

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

**ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

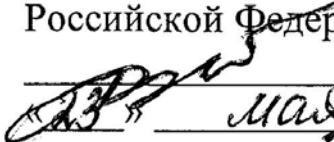
Москва – 2006

Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации
ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель Министра здравоохранения и социального развития
Российской Федерации

 Стародубов В.И.
_____ мая _____ 2006 г.

**ОРГАНИЗАЦИЯ ВЫЯВЛЕНИЯ
БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ
МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ
МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

Аннотация

В настоящих методических рекомендациях изложены вопросы организации выявления больных туберкулезом на уровне учреждений ПМСП, что в современных эпидемиологических условиях является основой противотуберкулезной работы. Описаны группы риска заболевания туберкулезом и признаки различных патологических состояний пациента, которые должны вызвать подозрение на туберкулез у врача любого профиля, работающего в лечебных учреждениях первичной медико-санитарной помощи. Представлены алгоритмы деятельности медицинского персонала по выявлению туберкулеза, а также необходимые виды обследования для подтверждения диагноза туберкулеза.

Методические рекомендации предназначены для врачей лечебных учреждений первичной медико-санитарной помощи.

Организации разработчики

ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»

Авторы:

- Ю.В. Михайлова - докт.мед.наук, профессор, директор ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»
- И.М. Сон - докт.мед.наук, заместитель директора ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по научной работе
- Е.И. Скачкова - канд.мед.наук, заведующая отделением методологии обеспечения качества медицинской помощи ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»
- Э.Б. Цыбикова - канд.мед.наук, главный специалист отделения проблем социально-значимых заболеваний ФГУ «Центральный НИИ организации и информатизации здравоохранения Росздрава»
- О.Б. Нечаева - докт.мед.наук, директор Свердловского ОГУЗ «Противотуберкулезный диспансер», главный внештатный специалист фтизиатр Минздрава Свердловской области
- Г.И. Саенко - канд.мед.наук, главный врач Ростовского ГУЗ «Специализированная туберкулезная больница»
- В.Л. Сазыкин - канд.мед.наук, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Рецензенты:

В.В.Пунга – докт.мед.наук, профессор, заведующий отделом ГУ «Центральный НИИ туберкулеза РАМН»

В.А. Стаханов - докт.мед.наук, профессор, заведующий кафедрой фтизиопульмонологии ФГОУ ВПО Российского Государственного медицинского университета

ВВЕДЕНИЕ

Проблема туберкулеза в РФ в настоящее время продолжает оставаться актуальной в связи с тем, что уровень распространения создает чрезвычайную и угрожающую здоровью нации эпидемиологическую ситуацию.

Значительное влияние на распространение туберкулеза оказывает система выявления болезни среди населения. Позднее выявление увеличивает риск развития осложнений, утраты функции пораженного органа и инвалидности. В РФ более чем в 50% случаев у больных туберкулезом легких уже при выявлении диагностируется деструкция легочной ткани. Каждый пятый больной умирает от туберкулеза в течение первого года наблюдения.

У лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, риск развития активного туберкулезного процесса составляет 10%. При этом половина из них заболит в течение первых 2-х лет, а другая половина в течение последующей жизни. Следовательно, чем раньше будет выявлен больной туберкулезом, особенно с наличием бактериовыделения, тем меньше окружающих он успеет инфицировать.

Таким образом, организация выявления больных туберкулезом на уровне учреждений ПМСП позволяет диагностировать туберкулез на ранних стадиях развития болезни и с наибольшим эффектом и меньшими затратами провести их лечение.

С целью повышения эффективности мероприятий по выявлению больных среди населения, профилактики предотвратимой смертности от туберкулеза и улучшения результатов лечения и были разработаны данные рекомендации.

Показание к использованию методических рекомендаций.

Данные рекомендации разработаны для использования организаторами здравоохранения, врачами, средними медработниками, специалистами по медицинской профилактике, работающими в ЛПУ, в подразделениях органов управления здравоохранения и других ведомствах, и отвечающих за выявление и профилактику туберкулеза. Для организаторов здравоохранения данные рекомендации являются базой для принятия решений по улучшению работы по выявлению и профилактике туберкулеза в курируемом ими регионе (области, крае, республике).

