

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО  
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ЦЕНТРАЛЬНЫЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ  
ИНСТИТУТ ОРГАНИЗАЦИИ И ИНФОРМАТИЗАЦИИ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Е.И. Скачкова**

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ  
ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ**

**(под редакцией Ю.В. Михайловой)**



**Москва  
2008 г.**

УДК \_\_\_\_\_  
ББК \_\_\_\_\_

Скачкова Е.И.

(под редакцией Михайловой Ю.В.)

Организация медицинской помощи больным туберкулезом. М.: РИО  
ЦНИИОИЗ, - 2008. – 145 с.: ил.

Монография посвящена вопросам организации противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации. Определены приоритеты в оказании противотуберкулезной помощи населению, выделены основные функциональные обязанности лиц, вовлеченных в противотуберкулезную работу. Рассмотрены вопросы организации выявления больных туберкулезом в учреждениях общей лечебной сети на всех этапах. Представлены современные подходы к использованию стационарзамещающих технологий в лечении туберкулеза. Описаны технологии организации противотуберкулезной помощи лицам с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и больным с ВИЧ-инфекцией.

Монография предназначена для врачей-организаторов здравоохранения, фтизиатров, эпидемиологов и студентов-медиков.

ISBN \_\_\_\_\_

## Содержание

<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИИ, ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР.....</b>	<b>6</b>
<b>ПРИОРИТЕТЫ В РАБОТЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ.....</b>	<b>34</b>
Функциональные обязанности специалистов, ответственных за организацию оказания медицинской помощи больным туберкулезом	38
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА (ТБ) В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ..</b>	<b>45</b>
Организация работы регистратуры поликлиники, направленная на выявление больных ТБ .....	47
Выявление больных активным туберкулезом на приеме у врача ПМСП...	50
<i>ГРУППЫ РИСКА ПО ЗАБОЛЕВАНИЮ ТУБЕРКУЛЕЗОМ .....</i>	<i>52</i>
<i>ВАЖНЕЙШИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА .....</i>	<i>54</i>
<i>ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ (ОДМ) У БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ В МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ (ОЛС) ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ТУБЕРКУЛЕЗ.....</i>	<i>58</i>
Взаимодействие врача ПМСП с противотуберкулезным диспансером.....	65
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.....</b>	<b>67</b>
Основные правила лечения больных туберкулезом:.....	73
Показания для госпитализации в туберкулезный стационар .....	76
Положение о дневных стационарах при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях.....	78
Положение о стационаре на дому при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях.....	84
Положение о центрах при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях (терапия непосредственного наблюдения) .....	86
Участие работников учреждений ПМСП в лечении больных туберкулезом .....	91

НАБЛЮДЕНИЕ ВРАЧОМ ПМСП ЗА ПАЦИЕНТАМИ, СНЯТЫМИ С УЧЕТА В ПТД В СВЯЗИ С ИЗЛЕЧЕНИЕМ.....	92
ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР ПО ОКАЗАНИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ .....	95
ОРГАНИЗАЦИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ФИБРОЗНО-КАВЕРНОЗНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ .....	102
<b>ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ- ИНФИЦИРОВАННЫМ.....</b>	<b>105</b>
1. Подготовка кадров.....	108
2. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных. ....	112
3. Мероприятия по предупреждению заболевания туберкулезом ВИЧ- инфицированных. ....	113
4. Мероприятия по раннему выявлению тубинфицирования и заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных.....	115
5. Мероприятия по предупреждению прогрессирования или профилактики осложнений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.....	118
6. Организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ- инфекцией. ....	119
7. Организация лабораторного обследования лиц с сочетанием ВИЧ- инфекции и туберкулеза.....	120
8. Организация стационарной помощи ВИЧ-инфицированных с установленным диагнозом туберкулеза или имеющих подозрение на туберкулез.....	121
9. Лекарственное обеспечение ВИЧ-инфицированных с установленным диагнозом туберкулеза или имеющих подозрение на это заболевание...	123
10. Координация противотуберкулезной работы для ВИЧ- инфицированных на региональном уровне.....	123
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 1 .....</b>	<b>125</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 2 ПЕРЕЧЕНЬ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПЕРИОДИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ .....</b>	<b>127</b>
<b>СТАНДАРТ ПРОВЕДЕНИЯ СКРИНИНГА ДЛЯ СВОЕВРЕМЕННОГО ВЫЯВЛЕНИЯ     ТУБЕРКУЛЕЗА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ У ВЗРОСЛЫХ И ПОДРОСТКОВ .....</b>	<b>129</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 3 ПРАВИЛА СБОРА МОКРОТЫ.....</b>	<b>131</b>
<b>1. ИНСТРУКТАЖ ПО СБОРУ КАЧЕСТВЕННОГО ОБРАЗЦА МОКРОТЫ.....</b>	<b>132</b>

<b>2. График сбора образцов мокроты .....</b>	<b>132</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 4 МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ .....</b>	<b>134</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 5 .....</b>	<b>137</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 6 .....</b>	<b>139</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 7 .....</b>	<b>140</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 8 .....</b>	<b>143</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ 9 .....</b>	<b>146</b>

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В РОССИИ, ИСТОРИЧЕСКИЙ ОБЗОР.**

Туберкулез как длительное хронически волнообразно текущее заболевание известен человечеству с древних времен. Чаще всего им заболевают социально незащищенные лица с иммунодефицитом, находящиеся в состоянии перманентного стресса.

Уже в 1837 году Г.И. Сокольский обратил внимание на крайне высокую пораженность туберкулезом портных, сапожников, каменщиков и рабочих других профессий, связанных с вдыханием пыли и «плохого» воздуха. «Туберкулез – участь живущих в подвалах», - утверждал в свою очередь С.П. Боткин. В дальнейшем эти наблюдения были подтверждены статистическими данными (М. Журин, 1862, Р.Б. Каганович, 1952, А.Е. Рабухин, 1957).

Туберкулез был распространен и среди армейских контингентов, т.е. среди физически наиболее крепкого и в какой-то мере обследованного в медицинском отношении мужского населения молодого и среднего возраста. По данным Гейлиха И.В. (1894), Дубелира Д.П. (1900), заболеваемость туберкулезом в русских войсках составляла в среднем 2,4%-3,5% в год, а в отдельных округах достигала 7%.

Это заболевание получило широкое распространение не только в городах, но и в селах и деревнях. Об этом свидетельствовали, прежде всего, материалы военно-санитарного ведомства, в которых отмечалось, что основную массу больных солдат составляли крестьяне-выходцы из различных губерний и областей России. Высокая пораженность туберкулезом сельского населения была установлена при специальных обследованиях, проведенных земскими врачами (Пурский А.В., 1888; Савельев М.В., 1891; Фриновский Н.Е., 1891).

Первые попытки организации общественной борьбы с туберкулезом в России относятся к 80-м годам 19-го столетия и связаны с деятельностью

двух медицинских обществ - Русского общества охранения народного здоровья и Общества русских врачей в память Н.И.Пирогова (Пироговское общество). Правление первого из них находилось в С.-Петербурге, второго - в Москве (Р.Б. Каганович, 1952, А.Е. Рабухин, 1957, А.Г. Хоменко, 1988).

В это же время произошли важные события в научном мире, которые повлияли на общественно-медицинскую мысль в России. В 1882 г. Роберт Кох открыл возбудитель туберкулеза *M.tuberculosis*, что способствовало разработке основ санитарной профилактики туберкулеза. Одновременно усилилась пропаганда необходимости лечения больных туберкулезом, идеи его излечимости. В 1882 г. К.Форланини (Италия) было предложено лечение туберкулеза легких искусственным пневмотораксом (Р.Б. Каганович, 1952).

В 1891 г. при «Русском обществе охранения Народного Здравия» была организована комиссия по изучению мер борьбы с туберкулезом. Этой комиссии было поручено "возможно разностороннее изучение вопросов, касающихся чахотки легких". Председателем комиссии был проф. Н.Ф. Здекауер, который на первом заседании комиссии (17.02.1891 г.) выступил с докладом "Исторические сведения о чахотке, изменения понятий о ее сущности и причинах".

Комиссия поставила 2 задачи:

1. "Изучение распространения чахотки по всей России в зависимости от различных условий".

2."Изыскание мер предохранения от этой болезни".

Комиссия просила «Русское общество охранения Народного Здравия» обратиться в соответствующие правительственные учреждения с предложениями провести следующие меры:

1). Официально признать чахотку легких заразной болезнью и внести ее в списки таковых.

2). Организовать такую же регистрацию заболеваемости и смертности от туберкулеза легких и других органов, какая установлена для прочих заразных болезней.

3). Проводить периодические осмотры на туберкулез "как рабочих и их семейств на фабриках и других учреждениях со скучным населением, так и в учебных заведениях, тюрьмах и др."

4) Устроить убежища (приюты), в которых "неимущие больные чахоткой могли бы иметь временный или постоянный приют с производством соответствующих их здоровью работ".

В постановлениях комиссии также есть пункты о ходатайстве перед военным и морскими ведомствами об обязательном сообщении органам санитарного надзора Министерства внутренних дел: «о забракованных нижних чинов по причине чахотки с подробным указанием их места жительства»; «о проведении периодических осмотров "всех служащих нижних чинов" не менее 1 раза в год, причем чахоточные удаляются из службы, а подозрительные в этом отношении чины подвергаются по усмотрению врача повторным исследованиям"; и «об устройстве санаториев для "военных и морских чинов", заболевших чахоткой на службе, для продолжительного пребывания там с производством соответствующих их здоровью работ».

Комиссия разработала "Общие меры против заражения чахоткой", где перечислялись основные принципы санитарной профилактики туберкулеза, которые не потеряли свою значимость и в настоящее время - влажная уборка полов, заключительная дезинфекция квартир, специальный надзор за пищевыми предприятиями и др. Также были составлены "Меры против заражения чахоткой (санитарное содержание больниц, дезинфекционные мероприятия, осмотр персонала с целью исключения больных туберкулезом, типы плевательниц и др.) в стационарах".

Комиссия приняла весьма обширный план сбора по всей России сведений о борьбе с легочной чахоткой. Разработав большие планы изучения туберкулеза, «комиссия не нашла практических путей реализации своих решений». Следует отметить, что Комиссия внесла ряд предложений в Петербургскую городскую думу об устройстве амбулаторий для чахоточных,



об организации бактериологической станции для бесплатного исследования мокроты на туберкулезные палочки, об издании памяток для раздачи в городских амбулаториях больным с грудными заболеваниями. Единственным реальным достижением Комиссии была организация Общества попечения о больных бугорчаткой в 1904 г.

Пироговское общество было основано в 1883 г. и его задачи, согласно его уставу, заключались в "научно-практической разработке врачебных и санитарных вопросов, а равно и вопросов", касающихся врачебного быта, соединенными силами русских врачей". Заметный интерес к проблеме туберкулеза Пироговское общество начало проявлять в начале 90-х годов позапрошлого столетия.

На IV съезде в 1891 г. в его различных секциях было заслушано 14 докладов, посвященных вопросам профилактики и лечения туберкулеза. По инициативе известного ученого В.Д.Шервинского в 1900 г. при Пироговском обществе была организована временная комиссия по изучению туберкулеза. Кроме разработки программы изучения туберкулеза, комиссия выполнила следующие организационные задания: разработка мер общественной борьбы с туберкулезом, составление проекта и программы деятельности постоянной комиссии и составление проекта устава Русского общества для борьбы с туберкулезом.

Доклад комиссии "О необходимых мероприятиях в борьбе с туберкулезом" содержит 3 основных раздела: 1). Статистика. 2). Профилактика и 3) Лечебные мероприятия.

В первом разделе подчеркивается, что статистика туберкулеза должна составлять часть общей санитарной статистики, указывается на важность правильной регистрации заболеваний туберкулезом, предпосылками чего являются установление номенклатуры (клинической формы), правил для регистрации и формы регистрационных карт.

Наибольшее внимание в разделе "профилактика" было уделено мерам по улучшению санитарных условий жизни населения и мерам для

предупреждения появления и распространения туберкулеза. В план социально-профилактических мероприятий входили следующие вопросы: обеспечение населения доступной, бесплатной и квалифицированной врачебной помощью (амбулаторной и больничной); санитарный надзор за улучшением жизни населения (фабричные, горнозаводские рабочие, ремесленники и др.); страхование рабочих на случай болезни, инвалидности или смерти; охрана труда и обеспечение отдыха; борьба с алкоголизмом; борьба с детской смертностью и т.д.

Вторая часть плана включала мероприятия, необходимые для борьбы с туберкулезом как инфекционным заболеванием: обязательное извещение о больном, раннее выявление, улучшение жизни больных и их семей, устройство санаториев и больниц для больных туберкулезом, охрана чистоты воздуха и почвы, санитарно-просветительная работа, санитарно-ветеринарный надзор за скотом и молочными фермами. В третью часть входили лечебно-диагностические мероприятия.

На VIII Пироговском съезде 1902 г. вопросы туберкулеза являлись программными. На этом съезде был заслушан доклад "Государственные и общественные меры борьбы с туберкулезом в России" (Н.Ю. Кумберг), подчеркивалась значимость раннего выявления больных и организация для них лечебных учреждений (санаториев, больниц, приютов и т.д.), дезинфекционные мероприятия, профилактические осмотры рабочих пищевых предприятий, санитарно-профилактические мероприятия на производствах и др.

Съезд постановил организовать постоянную комиссию для изучения туберкулеза. Было также принято решение "разработать вопрос о значении и постановке кумысолечения" и разослать во все общественные учреждения и ведомства просьбу принять меры по борьбе с туберкулезом. На заседаниях комиссии подробно обсуждался вопрос о типах лечебных учреждений для больных туберкулезом.

В комиссии рассматривались также вопросы "О страховании рабочих как мере борьбы с туберкулезом" (доклад Н.Д.Соколова) и "О необходимости санитарного законодательства в применении к борьбе с туберкулезом" (доклад В.Е.Игнатьева). Основные предложения В.Е.Игнатьева сводились к обязательному оповещению о случаях заболевания, дезинфекции жилищ, борьбе с пылью, правильному обращению с мокротой, обязательному страхованию и жилищному строительству.

Много внимания комиссия уделила вопросам санитарного просвещения населения. По заданию комиссии П.И.Куркин собрал статистические данные по некоторым губерниям и на основании этих данных показывал, что "туберкулез в России получил широкое угрожающее распространение и наносит населению неизмеримый экономический и санитарный ущерб".

Комиссия внесла на рассмотрение IX Пироговского съезда (1904) 3 вопроса: о созыве всероссийского съезда по борьбе с туберкулезом, об одобрении номенклатуры туберкулеза, о введении обязательного страхования рабочих. Следует отметить, что 1 съезд по туберкулезу был созван лишь после Октябрьской революции в 1922 г.

Комиссия по вопросу изучения туберкулеза, созданная при Пироговском обществе (1900-1901), разработала проект устава Русского общества борьбы с туберкулезом. Проект устава был одобрен на VIII Пироговском съезде (1902 г.) и был представлен на утверждение Правительства в октябре 1902 г. Однако, он был возвращен для доработки и был утвержден Правительством только 23.11.1909 г.

В 1903 г. при Медицинском Совете Министерства внутренних дел была организована постоянная комиссия по борьбе с бугорчаткой. В обязанности этой комиссии входило знакомить Медицинский Совет с мероприятиями по борьбе с туберкулезом, проводимыми в России и за границей. Комиссия официально была связана с правлением Международного союза борьбы с туберкулезом и проводила через

Медицинский Совет те постановления, которые требовали санкции правительства.

Министерством внутренних дел по предложению комиссии обязали правительственные учреждения земских и городских управлений: вводить обязательное извещение о случаях туберкулеза с принятием необходимых мер против распространения заразы и регистрировать бугорчатку легких по схеме, выработанной международным союзом.

Кроме того, комиссия разослала анкеты, содержащие следующие вопросы: 1) о народных здравницах; 2) о насаждении в населении знаний по туберкулезу и 3) о бугорчатке в тюрьмах гражданского ведомства; 4) об обязательном преподавании в учебных заведениях гигиены с обращением особого внимания на бугорчатку.

Первая в России специальная амбулатория для туберкулезных больных была организована в 1904 г. Рогожским отделением Дамского попечительства о бедных в Москве на Пречистенке при лечебнице Святой Софьи. В нашей стране, так же как за рубежом, идея организации диспансеров довольно быстро завоевала признание (Р.Б. Каганович, 1952).

Совет Лиги борьбы с туберкулезом в 1911 г. принял следующее постановление: Центральным противотуберкулезным учреждением - ячейкой - должна быть у нас специальная амбулатория - попечительство, функционирующее, или как самостоятельное учреждение, или связанное в той или иной степени с уже существующими в одной местности лечебными учреждениями.

Основной задачей диспансеров в России с самого начала их деятельности было выявление туберкулеза, причем именно методом микроскопии мокроты. Некоторые амбулатории (в Москве, Оренбурге и др.) располагали собственными лабораториями и производили исследование мокроты. Ряд амбулаторий (в Петербурге, Москве, Кронштадте и др.) пользовались рентгеноскопией, а во многих широкое применение получила туберкулинодиагностика в виде пробы Пирке (Р.Б. Каганович, 1952).

В России почти во всех противотуберкулезных амбулаториях проводилась в широком масштабе лечебная работа. Для лечения больных туберкулезом применялись туберкулинотерапия, искусственный пневмоторакс, общеукрепляющие и симптоматические средства (мышьяк, фосфацид, дустал, презол, ихтиол и др.). При этом медикаменты выдавались бесплатно. Особое внимание при стационарном лечении больных уделялось питанию и гидротерапии (водные процедуры).

Идея необходимости специального попечения о туберкулезных больных была высказана еще в 1895 г. Р.А.Павловской, то есть за несколько лет до Кальметта, которого считают автором идеи диспансерного обслуживания больных. Диспансеры (попечительства), наряду с диагностической, лечебной, просветительской работой, проводили дезинфекционные мероприятия на дому, при перемене квартиры или смерти больных, обеспечивали улучшение жилищных условий, выдавали денежные субсидия, продукты и одежду. Несмотря на высокую распространенность туберкулеза в России, средства, которые отпускались земствами и городами или собирались на началах благотворительности, были слишком ничтожны по сравнению с потребностью противотуберкулезной работы (Р.Б. Каганович, 1952).

Одной из основных начинаний Лиги и местных отделов ее во многих городах России была организация дня "Белого цветка" ("дня Ромашки", "туберкулезного дня"). Эти дни использовались для проведения просветительской работы и сбора денежных средств. Проведение дней "Белого цветка" позволяло собирать денежные средства, на которые открывались амбулатории, приюты или создавались фонды для их строительства.

В 1911 г. была принята форма регистрации туберкулеза на общих амбулаторных картах, в которых отмечалась локализация, наличие туберкулеза в семье, жилищные условия (Р.Б. Каганович, 1952, А.Е. Рабухин, 1959). На заседании совета Лиги обсуждались практические вопросы по

туберкулинотерапии, лечению туберкулеза костей и суставов в амбулаторных условиях и т.д. Лига издавала собственный научно-популярный ежемесячный журнал "Туберкулез", в 1914 г. журнал был переименован в "Вестник общественной борьбы с туберкулезом". В 1911 г. вышла из печати книга А.Н. Боброва "Очерк борьбы с туберкулезом в России".

В работе Лиги принимали активное участие русские ученые: З.П.Соловьев, В.А.Воробьев, А.А.Кисель, А.И.Лапшин, Т.П.Краснобаев, В.Д.Маркузан и др., которые и после Октябрьской Революции внесли большой вклад в организацию борьбы с туберкулезом.

В России до Октябрьской Революции не было государственной статистики заболеваемости туберкулезом, но о большой распространенности этого заболевания свидетельствуют данные о смертности от него в ряде городов (г.г. Москва, С.-Петербург, Нижний Новгород, Саратов), где систематически велся учет смертности. Например, в 1913 г. смертность от туберкулеза в указанных городах достигала 350-500 на 100 тыс. населения. В период 1913-1917 гг. отмечена тенденция к снижению смертности и она составляла уже 230-330 на 100 тыс. населения (Е.Э. Бен, 1939).

Также показательны данные об организации работы служб по оказанию противотуберкулезной помощи населению. К 1913 г. в России было 67 амбулаторий - попечительств для больных туберкулезом, 37 постоянных санаториев для взрослых, в том числе 13 частных, 12 сезонных и 8 детских (Лапина А.И., 1969). Во время первой мировой войны большинство тубучреждений использовались для воинов, заболевших туберкулезом, что привело к уменьшению их числа, и к 1916 г. их осталось всего 8.

Таким образом, приведенные выше данные свидетельствуют о том, что в России накануне первой мировой войны туберкулез был широко распространенным заболеванием. Необходимо отметить, что, несмотря на большую распространенность туберкулеза в России, не существовало государственной программы борьбы с данным заболеванием.

