

**Тема лекции:
Организация борьбы с
туберкулезом.
Выявление ,
профилактика
туберкулеза.**

Основные причины современного неблагополучия по туберкулезу.

- Возрастание роли социально-экономических факторов в развитии туберкулеза и в проведении противотуберкулезных мероприятий. Социально-экономические потрясения, сопровождающиеся обнищанием населения, массовой безработицей, миграцией большого числа людей. Увеличение удельного веса социально-дезадаптированных групп населения (контингенты ИТУ, алкоголики, бездомные и др.)**
- Отрицательный патоморфоз туберкулеза с увеличением частоты наиболее тяжелых распространенных форм туберкулеза.**
- Широкое распространение лекарственно-устойчивых штаммов микобактерий туберкулеза. Частое сочетание специфической и неспецифической микрофлоры у больных туберкулезом.**
- Появление новых «групп риска» и увеличение общего числа угрожаемых по туберкулезу контингентов населения, в том числе ВИЧ-инфицированных. «Эпидемия в эпидемии».**

**Противотуберкулезный диспансер
(кабинет) – это специализированное
высококвалифицированное лечебно-
профилактическое учреждение и
организационно-методический центр по
руководству и проведению
противотуберкулезных мероприятий
среди населения.**

РБ – 29 диспансеров.

132 – тубкабинетов.

3995 коек.

504 – фтизиатра.

Задачи противотуберкулезного диспансера:

- 1. Профилактика туберкулеза.**
- 2. Раннее выявление больных туберкулезом.**
- 3. Учет и наблюдение за контингентами диспансера.**
- 4. Проведение полноценного лечения больным туберкулезом.**
- 5. Анализ работы диспансера, изучение основных эпидпоказателей по туберкулезу.**
- 6. Повышение знаний врачей поликлиник и больниц по туберкулезу.**
- 7. Экспертиза трудоспособности и реабилитация больных туберкулезом.**
- 8. Санитарно-просветительная работа среди населения.**

Выявление туберкулеза

- 1. Туберкулинодиагностика;**
- 2. Флюорографические обследования;**
- 3. Бактериоскопия, посев на питательные среды, определение антигенов или антител в сыворотке крови (ИФА).**

К своевременно выявленным больным относятся больные с неосложненными формами первичного туберкулеза (ранней туберкулезной интоксикацией, первичным туберкулезным комплексом, бронхоаденитом), а также впервые выявленными случаями очагового, инфильтративного, диссеминированного туберкулеза. Давность заболевания в этих случаях обычно невелика, клинические симптомы туберкулеза не выражены, заболевание протекает относительно легко. Протяженность поражения небольшая, процесс не выходит за рамки двух сегментов, деструктивные изменения на обзорной рентгенограмме не определяются. Бактериовыделение отсутствует или скудное (единичные МБТ при культуральном методе исследования), поэтому такие больные не представляют серьезной эпидемической опасности для окружающих. При адекватной лечебной тактике вероятность клинического излечения с формированием минимальных остаточных изменений очень высока. Своевременное выявление туберкулеза создает благоприятные условия для полной реализации возможностей терапии.

К несвоевременно выявленным относятся больные с осложненными и распространенными формами первичного, диссеминированного и вторичного туберкулеза, включая осумкованный плеврит и эмпиему. Давность заболевания и распространенность туберкулезного воспаления довольно значительные (поражено 3 сегмента и более). На обзорной рентгенограмме выявляются явные признаки деструкции. Бактериовыделение массивное, поэтому эпидемиологическая опасность больных очень велика. Обратное развитие туберкулезного процесса на фоне лечения происходит медленно, возможности для достижения его высокой эффективности ограничены. Клиническое излечение часто сопровождается формированием больших остаточных изменений, что повышает риск рецидива туберкулеза.