Противопоказания к использованию методических рекомендаций.

Противопоказаний нет.

Материально-техническое обеспечение методических рекомендаций

Стандартное оборудование и диагностические средства, используемые в повседневной практике учреждениями здравоохранения, включая современную компьютерную технику.

Описание методических рекомендаций.

Рекомендации являются следствием работы по обобщению доступной в литературных данных информации, результатов практических исследований, проведенных в субъектах Российской Федерации, и данных статистики.

Организация работы регистратуры поликлиники, направленная на выявление больных ТБ

Цель работы регистратуры: распределение потоков пациентов, информации и документов в поликлинике, которое обеспечивает своевременное выявление и регистрацию больных ТБ среди обратившегося в поликлинику населения.

Задачи:

1. Оценить, имеются ли у посетителя поликлиники явные признаки ТБ (кашель, кровохаркание, боли в грудной клетке);
2. Направить пациента к медработнику или во флюорографический кабинет в соответствии с установленными алгоритмами;
3. Обязательно обеспечить контакт посетителя поликлиники с медработником, если это его посещение – первое в этом году: «не дать уйти ни с чем».

Ожидаемые результаты:

- Увеличение среди посетителей, посетивших поликлинику впервые в текущем году, доли, прошедшей флюорографическое обследование;
- Увеличение доли посетителей, посетивших кабинет доврачебного приема;
- Увеличение доли посетителей с симптомами кашля, направленных на 3-кратное исследование мокроты на МБТ;
- Уменьшение доли посетителей, ушедших из поликлиники «ни с чем».

Ресурсы этапа:

1. Правильный алгоритм действий регистратора, способствующий выявлению ТБ;
2. Объявления, расположенные на видном месте и привлекающие внимание к информации о работе кабинетов, где можно пройти обследование при подозрении на ТБ;
3. Салфетки для кашляющих пациентов;
4. Марлевые повязки для регистраторов (в период эпидемий инфекционных заболеваний, передающихся воздушно-капельным путем).

Алгоритмы действий на этапе регистратуры: регистратор – это первый сотрудник поликлиники, к которому обращается со своей проблемой пришедший в поликлинику посетитель. Обязанность регистратора – определить такой **маршрут посетителя** (рис. 1), который, с одной стороны, будет в наибольшей степени способствовать решению проблем посетителя, а с другой – способствовать выявлению больных ТБ и снижать риск передачи ин-

фекции окружающим лицам. Общим в этих ситуациях является то, что регистратор оценивает любого обратившегося к нему посетителя по наличию у него жалоб и внешних признаков ТБ.

Рисунок 1

Алгоритм работы регистратора поликлиники по организации маршрута посетителя для выявления ТБ



Если посетитель миновал регистратуру и обращается к медицинскому персоналу других структурных подразделений поликлиники с вопросами, находящимися в компетенции регистратора, то такого посетителя персонал направляет в регистратуру.

Если посетитель кашляет, находясь в очереди в регистратуру или обращаясь к регистратору, то регистратор выдает ему салфетку и рекомендует при кашле прикрывать рот этой салфеткой. Осуществив в картотеке поиск амбулаторной карты, регистратор просматривает ее на предмет наличия отметки о дате последнего флюорографического обследования. В соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза", регламентирующими периодичность прохождения профилактических флюорографических осмотров населением не реже 1 раза в 2 года, регистратор определяет необходимость очередного флюорографического

обследования. В случае отсутствия отметки о флюорографическом обследовании за период более 2-х лет, он направляет пациента во флюорографический кабинет, одновременно выдавая талон на врачебное посещение.

При отказе пациента пройти флюорографическое обследование регистратор делает соответствующую запись в амбулаторной карте, подтвержденную подписью пациента и регистратора. Эта процедура, хотя и удлиняет время обслуживания отдельного лица, обратившегося за медицинской помощью, оказывает дисциплинирующее действие на "отказника" и подтверждает выполнение регистратором раздела работы по привлечению населения к прохождению профилактического флюорографического обследования.