Планомерная работа по борьбе с туберкулезом в Советской России началась после учреждения 25 октября 1918 г. в Наркомздраве РСФСР Секции борьбы с туберкулезом. К работе привлекались видные ученые и организаторы здравоохранения. Менее чем через месяц после утверждения секции, 20 ноября 1918 г., на первом заседании совета Секции под председательством заместителя Наркомздрова РСФСР З.П. Соловьева состоялось обсуждение доклада проф. В.А. Воробьева об основных направлениях формирования отечественной фтизиатрической службы. Особое внимание докладчик обратил на 2 аспекта: борьбу с непосредственно инфекционной болезнью и улучшение социально-экономических условий быта населения и работы трудящихся (И.Б. Бейлин, 1947).

По данным Н.Е. Введенской (1937), на последующих заседаниях советов и коллегий Секции решались вопросы первостепенной важности: организация отделов борьбы с туберкулезом в административных территориях; создание показательных туберкулезных учреждений; смета типовых туберкулезных учреждений; создание "Академии для изучения туберкулеза"; организация коечного фонда для неимущих и незастрахованных больных туберкулезом; изоляция тяжелобольных; борьба с детским туберкулезом; профилактика и лечение туберкулеза в тюрьмах, армии и на флоте; санитарно-просветительная работа; подготовка врачебных кадров, среднего медицинского персонала и др .

В 1921 г. была опубликована Схема государственной борьбы с туберкулезом. В руководящий состав Схемы входили представители Народных комиссариатов здравоохранения, труда, социального обеспечения, образования, профессиональные союзы, партийные и культурно-просветительные организации союза молодежи. Схема состояла из 3 разделов: 1) социальной профилактики туберкулеза, включающей в себя жилищную реформу, оздоровление условий труда, охрану материнства и детства, охрану здоровья детей, развитие физической культуры; 2)

специальной противотуберкулезной профилактики; 3) медицинской помощи туберкулезным больным.

Одним из достижений в работе Секции явилось создание Государственного туберкулезного института Народного комиссариата здравоохранения РСФСР, ныне ГУ ЦНИИТ РАМН. В то время уже действовал Первый советский институт туберкулеза, созданный 30 ноября 1918 г., но он находился в подчинении Мособлздравотдела. Новый институт туберкулеза был организован на основании решения Коллегии Наркомздрава РСФСР от 28.07.1921 г., № 31. Этим же решением Коллегии в стране при Московском университете была учреждена и первая кафедра туберкулеза. Институт и кафедру возглавил проф. В.А. Воробьев - в прошлом бессменный руководитель "Всероссийской Лиги борьбы с туберкулезом".

В последующем институты туберкулеза стали создаваться в ряде административных территорий. Высказывалось даже мнение об организации институтов в каждой автономной республике, крае, области. Но, в конечном итоге, в разное время 20-30-х годов в 11 городах (Москва, Ленинград, Иваново, Воронеж, Самара, Саратов, Краснодар, Казань, Уфа, Свердловск, Ялта) работали 15 институтов (А.Г. Хоменко, 1988, В.В. Ерохин, 2006).

Среди всех институтов туберкулеза головным учреждением являлся Государственный туберкулезный институт. На него возлагались полномочия по разрешению проблемы туберкулеза в стране, координации научной и педагогической деятельности остальных институтов туберкулеза. Большое внимание уделялось социальным вопросам туберкулеза, и для их изучения в каждом институте функционировали отделы социальной патологии.

В 1922 г. состоялся I Всероссийский съезд по борьбе с туберкулезом, в 1923 г. - II, в 1924 г. - III, в 1928 г. - IV. На съездах с участием врачей различных специальностей и представителей общественности обсуждались вопросы первостепенной важности. Был подготовлен к проведению в Ленинграде весной 1932 г. и V съезд.



В мае 1923 г. начал издаваться журнал "Вопросы туберкулеза" (вышел первый номер), непрерывно издаваемый вот уже более 80 лет под названием "Проблемы туберкулеза и болезни легких". До начала выхода первого номера журнала Секция издавала тематические сборники по различным разделам туберкулеза.

В течение 20-х годов при диспансерах создавались Советы социальной помощи, на промышленных предприятиях и в организациях - туберкулезные ячейки. Обязанностью этих организаций являлось решение вопросов улучшения условий труда и быта больных туберкулезом, проведение профилактических мероприятий против туберкулеза в школах, общежитиях и на дому. Больные обеспечивались бесплатным питанием, их переводили на более легкую работу с сохранением прежней зарплаты и освобождали от работы в ночное время.

В 1926 г. издательство Наркомздрава РСФСР опубликовало справочное руководство "Туберкулез и борьба с ним" для туберкулезных учреждений, здравотделов, врачей и работников по оздоровлению труда и быта трудящихся объемом 574 страницы и тиражом 2 тыс.

Постановлением ВЦИК и СНК РСФСР от 29.09.24 Российское государство впервые предоставило туберкулезным больным право на дополнительную жилую площадь или отдельную комнату. В последующие годы это постановление неоднократно дополнялось и совершенствовалось. К сожалению, эти документы не претворялись полностью в жизнь, на что указывали Наркомздрав РСФСР и Народный комиссариат внутренних дел РСФСР, бывший руководитель Секции борьбы с туберкулезом Е.Н. Мунблит, заведующий соцотделом Центрального туберкулезного института Наркомздрава Д.И. Шифман.

В период с 1922 по 1928 гг. в стране проводились туберкулезные трехдневники (по аналогии десятидневников в США). Согласно воспоминаниям Н.Е. Введенской (1937), основной целью трехдневников была пропаганда идей борьбы с туберкулезом, вовлечение в

противотуберкулезные мероприятия широких масс трудящихся, различных организаций.

Трехдневник проходил под руководством местных органов власти, с участием предприятий, профсоюзных, молодежных и других различных организаций. Диспансеры готовили материалы наглядной агитации о борьбе с туберкулезом, выпускали листовки, плакаты, газеты, сборники, организовывали лекции, в которых подробно разъяснялась эпидемическая ситуация по туберкулезу (приводились показатели заболеваемости туберкулезом и смертности от него) в районе, городе и т.д., говорилось о нуждах диспансера и планах его работы на будущее. Одновременно с этим собирались материальные пожертвования от населения на противотуберкулезные мероприятия.

С 1926 г. Государственный туберкулезный институт стал рассчитывать общий показатель смертности от туберкулеза по 17 городам с населением 100 тыс. человек и более. По данным справочников данного института за 1928-1932 годы, средний показатель смертности от туберкулеза составил: в 1926 г. -19,2; в 1927 г. - 20,4; в 1928 г. - 19,6; в 1929 г. - 19,7 на 100 тыс. населения. Уровень смертности в этих городах в 1927 г. колебался от 33,4 в Самаре до 11,8 на 100 тыс. населения в Воронеже.

Первый пятилетний план развития народного хозяйства страны положил начало индустриализации России и коллективизации ее сельского хозяйства. На их выполнение требовались колоссальные материальные и людские ресурсы. Рабочие на стройках находились в тяжелых социально-экономических условиях, что способствовало росту уровня их заболеваемости. По этому поводу состоялось даже специальное заседание Оргкомитета ЦК ВКП(б) от 23.12.29, протокол № 172. Основной причиной роста заболеваемости среди рабочих и крестьян руководство партии назвало не условия, в которых жил и работал трудовой народ, а недостаточный уровень их медицинского обслуживания: "Темпы развития дела

здравоохранения значительно отстают от роста всего народного хозяйства страны и потребностей рабочего класса и крестьянства".

После принятия данного решением последовала серия директив Совнаркома РСФСР и Наркомздрава РСФСР. В стране началась реорганизация всей системы здравоохранения, сформированной за весь предыдущий период Советской власти. Согласно новой концепции развития здравоохранения, медицинская помощь, в первую очередь, должна была оказываться рабочим промышленных предприятий, сферы строительства и крестьянам, организованным в колхозы.

В Наркомздраве РСФСР было ликвидировано подразделение, руководившее противотуберкулезными мероприятиями в стране. Эти функции Приказом Наркомздрава РСФСР от 17.09.30 № 667 были возложены на Государственный туберкулезный институт. В 1931 г. Наркомздрав РСФСР издал "Положение о борьбе с туберкулезом на производстве". Предлагаемая система борьбы с туберкулезом существенно отличалась от ранее изложенной (доклад проф. В.А.Воробьева на первом заседании Совета Секции от 20.11.18 и Схема государственной борьбы с туберкулезом, опубликованная в 1921 г.).

Согласно новому положению, ответственность за всю работу по борьбе с туберкулезом возлагалась на заведующего туберкулезным диспансером, заведующего туберкулезным отделением или на назначенное ими лицо. Профилактические мероприятия (профилактический отпуск, санаторий, дом отдыха, диетстоловая и др.), в первую очередь, распространялись на ударников труда. На улучшение условий жилплощади, в первую очередь, могли претендовать бацилловыделители - ударники труда.

Основным изменением в деятельности фтизиатрической службы являлась замена эпидемиологических принципов борьбы с инфекцией на классовые приоритеты: медицинская помощь, в первую очередь, рабочим новостроек, крупных промышленных центров и крестьянам, вступившим в колхоз.

Изменился и характер информации журнала "Вопросы туберкулеза", поменявшего свое название на "Борьба с туберкулезом". В журнале прекратилась публикация сведений о заболеваемости туберкулезом и смертности от него. Вместо этих показателей сообщалась численность выявленных больных туберкулезом в процентном отношении к количеству обследованных рабочих предприятий. Перестали проводиться туберкулезные трехдневники, так как они сопровождались информацией об эпидемической ситуации по туберкулезу.

С принятием 5 декабря 1936 г. Конституции СССР, по образному выражению народного комиссара здравоохранения СССР М.Ф. Болдырева, в России были "...уничтожены корни развития туберкулеза". В работах некоторых ученых-фтизиатров стали цитироваться высказывания народного комиссара здравоохранения о ликвидации в СССР социальных причин развития туберкулеза. А туберкулез не только был, но и продолжал распространяться. Сотрудники туберкулезной группы Наркомздрава СССР и ученые Государственного института туберкулеза подготовили в 1938 г. проект закона по борьбе с туберкулезом. Однако, закон не был утвержден.

В основу организации борьбы с туберкулезом после Октябрьской революции 1917 г. были положены принципы, общие для социалистической формы здравоохранения России. Главным из них стал государственный характер борьбы с туберкулезом. Вновь организуемая противотуберкулезная сеть, как и все здравоохранение, полностью содержались на государственные средства, что обеспечивало бесплатность медицинской помощи.

Вторым принципом было лечебно-профилактическое направление, в котором произошло гармоническое объединение лечебной и санаторной (профилактической) работы. На этом принципе был разработан и осуществлен диспансерный метод работы, основная сущность которого заключается в том, что "не только больной, но и здоровый, являются объектом наблюдения и заботы диспансера".

Для осуществления этого направления в борьбе с туберкулезом в СССР был создан новый тип противотуберкулезного диспансера с многосторонними функциями: выявление и диагностика заболевания, лечение больных, проведение мероприятий по оздоровлению их труда и быта, санитарно-просветительная работа, сбор и анализ эпидемиологических сведений о туберкулезе. Такой многосторонний объем работы требовал от диспансера тесной и постоянной связи со всей лечебно-профилактической сетью, с партийно-профсоюзными организациями, с различными административными, хозяйственными учреждениями и населением.

Постановление Совнаркома РСФСР от 10 декабря 1934 г. (№ 1176) гласило:

1. Обязать Наркомздрав обеспечить своевременную диагностику и выявление ранних форм туберкулеза путем проведения систематических обследований (рентгеноскопия) и регулярных врачебных осмотров населения.

2. Установить, начиная с 1935 г., обязательную госпитализацию бациллярных больных, проживающих в рабочих и студенческих общежитиях, а также нуждающихся по клиническим показаниям в срочной операции.

3. Обязать городские Советы, органы жилой кооперации и хозяйственные организации при распределении площади во вновь построенных домах учесть необходимость выделения дополнительной площади для заразных туберкулезных больных в соответствии с постановлением ВЦИК и Совнаркома РСФСР от 28.02.1930 г. "О праве пользования дополнительной жилой площадью".

В 1938 г. Наркомздравом РСФСР было утверждено "Положение о краевых, областных, республиканских тубдиспансерах", а в 1940 г. - "Положение о тубдиспансерах, туберкулезных отделениях поликлиник и туберкулезных пунктах в городах и рабочих поселках". Это позволило более

четко регламентировать функции и задачи противотуберкулезных учреждений.

По данным И.И. Людвинского (1944, 1947) к 1940 г. в СССР имелись 1687 диспансерных учреждений, в том числе 554 самостоятельных диспансера, более 100 тыс. коек в больницах и санаториях для больных туберкулезом, 18 НИИ туберкулеза. Вследствие улучшения уровня жизни населения, широких оздоровительных мероприятий, уменьшалась и заболеваемость туберкулезом, а смертность от него в городах по сравнению с 1913 г. сократилась в 2,5 раза. Однако, эпидемиологическая ситуация по туберкулезу была еще крайне неблагоприятной и противотуберкулезная работа не имела планомерного и систематического характера, особенно в сельской местности.

В годы Великой Отечественной войны правительством принимаются меры по осуществлению противотуберкулезных мероприятий в условиях военного времени. Борьба с туберкулезом в этот период характеризуется широким привлечением профсоюзов, ряда министерств и их материальных ресурсов (И.И. Людвинский, 1947).

Во многих городах были развернуты новые туберкулезные больницы, а за счет промышленных министерств и профсоюзных организаций открыты ночные туберкулезные санатории на предприятиях. Создается широкая сеть оздоровительных детских учреждений в системе Наркомздрава СССР (санаторные ясли) и в системе министерств просвещения (санаторные детские сады, детские дома, школы-интернаты) [42].

Санитарная и противоэпидемическая службы принимают активное участие в борьбе с туберкулезом, как с инфекционным заболеванием. В 1942 г. вводится обязательная вакцинация новорожденных и формы экстренных извещений о каждом случае выявления бациллярного туберкулеза и смертности от него (М.А. Клебанов, 1946, К.П. Беркос, 1949)

В январе 1943 г. была издана "Инструкция ВЦСПС о трудовом устройстве рабочих и служащих, больных туберкулезом". Согласно этой

инструкции, больные туберкулезом переводятся на легкие работы с доплатой разницы в зарплате за счет средств социального страхования. В этот период были положены принципы обязательного проведения противоэпидемического минимума в туберкулезном очаге (изоляция бацилловыделителя, дезинфекция, наблюдение за контактными), а также начато проведение первых массовых рентгено-флюорографических обследований (Я.Х. Берензон, 1947).

В 1947 г. произошел решительный перелом в организации противотуберкулезной помощи на селе, что стало возможным благодаря проведенным мероприятиям по укреплению районных больниц. Особое значение имела организация подготовки врачей-фтизиатров для сельских районных больниц на базе областных туберкулезных учреждений (Н.С. Морозовский, 1949, Г.И. Колокольников, 1952, И.А. Домбовский, Г.И. Коровенко 1954).

По данным И.Д. Заславского (1954) с 1945 по 1950 гг. число коек для больных туберкулезом возросло в больницах с 40,6 до 85,5 тыс., в санаториях - с 58,0 до 124,4 тыс., число врачей-фтизиатров увеличилось до 9 тыс. В эти годы были открыты первые противотуберкулезные препараты - стрептомицин, тиоцетазон, ПАСК. С 1948 г. противотуберкулезная вакцинация и ревакцинация детей и подростков становятся действительно массовыми. Этому в большей степени способствовало создание отечественными учеными (Л.И. Нахимсон, Е.Н. Лещинская, Ю.А. Козлов, Ю.К. Вейсфейлер) сухой вакцины БЦЖ с большим сроком годности.

В соответствии с Постановлением Совета Министров Союза ССР от 25.10.1948 №3989 "О мероприятиях по снижению заболеваемости туберкулезом", в стране стал активно внедряться флюорографический метод обследования населения с целью раннего выявления туберкулеза.

Активизация работы по иммунизации против туберкулеза и ежегодным массовым обследованиям потребовала от органов здравоохранения широкого вовлечения в противотуберкулезную работу врачей общей лечебно-

профилактической сети и санитарно-противоэпидемиологической службы. В связи с этим, особенно большое значение приобрело правильное методическое руководство и резко возросла роль республиканских и областных противотуберкулезных диспансеров, как центров этого руководства (М.Л. Гольдфарм, 1948, С.Е. Незлин, 1950, В.А. Равич-Щербо, А.И. Кудрявцева, Э.З. Соркина, 1954).

За период с 1951 по 1960 гг. прошло дальнейшее расширение противотуберкулезной сети в городах и в сельских местностях, техническое оснащение ее рентгеновской, в частности, флюорографической аппаратурой, широкое привлечение к противотуберкулезной работе врачей общих лечебно-профилактических учреждений позволило проводить массовые обследования на туберкулез до 40-50 млн. человек в год ( И.М. Микулинский, 1955, А.Г. Хоменко, 1988).

Резко (до 10-15 млн. человек в год) возросло число привитых против туберкулеза лиц. Обучение сельских врачей коллапсотерапии туберкулеза и широкое применение химиотерапевтических средств, особенно препаратов гидразида изоникотиновой кислоты, придали массовый характер и лечению больных туберкулезом.

В эти годы возникло новое направление противотуберкулезной работы - лечение в самом раннем периоде первичной туберкулезной инфекции, так называемая предупредительная терапия. Одновременно успешно развивалось и хирургическое лечение туберкулеза.

На основании Постановления Совета Министров СССР от 01.09.1960 г. №972 "О мероприятиях по дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом" был издан приказ МЗ СССР № 426 от 06.10.1960 г. "О мероприятиях по дальнейшему снижению заболеваемости туберкулезом". В приказе была изложена программа борьбы с туберкулезом, которая устанавливала целый ряд новых правовых положений.

С целью усиления профилактики туберкулеза: а) во всех городах и сельских местностях вводилась обязательная вакцинация всех



неинфицированных туберкулезом детей, подростков, учащихся техникумов, студентов высших учебных заведений и работников лечебно-профилактических учреждений в возрасте до 30 лет; б) с 1963 г. повсеместно вводился внутрикожный метод вакцинации и ревакцинации БЦЖ; в) устанавливалась обязательная госпитализация больных, выделяющих микобактерии туберкулеза и первоочередное предоставление им изолированной жилой площади.

В целях своевременного выявления больных туберкулезом: а) вводилось обязательное рентгено - флюорографическое обследование на туберкулез не реже 1 раза в 2 года для всего населения, начиная с 12 лет (кроме тех групп, для которых уже было установлено обязательное ежегодное обследование 1 раз в год); б) устанавливалась обязательная организация подвижных рентгено-флюорографических групп при республиканских, областных (краевых) и городских противотуберкулезных диспансерах из расчета не менее одной группы на 300 тыс. населения. По приказу МЗ РСФСР № 400 от 4.X. 1966 г. одна подвижная флюорогруппа устанавливается на 100 тыс. населения.

С целью обеспечения дальнейшего лечения больных туберкулезом: а) вводились индивидуальные длительные сроки лечения больных в туберкулезных больницах и санаториях; б) увеличивались до 10 месяцев сроки выдачи больничных листов по временной нетрудоспособности в связи с заболеванием. С целью усиления организации борьбы с туберкулезом предусматривалась: а) организация крупных противотуберкулезных диспансеров со стационарами; б) в штатах районных сельских больниц вводилась должность медицинской сестры (фельдшера) по противотуберкулезным прививкам и патронажу больных туберкулезом.

Все эти мероприятия привели к значительному снижению выявления больных с запущенными формами туберкулеза (В.И.Стародубов, М.И.Перельман, С.Е.Борисов, 1999). Своевременное выявление, система комплексного длительного непрерывного лечения создали возможность

клинического излечения 70-80% вновь диагностированных больных с активными формами туберкулеза (З.Д. Репницкая, 1972).

В эти годы в стране сформировалась единая система организации противотуберкулезной помощи населению. Управление системой противотуберкулезной помощи в стране осуществлялась МЗ СССР. Методическими и научными центрами по ее организации являлись НИИ туберкулеза.

Специализированная медицинская помощь на местах оказывалась в противотуберкулезных диспансерах, тубкабинетах ЦРБ, туберкулезных больницах и санаториях. Работа по борьбе с туберкулезом проводилась комплексно: лечебно-профилактическими учреждениями общей сети, противотуберкулезной службой и санитарно-эпидемиологическими станциями.

