Staphylococcus aureus գաղութների քանակը (ԳԱՄ մ³)		1մ³ օդում բորբոսասնկերի և խմորասնկերի քանակը	
		մինչ աշխատելը	աշխատանքի ժամանակ	մինչ աշխատելը	աշխատանքի ժամանակ	մինչ աշխատելը	աշխատանքի ժամանակ
Արտակարգ մաքուր	Վիրահատարաններ	Ոչ ավելի 200	Ոչ ավելի 200	Չպետք է լինի	Չպետք է լինի	Չպետք է լինի	Չպետք է լինի
Մաքուր	պրոցեդուրային սենքեր, վիրակապարաններ	Ոչ ավելի 500	Ոչ ավելի 750	Չպետք է լինի	Չպետք է լինի	Չպետք է լինի	Չպետք է լինի
Պայմանական մաքուր	Վիրաբուժական բաժանմունքի հիվանդասենյակներ, վիրահատարանների կից միջանցքներ, հիվանդի զննման սենյակներ, օրդինատորների, մաքուր սպիտակեղենի պահպանման սենքեր	Ոչ ավելի 750	Ոչ ավելի 1000	Չպետք է լինի	Ոչ ավելի 2	Չպետք է լինի	Չպետք է լինի
Կեղտոտ	Վարչական շենքերի միջանցքներ և սենքեր, սանիտարակ. սենքեր, զուգարաններ, կեղտոտ սպիտակեղենի և թափոնների ժամանակավոր պահպանման սենքեր	Չի նորմ-վում	Չի նորմ-վում	Չի նորմ-վում	Չի նորմ-վում	Չի նորմ-վում	Չի նորմ-վում

Հավելված 9

ՍԱԴԻԿԻ ԳՈՆՈՐԻՆԵՐԻ ԿՈՆՑԵՆՏՐԱԿՑԻՆԵՐԻ ՈՐՈՇՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԻՆԴԻԿՍՈՐԱՅԻՆ ԹՂԹԻ ՊԱՏՐԱՍՏՈՒՄ

Ապակյա թասի մեջ (ըարձիչ պահարանի ներքո) լցնում են 10%-անոց կալիում յոդիտի և պղնձաքաղցրաքի հավասար ծավալներ: 1 օր հետո առաջացած հեղուկ շերտը հեռացնում են, իսկ նստվածքը ֆիլտրում են: Ֆիլտրի վրա առաջացած նստվածքը բազմակի վառում են թորած ջրով, իսկ հետո 1%-անոց նատրիում սուլֆիդի լուծույթով մինչև անգունացումը, որից հետո մի քանի անգամ վառում են: Նստվածքը ֆիլտրից տեղափոխում են հերմետիկ փակվող մաքուր անոթի մեջ, ավելցնում են էթիլ սպիրտ մինչև ստացվի մածուկանման զանգված, որը թթվեցնում են 25%-անոց ազոտաթթվով, 50 մլ զանգվածին 1 կաթիլ հաշվարկով և ապակյա ձողիկով քսում են 10 մմ լայնությամբ ֆիլտրի թղթերի վրա և չորացնում են էքսիկատորում: Ստացված ինդիկատորային թղթերը պահվում են մուգ հերմետիկ փակվող տարայի մեջ: Ռեակտիվ թղթի ներկման և սնդիկի կոնցենտրացիաների միջև եղած կապը արտահայտվում է հետևյալով՝

Ներկման սկիզբը	Սնդիկի գոլորշիների կոնցենտրացիա
15 րոպե հետո	0.7 մգ/մ³
20	0.3
50	0.2

70	0.1
90	0.05
180	0.03
1140 /1 օր/	0.01

ԴԵՏԵՐԿՈՒՐԻԶԱՑՆՈՂ ԼՈՒԾՈՒՅԹԻ ԴԱՏՐԱՍՏՈՒՄԸ

1 | 20%-անոց քլորերկաթային լուծույթի պատրաստման համար 200 գր քլորային երկաթի փոշին սառը միջավայրում աստիճանաբար լուծում են 800 մլ ջրի մեջ: Լուծումը կատարվում է ապակյա անոթի մեջ:

Հավելված 10

ՍԵՆՔԵՐԻ ՕԴԻ ԵՎ ՄԱԿԵՐԵՍԵՆԵՐԻ ՈՒՆՏՐԱՄԱՆՈՒԵԿԱԿԳՈՒՅՆ ՄԱՆՐԵԱՅԻՆ ՃԱՌԱԳԱՑՅՄԱՄԲ ՎԱՐԱԿԱԿՁԵՐԾՄԱՆ ԱՐԴՅՈՒՆԱՎԵՏՈՒԹՅԱՆ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՄԵԹՈԴԱԲԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

1. Սենքերի օդի և մակերեսների մանրէասպան ճառագայթմամբ վարակագրծման արդյունավետության գնահատման չափորոշիչները.

Սենքերի ՌԻՄ մանրէասպան ճառագայթմամբ վարակագրծման արդյունավետությունը գնահատվում է ճառագայթման ազդեցությամբ օդի, մակերեսների, սարքավորումների մանրէային աղտոտվածության աստիճանի իջեցմամբ, կամ ճառագայթումից առաջ և հետո մանրէային աղտոտվածության գնահատմամբ: Երկու ցուցանիշներն էլ համադրվում են ևորմատիվներով:

2. Օդի մանրէային աղտոտվածության հետազոտություն.

Օդի մանրէաբանական հետազոտությունը նախատեսում է 1 մ³ օդում միկրոօրգանիզմների ընդհանուր թվի և ոսկեգույն ստաֆիլոկոկի որոշումը: Նմուշառումը իրականացվում է ասպիրացիոն մեթոդով՝ Կրոտովի սարքի միջոցով: Միկրոօրգանիզմների ընդհանուր թվի որոշման համար Կրոտովի սարքով 1 թուղում 25 լիտր արագությամբ անց է կացվում 100 լիտր օդ, իսկ ոսկեգույն ստաֆիլոկոկի համար 250 լիտր: 1 մ³ օդում միկրոօրգանիզմների ընդհանուր թվի որոշման համար նմուշառումը կատարվում է 2%-ոց սնուցող ազարի վրա: 37 °C ջերմաստիճանում 24 ժամ ցանքսերի ինկուբացիայից հետո կատարում են աճած գաղութների հաշվարկ և վերահաշվարկում են 1 մ³ օդի համար: 1 մ³ օդում ոսկեգույն ստաֆիլոկոկի որոշման համար նմուշառումը կատարվում է դեղնուցաաղային ազարի վրա: 37°C ջերմաստիճանում 24 ժամ ցանքսի ինկուբացիայից հետո կատարվում է գաղութները հետազոտվում են համաձայն գործող հրահանգների:

Ասեպտիկ պայմաններ պահանջող սենքերում, օդի մանրէային աղտոտվածության հետազոտության համար կարող է օգտագործվել սեդիմենտացիոն մեթոդը: Այս մեթոդի համար աշխատանքային սեղանին դրվում է 2%-ոց սնուցող ազարով 2 Պետրիի թաս և դրանք բացվում են 15 թուղե ժամանակով: Ցանքսերը ինկուբացվում են 37°C ջերմաստճանում՝ 48 ժամ: Թասի վրա 3 գաղութից ոչ ավելի աճի դեպքում օդի մանրէային աղտոտվածությունը համարվում է թույլատրելի:

3. Սենքերի և սարքավորումների մակերեսների մանրէային աղտոտվածության հետազոտություն.