Если в амбулаторной карте имеется отметка об очередном флюорографическом обследовании, но у пациента имеются симптомы кашля, ему выдаются - талон на прием к врачу и направление в кабинет доврачебного приема, где средний медицинский работник определяет наличие или отсутствие других признаков ТБ. В случае выявления дополнительных признаков – кашля продолжительностью более 2-х недель, потери веса, слабости, наличие потливости по ночам и кровохарканья работник кабинета доврачебного приема решает вопрос о консультации пациента у фтизиатра ПТД, фтизиатра поликлиники, врача-инфекциониста, участкового терапевта или врача общей практики, к которым пациент может попасть немедленно.

При отсутствии подозрительных симптомов работник кабинета доврачебного приема ставит отметку о посещении кабинета и направляет пациента на прием к врачу, к которому был выдан талон в регистратуре.

Важным моментом в деятельности регистратора является выявление посетителей (больных или здоровых) с кашлем и направления их на флюорографическое обследование или в кабинет доврачебного приема.

Выявление больных активным туберкулезом на приеме у врача ПМСП

Настороженность врача ПМСП в отношении туберкулеза и клинические знания составляют основу эффективной деятельности учреждений ПМСП на данном этапе. Согласно Санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза" выявление больных туберкулезом осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники ЛПУ и оздоровительных организаций, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, а также врачи и средние медицинские работники, занимающиеся частной медицинской деятельностью. При обращении в поликлиническое учреждение пациентов с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом, им назначают проведение обязательного диагностического минимума (ОДМ).

Цель данного этапа – распознавание признаков ТБ и своевременное выявление больных с активным ТБ, обратившихся к врачу ПМСП с жалобами, подозрительными на туберкулез. Использование, имеющейся в распоряжении лечебного учреждения лабораторно-инструментальной базы, для подтверждения или снятия предполагаемого диагноза ТБ путем проведения оп-

ределенного набора клинических, бактериологических и других необходимых инструментальных исследований.

Объектом обследования на описываемом этапе являются лица, обратившиеся в ЛПУ с симптомами, подозрительными на наличие ТБ.

Задачи этапа:

1. Сбор информации о пациенте (опрос, клинический осмотр со сбором жалоб и эпиданамнеза);
2. Проведение дифференциальной диагностики, доступной в амбулаторно-поликлиническом учреждении, для подтверждения или снятия предполагаемого диагноза ТБ;
3. Определение перечня необходимых и достаточных в каждом конкретном случае лабораторно-инструментальных исследований для подтверждения или снятия предполагаемого диагноза;
4. Организация забора биологического материала у пациента (3-кратное исследование мокроты на наличие МБТ);
5. Проведение назначенных исследований в установленные сроки с предоставлением врачу, направившему больного на обследование, результатов этих исследований;
6. Повышение квалификации персонала учреждений ПМСП в отношении забора биологического материала (мокроты), персонала лаборатории – проведения микроскопического и культурального исследования мокроты на наличие МБТ;
7. Выявление пациентов с факторами риска в отношении ТБ, проведение с ними профилактических бесед;

При правильном выполнении поставленных задач **ожидается:**

- Рост числа выявленных пациентов с малыми формами ТБ без бактериовыделения и деструкции легочной ткани при посещении врача ПМСП;
- Увеличение доли лабораторных и инструментальных исследований, подтверждающих диагноз ТБ;
- Повышение информированности населения по вопросам здорового образа жизни и факторам риска ТБ.

Ресурсы этапа:

1. Выполнение врачом ПМСП алгоритма действий для своевременного выявления больных туберкулезом;
2. Выполнение медицинской сестрой инструкции по сбору мокроты для бактериологического исследования на наличие МБТ;
3. Наглядная информация о факторах риска ТБ инфекции в кабинете первичного приема.
4. Оснащение лабораторий современным оборудованием, унифицированными методиками влияет на эффективность получаемых результатов, которые ожидает врач, заподозривший туберкулез.

В случае подозрения на туберкулез назначаются целенаправленные исследования согласно представленной ниже схемы:

- Анамнез;
- Осмотр;
- Общий анализ крови, мокроты и мочи;
- 3-х кратное бактериоскопическое исследование материала на МБТ по Циль-Нильсену или с помощью люминесцентного микроскопа (мокрота, моча, ликвор, пунктат, гной, отделяемое свищей, выпот);
- Лучевая диагностика (рентгенография органов грудной клетки и пораженного органа, при необходимости томография, КТ, МРТ);
- Туберкулинодиагностика у детей с использованием пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

Группы риска, важные симптомы и синдромы туберкулеза изложены в приложениях 1 и 2.