Проведение в стране широких государственных мероприятий по борьбе с туберкулезом и повышение качества работы противотуберкулезных учреждений привело к улучшению всех основных эпидемиологических показателей (А.Г. Хоменко, 1991). Однако, в 70-80 годы 20-го столетия как в нашей стране, так и в развитых странах, отмечено не только замедление темпов снижения заболеваемости туберкулезом и смертности от него, но и рост их (А.Г. Хоменко, 1991, годовые отчеты ВНО, 1992-1995).

Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения основными факторами, оказывающими отрицательное влияние на снижение распространенности туберкулеза в мире, являлись: слабая экономика и бедность в развивающихся странах, недостаточные ассигнования; появление и распространение ВИЧ-инфекции, миграция населения, снижение внимания к проблеме. В те же годы было сделано неправильное предположение, что якобы проблема туберкулеза решена (А.Г. Хоменко, 1988, А.А. Приймак, 1990). Это, в свою очередь, привело к неоправданному уменьшению расходов на борьбу с ним.

Концепция о туберкулезе, как об исчезающей болезни, оказалась ошибочной не только для России, но и для многих стран мира. Противотуберкулезная служба нуждалась в совершенствовании форм и методов ее работы, активизации взаимодействия с учреждениями общей медицинской практики по вопросам диагностики, выявления и лечения больных.

Современный период, начавшийся в конце 80-90 годов 20 столетия, по данным многочисленных литературных источников, связан с резким ухудшением эпидемиологической ситуации. Основными причинами резкого увеличения заболеваемости туберкулезом и смертности от него в России являются следующие: кризис экономики, недостаточное финансирование мероприятий борьбы с туберкулезом; снижение жизненного уровня большой группы населения, в частности, ухудшение питания со значительным уменьшением потребления белковых продуктов, а также возникновение стрессовых ситуаций в связи с неустойчивым положением в стране; локальные военные конфликты в некоторых регионах; резко увеличившаяся миграция больших групп населения, практически выпадающих из поля зрения лечебно-профилактических учреждений; ухудшение проведения всего комплекса мероприятий, направленных на профилактику и выявление туберкулеза; увеличение числа больных с тяжелыми формами заболевания, особенно вызванными лекарственно-устойчивыми микобактериями.

В целях снижения распространения туберкулеза в России, совершенствования организации медицинской помощи больным туберкулезом, разработана и утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 11.06.1998 г. №582 Федеральная целевая программа "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России 1998-2004 гг.", подпрограмма "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России" Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 гг.)" (утверждена постановлением Правительства Российской Федерации №790 от 13.11.2001

г.), подпрограмма «Туберкулез» Федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)" (утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации №280 от 10051.2007 г.).

В субъектах Российской Федерации органами исполнительной власти утверждены и реализуются региональные программы по борьбе с туберкулезом. Основные мероприятия по реализации стратегии противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации в настоящее время определены

Приняты законодательные акты, обеспечивающие политическую поддержку и одобрение программы борьбы с туберкулезом на федеральном и региональном уровнях (Федеральный Закон "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" от 18.06.2001 г. № 77-ФЗ; Постановление Правительства Российской Федерации о реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" от 25.12.2001 г. № 892.

Это становится особенно важным в свете того, что Россия отнесена экспертами Всемирной Организации Здравоохранения к 22-м странам с высоким бременем туберкулеза. Статистические данные показывают, что за последние 14 лет наименьший показатель заболеваемости населения туберкулезом в Российской Федерации был зарегистрирован в 1991 году, когда он был равен 34,0 на 100 тыс. населения. С 1992 года начался рост всех показателей, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. С 2002 года тенденция течения эпидемического процесса туберкулеза в стране изменилась, появились первые признаки стабилизации, к которым относятся: стабилизация уровня показателя заболеваемости и смертности населения от туберкулеза, стабилизация показателя заболеваемости туберкулезом детей, снижение показателя заболеваемости у мужчин во всех возрастных группах.

Между тем отмечается тенденция роста заболеваемости и смертности женщин молодых возрастных групп, что свидетельствует о сохраняющейся неблагоприятной эпидемиологической ситуации в стране. Все это происходит на фоне недостаточной работы общей лечебной сети по выявлению больных туберкулезом и довольно низкой эффективности лечения, что отмечается как российскими, так и зарубежными специалистами (М.И. Перельман, М.В. Шилова, Я. Якубовяк, Р. Залескис, 2006).

Необходимо отметить, что с конца 90-х годов XX века Россия значительно усилила проведение противотуберкулезных мероприятий при поддержке и участии международных партнеров. Министерство Здравоохранения и Социального Развития Российской Федерации считает борьбу с туберкулезом одним из самых главных элементов национальной безопасности и устойчивого развития.

При этом в России действует развернутая сеть противотуберкулезных учреждений. Также противотуберкулезная помощь оказывается в научно-исследовательских институтах: НИИ «Фтизиопульмонологии ММА им. Сеченова, ФГУ Санкт-Петербургский НИИ «Фтизиопульмонологии», ФГУ Уральский НИИ «Фтизиопульмонологии», ГУН Новосибирский НИИ туберкулеза, а также ГУ ЦНИИ туберкулеза РАМН.

Основными учреждениями, которые координируют работу противотуберкулезной службы субъекта Российской Федерации являются республиканские, областные (краевые), городские противотуберкулезные диспансеры. Они подчиняются органу управления здравоохранения субъекта Федерации. В районах при районных больницах (поликлиниках) действуют противотуберкулезные отделения (кабинеты). Для реабилитации больных туберкулезом в Российской Федерации функционируют туберкулезные санатории для взрослых и детей.

Российская Федерация отличается от других стран мира накопленными и сохраняемыми традициями противотуберкулезной работы. Начиная с 2003

года, все регионы Российской Федерации осуществляют химиотерапию туберкулеза под контролем медицинских работников, используя стандартные режимы в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения РФ №109 от 21 марта 2003 года «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Начиная с 2004 года в соответствии с приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №50 от 13 февраля 2004 года «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза» в Российской Федерации к существующей системе мониторинга туберкулеза были добавлены принципы когортного анализа.

Последние годы работы противотуберкулезной службы приходится на существенные изменения в законодательной и нормативной базе, что требует значительных изменений системы организации противотуберкулезной помощи в России.

Федеральный закон от 6 октября 2003 года № 131-ФЗ «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации» дал право органам местного самоуправления передать на уровень субъекта Российской Федерации специализированные учреждения здравоохранения, в том числе противотуберкулезные. Сегодня главы администраций муниципальных образований передают функции по лечению больных туберкулезом субъекту Российской Федерации.

В соответствии с приказом Минздравсоцразвития России от 07.10.05 №627 «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» туберкулезные санатории и клиники научно-исследовательских институтов не входят в номенклатуру медицинских учреждений, что лишает сотрудников этих учреждений социальных и финансовых льгот.

Приказ Минздравсоцразвития России от 13.10.05 №633 «Об организации медицинской помощи» не предусмотрел ни муниципальный, ни федеральный уровень оказания специализированной фтизиатрической

помощи. Это привело к ликвидации тубкабинетов в районах ряда субъектов Российской Федерации и существенно снизило доступность противотуберкулезной помощи.

Разладилось взаимодействие противотуберкулезной службы с органами санитарно - эпидемиологического надзора, в частности в проведении дезинфекционных мероприятий в очагах туберкулеза. Все это не способствовало улучшению качества оказания помощи больным туберкулезом.

В ходе реализации Федеральной Целевой Программы "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002 - 2006 годы)" наметилась тенденция к снижению роста показателей, характеризующих состояние здоровья населения по таким заболеваниям, как сахарный диабет, туберкулез, ВИЧ-инфекция, инфекции, передаваемые половым путем и злокачественные новообразования.

В концепции ныне действующей федеральной целевой программы, утвержденной распоряжением Правительства Российской Федерации от 11 декабря 2006 г. № 1706-р, прописана необходимость комплексного решения проблем туберкулеза, которая обусловлена рядом следующих объективных причин:

- сложность и многообразие методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при туберкулезе, что предполагает разработку и осуществление комплекса мероприятий, взаимоувязанных по целям, ресурсам, срокам реализации и исполнителям;
- необходимость выполнения инвестиционных и научно-технических проектов;
- потребность в координации усилий органов государственной власти различных уровней и негосударственных организаций, включая общественные объединения.

Доказательством высокой политической приверженности Российской Федерации к вопросам туберкулеза стал тот факт, что 34% всего финансирования новой Федеральной Целевой Программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)» направленно именно на противотуберкулезные мероприятия.

Наряду с Федеральной Целевой Программой на территории Российской Федерации на настоящий момент действуют еще ряд программ и проектов, направленных на борьбу с туберкулезом: около 30 международных организаций работают в Российской Федерации, реализуя совместные программы борьбы с ТБ в разных регионах страны. Также в 2002 был основан Межведомственный Координационный Комитет по ТБ (МКК ТБ) для координации международных мероприятий в области борьбы с ТБ.

К сожалению, деятельность в рамках этих проектов и программ не подчинена единой общегосударственной стратегии борьбы с туберкулезом. Зачастую проводимые в субъектах Российской Федерации мероприятия противоречат приоритетам государственной политики в данной сфере, дублируют друг друга, вызывая подчас отрицательное к ним и их результатам отношение специалистов.

Нигде ни в отечественных литературных источниках, ни в регламентирующих документах Станового Комитета не указывается методология и модель организации противотуберкулезной помощи в Российской Федерации, основанные на анализе и оценке существующих проблем в рамках модернизации системы здравоохранения Российской Федерации. Новый подход к организации помощи больным туберкулезом и функционировании противотуберкулезной службы возможен лишь на основе системного анализа существующей ситуации с выделением первоочередных проблем.

Только комплексный подход к улучшению качества медицинской помощи больным туберкулезом с вовлечением всех заинтересованных сторон позволит нам преодолеть существующие проблемы и добиться стойкой



тенденции к улучшению ситуации и стабилизации с дальнейшим снижением показателей смертности, распространенности и заболеваемости туберкулезом.

Таким образом, в развитии противотуберкулезной помощи в России можно выделить четыре этапа. Первый этап, начавшийся в конце XIX века характеризовался формированием первых элементов будущей противотуберкулезной службы (туберкулезных санаториев), накоплением эмпирического опыта лечения и ведения больных туберкулезом. На втором этапе, после 1918 года и вплоть до Великой Отечественной Войны (1941 год) формировался образ службы, где основным структурным элементом являлся противотуберкулезный диспансер, а научно-методическую работу осуществляли туберкулезные институты.

Начало третьего этапа совпало с началом антибактериального периода, когда для лечения больных туберкулезом стали применять разработанные после 1945 года первые противотуберкулезные препараты – стрептомицин, парааминосалициловая кислота и изониазид. Этап отличался интенсивным развитием противотуберкулезных стационаров, специализированных диспансеров, были развиты заложенные в течение второго этапа принципы организации борьбы с туберкулезом.

Благодаря реализованным мероприятиям в 70-80-е годы XX века происходило постепенное снижение значений эпидемиологических показателей по туберкулезу. Однако уже к 1987 году в Российской Федерации было отмечено не только замедление темпов снижения значений показателей заболеваемости туберкулезом и смертности от него, но и рост их. Противотуберкулезная служба нуждалась в совершенствовании форм и методов ее работы, активизации взаимодействия с учреждениями общей медицинской практики по вопросам диагностики, выявления и лечения больных.

Современный период противотуберкулезной работы, начавшийся после 1987 года, по данным многочисленных литературных источников, связан с

резким ухудшением эпидемической ситуации. Основными причинами резкого увеличения заболеваемости туберкулезом и смертности от него в России являются следующие: кризис экономики, недостаточное финансирование мероприятий борьбы с туберкулезом; снижение жизненного уровня большой группы населения, а также возникновение стрессовых ситуаций в связи с неустойчивым положением в стране; локальные военные конфликты в некоторых регионах; резко увеличившаяся миграция больших групп населения, практически выпадающих из поля зрения лечебно-профилактических учреждений; ухудшение проведения всего комплекса мероприятий, направленных на профилактику и выявление туберкулеза; увеличение числа больных с тяжелыми формами заболевания, особенно вызванными лекарственно-устойчивыми микобактериями.

Ухудшение эпидемической ситуации по туберкулезу и изменившиеся социально-экономические условия в стране, а также процесс модернизации системы здравоохранения требуют научного обоснования и реализации новых приоритетных направлений развития системы организации оказания помощи больным туберкулезом в России.

## **Приоритеты в работе противотуберкулезной службы Российской Федерации**

Сложившиеся методы и организационные формы борьбы с туберкулезом не позволяют добиться не только искоренения туберкулеза, но и существенного снижения его распространенности. Непринятие мер по предотвращению туберкулеза и его излечению при сниженном иммунитете грозит потерей контроля за его развитием в разных группах населения, в том числе социально благополучных. Это диктует необходимость обоснования **приоритетов** в работе противотуберкулезной службы:

- признание борьбы с туберкулезом как составляющей государственной политики в обеспечении безопасности общества;

- совместная работа всех заинтересованных ведомств (руководители области и муниципальных образований, областных министерств и ведомств, специализированная противотуберкулезная служба, общая лечебная сеть, санитарно-эпидемиологическая служба, учреждения Минюста и МВД РФ, учреждения социальной защиты населения и др.) по профилактике и выявлению туберкулеза, организация участия населения в борьбе с туберкулезом;

- преимущественная и целевая работа с группами риска по заболеванию туберкулезом и смертности от него;

- организация профилактики и выявления туберкулеза у детей и подростков;

- организация выявления наиболее эпидемически опасных больных-бактериовыделителей всеми методами с последующим их лечением;

- организация выявления прочих больных туберкулезом органов дыхания, преимущественно в группах риска;

- организация выявления, диагностики и лечения туберкулеза внелегочных локализаций;

- организация контролируемого лечения больных туберкулезом на всех его этапах (создание при всех амбулаторно-поликлинических подразделениях противотуберкулезной службы дневных стационаров и в ряде случаев стационаров на дому), внедрение современных стандартных схем лечения туберкулеза, что будет способствовать предотвращению развития вторичной множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза;

- организация и подготовка кадров, обучение современным принципам профилактики и диагностики туберкулеза врачей и средних медицинских работников общей лечебной сети, организаторов здравоохранения, центров ГСЭН;

- организация подготовки и обучения современным принципам профилактики, выявления, диагностики и лечения туберкулеза,

диспансерного наблюдения за контингентами противотуберкулезной службы;

- усиление контроля (мониторинг) за распространением туберкулезной инфекции для оперативной оценки ситуации и коррекции проведения противотуберкулезных мероприятий; установление и поддержание стандартизированной системы регистрации данных и отчетности, позволяющей оценивать результаты лечения.

При всей значимости медицинских мероприятий определяют конечный успех борьбы с туберкулезом общегосударственные мероприятия. Туберкулез – классическое социальное заболевание.

Структура организации оказания медицинской помощи больным туберкулезом на всех уровнях может быть представлена в виде схемы, которая дает представление о функциональных обязанностях основных лечебно-профилактических учреждений, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, на каждой ступени ее оказания.

На основании данной схемы нами были сформулированы функциональные обязанности специалистов, ответственных за организацию оказания медицинской помощи больным туберкулезом.

<b>ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СЛУЖБ ПО ОКАЗАНИЮ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ</b>	
<b>Головное учреждение здравоохранения субъекта РФ – областной (республиканский) противотуберкулезный диспансер</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Разработка проектов региональных нормативных и директивных документов по борьбе с туберкулезом</li> <li>➤ Определение потребности региона в туберкулезных стационарных койках и местах дневного стационара, противотуберкулезных препаратов, медицинском оборудовании для противотуберкулезной службы</li> <li>➤ Координация выполнения федеральных и региональных целевых программ по туберкулезу</li> <li>➤ Контроль и координация работы подведомственных учреждений противотуберкулезной службы</li> <li>➤ Мониторинг и экспертная оценка эффективности противотуберкулезных мероприятий и эпидемической ситуации, учет и отчетность</li> <li>➤ Контроль выявления, диагностики и лечения больных туберкулезом, дифференциальная диагностика, лечение наиболее сложных случаев</li> <li>➤ Организационно-методическая, практическая и консультативная помощь при проведении борьбы с туберкулезом</li> <li>➤ Профилактика, гигиеническое воспитание и обучение населения мерам профилактики туберкулеза</li> <li>➤ Межведомственное взаимодействие</li> </ul>	
⇓	
<b>Противотуберкулезные диспансеры, отделения и кабинеты</b>	<b>Туберкулезные больницы</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Диагностика туберкулеза, контроль за организацией его выявления, лечение больных, диспансерное наблюдение</li> <li>➤ Работа с контактными, профилактика туберкулеза у взрослых и детей</li> <li>➤ Гигиенические воспитание и обучение населения мерам профилактики туберкулеза</li> <li>➤ Учет и отчетность</li> <li>➤ Межведомственное взаимодействие</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Дифференциальная диагностика.</li> <li>➤ Лечение больных туберкулезом.</li> </ul>
⇕	
<b>Общая лечебная сеть</b>	<b>Учреждения ФСИН</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Выявление больных туберкулезом</li> <li>➤ Лечение больных туберкулезом в фазе продолжения</li> <li>➤ Профилактика туберкулеза, гигиеническое воспитание и обучение населения мерам профилактики туберкулеза</li> <li>➤ Учет и отчетность</li> <li>➤ Межведомственное взаимодействие</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Выявление туберкулеза и его контроль, лечение больных, диспансерное наблюдение</li> <li>➤ Работа с контактными, профилактика туберкулеза, гигиеническое воспитание и обучение профилактике</li> <li>➤ Учет и отчетность</li> <li>➤ Межведомственное взаимодействие</li> </ul>

## **Функциональные обязанности специалистов, ответственных за организацию оказания медицинской помощи больным туберкулезом**

### ***Врача-фтизиатра:***

1. Контроль полноты охвата рентгено-флюорографическим обследованием лиц, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией.

2. Обследование на туберкулез всех вновь принимаемых на работу и работающих в противотуберкулезных учреждениях сотрудников.

3. Дообследование всех лиц, у которых при флюорографическом осмотре выявлены симптомы подозрительные на туберкулез в диспансерах по месту их постоянной или временной регистрации.

4. Осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья больных туберкулезом, контактирующих с ним лиц и лиц с повышенным риском заболевания туберкулезом, состоящих на учете в тубучреждениях, с проведением необходимого обследования и оздоровления.

5. Оказание срочной помощи при неотложных и острых состояниях, связанных с заболеванием туберкулезом.

6. Своевременная консультация и госпитализация больных туберкулезом в установленном порядке.

7. Проведение диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

8. Выдача листка нетрудоспособности в соответствии с Приказом МЗМП РФ от 13.01.95 г. N 5 “О мерах по совершенствованию экспертизы временной нетрудоспособности” и направление их на медико-социальную экспертизу.

9. Организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, престарелым, инвалидам, хроническим больным туберкулезом.

10. Оказание консультативной помощи семье больного туберкулезом по вопросам:

- иммунопрофилактики туберкулеза;
- подготовки детей к детским дошкольным учреждениям, школе;
- химиопрофилактики и противорецидивного лечения.

11. Своевременная передачу информации о всех впервые выявленных случаях заболевания туберкулезом в субъекте Российской Федерации в Центры госсанэпиднадзора.

12. Контроль за своевременным направлением в Центры госсанэпиднадзора экстренных извещений на больных туберкулезом с вновь установленным бактериовыделением.

13. Соблюдение противоэпидемического режима в противотуберкулезных учреждениях.

14. Расчет потребности и составление заявки на туберкулин, необходимый для диагностических целей.

15. Участие в работе жилищных комиссий по решению вопросов выделения изолированной жилой площади больным туберкулезом – бактериовыделителям.

16. Обучение медицинского персонала поликлиник технике проведения вакцинации БЦЖ и ежегодная переаттестация его с выдачей документа на право проведения туберкулиновых проб и прививок.

17. Контроль за проведением общей лечебной сетью туберкулинодиагностики среди детей и подростков.

18. Проведение противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции, которые включают в себя обеспечение:

18.1. госпитализации больных в плановом порядке и по эпидпоказателям, их лечение в стационарах и в амбулаторных условиях.

18.2. подачи заявок на проведение заключительной дезинфекции в дезстанцию или дезотделение Центра госсанэпиднадзора.

18.3. обследования и наблюдения за лицами из контакта с больными, выделяющими МБТ.

18.4. организации вакцинации БЦЖ неинфицированных лиц.

18.5. изоляции от больного лиц, привитых вакциной БЦЖ, на период выработки иммунитета.

18.6. изоляции детей из очага туберкулезной инфекции в специализированные детские учреждения.

18.7. больных плевательницами, дезсредствами, обучение лиц, проживающих в очаге, проведение текущей дезинфекции.

19. Формирование и работоспособность базы данных на всех больных туберкулезом, состоящих на учете в противотуберкулезных учреждениях.