О позднем выявлении больного свидетельствует обнаружение далеко зашедшего патологического процесса – фиброзно-кавернозного, хронического диссеминированного туберкулеза и/или эмпиемы плевры. К поздним случаям выявления туберкулеза также относятся его остро прогрессирующие формы (казеозная пневмония и милиарный туберкулез).

«Обязательные контингенты»

это группы населения, которые имеют очень высокий риск заражения окружающих при заболевании туберкулезом.

Медицинским осмотрам на туберкулез с проведением ежегодного рентгенофлюорографического обследования подлежат следующие «обязательные» контингенты:

- 1. Работники родильных домов, детских учреждений.**
- 2. Работники лечебно-профилактических, санаторно-курортных, оздоровительных учреждений для взрослых.**
- 3. Работники учебных, учебно-воспитательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков.**
- 4. Работники предприятий пищевых отраслей промышленности, по изготовлению продуктов питания, тары и их реализации (магазины, ларьки, предприятия общественного питания).**
- 5. Учащиеся школ, техникумов, училищ, студенты ВУЗов, достигшие 17-летнего возраста при вселении и в период проживания в общежитии, а также перед началом прохождения производственной практики на предприятиях, учреждениях и организациях.**
- 6. Работники предприятий по коммунально-бытовому обслуживанию населения (бань, бассейнов, парикмахерских, комбинатов бытового обслуживания), имеющие контакт с населением.**
- 7. Работники фармацевтических заводов, аптек, аптечных складов.**
- 8. Работники молочно-товарных ферм и животноводческих комплексов.**
- 9. Работники детских ателье, библиотек, предприятий, изготавливающих предметы детского обихода, продавцы детских игрушек.**
- 10. Работники водопроводных сооружений и лица, обслуживающие водопроводные сети.**
- 11. Обслуживающий персонал гостиниц и общежитий. Проводники пассажирских вагонов, водители такси.**

Контроль за обследованием «обязательных» контингентов осуществляют районные и городские центры гигиены и эпидемиологии.

«Угрожаемые контингенты»

- это группы повышенного риска заболевания туберкулезом, обследуются рентгенофлюорографически не реже 1 раза в год.

В число данных контингентов входят группы*:

1/ социального риска:

- лица БОМЖ; беженцы, мигранты;
- лица, освободившиеся из ИТУ;
- лица, проживающие в учреждениях социального обслуживания (приютах, ночлежках, интернатах);
- лица, страдающие алкоголизмом и наркоманией,
- военнослужащие, проходящие военную службу;

2/ медицинского риска:

- ВИЧ-инфицированные и больные СПИДом;
- больные сахарным диабетом;
- больные профессиональными заболеваниями легких;
- больные хроническими обструктивными болезнями легких;
- лица, перенесшие экссудативный плеврит;
- больные с выраженной кахексией;
- лица, получающие кортикостероидную, цитостатическую или лучевую терапию по поводу различных заболеваний;
- лица с большими остаточными посттуберкулезными изменениями в легких и л/узлах;
- женщины в послеродовом периоде;
- лица, пострадавшие от аварии на ЧАЭС.

3/ лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источником туберкулезной инфекции:

- животноводы из неблагополучных по туберкулезу хозяйств;
- работники ИТУ и СИЗО;

2 раза в год обследуются рентгенофлюорографически:

- 1. Заключение ИТУ и СИЗО;**
- 2. ВИЧ-инфицированные лица и больные СПИДом.**
- 3. Заключение и лица, освободившиеся из ИТУ в течение 3-х лет;**

Основные причины несвоевременной диагностики туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети:

- недостаточная фтизиатрическая настороженность;
- острое начало легочного заболевания;
- нижнедолевая локализация процесса;
- наличие фоновых легочных заболеваний (ХОБЛ, пневмосклероз, застойные изменения в легких при сердечной недостаточности);
- недостаточное рентгенологическое обследование (отсутствие боковых рентгенограмм, томограмм и т.д.) или ошибочная интерпретация результатов;
- неадекватная неспецифическая антибактериальная терапия;
- погрешности бактериоскопии мазков мокроты (нарушение сбора материала, технологии бактериоскопии или однократное исследование);
- недоучет факторов риска возникновения туберкулеза (сахарный диабет, глюкокортикостероидная и иммунодепрессивная терапия, социальный статус пациента и др.);
- трудности обследования больных из-за тяжести их состояния;
- недостаточно конструктивное взаимодействие интернистов со смежными специалистами.