Успешное решение диагностических задач по выявлению туберкулеза врачом ПМСП, правильный сбор мокроты медицинским персоналом ЛПУ и качественная лабораторная диагностика туберкулеза показали значимость такого раздела работы, как обучение персонала ЛПУ, задействованного в процессе выявления и диагностики туберкулеза среди прикрепленного населения. Уровень знаний, выявленный до момента обучения и на момент его окончания, реально определяет результаты проведенного мероприятия и позволяет планировать дальнейшую методическую работу с персоналом.

Вопрос активного привлечения населения в лечебное учреждение для проведения мероприятий по выявлению туберкулеза, как одного из социально-значимых заболеваний, также успешно может быть решен за счет открытия телефона "доверия" на базе кабинета врача-фтизиатра. Освещение работы телефона "доверия" в средствах массовой информации позволяют населению узнать номер телефона, воспользоваться консультацией по телефону для решения волнующих их вопросов, касающихся выявления, лечения и профилактики туберкулеза.

1. Рентгенологические признаки туберкулезного процесса

Основным методом выявления и диагностики туберкулеза в РФ остается рентгенологический. Применение рентгенологического метода имеет большое значение как диагностического метода, позволяющего провести также дифференциальную диагностику заболевания и определить локализацию патологического процесса. Однако для подтверждения туберкулезной этиологии выявленных изменений необходимы дополнительные исследования, а окончательная диагностика возможна только на основании результатов бактериологического исследования мокроты. В приложении 3 приведены основные рентгенологические признаки туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций

2. Методы бактериологического исследования для обнаружения микобактерий туберкулеза (МБТ)

Все бактериологические методы, с точки зрения их места в программе борьбы с туберкулезом, можно ранжировать в следующем порядке: бактериоскопическое исследование мазков мокроты, культуральное исследование мокроты и, наконец, определение чувствительности выделенных штаммов к противотуберкулезным препаратам. При высокой распространенности в популяции больных с бациллярными формами туберкулеза легких бактериоскопическое исследование 3 мазков мокроты, особенно образцов, собранных утром или в течение ночи, позволит выявить значительную часть больных с заразными формами. Культуральные исследования, в дополнении к бактериоскопии мазков мокроты, позволят дополнительно выявить какое-то количество больных с подтвержденным диагнозом туберкулеза, особенно тех больных, которые выделяют во внешнюю среду небольшое количество МБТ. При наличии доступного биологического материала (гной, ликвор, отделяемое свищей, выпот) необходимо трехкратное исследование на выявление МБТ методом микроскопии с окраской по Циль-Нильсену с последующим посевом.

2.1. Микроскопия мазков мокроты по Циль-Нильсену

Микроскопия мазков мокроты по Циль-Нильсену является важнейшим элементом диагностики туберкулеза. Обязательным является 3-кратное исследование мазка мокроты на наличие МБТ. Исследование 3 мазков мокроты позволяет выявить более 60% случаев туберкулеза легких и 95% наиболее заразных случаев (исследование одного мазка мокроты выявляет 75% наиболее заразных случаев, исследование второго мазка мокроты добавляет еще 20%, а исследование третьего - еще 5%).

Микроскопия мазков мокроты по Циль-Нильсену позволяет быстро получить результаты, выявить основные источники инфекции, является менее дорогостоящей, чем посев мокроты и широко доступна для применения. Но она должна быть надежной и хорошо контролироваться. Вероятность обнаружения МБТ при бактериоскопии мазков мокроты прямо пропорциональна концентрации возбудителя в исследуемом материале. Например, когда в 1 мл мокроты содержится от 1000 до 10000 МБТ, то вероятность получения положительного результата составляет около 40-50%. При концентрации МБТ менее 1000 в 1 мл мокроты вероятность их обнаружения резко снижается – отрицательные результаты получаются примерно в 96% случаев.