20. Составление годовых отчетов о больных туберкулезом (ф. № 30; ф. № 33; ф. № 12; ф. № 14, ф. №2-ТБ, №7-ТБ, №8-ТБ, №10-ТБ).

21. Проведение по итогам работы за год ретроспективного анализа эпидемической ситуации по туберкулезу.

22. Соблюдение правил охраны труда и техники безопасности.

#### ***Врачей Центров госсанэпиднадзора:***

1. Организация и осуществление контроля за составлением списков лиц, подлежащих обязательному профилактическому флюорографическому обследованию на туберкулез в связи с профессией.

2. Полицейской учет контингентов, подлежащих обязательному профилактическому флюорографическому обследованию на туберкулез в связи с профессией, и составление планов-графиков профилактических обследований данной категории лиц.

3. Определение численности контингентов, подлежащих профилактическим осмотрам и не являющихся постоянными жителями субъекта РФ (работники рынков и мелкорозничной торговли, лица, проживающие в общежитиях).



4. Составление планов профилактических осмотров категорий населения перечисленных в п.3, согласование их с окружными фтизиатрами и определение порядка прохождения профилактических осмотров категориями населения, перечисленными в п.3., а также медицинских учреждений и организаций, которые будут их проводить.

5. Контроль за правильным оформлением в медицинских книжках заключения о флюорографическом обследовании, с отметкой о результатах обследования, а не только о факте его прохождения.

6. Регистрация и полицевой учет больных, у которых установлено выделение микобактерий (вновь выявленных больных; больных, состоящих на диспансерном учете, прибывших из других территорий).

7. Обеспечение проведения и организация лабораторного контроля качества текущей и заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза по месту жительства, работы (учебы), а также в учреждениях, где выявлены и находятся на лечении больные туберкулезом.

8. Определение потребности, составление ежегодной заявки. а также приобретение и транспортировка вакцины БЦЖ и БЦЖ-М, туберкулина.

9. Учет и составление отчетов о прививках против туберкулеза.

10. Проведение оперативного эпидемиологического контроля за заболеваемостью туберкулезом.

11. Повышение санитарной грамотности населения по проблемам выявления и профилактики туберкулеза с использованием средств массовой информации.

12. Осуществление систематического контроля за:

12.1. профилактическим обследованием лиц, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией;

12.2. госпитализацией вновь выявленных больных туберкулезом, а также состоящих на учете бактериовыделителей по эпидпоказаниям;

12.3. санитарно-гигиеническим состоянием и противоэпидеми-ческим режимом в противотуберкулезных учреждениях;

12.4. предоставлением изолированной жилой площади больным, проживающим в общежитиях, многоквартирных квартирах;

12.5. организацией химиопрофилактики лицам, контактирующим с бактериовыделителями;

12.6. выполнением плана прививок БЦЖ и проб Манту;

12.7. хранением и уничтожением вакцины БЦЖ, туберкулина;

12.8. соблюдением правил допуска к работе лиц, больных и переболевших туберкулезом, согласно инструкции МЗ СССР № 1142-а-73 от 27.12.73г.;

12.9. состоянием рентгенодиагностической аппаратуры в амбулаторно-поликлинических и противотуберкулезных учреждениях;

12.10. соблюдением действующих нормативно-правовых и директивных документов по предупреждению распространения туберкулеза среди населения.

***Медицинских работников учреждений первичной медико-санитарной помощи:***

1. Ежегодный 100% охват профилактическими осмотрами на туберкулез лиц, состоящих на диспансерном учете и относящихся к группам повышенного риска заболевания туберкулезом.

2. Проведение профилактических флюорографических осмотров всех лиц, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией по месту постоянной регистрации или работы.

3. Проведение профилактических флюорографических осмотров населения, не входящего в перечень лиц, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией, и групп повышенного риска заболевания туберкулезом, не менее 50% от общей численности.

4. Внесение в медицинскую документацию (для лиц, подлежащих обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией, в

медицинские книжки) записи с заключением о результатах флюорографического осмотра, а не о факте его прохождения.

5. Выполнение бактериоскопического исследования мазка мокроты всем лицам, выделяющим мокроту, обратившимся в поликлинику, нетранспортабельным больным, выделяющим мокроту, больным с ХНБОД, а также исследование мочи на МБТ у лиц с хроническими неспецифическими заболеваниями мочеполовой системы.

6. Участие в контролируемом лечении больных туберкулезом, проживающих на территории, обслуживаемой учреждением ПМСП.

***Начальников органов управления здравоохранения, главных фтизиатров, главных врачей противотуберкулезных диспансеров и главных врачей Центров госсанэпиднадзора:***

1. Составление и обеспечение выполнения комплексных планов мероприятий и целевых программ по борьбе с туберкулезом (в т.ч. планов профилактических флюорографических осмотров населения, проведения туберкулиновых проб и прививок БЦЖ).

2. Регулярное заслушивание на медицинских советах и совещаниях в органах управления здравоохранения ответственных лиц о выполнении действующих директивных документов по борьбе с туберкулезом.

3. Решение вопросов об отстранении от работы больных туберкулезом, относящихся к контингентам, подлежащим обязательному обследованию на туберкулез в связи с профессией.

4. Обеспечение подготовки специалистов учреждений здравоохранения и государственной санитарно-эпидемиологической службы по вопросам своевременного выявления лиц, подозрительных на туберкулез, диагностики, лечения, эпидемиологии и профилактики туберкулеза.

5. Пересмотр и уточнение, на основании анализа эпидемической ситуации по туберкулезу и социально-экономических условий, списков профессий, подлежащих обязательным осмотрам на туберкулез.

6. Обеспечение первичного обследования очага туберкулезной инфекции, определение принадлежности очага к той или иной группе эпидопасности, эпидемиологическое наблюдение за очагом.

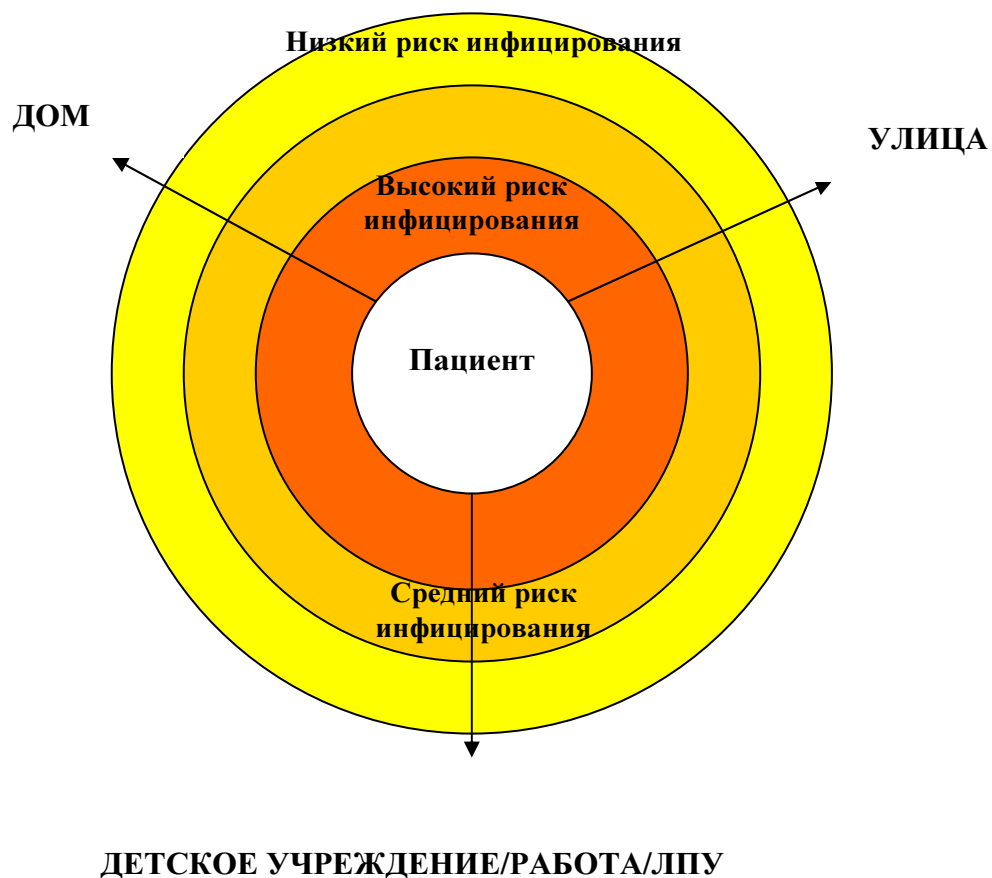
7. Систематическое проведение анализа эпидемической ситуации по туберкулезу и эффективности проводимых противоэпидемических мероприятий.

## ОРГАНИЗАЦИЯ СИСТЕМЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА (ТБ) В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ

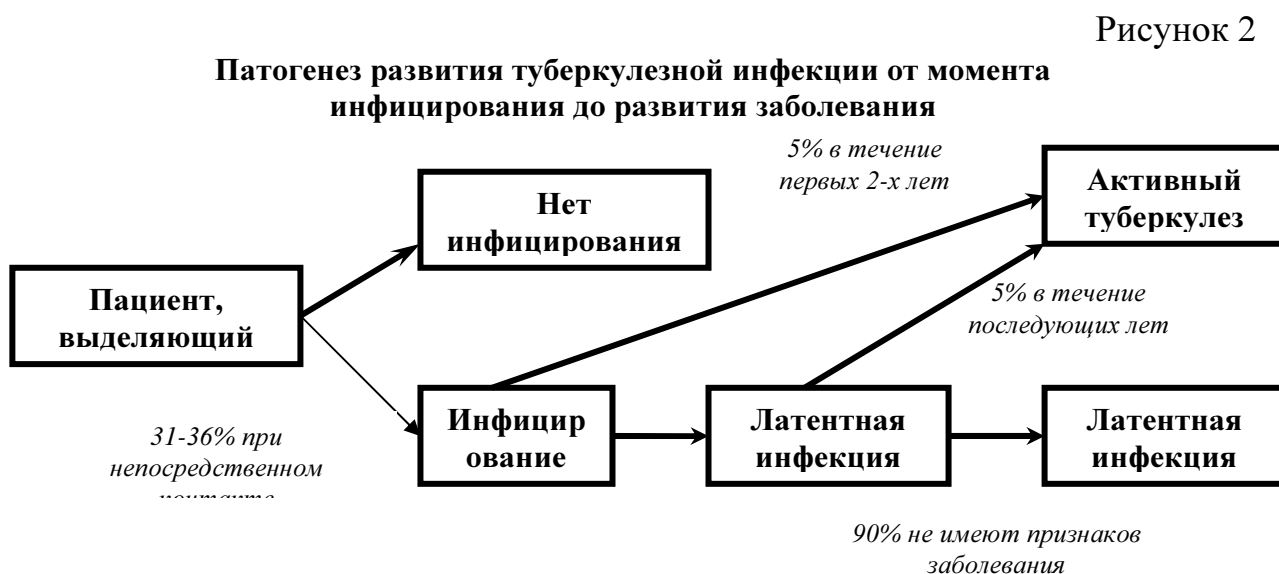
Значительную роль в распространении туберкулеза имеет контакт с больным туберкулезом и его продолжительность [3,6]. Риск инфицирования значительно возрастает при тесном семейном или бытовом контакте с больным, выделяющим в окружающую среду микобактерии туберкулеза при кашле, чихании или разговоре. Большое значение приобретает фактор времени, особенно если человек проводит в тесном контакте с больным туберкулезом более 8 часов. Чем меньше часов человек проводит с больным и чем скуднее у последнего бактериовыделение, тем ниже риск инфицирования (рис. 1).

Рисунок 1

### Риск инфицирования при контакте с больным туберкулезом



У лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза, риск развития активного туберкулезного процесса составляет 10%. При этом половина из них заболеет в течении первых 2-х лет, а другая половина в течение последующей жизни [3] (рис. 2). Следовательно, чем раньше будет выявлен больной туберкулезом, особенно с наличием бактериовыделения, тем меньший процент населения он успеет инфицировать.



Основные причины поздней диагностики туберкулеза легких в медицинских учреждениях первичной медико-санитарной помощи (ОЛС):

- недоучет анамнестических данных, связанных с недостаточной настороженностью врачей по туберкулезу;
- неправильная оценка клинических проявлений туберкулеза;
- неправильная трактовка рентгенологических изменений в легких;
- отсутствие или однократное исследование мазков мокроты на МБТ;
- отсутствие контрольного рентгенологического исследования перед выпиской из общего стационара или перед выпиской на работу в общей поликлинике;
- обзорная бронхоскопия без взятия биопсийного материала.

Последствия поздней диагностики туберкулеза:

1. Эпидемиологическая опасность;
2. Прогрессирующее и остропрогрессирующее течение заболевания;
3. Низкая эффективность лечения;

4. Высокая вероятность развития лекарственной устойчивости МБТ;
5. Высокая вероятность развития летальных исходов;
6. Излечение с массивными остаточными изменениями;
7. Высокий риск развития рецидива заболевания;
8. Переход в хронические формы;
9. Высокая инвалидизация больных туберкулезом.

Выявление любой патологии, в том числе и туберкулеза, является функциональной обязанностью медицинских работников первичной медико-санитарной помощи. Дефекты в их работе отражаются в дальнейшем на показателях-индикаторах эффективности лечения и смертности от туберкулеза.

### **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».

**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. 3), который, с одной стороны, будет в наибольшей степени способствовать решению проблем посетителя, а

с другой – способствовать выявлению больных ТБ и снижать риск передачи инфекции 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.

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.



**Алгоритм работы регистратора поликлиники по организации маршрута посетителя для выявления ТБ**



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 определенного 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;

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 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;
- лица, проживающие в приютах, ночлежках, интернатах для престарелых и т.д.;
- пациенты наркологических и психиатрических учреждений.

### **3. Поликлинические группы (табл. 1)**

Таблица 1

<b>Перечень состояний</b>	<b>Локализация туберкулеза</b>
- женщины в послеродовом периоде; - пациенты, инфицированные ВИЧ и больные СПИДом; - больные сахарным диабетом; - больные язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки;	Любая

<b>Перечень состояний</b>	<b>Локализация туберкулеза</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- больные, перенесшие полостные операции на брюшной полости;</li> <li>- больные, длительно получающие кортикостероиды, цитостатики и лучевую терапию;</li> <li>- больные хроническим алкоголизмом, наркоманией и психическими заболеваниями;</li> <li>- больные хроническими вирусными заболеваниями печени.</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- больные с профессиональными (пылевыми) заболеваниями легких;</li> <li>- больные с неспецифическими заболеваниями легких;</li> <li>- больные с раком легкого.</li> </ul>	Туберкулез органов дыхания
<ul style="list-style-type: none"> <li>- лица с менингеальной симптоматикой;</li> <li>- лица с прогрессирующими головными болями.</li> </ul>	Туберкулезный менингит
<ul style="list-style-type: none"> <li>- длительно текущие артриты, полиартриты;</li> <li>- остеомиелит метафизарной локализации, в т.ч., осложненный свищами;</li> <li>- остеохондроз;</li> <li>- деформация позвоночника;</li> <li>- радикулиты;</li> <li>- упорные боли в спине, суставах;</li> <li>- нарушение походки;</li> <li>- висцеральные боли;</li> <li>- нарушение функции тазовых органов неясного генеза.</li> </ul>	Туберкулез костей и суставов
<ul style="list-style-type: none"> <li>- хронический пиелонефрит;</li> <li>- хронический цистит;</li> <li>- калькулезный пиелонефрит;</li> <li>- мочекаменная болезнь;</li> <li>- приступы почечной колики;</li> <li>- гематурия неясной этиологии;</li> <li>- гипертония неясной этиологии;</li> <li>- радикулиты;</li> <li>- хронический орхоэпидидимит и эпидидимит.</li> </ul>	Туберкулез мочеполовой системы
<ul style="list-style-type: none"> <li>- длительные хронические воспалительные заболевания женских половых органов, не поддающиеся неспецифической терапии;</li> <li>- бесплодие, особенно первичное;</li> <li>- стойкое нарушение менструальной функции.</li> </ul>	Туберкулез женских гениталий
<ul style="list-style-type: none"> <li>- хронические воспалительные заболевания лимфатических узлов, в т.ч. с длительно текущими незаживающими свищами;</li> </ul>	Туберкулез периферических лимфатических

<b>Перечень состояний</b>	<b>Локализация туберкулеза</b>
- увеличение лимфоузлов неустановленной этиологии – шейных, подмышечных, паховых и другой локализации.	узлов
- 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
- туберкулоидная форма кожного лейшманиоза; - хромомикоз; - актиномикоз; - споротрихоз; - хроническая пиодермия; - хронические угри; - васкулиты кожи; - хроническая дискоидная красная волчанка; - саркоидоз кожи; - флебиты; - трофические язвы.	Туберкулез кожи
- хронические рецидивирующие воспалительные заболевания сосудистой оболочки; - ириты, иридоциклиты; - кератоувеиты, склероувеиты; - хориоидиты, хориоретиниты; - хорионейротениты; - хориоретиноваскулиты; - увеиты.	Туберкулез глаз
- перикардит неясной этиологии с острым и хроническим течением, неподдающийся терапии неспецифического действия.	Туберкулезный перикардит
- надпочечниковая недостаточность неясной этиологии.	Туберкулез надпочечников

## **ВАЖНЕЙШИЕ СИМПТОМЫ, ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ ТУБЕРКУЛЕЗА**

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

Таблица 2

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





<b>Локализация туберкулеза</b>	<b>Симптомы</b>
узлов	<ul style="list-style-type: none"> <li>- повторные обострения местного процесса, не поддающиеся обычной неспецифической терапии;</li> <li>- признаки интоксикации: слабость, потливость, субфебрильная температура тела, головная боль;</li> <li>- при пальпации определяются увеличенные в размерах лимфатические узлы, слабая болезненность и появление размягчения в центре;</li> <li>- образование свищей, повышение местной температуры при обострении процесса.</li> </ul>
Абдоминальный туберкулез	<ul style="list-style-type: none"> <li>- боль в животе, чаще локализуемая в околопупочной области;</li> <li>- признаки интоксикации: субфебрильная температура тела, плохой аппетит, тошнота;</li> <li>- расстройство желудка и кишечника (желудочно-кишечный дискомфорт);</li> <li>- при туберкулезном перитоните – острое течение заболевания с постоянными разлитыми (или локализованными) болями в животе, признаками выраженной интоксикации;</li> <li>- возможно увеличение живота из-за накопления экссудата в брюшной полости;</li> <li>- при туберкулезе кишечника живот равномерно вздут, болезненный в правой подвздошной области; терминальный отдел подвздошной кишки может пальпироваться в виде шнура.</li> </ul>
Туберкулез кожи	<ul style="list-style-type: none"> <li>- длительные кожные заболевания при отсутствии эффекта от неспецифической терапии;</li> <li>- 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;</li> <li>- первичные поражения кожи сопровождаются увеличением региональных лимфатических узлов.</li> </ul>
Туберкулез глаз	<ul style="list-style-type: none"> <li>- жалобы у больных туберкулезом глаз не носят специфического характера и зависят от локализации воспаления;</li> <li>- слабовыраженные объективные ощущения с грубыми изменениями тканей глаз;</li> <li>- постепенное начало, длительное торпидное течение,</li> </ul>

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

**ОБЯЗАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МИНИМУМ (ОДМ) У БОЛЬНЫХ, ОБРАТИВШИХСЯ В МЕДИЦИНСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ (ОЛС) ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА 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.