Алгоритм диагностики туберкулеза органов дыхания в стационарах общелечебной сети

Больные с острым воспалительным заболеванием легких

1. Анамнез
2. Клиническое обследование
3. Рентгенограмма органов грудной клетки
4. Исследование 3 проб мокроты 3 дня подряд методом микроскопии мазка по Цилю-Нильсену

Результат положительный

Перевод в противотуберкулезное учреждение для проведения химиотерапии

Результат отрицательный

Лечение антибиотиками, как пневмонию

Через 2 недели

1. Повторить рентгенограмму органов грудной клетки
2. Повторить исследование 3 проб мокроты 3 дня подряд методом микроскопии по Цилю-Нильсену

Результат положительный

Перевод в противотуберкулезное учреждение для проведения химиотерапии

Результат отрицательный

1. Бронхоскопия с аспирационной и щеточной биопсией
2. Цитологическое исследование окраска биоптата на МБТ

Результат положительный

Перевод в противотуберкулезное учреждение для проведения химиотерапии

Результат отрицательный

Продолжить лечение, как пневмонию

Группы диспансерного учета

0 (нулевая группа) – туберкулез органов дыхания (ТОД) сомнительной активности - для взрослых, диагностическая – для детей или подростков.

I группа – впервые выявленный (новые случаи) или повторно леченный туберкулез органов дыхания (рецидив).

II группа – хроническое прогрессирующее течение туберкулеза органов дыхания и его хронические формы.

III группа – излеченный туберкулез органов дыхания.

IV группа – контакты.

V группа – внелегочный туберкулез.

VI группа – дети и подростки инфицированные МБТ, невакцинированные БЦЖ или имеющие поствакцинальные осложнения.

VII группа – саркоидоз.