2.2. Люминесцентная микроскопия

Основное достоинство этого метода – возможность изучения препаратов с помощью объективов с меньшим увеличением. В результате существенно увеличивается площадь поля зрения. За один рабочий день лабораторный работник, выполняющий бактериоскопию, может исследовать около 30-40 мазков, окрашенных по Циль-Нильсену, а с помощью люминесцентной микроскопии – 200 и даже больше мазков. Поскольку за одинаковый период времени с помощью люминесцентной микроскопии можно исследовать в 15

раз больше полей зрения, чем при изучении мазков, окрашенных по Циль-Нильсену, то вероятность выявления МБТ с помощью первого метода будет значительно выше, особенно в тех случаях, когда в мазке имеется небольшое количество этих бактерий. МБТ окрашиваются флюорохромами (аурамин 00 и родамин С) и при исследовании в ультрафиолетовых лучах флюоресцентного микроскопа выглядят светящимися золотисто-желтыми палочками.

2.3. Культуральные исследования мокроты

Культуральные исследования мокроты позволяют подтвердить наличие МБТ при низком уровне концентрации МБТ (100 МБТ/мл), определить вид микобактерии и чувствительность МБТ к противотуберкулезным препаратам. Однако, посев мокроты необходимо проводить в центральной лаборатории и период получения результатов длительный - от 2 до 8 недель. Выявление больных с положительными результатами культурального исследования мокроты при отрицательных результатах бактериоскопии имеет меньшее эпидемиологическое значение. У таких больных прогноз весьма благоприятный, а их роль в распространении инфекции крайне незначительна. При отсутствии кашля больные практически не распространяют туберкулезную инфекцию.

3. Оценка результатов бактериологического исследования

При обнаружении МБТ хотя бы в одном анализе мокроты и наличие рентгенологических изменений, подозрительных на туберкулез, врач выдает направление пациенту в противотуберкулезный диспансер для дальнейшего обследования с целью подтверждения или исключения диагноза туберкулеза (рис.2).

Запрещается применять препараты, обладающие противотуберкулезной активностью (рифампицины – рифампицин, рифабутин; аминогликозиды – стрептомицин, канамицин, амикацин; фторхинолоны – офлоксацин, левофлоксацин, спарфлоксацин, ципрофлоксацин, ломефлоксацин, моксифлоксацин; циклосерин, капреомицин).

Надо помнить, что при туберкулезе может наблюдаться уменьшение воспалительных изменений при лечении антибиотиками широкого спектра действия, но их полного рассасывания за 3 недели не отмечается.

В случае отсутствия полноценного эффекта от проводимой неспецифической терапии пациент направляется для дополнительного обследования в противотуберкулезный диспансер.

Для выполнения указанного минимума (сбора мокроты) необходимо наличие в ЛПУ "кашлевых" комнат, в которых работники бактериологической лаборатории грамотно, квалифицированно взаимодействуют с пациентом, обучая его правилам сбора мокроты, а также контролируют действия пациента во время сбора мокроты. В ряде территорий РФ открытие "кашлевых" комнат в ЛПУ реализуется в настоящее время в рамках программы ВОЗ по профилактике туберкулеза. Проблему качественного исследования собранного материала можно решить также путем организации деятельности одной лаборатории по микроскопическому исследованию мазков мокроты в

ЛПУ, в которую централизованным путем доставляется материал из нескольких рядом расположенных лечебных учреждений.

Рисунок 2

АЛГОРИТМ выявления туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи



Направление пациента с подозрением на туберкулез в противотуберкулезный диспансер (ПТД)

Участковый фтизиатр осуществляет контроль за выполнением врачом ПМСП клинического минимума обследования, направленного на своевременное выявление туберкулеза, в том числе оценивает полноту выборки пациентов, нуждающихся в таком обследовании.

Эту работу фтизиатр должен проводить ежемесячно, но возможно и уменьшение временного интервала. В случае отсутствия в лечебном учреждении флюорографического оборудования между данным лечебным учреждением и ПТД достигается договоренность о приеме пациентов с подозрением на туберкулез без проведения полного клинического обследования (име-

ются ввиду данные лабораторных и инструментальных исследований). Во всех случаях результатом эффективной деятельности врача ПМСП считается проведение запланированного обследования пациента в 3-х дневный срок после того, как будет заподозрен туберкулез, после чего он (пациент) продолжает обследование в территориальном ПТД.