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 табл. 3 приведены основные рентгенологические признаки туберкулеза органов дыхания и внелегочных локализаций:

Таблица 3

Локализация туберкулеза	Признаки
Туберкулез органов дыхания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Очаговая тень;</li> <li>• Фокусное тенеобразование;</li> <li>• Диссеминация любого типа;</li> <li>• Шаровидное тенеобразование;</li> <li>• Полостное тенеобразование;</li> <li>• Синдром плеврального выпота;</li> <li>• Синдром расширения тени средостения и корней легкого.</li> </ul>
Туберкулез позвоночника  Туберкулез суставов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сужение межпозвоночной щели;</li> <li>• Утолщение паравертебральных тканей;</li> <li>• Очаги деструкции в телах позвонков, их деформация и спадение.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Очаги деструкции;</li> <li>• Остеопороз;</li> <li>• Секвестры;</li> <li>• Сужение суставной щели.</li> </ul>
Туберкулез органов мочевой системы  Туберкулез мужских половых органов  Туберкулез женских половых органов	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Экскреторная урография и ее модификации для выявления деструктивных изменений в почках и оценки мочевых путей;</li> <li>• Полипозиционная ретроградная уретеропиелография детализирует формы и распространенность заболевания;</li> <li>• Почечная ангиография для уточнения генеза артериальной гипертензии и определения сохранности почечной паренхимы.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Нет</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Частичная или полная облитерация полости матки;</li> <li>• Ригидные и фиксированные спайками маточные трубы, обтурированные либо в интрамуральном отделе, либо в ампулярном.</li> </ul>

<b>Локализация туберкулеза</b>	<b>Признаки</b>
Туберкулез периферических лимфатических узлов	Нет
Абдоминальный туберкулез	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обзорная рентгенография – обнаруживаются кальцинаты в области мезентериальных узлов;</li> <li>• При туберкулезе кишечника – функциональные и органические изменения.</li> </ul>
Туберкулез кожи	Нет
Туберкулез глаз	Нет
Туберкулезный менингит	Нет
Туберкулез перикарда	Нет
Туберкулез надпочечников	Нет

## **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 исследуемого материала, культуральное исследование исследуемого материала и, наконец, определение чувствительности выделенных штаммов к противотуберкулезным препаратам. При высокой распространенности в популяции больных с бацилярными 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 исследуемого материала по Циль-Нильсену**

Микроскопия мазков исследуемого материала по Циль-Нильсену является важнейшим элементом диагностики туберкулеза. Обязательным является 3-кратное исследование мазка на наличие МБТ. Например, 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 исследуемого материала по Циль-Нильсену позволяет быстро получить результаты, выявить основные источники инфекции, является менее дорогостоящей, чем посев и широко доступна для применения. Но она должна быть надежной и хорошо контролироваться. Вероятность обнаружения МБТ при бактериоскопии мазков исследуемого материала 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 материала**

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

### **3. Оценка результатов бактериологического исследования**

При обнаружении МБТ хотя бы в одном анализе исследуемого материала 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.4).

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.

Рисунок 4

### АЛГОРИТМ выявления туберкулеза в учреждениях первичной медико-санитарной помощи





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.

### **Взаимодействие врача ПМСП с противотуберкулезным диспансером**

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.

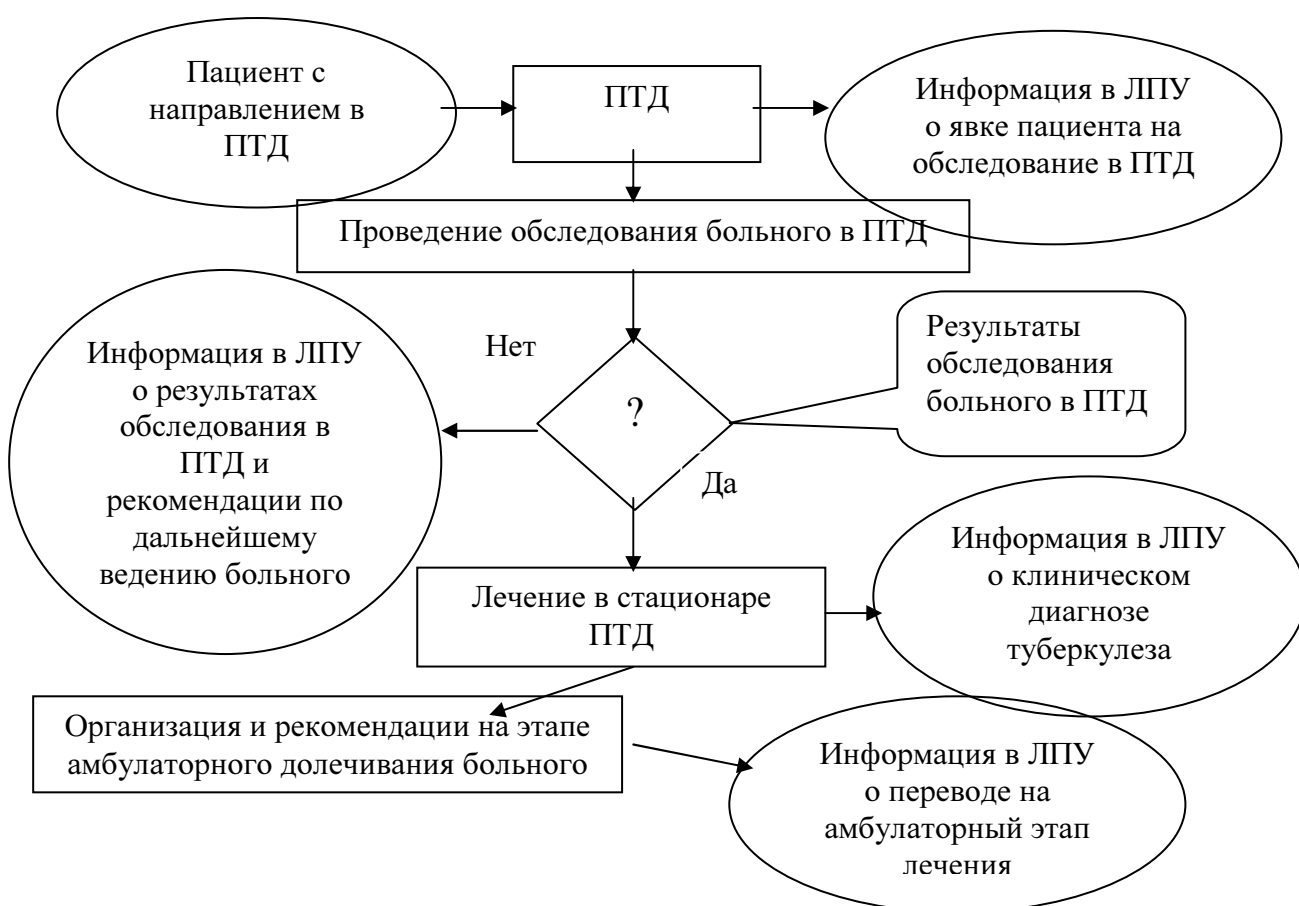
Эту работу фтизиатр должен проводить ежемесячно, но возможно и уменьшение временного интервала. В случае отсутствия в лечебном учреждении флюорографического оборудования между данным лечебным учреждением и ПТД достигается договоренность о приеме пациентов с подозрением на туберкулез без проведения полного клинического обследования (имеются 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 (рис. 5).

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.

Рисунок 5

### Взаимодействие врача ПМСП с противотуберкулезным диспансером (ПТД)



## **Организация оказания медицинской помощи больным туберкулезом**

Правовая база улучшения качества и доступности противотуберкулезной помощи в настоящий момент обеспечена

-Законом Российской Федерации от 18.06.01 №77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;

- Постановлением Правительства Российской Федерации от 28.07.05 №461 «О Программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2006 год».

-Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации от 23.05.03 №109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

- Приказом Министерства Здравоохранения Российской Федерации №50 от 13.02.04 «О введении в действие учетной и отчетной документации мониторинга туберкулеза»

Из определенных в данных документах приоритетов следует, что диспансерные учреждения противотуберкулезной службы России в обслуживании больных туберкулезом должны быть нацелены на достижение конечного результата – сокращение резервуара туберкулезной инфекции в каждом регионе, каждой административной территории.

Основным механизмом реализации этого подхода в современных условиях остается достижение прекращения бактериовыделения и деструкции легочной ткани у впервые выявленных больных в течение основного курса терапии, существенным компонентом которого пока остается стационарный этап лечения.

Но это не исключает альтернативных форм обслуживания, которые могут привлекать больных не столько медицинской компонентой, сколько усиленной социальной поддержкой (питание, бытовое и культурное обслуживание и т.д.).

Создавая современную модель оказания медицинской помощи больным туберкулезом, необходимо учитывать все принятые российским здравоохранением подходы и принципы, а также учитывать зарубежный опыт. Исходя из вышесказанного нами был разработан алгоритм ведения больного туберкулезом от момента выявления до снятия его с учета или иного исхода туберкулезного процесса.

Предложенный алгоритм, или модель оказания помощи, поможет медицинским работникам противотуберкулезной службы принимать решения по тактике ведения больных во всех возможных ситуациях, правильно выбрать этап лечения, вид медицинской помощи в соответствии с группами диспансерного учета.

Данная модель, в отличие от ранее существующих, позволяет еще при установлении диагноза на этапе оценки состояния больного решить вопрос о виде лечения, месте его проведения и выбрать режим, соответствующий предъявляемым требованиям. В современных условиях, когда определение лекарственной чувствительности не представляет технологических сложностей, решение о выборе режима лечения в зависимости от наличия или отсутствия устойчивости к основным препаратам должно быть принято на самых первых этапах лечения.

Модель предусматривает оценку, как промежуточных результатов, так и общей эффективности лечения с коррекцией терапии в зависимости от полученных данных. Сохранена преемственность и непрерывность терапии, направленная на достижение излечения больного.

Модель предусматривает при невозможности консервативного излечения как можно более раннюю консультацию хирургом, и при достижении наиболее благоприятных условий операцию.

Также моделью определен алгоритм ведения больного при неэффективности основного курса, предусмотрена как повторная оценка состояния больного, так и решение вопроса о наличии лекарственной устойчивости, как одной из причин неудачи.

Модель строго структурирована в зависимости от любых исходов лечения и позволяет фтизиатру придерживаться существующих схем ведения больного. Модель универсальна и может быть применена при ведении больных туберкулезом любой локализации.

Всю организационную структуру оказания помощи больному туберкулезом мы разделили на несколько этапов:

I этап – выявление больного в первичном звене с последующим направлением к доверенному фтизиатру для уточнения диагноза и постановки на учет (с одновременным включением больного в программу социального сопровождения больного);

II этап – оценка состояния больного и выбор тактики ведения и лечения больного;

III этап – лечение больного;

IV – динамическое наблюдение за больным.

Схематично вся система оказания помощи представлена на рисунке 4.

Организация оказания помощи больным туберкулезом на I этапе была описана нами выше. На II этапе доверенный фтизиатр проводит пациенту обязательный минимум обследования с целью определения дальнейшей тактики ведения (схема 1). В клинический минимум наряду с более глубоким рентгенологическим обследованием (томография, КТ и т.д.), включается забор материала на бактериологическое исследование, общий анализ крови, мочи (если он не был сделан в учреждении ПМСП по каким-либо причинам), развернутое биохимическое исследование крови.

После получения результатов обследования (не дожидаясь данных посева) доверенный фтизиатр принимает решение о дальнейшей тактике ведения больного, учитывая его приверженность к той или иной форме лечения.

**Схема 1. Алгоритм оказания помощи больным туберкулезом**

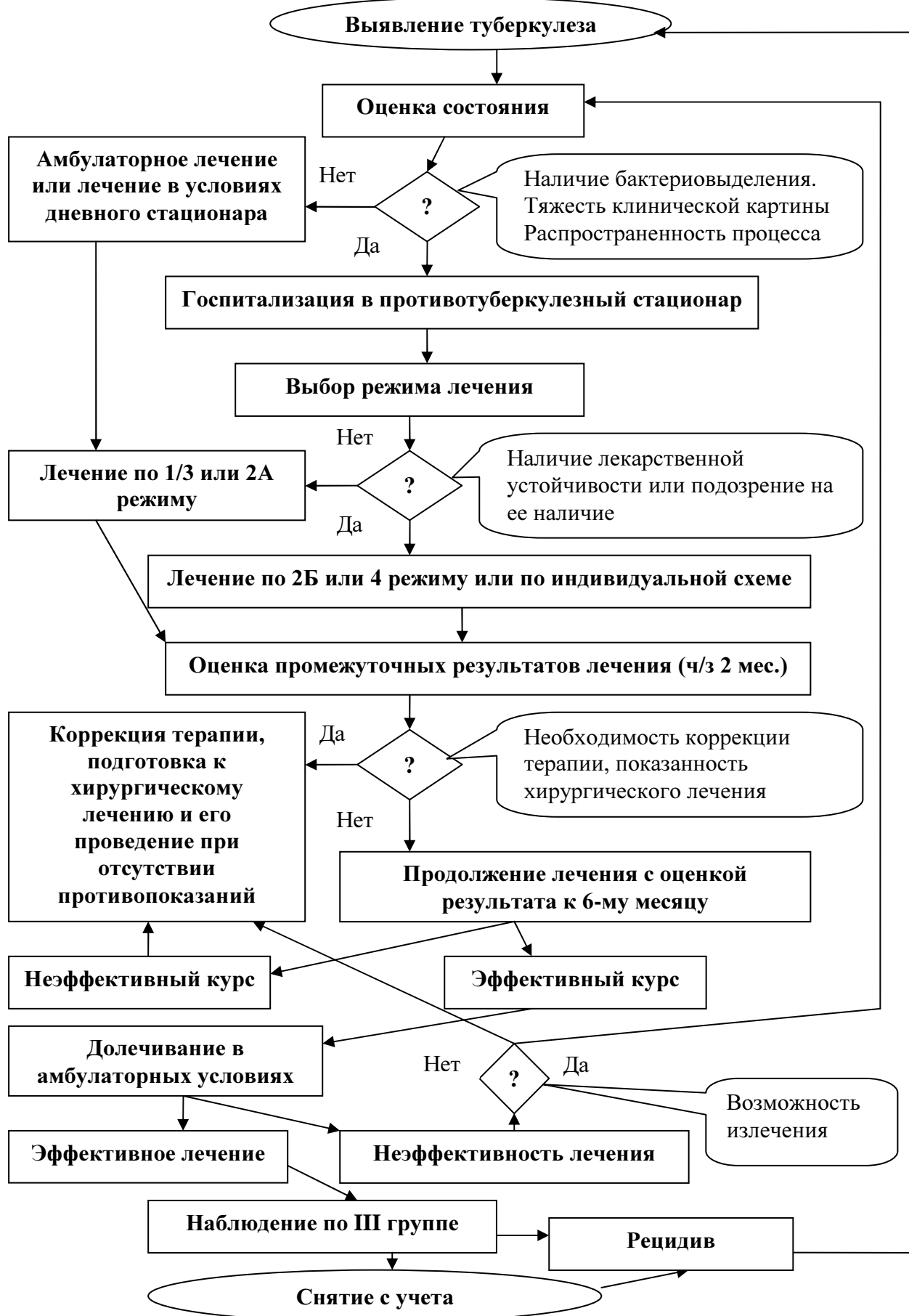


В настоящее время в Российской Федерации происходит процесс интенсификации лечения и уменьшения сроков пребывания больного в условиях круглосуточного стационара – до 2-3 месяцев в период фазы интенсивного лечения (рисунок 6). Основной этап для доведения основного курса лечения до 6-8 и более месяцев проходит в поликлинике. И он должен быть контролируемым.

Кроме того, больные туберкулезом с асоциальным поведением не могут длительно лечиться в условиях туберкулезного стационара с круглосуточным пребыванием и нарушают режим, уходят из стационара, прерывая лечение на неопределенный срок, что приводит к развитию множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

Модель строго структурирована в зависимости от любых исходов лечения и позволяет фтизиатру придерживаться существующих схем ведения больного. Модель универсальна и может быть применена при ведении больных туберкулезом любой локализации.

Модель организации оказания медицинской помощи больным туберкулезом





## Основные правила лечения больных туберкулезом:

- нельзя лечить больных одним противотуберкулезным препаратом (ППП); в любой популяции МБТ имеются бактерии с естественной резистентностью; при приеме одного ППП чувствительные МБТ погибают, а устойчивые размножаются; монотерапия вызывает устойчивость МБТ к противотуберкулезным препаратам;

- одной из первоочередных задач лечения туберкулеза, наряду с излечением больного, должна стать профилактика развития множественной лекарственной устойчивости МБТ; для этого необходима стандартизация схемы лечения;

- режимы лекарственной терапии должны учитывать комбинацию препаратов, их суточные дозы, способ, время и кратность введения, сроки лечения;

- комбинации препаратов составляются с учетом особенностей фармакокинетики и взаимодействия ППП;

- схемы лечения больных туберкулезом зависят от распространенности процесса, наличия или отсутствия бактериовыделения и деструкции, лекарственной устойчивости МБТ к ППП, сопутствующих туберкулезу заболеваний;

- исходя из характера включаемых ППП в лечение больных и частоты применения этого лечения режимы химиотерапии (ХТ) туберкулеза делятся на основные (стандартные) и альтернативные.

К основным **режимам ХТ** относятся назначаемые в типичных случаях и включающие основные ППП. Стандартные режимы лечения (6 или 8 месяцев) преодолевают риск неудачного лечения из-за первичной лекарственной устойчивости у впервые выявленных больных. У большинства ранее леченных больных (более 1 месяца) использование стандартных режимов для повторного лечения (8 месяцев) сокращает риск неудачного лечения из-за приобретенной лекарственной устойчивости.

Альтернативные режимы применяются в тех случаях, когда основной режим оказался неэффективным, либо есть серьезные основания сомневаться в его эффективности еще до начала лечения (например, имеются сведения о плохой переносимости того или иного препарата в прошлом, либо о наличии устойчивости к ним МБТ).

Фаза интенсивного лечения: первый этап - два-три месяца под непосредственным контролем медицинских работников с использованием не менее четырех ПТП. Фаза продолжения лечения - четыре-шесть месяцев с использованием двух-трех препаратов в зависимости от распространенности заболевания. Весь курс лечения - не менее 6 месяцев, при повторном лечении - 8 месяцев или применяются альтернативные курсы ХТ.

При наличии **МЛУ** фаза интенсивной **терапии** длительностью не менее шести месяцев состоит минимум из пяти ПТП, к которым сохранена чувствительность МБТ. На фазе продолжения лечения назначается минимум три ПТП не менее чем 12 месяцев. Лечение больного туберкулезом с МЛУ с использованием слабых режимов лечения препаратами второй линии должно продолжаться не менее 18 месяцев после прекращения бактериовыделения (для профилактики рецидива).

В первую очередь необходимо предписывать ПТП, которые больной раньше не принимал. Бактерии почти наверняка будут чувствительны к ним. Если есть вероятность, что бактерии все еще чувствительны к «стандартному» ПТП, несмотря на то, что он уже применялся, его можно включить в схему лечения, но на него нельзя полагаться целиком, чтобы избежать развития дальнейшей устойчивости. Когда будет получен результат исследований на устойчивость и окажется, что МБТ чувствительны к основному ПТП, можно будет отменить более слабый ПТП второй линии, который вызывает побочные эффекты, одновременно сохранив эффективный режим лечения, предотвращающий развитие дальнейшей устойчивости.

Для лечения больных полирезистентным туберкулезом требуются резервные препараты второй-третьей линии. Они намного более

дорогостоящие, менее эффективные и имеют много побочных эффектов. Резервные препараты должны быть доступны только для специализированных противотуберкулезных организаций и служб, имеющих бактериологические лаборатории, определяющие лекарственную устойчивость МБТ к основным и резервным ПТП. Специализированные учреждения должны иметь гарантированные регулярные поставки дорогих резервных препаратов с тем, чтобы обеспечить успешное завершение лечения, начатого для каждого больного.

Подозрение на МЛУ возникает, когда получен ответ из лаборатории, в котором указана как минимум устойчивость МБТ к изониазиду и рифампицину или когда больного при контролируемом стандартном режиме повторного лечения невозможно вылечить.

При выборе ПТП для лечения полирезистентного туберкулеза необходимо учитывать перекрестную устойчивость. Нецелесообразно назначать два ПТП одной группы или препараты потенциально неэффективные из-за перекрестной устойчивости. При приобретенной устойчивости к рифампицину возможна перекрестная устойчивость к рифабутину. Этионамид вызывает перекрестную устойчивость к протионамиду. Устойчивость к канамицину вызывает перекрестную устойчивость к амикацину. Штаммы, устойчивые к канамицину - амикацину вызывают также устойчивость к стрептомицину, но штаммы, устойчивые к стрептомицину, могут быть чувствительны к канамицину - амикацину. Штаммы, устойчивые к стрептомицину, канамицину, амикацину чувствительны к капреомицину. Офлоксацин вызывает полную перекрестную устойчивость ко всем фторхинолонам.

ПТП делятся на три группы в зависимости от действия и перекрестной устойчивости: препараты бактерицидного действия в кислой рН среде (аминогликозиды - стрептомицин, канамицин, амикацин и капреомицин; тиоамиды - этионамид и протионамид; и пиразинамид), препараты со слабым бактерицидным действием (фторхинолоны), препараты с

бактериостатическим действием при обычной дозировке (этамбутол, циклосерин).

Помимо приемлемых суточных доз необходимо учитывать переносимость ПТП больными, толерантность, их потенциальную токсичность.

При любом выбранном режиме, особенно если используются слабые ПТП, лечение должно проводиться ежедневно и под непосредственным контролем. Необходимо проводить контроль бактериологических результатов (мазок и посев) ежемесячно со второго по шестой месяцы лечения и затем ежеквартально до конца лечения.

Важным в выборе ПТП второй-третьей линии является их стоимость.