- **Профилактика туберкулеза**

социальная профилактика,

специфическая профилактика,

санитарная профилактика

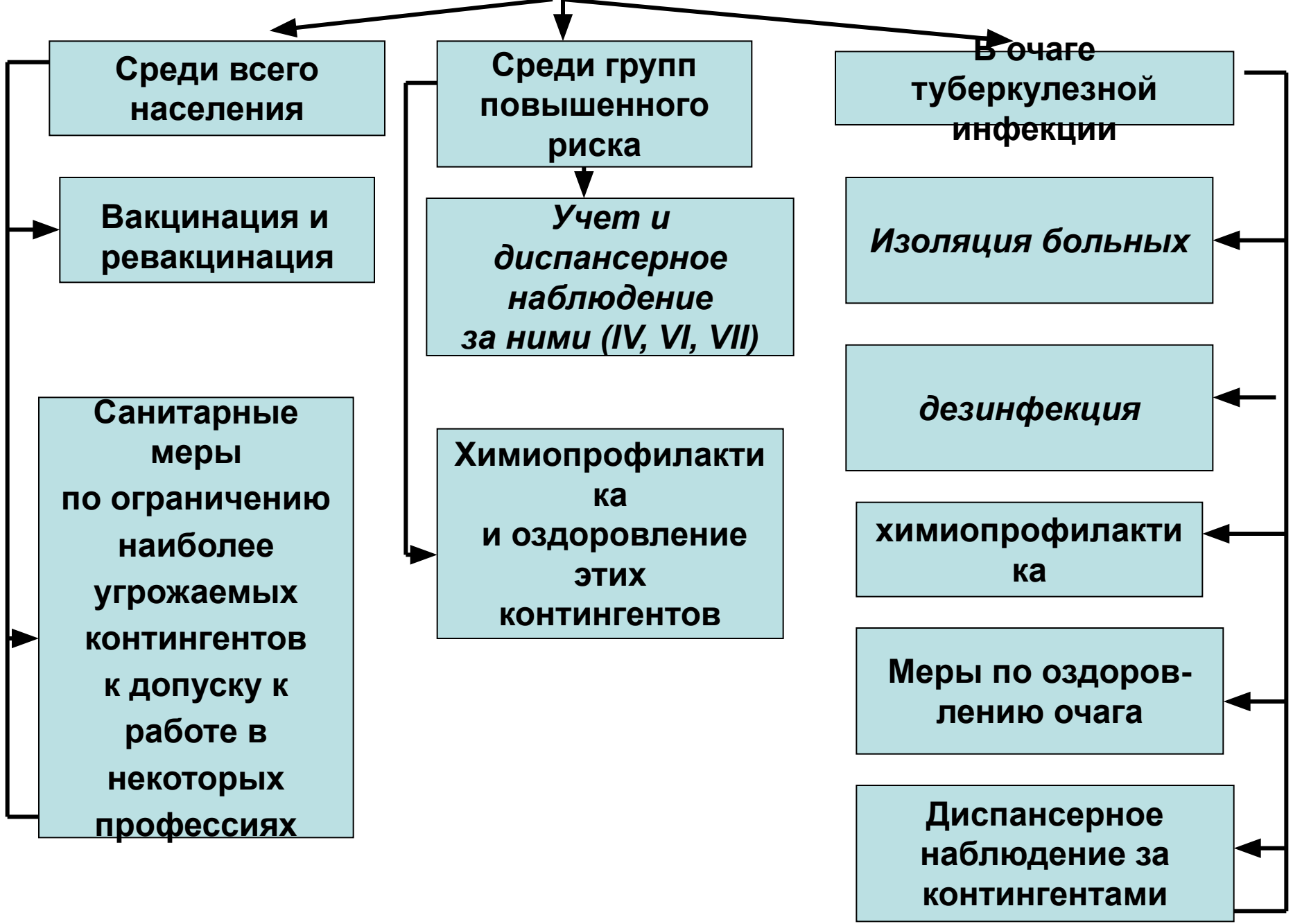
- **Санитарная профилактика**

1. Оздоровительные мероприятия в очагах туберкулезной инфекции.

2. Предупреждение передачи туберкулезной инфекции здоровым людям.

3. Санитарное просвещение.

Профилактика туберкулеза



BCG – Bacille

Calmette-Guerin

**БЦЖ - 1 амп. – 1 мг сухой
вакцины.**

20 доз по 0,05 мг

1 доза – 500 тысяч – 1,5

млн.

Абсолютные противопоказания к вакцинации

- 1. Врожденные ферментопатии**
- 2. Наличие иммунодефицита (комбинированный иммунодефицит, аггаммаглобулинемия и др.).**
- 3. Генерализованная инфекция у старших детей в этой семье.**

Абсолютные противопоказания к ревакцинации:

- инфицированные туберкулезом или перенесшие туберкулез;
- наличие стойкого иммунодефицита, положительная проба Манту;
- наличие осложнений на вакцинацию, злокачественные болезни крови и новообразования;
- декомпенсированные хронические заболевания.

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ТУБЕРКУЛЕЗА

Сущность метода **химиопрофилактики** заключается в применении противотуберкулезных препаратов (ПТП) с целью предупреждения инфицирования микобактериями туберкулеза (МБТ) или недопущения развития заболевания у лиц, находящихся в контакте с больным активным туберкулезом. Различают два вида химиопрофилактики: первичную и вторичную.

Первичная химиопрофилактика (или профилактика инфекции) проводится неинфицированным детям и подросткам, находящимся в контакте с больным активным туберкулезом. Ее цель – предупредить инфицирование.