Передача пациента с подозрением на туберкулез в противотуберкулезный диспансер (ПТД) после выполнения клинического минимума исследований, осуществляется по территориальному признаку. Врач-фтизиатр, впервые диагностировавший случай заболевания туберкулезом, обязан заполнить извещение «О больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза» согласно установленного образца.

Возможные осложнения при использовании методических рекомендаций и способы их устранения.

Осложнений не отмечено.

Эффективность использования метода

Разработанная система организации выявления больных туберкулезом граждан Российской Федерации в учреждениях первичной медико-санитарной помощи позволила специалистам практического здравоохранения оптимизировать данную помощь населению, особенно лицам с повышенным риском заболевания туберкулезом.

Приложение 1

ГРУППЫ РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

1. Группы риска противотуберкулезных диспансеров:

- лица, имеющие контакт с больными туберкулезом легких (семейный и профессиональный);
- лица с остаточными посттуберкулезными изменениями в легких и внутригрудных лимфатических узлах;
- лица молодого возраста с гиперергической реакцией на пробу Манту с 2ТЕ ППД-Л (инфильтрат 21 и более см в диаметре, везикуло-некротическая реакция);
- лица молодого возраста с отрицательной реакцией на пробу Манту с 2 ППД-Л;
- лица молодого возраста, перенесшие экссудативный плеврит

2. Социальные группы:

- лица БОМЖ;
- беженцы;
- мигранты;
- лица, находящиеся в пенитенциарных учреждениях и освободившиеся из них в течение первых двух лет;
- лица, проживающие в приютах, ночлежках, интернатах для престарелых и т.д.;
- пациенты наркологических и психиатрических учреждений.

3. Поликлинические группы (табл. 1)

Таблица 1

Перечень состояний	Локализация туберкулеза
<ul style="list-style-type: none"> - женщины в послеродовом периоде; - пациенты, инфицированные ВИЧ и больные СПИДом; - больные сахарным диабетом; - больные язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки; - больные, перенесшие полостные операции на брюшной полости; - больные, длительно получающие кортикостероиды, цитостатики и лучевую терапию; - больные хроническим алкоголизмом, наркоманией и психическими заболеваниями; - больные хроническими вирусными заболеваниями печени. 	Любая
<ul style="list-style-type: none"> - больные с профессиональными (пылевыми) заболеваниями легких; 	Туберкулез органов дыхания

Перечень состояний	Локализация туберкулеза
<ul style="list-style-type: none"> - больные с неспецифическими заболеваниями легких; - больные с раком легкого. 	
<ul style="list-style-type: none"> - лица с менингеальной симптоматикой; - лица с прогрессирующими головными болями. 	Туберкулезный менингит
<ul style="list-style-type: none"> - длительно текущие артриты, полиартриты; - остеомиелит метафизарной локализации, в т.ч., осложненный свищами; - остеохондроз; - деформация позвоночника; - радикулиты; - упорные боли в спине, суставах; - нарушение походки; - висцеральные боли; - нарушение функции тазовых органов неясного генеза. 	Туберкулез костей и суставов
<ul style="list-style-type: none"> - хронический пиелонефрит; - хронический цистит; - калькулезный пиелонефрит; - мочекаменная болезнь; - приступы почечной колики; - гематурия неясной этиологии; - гипертония неясной этиологии; - радикулиты; - хронический орхоэпидидимит и эпидидимит. 	Туберкулез мочеполовой системы
<ul style="list-style-type: none"> - длительные хронические воспалительные заболевания женских половых органов, не поддающиеся неспецифической терапии; - бесплодие, особенно первичное; - стойкое нарушение менструальной функции. 	Туберкулез женских гениталий
<ul style="list-style-type: none"> - хронические воспалительные заболевания лимфатических узлов, в т.ч. с длительно текущими незаживающими свищами; - увеличение лимфоузлов неустановленной этиологии – шейных, подмышечных, паховых и другой локализации. 	Туберкулез периферических лимфатических узлов
<ul style="list-style-type: none"> - хронический холецистит, аппендицит; - мезаденит; - колит; - язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки; - частичная кишечная непроходимость; - опухолевидные образования в брюшной полости и малом тазу. 	Туберкулез абдоминальный