Սենքերի և սարքավորումների մակերեսների մանրէային աղտոտվածության հետազոտությունը նախատեսում է Enterobacteriaceae, Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa ընտանիքի միկրոօրգանիզմների հայտնաբերում: Մակերեսներից նմուշառումը կատարվում է լվացուկի մեթոդով: Լվացուկը վերցվում է 100 սմ² մակերեսից: Մակերեսը մանրակրկիտ տրորվում է փայտիկի վրա փաթեթված ստերիլ բամբակի խձուձով, որը տեղադրված է 5 մլ սրվակի մեջ: Նմուշառումից հետո խձուձը տեղադրվում է Նոյն սրվակի մեջ: Ոսկեգույն ստաֆիլոկոկի հայտնաբերման համար յուրաքանչյուր վերցված նմուշից խոնավ խձուձից անմիջապես ցանքս է կատարվում դեղնուցաաղային ազարով Պետրիի թասի վրա, որից հետո 0,5 մլ վլացուկային հեղուկը ցանում են 6,5% Նատրիումի քլորիդ պարունակող 0,5 մլ արգանակում: Enterobacteriaceae և Pseudomonas aeruginosa հայտնաբերման համար մանրէագրծված 1%-ոց պեպտոնաջրով սրվակներից ցանքս է կատարվում Էսդոյի միջավայրի վրա, որը ինկուբացվում է 37 °C ջերմաստճանում 18-20 ժամ: Հետագա հետազոտությունները կատարվում են գործող հրահանգների համաձայն: Բորբոսասնկերի վրա ՌԻՄ մանրէասպան ճառագայթումով վարակագրծման արդյունավետության գնահատման հետազոտությունները կատարվում են Սաբուրոյի միջավայրի վրա:

ՄԱՆՐԵԱՅԻՆ ՃԱՌԱԳԱՑՅԹԻ ԳՐԱՆՑՄԱՆ ԵՎ ՀՍԿՄԱՆ ՄԱՏՅԱՆ

1. Մատյանի նպատակը և վարման կարգը
 - 1.1 Մատյանը մանրէասպան ՌԻՄ ճառագայթիչ սարքավորման աշխատանակությունը և անվտանգությունը հաստատող պաշտոնական փաստաթուղթ է:
 - 1.2 Մատյանում գրանցվում են բուժկանխարգելիչ կազմակերպությունում շահագործվող բոլոր մանրէասպան ճառագայթիչ սարքավորումները:
 - 1.3 Մատյանի պահպանման և ճիշտ վարման պատասխանատվությունը կրում է բուժկանխարգելիչ կազմակերպության տնօրինությունը:
 2. Մատյանը բաղկացած է երկու մասից.
 - 2.1 Սենքի անվանումը, ծավալը, համարը, տեղակայման վայրը.
 - 2.2 Մանրէասպան ճառագայթիչ սարքավորումը շահագործման ընդունելու ակտի համարը և ամսաթիվը.
 - 2.3 Վարակագրծման համակարգը (ճառագայթիչ կամ ներիոս-արտածիզ օդափոխման համակարգ).
 - 2.4 Անհատական պաշտպանիչ միջոցների առկայությունը.
 - 2.5 Վարակագրծման պայմանները (մարդկանց ներկայությամբ կամ բացակայությամբ).
 - 2.6 Ճառագայթման տևողությունը և ռեժիմը (անընդմեջ կամ կրկնվող կարճաժամկետ: Ճառագայթման սեանսների միջև ընդմիջումները).
 - 2.7 Վարակագրծվող օբյեկտը (օդ կամ մակերես, կամ երկուսն էլ).
 - 2.8 Միկրոօրգանիզմի տեսակը (սանիտարացուցադրական կամ այլ).
 - 2.9 Լամպերի փոխման ժամկետը:
 3. Մատյանի երկրորդ մասում գրանցվում են մանրէասպան ճառագայթիչ սարքավորումների վերաբերող ստորև բերվող աղյուսակում տրված հետևյալ ցուցանիշները.