Показанием к операции является бактериальная устойчивость ко всем ПТП, за исключением 2-3 относительно слабых, при обширной локализованной каверне и незначительных других проявлениях туберкулеза. Если проводится лечение только с помощью слабого режима, то самое благоприятное время для операции - после двух месяцев лечения. После операции продолжается тот же режим ХТ минимум 18 месяцев.

### **Показания для госпитализации в туберкулезный стационар**

В настоящее время происходит процесс интенсификации лечения и уменьшения сроков пребывания больного в условиях круглосуточного стационара – до 2-3 месяцев в период фазы интенсивного лечения. Основной этап для доведения основного курса лечения до 6-8 и более месяцев будет проходить в поликлинике. И он должен быть контролируемым.

Кроме того, больные туберкулезом с асоциальным поведением не могут длительно лечиться в условиях туберкулезного стационара с круглосуточным пребыванием и нарушают режим, уходят из стационара, прерывая лечение на неопределенный срок, что приводит к развитию множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

При переходе на новую группировку из туберкулезной службы в общую лечебную сеть уходит не менее 20% диспансерных контингентов. Вместо сокращения амбулаторных приемов, необходимо дать возможность врачам-фтизиатрам лечить больных на дневном стационаре.

В ряде субъектов Российской Федерации до 80% населения живет в городах и поселках, имеющих свою амбулаторную туберкулезную службу (тубдиспансер, тубкабинет), до которой можно дойти пешком или приехать на городском общественном транспорте.

Жизнь заставляет внедрять стационарзамещающие технологии и повсеместно разворачивать дневные стационары и стационары на дому при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях. Дневной стационар имеет те же льготы для больного, что и круглосуточный стационар, включая больничный лист.

Стационар противотуберкулезной службы обеспечивает в соответствии с МЭСами дифференциальную диагностику туберкулеза, лечение впервые выявленных больных туберкулезом (обострения, рецидивы), а также лиц, страдающим хроническими формами туберкулеза в случае, когда они нуждаются в проведении фазы интенсивной терапии.

Задачами фазы интенсивной терапии является ликвидация клинических проявлений заболевания, максимальное воздействие на популяцию микобактерий туберкулеза (МБТ), что выражается в прекращении бактериовыделения (или, по крайней мере, достижении олигобацилярности) и предотвращении развития устойчивых к химиопрепаратам штаммов МБТ; уменьшение потенциала воспаления в пораженном органе, ликвидация деструктивных изменений в тканях. Кроме того, интенсивная фаза лечения может быть составляющей частью предоперационной подготовки или к моменту ее завершения должна быть определена необходимость и возможность хирургического вмешательства.

В туберкулезные стационары круглосуточного пребывания субъектов Российской Федерации госпитализируются впервые выявленные больные

туберкулезом (обострения, рецидивы), преимущественно из сельских районов, а также больные с тяжелыми сопутствующими заболеваниями и иными отяжеляющими лечение и течение туберкулеза факторами, требующие проведения сложных и длительных дифференциально-диагностических мероприятий. Кроме того, больные госпитализируются по направлениям военно-призывных комиссий и для проведения судебно-медицинской экспертизы.

Госпитализация в туберкулезный стационар круглосуточного пребывания субъекта также осуществляется:

- при невозможности проведения в амбулаторно-поликлинических условиях необходимых для данного больного дифференциально-диагностических и лечебных мероприятий;
- при необходимости обязательного круглосуточного медицинского наблюдения;
- по эпидемиологическим показаниям (туберкулезные очаги 1 -2-ой групп);
- при угрозе жизни больного.

Для больных, не являющихся опасными в эпидемиологическом отношении для окружающих, возможно проведение лечебно-диагностических мероприятий в условиях дневного стационара или стационара на дому.

### **Положение о дневных стационарах при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях**

Целью организации дневного стационара при диспансерных отделениях (кабинетах) туберкулезных учреждений и подразделений является создание благоприятного, щадящего режима лечения больных туберкулезом, не нуждающихся в обязательном круглосуточном

медицинском наблюдении и не являющихся опасными в эпидемиологическом отношении для окружающих.

***Функции и основные задачи дневного стационара.***

Функции дневного стационара: оказание диагностической и медицинской помощи больным, не нуждающимся в обязательном круглосуточном медицинском наблюдении и не являющихся опасными в эпидемиологическом отношении для окружающих (в соответствии с МЭСами).

***Основные задачи дневного стационара:*** организация квалифицированной медицинской помощи с использованием формы медицинского обслуживания больных в условиях дневного стационара туберкулезных поликлиник; проведение контролируемого лечения и химиопрофилактики туберкулеза; удешевление медицинской помощи; повышение доступности медицинской помощи.

***Организация дневного тубстационара.***

Дневной туберкулезный стационар создается приказом руководителя лечебного учреждения и является структурным подразделением учреждения, в котором он создается. Мощность дневного стационара определяется руководителем по количеству мест, исходя из существующих условий и потребности. Количество штатных единиц для дневного стационара определяется руководителем ЛПУ из штатного расписания амбулаторно-поликлинических учреждений, с учетом объема работы и в пределах утвержденного фонда оплаты труда учреждения.

***Материально - техническая база для создания дневного стационара:***

- кабинеты приема врачами - фтизиатрами отдельно для взрослых и детей;
- процедурные кабинеты отдельно для взрослых и детей (в кабинете возможно проведение туберкулинодиагностики);
- физиотерапевтический кабинет;

- наличие аппаратуры для функциональной диагностики (ЭКГ, функция внешнего дыхания);
- наличие условий для взятия мокроты на микобактерии туберкулеза («раздражающие» ингаляции);
- условия для лабораторного и рентгенологического обследования;
- условия для отдыха после процедур и приема пищи. Набор помещений в каждом конкретном случае определяется администрацией лечебного учреждения в соответствии с уровнем и по согласованию с органами санитарно-эпидемиологического надзора на местах.

***Руководство дневным стационаром*** осуществляется заведующим поликлиническим отделением (тубкабинетом), который контролирует процесс диагностики и лечения.

***Показания для пребывания больных в дневном тубстационаре.***

1. Клинические показания. В дневной туберкулезный стационар могут быть направлены больные, по состоянию здоровья не требующие медицинского наблюдения в вечернее и ночное время. Для проведения лечения все больные делятся на 4 категории (приказ МЗ РФ от 02.02.1998 №33 «Об утверждении стандартов (модели протоколов) лечения больных туберкулезом»):

1.1. Впервые выявленные больные (больные с обострением или рецидивом) с ограниченными формами туберкулеза (до 2-х сегментов), не выделяющих микобактерии туберкулеза. Они могут быть направлены на проведение основного курса лечения (фаза интенсивной и восстановительной терапии) сразу в дневной стационар без лечения в стационаре круглосуточного пребывания.

1.2. Впервые выявленные больные (обострение или рецидив) без распада после эффективного 1,5-3-х месячного курса химиотерапии в стационаре с круглосуточным пребыванием, в результате которого наступило прекращение бактериовыделения. Больные с хронически текущим ограниченным процессом (с деструкцией или без нее) без



бактериовыделения, для лечения как по основному курсу, так и при сезонной терапии, для продолжения лечения (восстановительная фаза - фаза продолжения химиотерапии) после курса интенсивной терапии в стационаре с круглосуточным пребыванием.

1.3. Впервые выявленные больные (обострение или рецидив) с ограниченными деструктивными процессами (поражение до 2-х сегментов) и бактериовыделением или с распространенными процессами без деструкции, но с бактериовыделением, а также больные с хронически текущими ограниченными процессами (с деструкцией или без нее) и с бактериовыделением после эффективно проведенной терапии в стационаре с круглосуточным пребыванием.

1.4. Впервые выявленные больные (обострение или рецидив), которые при выявлении имели бактериовыделение и распространенный деструктивный процесс (двусторонний распад легочной ткани, либо множественные деструкции в одном или обоих легких, казеозная пневмония), или больные с миллиарным туберкулезом, а также больные с хронически текущими распространенными (поликавернозными) деструктивными легочными процессами с бактериовыделением, преимущественно после проведения интенсивного лечения в стационаре с круглосуточным пребыванием.

1.5. Кроме того, на дневной стационар могут быть направлены лица для проведения превентивного лечения или химиопрофилактики туберкулеза:

- дети и подростки в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции («вираж» туберкулиновых проб, с гиперергическими реакциями на туберкулин) без симптомов туберкулезной интоксикации и локальных изменений;

- дети и подростки с усиливающейся туберкулезной чувствительностью;

- дети и подростки, неинфицированные или инфицированные туберкулезом из контакта с больным активным туберкулезом без

бактериовыделения или с бактериовыделением, а также лица, контактирующие с больными туберкулезом сельскохозяйственными животными;

- взрослые, находящиеся в контакте с бактериовыделителями или больными туберкулезом сельскохозяйственными животными;
- сотрудники противотуберкулезных учреждений;
- дети и подростки, имеющие осложнение на прививку БЦЖ;
- пациенты III и IV групп диспансерного наблюдения и пр. контингент для превентивного лечения (см. приложение к данному приказу № 7);

1.6. Больные другими соматическими заболеваниями в соответствии с разрешенными лицензией МЭСами.

1.7. Больные для проведения дифференциальной диагностики, возможной в амбулаторных условиях, в том числе для решения вопроса об активности туберкулезного процесса.

**2. Эпидемиологические** показания. Обязательно сочетание наличия следующих условий:

2.1. хорошие жилищные условия, приравненные к туберкулезному очагу третьей группы;

2.2. проживание больного недалеко от поликлиники (отсутствие отрицательного влияния на здоровье от поездки из дома и обратно) и центров выдачи лекарственных средств;

2.3. формирование у больного твердой установки на излечение, соблюдение больными мер личной и общественной эпидемиологической безопасности.

Отбор больных для лечения в дневном стационаре проводится контрольно-экспертными комиссиями поликлинических подразделений по представлению участковых врачей, узких специалистов поликлиник и лечащих врачей стационара.

Регистрация больных в дневном стационаре осуществляется в «Журнале приема и отказов» (форма № 001/у).

Дневной стационар пользуется в своей деятельности всеми консультативными, лечебно-диагностическими службами ЛПУ, на базе которого он расположен.

Документация на больного, находящегося на дневном стационаре, ведется по общепринятой в тубслужбе форме: «Индивидуальная карта амбулаторного больного», учетная форма № 25 или «Диспансерная история болезни туберкулезного больного», учетная форма № 81.

Кратность наблюдения за больным в дневном стационаре устанавливается индивидуально, но не реже 1 раза в 7 дней, что должно отражаться в дневниковых записях в виде описания жалоб, статуса больного с отметкой субъективной и объективной динамики. При ухудшении течения заболевания, возникновения необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, больной должен незамедлительно переводиться в стационар круглосуточного пребывания. Объем исследований и лечения осуществляется в соответствии с утвержденными стандартами.

Этапный эпикриз оформляется ежемесячно. По окончании сроков лечения больного в дневном стационаре пишется выписной эпикриз с необходимыми рекомендациями. Его копия передается на руки больному и / или заносится в амбулаторную карту.

Отчеты о деятельности дневных стационаров представляются за отчетный период с указанием количества развернутых среднегодовых мест и числа пролеченных больных в свой организационно-методический отдел и далее по требованию.

Клинико-экспертные комиссии (КЭК) для корректировки лечения и продления больничного листа проводятся не реже 1 раза в 30 дней.

Листы (справки) временной нетрудоспособности работающим (учащимся) больным, находящимся на лечении в дневном стационаре, выдаются на общих основаниях. При лечении на дневном стационаре возможна выдача прерывистого больничного листка (только на дни интермиттирующего приема препаратов).

Противотуберкулезные препараты больным, находящимся в дневном стационаре, выдаются бесплатно. Прочие медикаменты приобретаются самими больными.

Питание туберкулезных больных, как важный фактор в лечении, осуществляется в дневном стационаре в виде легкого обеда (например: сок, молоко или кефир, булочка, сосиски, бутерброды, вареные яйца и т.д.). Больной может быть обеспечен одно-двух разовым дополнительным питанием в виде полноценных обеда и/или завтрака на базе пищеблока ЛПУ.

Экспертиза случаев лечения в дневном стационаре осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации.

### **Положение о стационаре на дому при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях**

Целью организации тубстационара на дому при амбулаторно-поликлинических отделениях (кабинетах) туберкулезных учреждений и подразделений является создание благоприятного, щадящего режима лечения больных туберкулезом, отказавшихся от госпитализации в круглосуточный стационар или неоднократно выписанных из него за злостные нарушения лечебного режима и нуждающихся в медико-социальном наблюдении. В отдельных случаях допускается организация стационара на дому для больных туберкулезом - бактериовыделителей при отсутствии в туберкулезном очаге детей и подростков. Стационар на дому организуется в тех случаях, когда не возможны другие формы лечения больного туберкулезом (круглосуточный стационар, стационар дневного пребывания, дневной стационар).

*Основными задачами тубстационара на дому являются:* организация квалифицированной медицинской помощи; проведение контролируемого лечения и химиопрофилактики туберкулеза; удешевление

медицинской помощи; повышение доступности медицинской помощи; создание привычных, домашних условий.

Стационар на дому организуется при туберкулезной службе в составе поликлиники, детской поликлиники, медико-санитарной части, поликлинических отделений больницы, диспансеров.

*Руководство стационаром на дому* осуществляется заведующими амбулаторно-поликлиническими подразделениями туберкулезных организаций и служб, которые в своей деятельности подчиняются главному врачу или его заместителю по поликлинической или лечебной работе.

Штаты стационара на дому устанавливаются в соответствии со штатными нормативами, предусмотренными для амбулаторно-поликлинических учреждений с учетом объема работы и в пределах утвержденного фонда оплаты труда.

Противотуберкулезные препараты в стационарах на дому выдаются больным бесплатно, прочие медикаменты приобретаются самими больными.

Режим работы стационара на дому устанавливается руководителем учреждения в соответствии с потребностями населения в этом виде помощи и местными условиями.

КЭК для корректировки лечения и продления больничного листка проводится на дому в сроки, установленные законодательством по экспертизе временной нетрудоспособности.

Отбор больных для лечения в стационаре на дому проводится заведующими тубкабинетами, туботделениями и тубдиспансерами по представлению участковых врачей-фтизиатров.

На больного, находящегося в стационаре на дому, все записи производятся в амбулаторной карте, в том числе выписной эпикриз.

Стационар на дому пользуется в своей работе всеми консультативными и лечебно-диагностическими службами, имеющимися в учреждении здравоохранения. Участковый врач-фтизиатр может привлекать к контролируемому лечению медицинских работников семейных амбулаторий

и ФАПов той территории, на которой проживает больной. Привлечение данной категории специалистов должно быть регламентировано приказом органа управления здравоохранения субъекта.

Экспертиза случаев лечения в стационаре на дому осуществляется в соответствии с действующими нормативными документами Минздравсоцразвития РФ.

### **Положение о Центрах при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях (терапия непосредственного наблюдения)**

Центры терапии непосредственного/прямого наблюдения при туберкулезных амбулаторно-поликлинических подразделениях организовываются на основании приказа руководителя учреждения здравоохранения.

Терапия непосредственного/прямого наблюдения - это обязательный прием противотуберкулезных препаратов больными туберкулезом под наблюдением (в присутствии медицинского или социального работника).

**Целью внедрения терапии непосредственного/прямого наблюдения** и соответствующей реорганизации амбулаторно-поликлинического приема в противотуберкулезной службе субъекта является снижение заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза, увеличение доли больных, как полностью завершивших лечение, так и завершивших лечение с положительным эффектом, а также сокращение доли лиц, выделяющих резистентные к противотуберкулезным препаратам микобактерии туберкулеза (МБТ).

#### **Задачи терапии непосредственного/прямого наблюдения:**

1. Обеспечить больных туберкулезом на амбулаторно-поликлиническом этапе всесторонней, скоординированной, последовательной и контролируемой помощью на протяжении всего курса лечения в дневных стационарах.

2. Улучшить предоставление и координацию медицинских услуг больным туберкулезом, создав противотуберкулезные комплексные бригады.

3. Усилить организационно-методическую работу по профилактике и своевременному выявлению больных туберкулезом.

**Противотуберкулезная комплексная бригада** (далее - бригада) создается при тубкабинетах, тубдиспансерах и туботделениях, имеющих амбулаторно-поликлинический прием, приказом руководителя лечебно-профилактического учреждения. Бригада прикрепляется к определенным участкам обслуживаемой территории для обеспечения эффективности и непрерывности оказываемой помощи. Бригада улучшает предоставление и координацию медицинских услуг туберкулезным больным. Ее работа увеличивает процент выполнения режима лечения, обеспечивает завершенность адекватных терапевтических приемов.

Штаты бригады устанавливаются главным врачом в соответствии с предоставленными ему правами. Возможно использование высвобождающихся медицинских кадров при сокращении коек круглосуточных туберкулезных стационаров. Количество бригад диктуется местными условиями.

Состав бригады определяется местными требованиями и возможностями. Возглавляет бригаду врач. Кроме врача в бригаду входят старшая медицинская сестра (или фельдшер), выполняющая функции медицинской сестры-менеджера, 3-5 медицинских сестер (выездных и процедурная), 2-3 младших медицинских сестер, выполняющих функции социальных работников, помощник эпидемиолога (или его функции выполняет одна из выездных медсестер).

**Врач (заведующий туберкулезным кабинетом)** отвечает за организацию работы центра, постановку диагноза и медицинскую часть ведения туберкулезного больного (ведет медицинскую карту амбулаторного больного - ф. № 0.25/у или медицинскую карту туберкулезного больного - ф.

№ 0.81/у), формирует план действий бригады, определяет режимы противотуберкулезного лечения, его длительность.

**Старшая медицинская сестра (или фельдшер) выполняет функции медсестры-менеджера:** организует работу медицинской бригады, помогает врачу в составлении плана действий бригады и следит за его выполнением, совместно с врачом анализирует ошибки в работе бригады, является связующим звеном между членами бригады и пациентом, защищает интересы больного, обеспечивает необходимые консультации. Ведет документацию (ф. № 039/у-88 - по учету посещений, ф. № 030-4/у - контрольную карту диспансерного наблюдения, ф. № 036 - книга регистрации больничных листков).

Она обеспечивает определенную группу пациентов, прикрепленную к бригаде, всесторонней, скоординированной помощью по ходу лечения туберкулеза на протяжении всего курса (от выявления до излечения). Организует консультации по профилактике ВИЧ-инфекции, объясняет необходимость тестирования на ВИЧ, если оно назначается. Оказывает поддержку и необходимые консультации нуждающимся в этом, помогает больным справиться с эмоциональными проблемами, возникшими на почве известия о положительном результате анализа на ВИЧ.

При назначении на эту должность учитывается знание медицинского менеджмента, деловые качества и опыт работы с туберкулезными больными.

**Выездная медсестра** осуществляет свою работу совместно с ЦГСЭН. Она работает в очагах инфекции (изоляция больного, беседы с родственниками и другими тесно контактирующими с больным лицами, обследование контактных, при необходимости проведение вакцинации или ревакцинации, проведение химиопрофилактики, дезинфекция текущая и заключительная и пр.), осуществляет на дому оценку состояния пациента, выдает антибактериальные препараты и контролирует их прием. Выездная медсестра оказывает и социальную помощь (если в бригаде нет социального работника). Принимает участие в разрешении психологических проблем,



влияющих на выполнение режима лечения, ведет не только надзор, но и расследования по контактам (в быту и на работе), следит за осуществлением правовых акций. Ведет необходимую документацию (ф. № 081-1/у - карта антибактериального лечения, ф. № 085/у - карта участковой медсестры, ф. № 031/у - книга записи вызовов на дом).

При назначении на эту должность учитывается опыт работы с туберкулезными больными (не менее 1 года работы в здравоохранении, предпочтителен опыт работы с больными туберкулезом), знание нормативных и инструктивно-методических документов.

**Медсестра по работе с учреждениями общей лечебной сети** (включая МСЧ и здравпункты). Оказывает организационно-методическую помощь по профилактике и своевременному выявлению больных туберкулезом, координирует работу по специфической профилактике и санитарно-просветительной деятельности: сверка списков больных туберкулезом; регистрация пациентов из очагов туберкулезной инфекции; создание групп риска по заболеванию туберкулезом и работа с этими группами; организация выполнения минимума клинического обследования на туберкулез; своевременное обучение вакцинации БЦЖ и туберкулинодиагностике; обучение правильному сбору материала для исследований на МБТ; планирование с созданием плана-графика и организация своевременного выявления больных туберкулезом путем применения микробиологических методов исследования, туберкулинодиагностики, флюорографии и пр.