Перечень состояний	Локализация туберкулеза
<ul style="list-style-type: none"> - туберкулоидная форма кожного лейшманиоза; - хромомикоз; - актиномикоз; - споротрихоз; - хроническая пиодермия; - хронические угри; - васкулиты кожи; - хроническая дискоидная красная волчанка; - саркоидоз кожи; - флебиты; - трофические язвы. 	Туберкулез кожи
<ul style="list-style-type: none"> - хронические рецидивирующие воспалительные заболевания сосудистой оболочки; - ириты, иридоциклиты; - кератоувеиты, склероувеиты; - хориоидиты, хориоретиниты; - хорионейротениты; - хориоретиноваскулиты; - увеиты. 	Туберкулез глаз
<ul style="list-style-type: none"> - перикардит неясной этиологии с острым и хроническим течением, неподдающийся терапии неспецифического действия. 	Туберкулезный перикардит
<ul style="list-style-type: none"> - надпочечниковая недостаточность неясной этиологии. 	Туберкулез надпочечников

ВАЖНЕЙШИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

В табл. 2 приведены основные клинические симптомы, характерные для туберкулеза.

Таблица 2

Локализация туберкулеза	Симптомы
Любая	<ul style="list-style-type: none"> - подострое или острое начало; - лихорадка, ночные поты; - потеря массы тела; - умеренный лейкоцитоз, лимфопения, иногда моноцитоз; - патологические изменения на рентгенограмме.
Туберкулез органов дыхания	<ul style="list-style-type: none"> - кашель более 3-х недель с выделением мокроты или без нее; - кровохарканье; - боли в грудной клетке.
Туберкулезный менингит	<ul style="list-style-type: none"> - на 1-й неделе: постепенное развитие менингеального синдрома (несоответствие состояния тяжести процесса); - на 2-й неделе: присоединяется базальная неврологическая симптоматика; - на 3-й неделе: параличи, оглушенность сменяется ступором, затем комой; - к началу 4-й недели может наступить летальный исход.
<p>Туберкулез позвоночника</p> <p>Туберкулез суставов</p>	<ul style="list-style-type: none"> - интоксикация (субфебрильная температура, потливость, слабость и т.д.); локальная боль в позвоночнике, вынужденная осанка, ригидность мышц спины, ограничение движений в позвоночнике, выстояние остистых отростков. - иррадирующая боль по ходу спинальных нервов, которая может имитировать заболевание внутренних органов; - интоксикация (субфебрильная температура, потливость, слабость и т.д.); постепенно усиливающиеся боли в суставе, ограничение амплитуды подвижности в нем; вынужденное положение конечности; - возможно острое начало заболевания, связанное с прорывом бессимптомного костного очага в полость сустава; - при осмотре определяют сглаженность контуров сустава, повышение местной температуры без гиперемии

Локализация туберкулеза	Симптомы
	области сводов может быть их укорочение, пастозность.
Туберкулез периферических лимфатических узлов	<ul style="list-style-type: none"> - наличие увеличенного лимфатического узла определенной локализации (чаще поражаются шейные лимфоузлы); - повторные обострения местного процесса, не поддающиеся обычной неспецифической терапии; - признаки интоксикации: слабость, потливость, субфебрильная температура тела, головная боль; - при пальпации определяются увеличенные в размерах лимфатические узлы, слабая болезненность и появление размягчения в центре; - образование свищей, повышение местной температуры при обострении процесса.
Абдоминальный туберкулез	<ul style="list-style-type: none"> - боль в животе, чаще локализуемая в околопупочной области; - признаки интоксикации: субфебрильная температура тела, плохой аппетит, тошнота; - расстройство желудка и кишечника (желудочно-кишечный дискомфорт); - при туберкулезном перитоните – острое течение заболевания с постоянными разлитыми (или локализованными) болями в животе, признаками выраженной интоксикации; - возможно увеличение живота из-за накопления экссудата в брюшной полости; - при туберкулезе кишечника живот равномерно вздут, болезненный в правой подвздошной области; терминальный отдел подвздошной кишки может пальпироваться в виде шнура.
Туберкулез кожи	<ul style="list-style-type: none"> - длительные кожные заболевания при отсутствии эффекта от неспецифической терапии; - обычно отмечают локализованные или диссеминированные кожные образования на различных участках тела (чаще на лице и открытых частях тела) типа мелких, желеподобных узелков в коже без перифокального воспаления. Узелки могут сливаться в конгломератные инфильтраты или быть в виде бляшек; далеко зашедшие формы осложняются образованием безболезненных язв; - первичные поражения кожи сопровождаются увеличением региональных лимфатических узлов.
Туберкулез глаз	<ul style="list-style-type: none"> - жалобы у больных туберкулезом глаз не носят специфического характера и зависят от локализации воспаления;