Սենքի անվանումը և դասը	Ստուգման ամսաթիվը	Մանրէասպան ազդեցության արդյունավետությունը %		Օզոնի կոնցենտրացիան մգ/մ ³		Մնդիկի պարունակությունը մկգր/մ ³		Ճառագայթվածությունը աշխատատեղում Վտ/մ ²	
		Լորմա	Փաստացի	Լորմա	Փաստացի	Լորմա	Փաստացի	Լորմա	Փաստացի

Հավելված 11

ՏՈՒԲԵՐԿՈՒԼՈՉԻ ԱՌՈՒՄՈՎ ՌԻՍԿԻ ԽՄԲԵՐ

- 1) ՄԻՎՎ/ՁԻԱՀ-ով հիվանդներ,
- 2) Նարկոլոգիական (թմրամոլներ, այլոհոլամոլներ) և հոգեբուժական դիսպանսերներում հաշվառվածներ,
- 3) տուբերկուլոզային վարակի աղբյուրի հետ, մանրէազատ չբուժվող հիվանդի, դեղորայքակայուն հիվանդի սերտ կենցաղային և մասնագիտական շփում ունեցող անձինք (հիվանդի մոտ բացիլազատման դադարեցումից հետո և մահվան կամ տեղափոխվելու դեպքում ևս մեկ տարի տևողությամբ),
- 4) վերջին 2 տարում տուբերկուլոզով վարակվածություն,
- 5) տուբերկուլոզի շարունակական հսկողության ենթակա անձինք,
- 6) անձինք, որոնք բուժվել են տուբերկուլոզից և թըքերում ունեն մնացորդային երևույթներ՝ հիվանդության բացահայտումից հաշված երեք տարի տևողությամբ,
- 7) կայանավորված անձինք և դատապարտյալները՝ համաձայն Հայաստանի Հանրապետության կառավարության «Կայանավորված անձանց և դատապարտյալների բուժամիտարական և բուժկանխարգելիչ օգնությունը կազմակերպելու, առողջապահական մարմինների բուժական հիմնարկներից օգտվելու և այլ նպատակով դրանց բուժական անձնակազմին

- 6) հիվանդի և ընտանիքի անդամների բժշկահիգիենիկ գիտելիքների ուսուցում
- 7) կոնտակտավորների հետազոտությունների կազմակերպում և դինամիկ հսկողություն
- 8) ըստ օջախի բնութագրի և օջախում կատարվող միջոցառումների քարտի շարժընթաց վարում և գրանցում
- 9) օջախի հսկողությունը դադարեցնելու վերաբերյալ որոշման կայացում

2. Պետական հիգիենիկ հակահամաճարակային տեսչության մասնագետների կողմից կազմակերպվող կանխարգելիչ և հիգիենիկ-հակահամաճարակային միջոցառումներ.

- 1) համաճարակային օջախի սահմանների որոշում առաջին հետազոտության ժամանակ
- 2) առողջացուցիչ միջոցառումների ծրագրի մշակում ֆթիզիատրի հետ համատեղ
- 3) համապատասխան հաշվառման և հաշվետվության ձևերի վարում
- 4) աջակցություն ֆթիզիատրին օջախում հակահամաճարակային (կանխարգելիչ) միջոցառումների կազմակերպման հարցում
- 5) օջախի դինամիկ շարունակական հսկողության գործընթացի վերահսկում, համաճարակաբանական վտանգավորության խմբի փոփոխման դեպքում միջոցառումների ցանկում պահանջվող լրացումների և փոփոխությունների կատարում
- 6) հակահամաճարակային բոլոր միջոցառումների ժամանակին, որակյալ և ամբողջական կատարման հսկողություն
- 7) տարածքում տուբերկուլոզի համաճարակային իրավիճակի վերլուծություն, աշխատանքների արդյունավետության գնահատում ֆթիզիատրի հետ համատեղ

(հավելվածը խմբ., փոփ. 05.04.16 N 11-Լ)