Когда у больного из терапии остается только прием антибактериальных препаратов, и его с дневного стационара переводят на амбулаторно-поликлиническое лечение, необходимо создать для больных наиболее благоприятные и удобные условия, чтобы прием препаратов не вызывал отрицательные эмоции. Для этого организовывать центры или пункты противотуберкулезного лечения. Их лучше всего открывать в медицинских учреждениях (поликлиника, медпункт и здравпункт в организации или

учреждении, ФАП в сельской местности и пр.), находящихся как можно ближе к дому или работе больного. Они должны работать в удобное для больного время и обслуживаться выездными медсестрами или младшими медицинскими сестрами, медсестрами и фельдшерами ФАПов.

**Младшая медицинская сестра** выполняет функции социального работника, оказывает помощь в решении социальных и психологических проблем, влияющих на приверженность режиму лечения.

**Помощник эпидемиолога** (координатор по туберкулезному контролю) осуществляет надзор, расследование по контактам, расследования по работе на местах, правовые акции, обеспечивает своевременное и точное оповещение о выявленных и подозреваемых случаях туберкулеза. Во время интервью с больным определяет длительность воздействия инфекции (начало/конец возможного распространения инфекции); выявляет приоритеты в контактах, подлежащих отслеживанию; по принципу концентрических кругов устанавливает параметры отслеживания контактов, определяет пределы отслеживания, выявляет контакты, имеющие риск быть подвергнутым воздействию инфекции. Определяет высокую и низкую вероятность передачи инфекции, связанную с пациентом (поражение легких или внелегочная локализация; метод получения МБТ - положительный результат получен при простом исследовании или посеве, спонтанно или при бронхоскопии; кашель есть или нет; противотуберкулезные препараты получал в течение 2-х недель и дольше или не получал) или с помещением, где происходит возможное контактирование (объем воздуха, общий для больного и контактирующего, наличие вентиляции, бактерицидных ламп и т.д.).

Принцип концентрических кругов или камешка в пруду при отслеживании контактов: наибольшее воздействие туберкулезной инфекции наблюдается в ближайшем окружении ее источника, в то время как количество инфицированных уменьшается с уменьшением частоты, длительности и степени близости контакта.

## **Участие работников учреждений ПМСП в лечении больных туберкулезом**

Большинство пациентов проходит интенсивную фазу химиотерапии под непосредственным наблюдением в стационарах ПТД. После правильного лечения в интенсивной фазе большинство пациентов перестают быть заразными и могут быть выписаны из стационара для долечивания в амбулаторных условиях. В фазе продолжения лечения непосредственное наблюдение за тем, как больной принимает лекарства, является ключевым элементом.

Если для продолжения лечения больному приходится далеко ездить, то, скорее всего, он будет нарушать режим лечения. В связи с этим работники противотуберкулезной (ПТБ) службы во многих случаях пытаются организовать фазу продолжения так, чтобы больной мог проходить лечение недалеко от дома (или места работы). Для этого необходимо участие учреждений ОЛС (поликлиник, фельдшерских пунктов, сельских больниц и т.д.), расположенных рядом с местом проживания больного. В таких случаях лечение по-прежнему контролируют специалисты ПТБ службы, а работники учреждений ПМСП должны осуществлять химиотерапию и постоянно информировать ПТБ службу о том, как идет лечение больного и о любых других проблемах, которые могут возникнуть.

Непосредственное наблюдение за лечением ведет врач ПТБ службы или первичной медико-санитарной помощи. Контролировать химиотерапию (наблюдать за приемом препаратов) должны медсестра или фельдшер. В таком случае они, как и врачи – фтизиатры, ведут Медицинскую карту лечения больного – форма 01-ТБ/у (Приложение 5), которая была заведена в противотуберкулезной службе, поддерживают постоянный контакт с районным (участковым) фтизиатром или другим ответственным работником ПТБ службы, информируют врача о возникших проблемах, следят за своевременностью поступления противотуберкулезных препаратов из ПТД, ведут просветительскую работу среди больных.

В процессе лечения также медицинский работник учреждений ПМСП следит за появлением побочных реакций, регулярно направляет больных туберкулезом на контроль к фтизиатру, сообщает работникам ПТД о ходе лечения больного и собирает мокроту для проведения микроскопического и бактериологического исследования.

### **Наблюдение врачом ПМСП за пациентами, снятыми с учета в ПТД в связи с излечением**

Критерием клинического излечения туберкулеза легких является стойкое прекращение бактериовыделения, а также отсутствие клинических и рентгенологических признаков активности туберкулеза. Для определения восстановления трудоспособности больных туберкулезом легких важно установить характер и распространенность остаточных посттуберкулезных изменений в легких и плевре. Согласно существующей системе диспансерного наблюдения за больными туберкулезом легких (приказ МЗ РФ от 21.03.2003 г. № 109) [7], различают следующие группы лиц, с неактивным туберкулезным процессом, излеченных от туберкулеза:

- Лица без остаточных изменений, которые наблюдаются у врача ПМСП по месту жительства в течение 1 года после снятия с учета в ПТД с проведением медицинских осмотров 2 раза в год. После 1 года наблюдения, излеченные лица, могут быть выписаны на работу с учетом их профессиональной занятости;
- Лица с малыми остаточными изменениями без отягощающих факторов, наблюдаются у врача ПМСП по месту жительства в течении 2 лет после снятия с учета в ПТД, с проведением медицинских осмотров 2 раза в год. Малые остаточные посттуберкулезные изменения обнаруживаются рентгенологическими методами (единичные - до 5, интенсивные, четко очерченные очаги размером менее 1 см, или ограниченный фиброз в пределах одного сегмента). В анатомическом отношении заживление по такому типу можно считать наиболее полным и стойким, поэтому

преобладающее число излеченных лиц (75-80%) могут быть выписаны через 2 года наблюдения на работу с учетом их профессиональной занятости;

- Лица с большими либо малыми остаточными изменениями при наличии отягощающих факторов, наблюдаются у врача ПМСП по месту жительства в течении 3 лет и более лет после снятия с учета в ПТД с проведением медицинских осмотров 2 раза в год. Лица, излеченные от туберкулеза легких с большими остаточными изменениями в легких и плевре при наличии отягощающих факторов или без них, (множественные – более 5, интенсивные, четко очерченные очаги размером менее 1см или единичные и множественные интенсивные, четко очерченные очаги и фокусы размером 1 см и более, а также распространенный фиброз – более 1 сегмента или цирротические изменения любой протяженности), нуждаются в систематическом наблюдении врача ОЛС в течении 3 и более лет.

Перед взятием лиц, излеченных от туберкулеза на диспансерный учет в ОЛС, врач направляет излеченного больного на флюорографическое исследование (рентгенограмма, томограмма – по показаниям). В дальнейшем рентгенограммы (флюорограммы) - не реже 1 раза в год; томограммы – по показаниям. Также необходимо направлять лиц, излеченных от туберкулеза с малыми и большими остаточными изменениями в легких и плевре, при наличии сопутствующих заболеваний на санаторно-курортное лечение в противотуберкулезные санатории федерального подчинения. В этих случаях направление в федеральные противотуберкулезные санатории заполняет врач ПТД. В санаторно-курортном лечении в противотуберкулезных санаториях федерального подчинения также нуждаются лица с неактивным мочеполовым туберкулезом и с посттуберкулезными изменениями, больные с неактивным туберкулезом глаз и снижением зрительных функций; лица, перенесшие туберкулезно-аллергические заболевания глаз, имеющие остаточные изменения; больные, нуждающиеся в радикальных

корректирующих операциях после перенесенного костно-суставного туберкулеза.

## **Организационные аспекты деятельности медицинских сестер по оказанию противотуберкулезной помощи населению**

В сложившихся условиях развития эпидемии туберкулеза роль среднего медицинского работника, как на поликлиническом участке, так и в стационаре при проведении противотуберкулезных мероприятий существенно возросла.

Профилактические плановые медицинские осмотры населения направлены на своевременное выявление туберкулеза. У детей и подростков регулярно один раз в год должна проводиться туберкулинодиагностика, а у подростков и взрослых не реже одного раза в два года флюорография органов грудной клетки. Группы риска по туберкулезу осматриваются чаще – ежегодно или два раза в год.

Два раза в год в течение первых трех лет необходимо обследовать лиц, снятых с диспансерного противотуберкулезного учета в связи с выздоровлением. Они должны наблюдаться у участкового терапевта, а медицинская сестра терапевтического участка обязана следить за своевременностью прохождения флюорографии органов грудной клетки выздоровевшими от туберкулеза. То же относится и к тем, кто никогда клинически не болел туберкулезом, но имеет остаточные посттуберкулезные изменения в легочной ткани. Также два раза в год надо обследовать на туберкулез лиц, освобожденных из следственных изоляторов и исправительных учреждений в течение первых двух лет после освобождения.

Ежегодно два раза в год подлежат обследованиям ВИЧ-инфицированные и лица, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях, а также лица, находящиеся в тесном контакте с источниками туберкулезной инфекции.

Медицинская сестра должна также следить за ежегодными обследованиями на туберкулез больных сахарным диабетом, хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы, получающих кортикостероидную, лучевую и

цитостатическую терапию, а также лиц, принадлежащих к социальным группам высокого риска заболевания туберкулезом (без определенного места жительства, мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы).

В индивидуальном (внеочередном) порядке профилактическим осмотрам на туберкулез подлежат лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными, а также лица, у которых впервые установлен диагноз – ВИЧ-инфекция.

Важно объяснять пациентам (это задача и медицинских сестер), что не стоит бояться флюорографических обследований, что сейчас применяется цифровая рентгенодиагностическая техника с лучевой нагрузкой в 30-50 раз меньшей по сравнению с пленочными флюорографами.

Лица с выявленной патологией или при подозрении на нее после флюорографии подлежат контрольному дообследованию, и здесь без помощи участковой медицинской сестры не обойтись.

Другим важным методом выявления туберкулеза в группах риска является проведение исследований на выявление микобактерий туберкулеза (МБТ) в мокроте, моче и прочих выделениях человека. Важным является правильный забор материала, прежде всего мокроты (проведение раздражающих ингаляций).

Выявление наиболее эпидемически опасных больных-бактериовыделителей всеми методами (бактериоскопия, посевы на МБТ) с последующим их лечением – один из важнейших приоритетов в оказании противотуберкулезной помощи населению. Здесь имеет значение своевременное направление на обследование лиц с симптомами заболевания, которые самостоятельно обращаются за медицинской помощью, как правило, к участковому терапевту. Если у больного хроническое неспецифическое заболевание, которое трудно поддается лечению и протекает с частыми обострениями, необходимо заподозрить туберкулез и направить, кроме флюорографии органов грудной клетки, на бактериоскопическое или



бактериологическое обследование. То же относится к кашляющим нетранспортабельным больным.

Найти бактериовыделителя очень важно, но не меньшее значение имеет работа в так называемых очагах туберкулезной инфекции. Очагом туберкулеза может быть квартира, общежитие, учреждение социального обеспечения, любое предприятие, и даже весь небольшой населенный пункт, если его жители тесно общаются с больным туберкулезом. Туберкулез органов дыхания, особенно не леченный, наиболее опасен для заражения окружающих. Менее опасны больные с внелегочными формами туберкулеза. Особую категорию источников инфекции составляют больные сельскохозяйственные животные (как правило, коровы) и птицы.

С содержанием противоэпидемической работы должны быть знакомы не только врачи-фтизиатры и медсестры фтизиатрических участков, эпидемиологи и помощники эпидемиологов центров госсанэпиднадзора, но и врачи и медсестры разных специальностей, в том числе старшие и главные сестры лечебно-профилактических учреждений всех профилей. Противоэпидемическая работа включает госпитализацию и лечение больного, изоляцию его и контактных детей в пределах очага, организацию заключительной дезинфекции, обучение текущей дезинфекции больного и контактных, первичное обследование контактных и в последующем их систематическое обследование на туберкулез, проведение химиопрофилактики туберкулеза или профилактического лечения, осуществление вакцинации и ревакцинации БЦЖ по эпидпоказаниям у туберкулинотрицательных, независимо от возраста контактных, и так далее.

Источник туберкулезной инфекции в большинстве случаев существует длительное время, поскольку туберкулезу свойственно длительное, нередко волнообразное и хроническое течение. За контактными наблюдают в течение всего срока выделения МБТ больным туберкулезом, а также в течение одного года после снятия бактериовыделителя с эпидемиологического учета или

выезда из очага инфекции, кроме того, в течение двух лет после смерти больного, выделявшего МБТ во внешнюю среду.

При установлении диагноза активного туберкулеза у больного, находящегося на лечении в соматическом, психоневрологическом или другом стационаре, противоэпидемические мероприятия осуществляет персонал этого учреждения. В едином поселковом (сельском) очаге туберкулеза круг контактных определяется с помощью местной администрации, фельдшеров ФАПов, самих больных и членов их семей.

Первая встреча человека с возбудителем туберкулеза, как правило, заканчивается благоприятно, а именно выработкой естественного иммунитета. Но здесь важно не пропустить период первичного инфицирования туберкулезом, вовремя обследовать ребенка и провести курс химиопрофилактики.

Наш опыт показывает, что не все дети по результатам туберкулинодиагностики направляются к фтизиатрам при «вираже» туберкулиновой пробы (переход отрицательной пробы Манту с 2 ТЕ в положительную) или при ее нарастании, по сравнению с предыдущим годом, на 6 мм и более. До 30% «виражных» детей не доходят до фтизиатра, а обратной связи между общими педиатрами и фтизиопедиатрами, между педиатрами поликлиники и школ, детских дошкольных учреждений часто нет. Не всегда обследуется окружение «виражного» ребенка, чтобы выявить источник туберкулезной инфекции. Средний медицинский персонал должен принимать полноценное участие в устранении этих недоработок.

При «вираже» туберкулиновых проб, нарастании чувствительности к туберкулину (увеличение диаметра папулы на 6 мм и более), гиперергической пробе Манту с 2 ТЕ (папула 17 мм и более), а также при наличии контакта с больным туберкулезом назначается химиопрофилактика (превентивное лечение) туберкулеза, проводимая контролируемым методом. Если нельзя изолировать ребенка в туберкулезный санаторий или специальную группу детского дошкольного учреждения, то контроль за

приемом препаратов должны осуществлять средние медицинские работники любого детского дошкольного учреждения или школы.

У взрослых контроль приема противотуберкулезных препаратов должен проводиться средним медицинским работником здравпункта или ФАПа, если нет возможности больному туберкулезом или контактному каждый день приходить за препаратами в туберкулезный диспансер или кабинет.

Много нареканий вызывает и качество проведения прививок БЦЖ, которое определяется по наличию и размеру поствакцинального рубца – чем он больше, тем больше надежд на успешное проведение специфической профилактики туберкулеза. Максимальной будет защита при рубце длиной 5 мм и более. К формированию рубца малых размеров приводят нарушения в технике проведения прививки: вакцина БЦЖ в шприцы набирается заблаговременно; прививка ставится в палатах новорожденных или кабинетах врачей-педиатров; отмечаются нарушения в хранении вакцины; вместо вакцины БЦЖ-1 применяется вакцина БЦЖ-М, хотя к вакцине БЦЖ-1 противопоказаний нет, а эпидситуация по туберкулезу неблагоприятная. При проведении прививок вакциной БЦЖ-М чаще формируется рубец размером 3-5 мм, при проведении прививки вакциной БЦЖ-1 – от 5 до 8 мм.

Невакцинированные против туберкулеза дети и подростки или некачественно вакцинированные (отсутствие постпрививочного знака или наличие рубчика малых размеров – 1-2 мм) относятся к группе риска по туберкулезу.

Нередко затягиваются сроки передачи сведений о новорожденном из роддома в детскую поликлинику. В результате не обследуется методом флюорографии окружение новорожденного и ребенок может прийти в семью, где есть невыявленный больной туберкулезом. Это тоже работа среднего медицинского работника.

И в заключение несколько слов о значении работы медсестры при проведении лечения больного туберкулезом. Лечебный эффект основного

метода лечения – химиотерапии – обусловлен непосредственным влиянием противотуберкулезных препаратов на МБТ и их уничтожением в организме больного. Выбор определенной комбинации химиопрепаратов, их дозировки, способа использования в виде однократной суточной дозы или разделенной на 2-3 приема, пути введения и ритма приема препаратов (ежедневный или интермиттирующий, то есть прием их 2-4 раза в неделю), сроки лечения определяет врач-фтизиатр.

Но велико влияние на результаты лечения и среднего медицинского работника. При проведении химиотерапии важной задачей является обеспечение регулярного приема больными противотуберкулезных препаратов в течение всего периода лечения. Нерегулярный прием препаратов приводит к развитию лекарственной устойчивости МБТ, переходу заболевания в хроническую стадию и как следствие - к смерти больного от прогрессирования туберкулеза.

Особенностью лечения туберкулеза является то, что больные после нормализации субъективного состояния нуждаются в длительном многомесячном приеме химиопрепаратов. Многие не понимают этого и уклоняются от лечения. Поэтому так важен контроль за лечением. В больничных и санаторных условиях прием противотуберкулезных препаратов осуществляется только в присутствии медицинской сестры. В амбулаторных условиях прием препаратов также необходимо проводить в присутствии медицинского персонала, о чем мы уже говорили, касаясь химиопрофилактики туберкулеза.

Большое значение следует придавать просветительской деятельности. В санбюллетнях, плакатах, памятках для населения должны постоянно находить отражение вопросы здорового образа жизни (отказ от курения, употребления наркотиков, вред от бытового пьянства и алкоголизма и т.д.). Успех санитарно-просветительной работы среди населения в значительной мере зависит от среднего медицинского персонала. Медицинская сестра может оказать помощь врачу в оценке факторов риска конкретно для того

или иного человека, убедить пациента в необходимости их устранения, чтобы предупредить возможное заболевание. При этом очень важно найти правильный тон беседы, самому служить примером сознательного отношения к сохранению и поддержанию здоровья. В случае заболевания туберкулезом успех лечения и исход заболевания во многом зависит от доброжелательных взаимоотношений медсестры с пациентом и родственниками. Следует своевременно научить лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом, соблюдать необходимые меры предосторожности. Самого же больного добрым словом убедить систематически выполнять рекомендации врача.

Таким образом, роль медицинской сестры велика и значима на всех этапах оказания противотуберкулезной помощи населению: профилактике, выявлении, диагностике и лечения туберкулеза.

## **Организация ведения больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких**

Последние годы в России отмечается стабилизация на высоких цифрах показателя смертности от туберкулеза после десятилетнего периода его роста. Умирают от туберкулеза больные преимущественно в работоспособном возрасте, пик смертности приходится на возраст от 45 до 49 лет.

Существенно выросло число больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких (ФКТ), значительная часть которых формируется в течение одного года после регистрации туберкулеза. При этом с 1992 года по 2004 год число больных, умерших от ФКТ, увеличилось по Российской Федерации в целом в 3,2 раза, в то время как число впервые выявленных больных данной патологией выросло только в 1,2 раза.

С целью улучшения организации ведения больных с фиброзно-кавернозным туберкулезом легких как впервые выявленных, так и контингентов, для снижения смертности и повышения эффективности лечения в рамках предложенной выше модели нами был разработан ***алгоритм ведения больных ФКТ.***

Алгоритм учитывает возможность клинического излечения в процессе основного курса при применении методов коллапсотерапии (искусственный пневмоторакс). При неэффективности лечения больные должны быть проконсультированы у торакального хирурга с целью решения вопроса об оперативном лечении. При наличии относительных противопоказаний больные должны продолжить лечение до устранения противопоказаний к хирургическому лечению.

Больные ФКТ легких, наблюдающиеся по II б группе диспансерного учета должны быть обследованы с целью решения возможности направления на консультацию торакального хирурга. При наличии противопоказаний к оперативному лечению ведение больных также должно вестись с учетом возможной ликвидации данных противопоказаний.

В случае отказа от операции ведение больного продолжается по II б группе диспансерного учета.

Лекарственная устойчивость МБТ не является противопоказанием для операции, а наоборот требует более раннего оперативного лечения с целью ликвидации очага хронической опасной для окружающих инфекции.

Наличие неустраняемых противопоказаний не позволяют проведение оперативного лечения, ведение таких больных во II б группе продолжается вплоть до смерти больного.

Ниже представлены алгоритмы ведения больных ФКТ, показания и противопоказания для оперативного лечения.