Локализация туберкулеза	Симптомы
	<ul style="list-style-type: none"> - слабовыраженные объективные ощущения с грубыми изменениями тканей глаз; - постепенное начало, длительное торпидное течение, отсутствие эффекта от проводимой неспецифической терапии.
Туберкулез перикарда	<ul style="list-style-type: none"> - боли в груди, одышка, кашель, слабость, отеки на ногах; - гепатомегалия и асцит; - при осмотре отмечается тахикардия, низкое кровяное давление, парадоксальный пульс, признаки правожелудочковой недостаточности; - на рентгенограмме и компьютерной рентгенограмме органов грудной клетки наблюдается увеличение размеров сердца и признаки локального медиастинита; - при электрокардиографии выявляют тахикардию, изменение волны ST и T, низковольтажный комплекс QRS; - при эхокардиографии – фиброзные изменения перикарда, отложения фибрина, кальция или жидкость в перикардальном пространстве.
Туберкулез надпочечников	<ul style="list-style-type: none"> - проявление клинических признаков надпочечниковой недостаточности возможно только при разрушении более 90% ткани надпочечников; - слабость, повышенная утомляемость, усиление пигментации кожи, особенно на сгибательных поверхностях, в 15% - сочетание гиперпигментации с участками депигментации; - снижение артериального давления, дистрофия миокарда; - дисфункция пищеварительного тракта, запоры; - гипогликемические состояния; - повышенное стремление к употреблению соли, артралгии.

Рентгенологические признаки туберкулезного процесса

Таблица 3

Локализация туберкулеза	Признаки
Туберкулез органов дыхания	<p>Очаговая тень; Фокусное тенеобразование; Диссеминация любого типа; Шаровидное тенеобразование; Полостное тенеобразование; Синдром плеврального выпота; Синдром расширения тени средостения и корней легкого.</p>
<p>Туберкулез позвоночника</p> <p>Туберкулез суставов</p>	<p>Сужение межпозвоночной щели; Утолщение паравертебральных тканей; Очаги деструкции в телах позвонков, их деформация и спадение.</p> <p>Очаги деструкции; Остеопороз; Секвестры; Сужение суставной щели.</p>
<p>Туберкулез органов мочевой системы</p> <p>Туберкулез мужских половых органов</p> <p>Туберкулез женских половых органов</p>	<p>Экскреторная урография и ее модификации для выявления деструктивных изменений в почках и оценки мочевых путей; Полипозиционная ретроградная уретеропиелогрaфия детализирует формы и распространенность заболевания; Почечная ангиография для уточнения генеза артериальной гипертензии и определения сохранности почечной паренхимы.</p> <p>Нет</p> <p>Частичная или полная облитерация полости матки; Ригидные и фиксированные спайками маточные трубы, обтурированные либо в интрамуральном отделе, либо в ампулярном.</p>

Локализация туберкулеза	Признаки
Туберкулез периферических лимфатических узлов	Нет
Абдоминальный туберкулез	Обзорная рентгенография – обнаруживаются кальцинаты в области мезентериальных узлов; При туберкулезе кишечника – функциональные и органические изменения.
Туберкулез кожи	Нет
Туберкулез глаз	Нет
Туберкулезный менингит	Нет
Туберкулез перикарда	Нет
Туберкулез надпочечников	Нет