Вторичная химиопрофилактика (или превентивная терапия) проводится инфицированным лицам для предотвращения заболевания туберкулезом.

Химиопрофилактике подлежат следующие категории детей и подростков:

1. находящиеся в семейном, родственном, квартирном контакте с больным активным туберкулезом, из «очагов смерти» от не диагностированного туберкулеза;
2. имевшие контакт с бактериовыделителями, выявленными в детских и подростковых учреждениях, общесоматических детских стационарах;
3. имевшие контакт с больными туберкулезом сельскохозяйственными животными;
4. тубинфицированные дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции (выраж туберкулиновой реакции по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л);
5. давно инфицированные при гиперергической чувствительности к туберкулину (папула 17мм и более или наличие везикулы, некроза на месте введения, лимфангита независимо от размеров папулы);
6. при нарастании туберкулиновой чувствительности (увеличение размера папулы на 6мм и более);
7. тубинфицированные при лечении большими дозами кортикостероидных или цитостатических препаратов, после больших оперативных вмешательств, перенесенных пневмонии или детских инфекций (корь, коклюш и др.). При длительной стероидной терапии поддерживающими дозами химиопрофилактика не проводится.
8. ВИЧ-инфицированные дети и подростки (независимо от давности инфицирования туберкулезом).

Реабилитация – система медицинских, социальных, профессиональных, юридических и других мероприятий, направленных на максимально полную реинтеграцию больных и инвалидов в общество, привлечение их к общественно-полезной деятельности, формирование у них устойчивого положительного отношения к жизни, труду, обучению, обществу, семье.

Медицинская реабилитация – процесс направленный на восстановление и компенсацию медицинскими и другими методами функциональных возможностей организма, нарушенных в результате врожденного дефекта, перенесенных заболеваний и травм.

Профессиональная реабилитация – меры по обеспечению больных и инвалидов возможностью участвовать в общественно-профессиональной деятельности.

Социальная реабилитация – комплекс мер осуществленных обществом по отношению к реабилитируемому лицу с целью достижения максимально полного восстановления социального статуса, восстановления основных навыков самообслуживания, возвращения в общество.

Принципы составления комплексного плана противотуберкулезных мероприятий

1. Знание основных эпидемиологических показателей по туберкулезу в районе обслуживания.
2. Учет выполнения плана текущего года.
3. Учет комплексного плана мероприятий вышестоящих противотуберкулезных учреждений.
4. Учет директивных документов по борьбе с туберкулезом в республике.
5. Учет народнохозяйственного плана района, области, республики.
6. Участие в плане исполнительных органов власти.
7. Участие в плане всех лечебно-профилактических учреждений.
8. План должен быть конкретным, с указанием сроков исполнения и ответственных лиц.

Принципы организации и проведения противотуберкулезной работы центром гигиены и эпидемиологии Обязанности санитарно-эпидемиологической службы /ЦГЭ/

1. Контроль за рентгенофлюорографическими осмотрами обязательных контингентов, недопущение к работе не прошедших R-обследование.
2. Составление общего плана вакцинации и ревакцинации, контроль за ее проведением, оформление заказа на туберкулин, вакцину БЦЖ и снабжение ими.
3. Учет и регистрация бактериовыделителей: контроль за своевременным извещением об их выявлении, ведение картотеки бактериовыделителей.
4. Работа в туберкулезном очаге совместно с фтизиатром тубдиспансера. Осуществление заключительной дезинфекции. Контроль за текущей дезинфекцией, обследование контактов. Изоляция бактериовыделителей из общежитий и детей из очагов.
5. Контроль за проведением противотуберкулезных мероприятий среди сельскохозяйственных животных.
6. Контроль за соблюдением санэпидрежима в противотуберкулезных учреждениях;
7. Совместное с фтизиатром проведение мероприятий по месту работы, учебы больных активным туберкулезом.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!