**Примечание:** в процессе лечения по основному курсу возможно добиться стабилизации ФКТ или превращения его в цирротическую форму туберкулеза с последующим формированием участка посттуберкулезного цирроза легких





**Примечание:** если в процессе лечения больной отказывается от операции, то ведение больного идет как при неустранимых противопоказаниях

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ**

Одновременно с изменением эпидемиологических показателей по ВИЧ-инфекции в Российской Федерации изменяется динамика оппортунистических заболеваний у ВИЧ-инфицированных. В течение первых 10 лет после начала регистрации ВИЧ-инфекции в России среди оппортунистических заболеваний преобладали саркома Капоши (32,0-37,6%), цитомегаловирусная инфекция (24,0-31,0%), туберкулез (8,0-19,0%) и генерализованные бактериальные инфекции (20,0-6,8%). В последующие годы отмечено неуклонное увеличение числа летальных исходов, связанных с туберкулезом (29,0-43,8%). Данная тенденция сохраняется и до сих пор. Туберкулез вышел на первое место среди причин смерти у ВИЧ-инфицированных больных.

Распространение ВИЧ-инфекции внесло радикальные изменения в эпидемиологию туберкулеза в мире. ВИЧ-инфекция - это самый серьезный фактор риска развития туберкулеза у лиц, инфицированных микобактериями туберкулеза (МБТ), особенно в нашей стране с практически сплошь инфицированным МБТ населением. Риск заболеть активным туберкулезом для человека с двумя инфекциями составляет 5-10% в год, тогда как у остальных контингентов населения подобная вероятность не превышает 10% на протяжении всей жизни. По прогнозам, если ВИЧ-инфекцией поразит 10-13% взрослого населения, то число случаев туберкулеза в стране увеличится в 2-3 раза.

Эпидемия ВИЧ считается ведущей причиной возрождения туберкулеза в индустриально развитых странах. Эпидемиологические прогнозы в связи с ростом эпидемии СПИДа весьма неблагоприятны. Туберкулез, развивающийся у зараженных ВИЧ-инфекцией, часто связан с реактивацией ранее существовавшей у них латентной туберкулезной инфекции. Но большое значение имеет и реинфекция.

ВИЧ-инфекция не только провоцирует развитие туберкулеза, но и оказывает резко выраженное отрицательное влияние на его симптоматику и

течение. Клинико-рентгенологические проявления туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и у больных СПИДом в значительной степени зависят от степени угнетения иммунитета. Примерно в половине случаев туберкулез опережает другие проявления СПИДа в среднем на 2 года. Выраженное снижение питания, уменьшение объема внутри- и внеклеточной жидкости, отражающие склонность к гиперметаболизму, рассматриваются как характерная особенность больных сочетанной инфекцией.

### **Организация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам на территории Российской Федерации**

С целью изучения эпидемиологической ситуации по туберкулезу среди ВИЧ-инфицированных, определения порядка учета больных данной патологией, а также организации системы мер противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным, в Российской Федерации в каждом субъекте утвержден *ответственный специалист фтизиатр по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.*

Учреждения здравоохранения, а также учреждения ГУФСИН России заполняют «Карты персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией (учетная форма «263/у-ТВ – далее «Карта») на всех больных с вновь выявленной сочетанной патологией, рецидивом туберкулеза на фоне ВИЧ-инфекции и умерших от сочетанного заболевания, начиная с 01 января 2004 года. «Карты» направляются ответственному специалисту фтизиатру по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Ответственный специалист фтизиатр по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных заполняет «Карты» на умерших от сочетанной инфекции на основании протоколов патологоанатомических исследований, полученных от патологоанатомов, или сообщений лечебно-диагностических учреждений о случаях смерти. Ежемесячно дубликат «Карт» направляется в Центр противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным

Минздравсоцразвития Российской Федерации.

**План мероприятий по предупреждению и профилактике туберкулеза среди ВИЧ-инфицированных лиц должен включать в себя 10 разделов:**

- подготовка кадров;
- гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- мероприятия по предупреждению заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных;
- мероприятия по раннему выявлению тубинфицирования и заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных;
- мероприятия по предупреждению прогрессирования или осложнений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией;
- организация лабораторного обследования ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом;
- организация стационарной помощи ВИЧ-инфицированным, страдающим туберкулезом или имеющим подозрение на туберкулез;
- лекарственное обеспечение ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом и имеющих подозрение на это заболевание;
- координация противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным на региональном уровне.

В приложении № 1 представляем алгоритм действия фтизиатрической службы при оказании противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным.

*1. Подготовка кадров включает:*

- участие в обучающих семинарах для координаторов по сочетанию туберкулеза и ВИЧ-инфекции в субъектах Российской Федерации по вопросам организации противотуберкулезной помощи ВИЧ-

инфицированным, проводимые Центром противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным Минздравсоцразвития России;

- проведение конференций по управленческим округам по внедрению нормативных актов по оказанию противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам;

- проведение обучающих семинаров для врачей-инфекционистов по вопросам туберкулеза на кафедрах фтизиатрии и фтизиопульмонологии;

- проведение обучающих семинаров для врачей-фтизиатров по вопросам ВИЧ-инфекции на кафедрах профилактической педиатрии и инфекционных болезней;

- проведение обучающего семинара по вопросам туберкулинодиагностики и вакцинации от туберкулеза детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, а также ВИЧ-инфицированных детей и подростков;

- включение вопросов оказания противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным в программы обучения среднего медперсонала.

При подготовке кадров необходимо освещать особенности работы с ВИЧ-инфицированными, страдающими туберкулезом или имеющими подозрение на это заболевание.

В программу обучающего семинара для врачей-фтизиатров по вопросам ВИЧ-инфекции необходимо включить следующие разделы:

- профилактика и раннее выявление тубинфицирования и туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

- методы и содержание гигиенического воспитания населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

- особенности диагностики, клиники и течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;

- обследование больных туберкулезом на ВИЧ-инфекцию;

- проведение послетестового консультирования;

- разъяснение путей передачи ВИЧ-инфекции;

- проведение эпидемиологического расследования;
- особенности диспансерного наблюдения, лабораторного контроля и лечения ВИЧ-инфицированных, в том числе, страдающих туберкулезом;
- организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, заполнение и ведение документации (учетно-отчетные формы, амбулаторные карты, истории болезни и др.);
- соблюдение при работе с больными ВИЧ-инфекцией правовых норм в соответствии с действующим законодательством;
- соблюдение инфекционной безопасности при работе с пациентами, болеющими одновременно ВИЧ-инфекцией и туберкулезом;
- предупреждение профессионального заражения медперсонала ВИЧ-инфекцией;
- освещение правовых аспектов при профессиональном заражении согласно действующим нормативным документам.

В программу обучающего семинара для врачей-инфекционистов необходимо включить следующие разделы:

- работа с группами риска по туберкулезу;
- вакцинопрофилактика туберкулеза;
- химиопрофилактика, превентивное и пробное лечение туберкулеза;
- раннее выявление тубинфицирования и туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- методы и содержание гигиенического воспитания населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- консультирование ВИЧ-инфицированных, их родственников и близких по вопросам туберкулеза;
- пути передачи туберкулезной инфекции;

- особенности диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными на территории с высокой распространенностью туберкулеза;
- особенности диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- особенности патогенеза, клиники и течения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- вопросы лечения и диспансерного наблюдения за больными туберкулезом;
- проведение противоэпидемических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции;
- особенности мониторинга за туберкулезом, сочетанного ВИЧ-инфекцией.

В программу курсов усовершенствования для средних медицинских работников противотуберкулезной и инфекционной служб следует включить следующие разделы:

- гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- пути передачи ВИЧ-инфекции и туберкулеза;
- профилактика туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- особенности диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных и ВИЧ-инфекции у больных туберкулезом;
- особенности диспансерного наблюдения, лабораторного контроля и лечения, включая паллиативного, ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом;
- организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией, ведение документации;
- соблюдение при работе с ВИЧ-инфицированными правовых норм в соответствии с действующим законодательством;
- соблюдение инфекционной безопасности при работе с больными туберкулезом и ВИЧ-инфекции;

- профилактика профессионального заражения медперсонала туберкулезом и ВИЧ-инфекцией;
- освещение правовых аспектов при профессиональном заражении согласно действующим нормативным документам.

При обучении волонтеров, в том числе из общественных организаций, работающих по проблеме ВИЧ-инфекции, необходимо освещать вопросы профилактики туберкулеза и его раннего выявления, принципы лечения и диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и ВИЧ-инфекцией. Кроме того, следует обращать их внимание на проведение профилактических и противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулезной инфекции, где проживают или бывают ВИЧ-инфицированные.

Нельзя привлекать к работе по обучению мерам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, их родственников и близких лиц, самих ВИЧ-инфицированных, так как они не могут работать в очагах опасной для них туберкулезной инфекции.

## *2. Гигиеническое воспитание населения по вопросам профилактики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.*

Индивидуальное гигиеническое воспитание по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных должно охватывать как самих ВИЧ-инфицированных, так и их родственников, близких и других лиц, которые смогут повлиять на поведение социально дезадаптированных ВИЧ-инфицированных с целью привлечения этих пациентов к обследованию на туберкулез.

Необходимо обращать внимание ВИЧ-инфицированных, их родственников и близких на возможные пути передачи туберкулезной инфекции, основные клинические проявления туберкулеза, уходе за больным туберкулезом, значимость профилактики и превентивного лечения туберкулеза.

Следует широко использовать для освещения вопросов туберкулеза индивидуальное консультирование ВИЧ-инфицированных в кабинетах инфекционных заболеваний, центрах СПИД, противотуберкулезных



диспансерах (кабинетах), наркологических диспансерах (стационарах, кабинетах) и т.д. Больным туберкулезом необходимо рекомендовать обследование на ВИЧ-инфекцию, как лицам из группы высокого риска, подлежащим обследованию на ВИЧ.

Гигиеническое воспитание населения по вопросам туберкулеза у ВИЧ-инфицированных следует проводить с помощью средств массовой информации, санитарных бюллетеней, кратких памяток. Наибольшее внимание граждан привлекают короткие видеофильмы, вставки в рекламу на телевидении. В бюллетенях, памятках, статьях в газетах, радиопередачах информацию о туберкулезе у ВИЧ-инфицированных следует излагать в доступной и интересной форме.

### *3. Мероприятия по предупреждению заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных.*

Противоэпидемические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции в соответствии с приказом от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» проводятся там, где проживают или бывают ВИЧ-инфицированные (территориальный очаг туберкулеза, противотуберкулезный и инфекционный стационары, центры СПИД, кабинеты инфекционных заболеваний, пункты обмена шприцев и др.).

При организации противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным необходимо соблюдение принципов не пересечения потока больных ВИЧ-инфекции с опасными в эпидотношении потоками больных туберкулезом (кабинеты инфекционных заболеваний, центров СПИД, кабинеты скрининг и референс диагностики туберкулеза, стационарные отделения для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, противотуберкулезные диспансеры и др.).

Профилактика туберкулеза у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей и матерей с сомнительным результатом иммуноблота, подробно изложена в алгоритме, представленном ниже.

## Алгоритм организации профилактики туберкулеза у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей

<p><u>До родов:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- антиретровирусная терапия у матери;</li> <li>- увеличение количества CD-4 лимфоцитов у матери;</li> <li>- снижение в крови вирусной нагрузки у матери;</li> <li>- обследование окружения новорожденного на туберкулез.</li> </ul> <p><u>Во время родов:</u> кесарево сечение.</p> <p><u>После родов:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- отказ от грудного вскармливания ребенка;</li> <li>- продолжение антиретровирусной терапии у матери</li> </ul>
--



Минимум обследования	Результат обследования	Тактика иммунизации
<p>Новорожденные дети, родившиеся от ВИЧ-инфицированных матерей.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• шкала Ангар</li> <li>• абсолютное число нейтрофилов</li> <li>• осмотр иммунолога;</li> <li>• осмотр инфекциониста;</li> <li>• осмотр неонатолога</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- не менее 6 баллов;</li> <li>- не менее 1000 в общем анализе крови;</li> <li>- отсутствие противопоказаний;</li> <li>- отсутствие первичного иммунодефицитного состояния;</li> <li>- отсутствие генерализованной БЦЖ-инфекции, выявленной у других детей в семье;</li> <li>- отсутствие острых заболеваний и острых состояний (внутриутробная инфекция, гнойно-септическое заболевание, гемолитическая болезнь, поражение ЦНС, генерализованные поражения, пороки развития)</li> </ul>	<p>Прививка БЦЖ-М</p>
<p>ВИЧ-инфицированные матери:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• иммуноблот</li> <li>• рентгенография легких и проба Манту с 2ТЕ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- положительный или сомнительный;</li> <li>- отсутствие признаков туберкулеза;</li> <li>- отсутствие туберкулеза в окружении новорожденного</li> </ul>	
<p>ВИЧ-инфицированные матери:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• иммуноблот</li> <li>• рентгенография легких и проба Манту с 2ТЕ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- положительный или сомнительный;</li> <li>- признаки туберкулеза по данным рентгенографии легких и пробе Манту с 2ТЕ;</li> <li>- туберкулез в окружении новорожденного или невозможность выяснения эпиданамнеза по туберкулезу в окружении новорожденного (например, лица БОМЖ)</li> </ul>	<p>Прививка БЦЖ-М и изоляция новорожденного в соматическое отделение на 2 месяца на период формирования иммунитета</p>

Если в роддоме прививка БЦЖ-М не была проведена, то в последующем решение о проведении прививки против туберкулеза

принимается индивидуально и коллегиально с участием врачей разных специальностей.

#### *4. Мероприятия по раннему выявлению тубинфицирования и заболевания туберкулезом ВИЧ-инфицированных.*

В центрах СПИД должен функционировать кабинет скрининг диагностики туберкулеза, в котором работает врач-фтизиатр. Врач-фтизиатр может быть работником центра СПИД, но лучше, если он является сотрудником противотуберкулезного диспансера. При этом кабинете должны быть развернуты: флюорографический кабинет, кабинеты туберкулинодиагностики и забора мокроты на МБТ методом раздражающей ингаляции. В этом же кабинете проводятся контролируемая химиопрофилактика, превентивное или пробное лечение туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

Для аналогичной работы в районных и городских больницах фтизиатр для консультации ВИЧ-инфицированных выходит непосредственно в кабинет инфекционных заболеваний (КИЗ).

В противотуберкулезных учреждениях должен функционировать кабинет референс-диагностики туберкулеза, где окончательно устанавливается диагноз туберкулеза у больного ВИЧ-инфекцией.

ВИЧ-инфицированные на консультацию фтизиатра кабинетов скрининг или референс-диагностики туберкулеза представляют:

- флюорограмму (рентгенограмму) органов грудной клетки;
- результаты общих анализов крови и мочи, мокроты или другого отделяемого на микобактерии туберкулеза, а также других видов обследования на туберкулез;
- данные реакций на пробу Манту с 2 ТЕ в динамике;
- результат анализа крови на иммунный статус.

Приказом по лечебно-профилактическому учреждению или управления здравоохранением в территории назначается врач-фтизиатр, ответственный за оказание противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным.

Флюорографическое (рентгенологическое) обследование органов грудной клетки подросткам, начиная с 15 лет, и взрослым, ВИЧ-инфицированным, а также туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ проводится в учреждении первичной медико-санитарной помощи при взятии на учет у инфекциониста и затем не реже 2 раз в год.

Проведение туберкулиновой пробы Манту с 2 ТЕ и по показаниям флюорографического (рентгенологического) обследования органов грудной клетки детям до 15 лет, ВИЧ-инфицированных, проводится также в условиях учреждений общей лечебной сети

Внеочередное флюорографическое (рентгенологическое) обследование органов грудной клетки ВИЧ-инфицированных проводится также в учреждении первичной медико-санитарной помощи и стационарах. Это касается:

- лиц с симптомами туберкулеза;
- лиц из контакта с источником туберкулезной инфекции;
- лиц, у которых диагноз ВИЧ-инфекции установлен впервые;
- лиц, освободившихся из мест лишения свободы.

*Консультация ВИЧ-инфицированных у фтизиатра:*

1) осуществляется непосредственно в КИЗ или кабинете скрининг диагностики туберкулеза центра СПИД не позднее 7 дней в случаях, когда:

- у больного ВИЧ-инфекцией снижается количество CD4 лимфоцитов 200 и ниже в куб. мм крови при иммунологическом исследовании;
- выпадает положительная реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ (инфильтрат размером от 5 до 16 мм у детей и подростков; от 5 до 20 мм у взрослых);
- выпадает гиперергическая реакция на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ (инфильтрат от 17 мм и более у детей и подростков; от 21 мм и более у взрослых; а также везикуло-некротическая реакция, независимо от размера инфильтрата, с лимфангоитом или без него);

- регистрируется усиление туберкулиновой чувствительности (увеличение инфильтрата на 6-10 мм и более по сравнению с предыдущей реакцией);
- имеется заболевание туберкулезом в анамнезе;
- имеется контакт с источником туберкулезной инфекции, включая кратковременный;
- впервые выявляются остаточные явления туберкулеза любой локализации;

2) осуществляется в кабинете референс-диагностики туберкулеза противотуберкулезной службы не позднее 7 дней при обнаружении у больного ВИЧ-инфекцией клиники, подозрительной на туберкулез.

Обследование ВИЧ-инфицированных при наличии у них клиники, подозрительной на туберкулез легочной и/или внелегочной локализации, проводится в учреждении общей лечебной сети:

- забор и исследование мокроты, мочи и/или соответствующего отделяемого на МБТ;
- использование других показанных методов (УЗИ, рентгенография, гистологическая верификация диагноза туберкулеза при исследовании биопсийного и послеоперационного материала и др).

Контролируемая химиопрофилактика туберкулеза, превентивное или пробное лечение туберкулеза (по 3 режиму химиотерапии туберкулеза) у ВИЧ-инфицированных в показанных случаях осуществляется в КИЗ или кабинете скрининг диагностики туберкулеза центра СПИД следующим пациентам:

- ранее не болевших туберкулезом;
- не имеющих постоянного контакта с источником туберкулезной инфекции;
- с впервые выявленными остаточными изменениями излеченного туберкулеза.

*Лечение или химиопрофилактика туберкулеза назначается фтизиатром.* Необходимое количество противотуберкулезных препаратов и патогенетических средств (витамины, гепатопротекторы) для купирования осложнений на лечение туберкулостатиками выдает территориальный противотуберкулезный диспансер.

Диспансерному учету у фтизиатра подлежат дети и подростки, ВИЧ-инфицированные, согласно приложению № 7 приказа Минздрава РФ от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации», осуществляется при наличии:

- положительной и гиперергической реакции на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ;
- усиления туберкулиновой чувствительности;
- заболевания туберкулезом в анамнезе;
- постоянного контакта с источником туберкулезной инфекции;
- впервые выявленных остаточных явлений туберкулеза;
- клиники, подозрительной на туберкулез;
- локальной формы туберкулеза.

Диспансерному учету у фтизиатра подлежат взрослые, ВИЧ-инфицированные, согласно приложению № 7 приказа МЗ РФ от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации» осуществляется при наличии:

- постоянного контакта с источником туберкулезной инфекции;
- клиники, подозрительной на туберкулез;
- локальной формы активного и клинически излеченного туберкулеза.

*5. Мероприятия по предупреждению прогрессирования или профилактики осложнений туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.*

При выявлении у больного туберкулезом ВИЧ-инфекции показана консультация его в течение 14 дней у инфекциониста, а при прогрессировании ВИЧ-инфекции – в областном центре СПИД.

Совместное диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированным и туберкулезом осуществляется инфекционистом и фтизиатром согласно приказам Минздрава РФ от 16 августа 1994 года № 170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» и от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

Проведение *контролируемого лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных* осуществляется на всех этапах химиотерапии. Контроль за приемом противотуберкулезных препаратов осуществляется не только в стационарных условиях, но и в поликлинике (дневной стационар, стационар на дому), а также при амбулаторном лечении (прием медикаментов в присутствии средних медицинских работников здравпунктов, фельдшерских пунктов и др.).

Подтверждение диагноза впервые выявленного и рецидива туберкулеза, а также случаев смерти больных с сочетанной патологией (туберкулез + ВИЧ-инфекция) из всех территорий субъекта РФ проводится на заседании ЦВКК головного противотуберкулезного диспансера. Представление на заседание ЦВКК документов ВИЧ-инфицированных с впервые выявленным, рецидивом туберкулеза, а также случаев смерти больных с сочетанной патологией проводится противотуберкулезной службой территории сразу по мере выявления указанных случаев.

Во всех медицинских учреждениях муниципальных образований области необходимо обеспечить вскрытие всех умерших с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза, а также гистологическую верификацию диагноза туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, включая исследование биопсийного и послеоперационного материала.

*б. Организация мониторинга за туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией.*

Ежемесячно, по мере выявления случаев сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции, фтизиатром совместно с инфекционистом заполняется учетная

форма 263/у-ТБ «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией». Заполненная форма 263/у-ТБ направляется в головной противотуберкулезный диспансер ответственному специалисту-фтизиатру по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, включая случаи обнаружения сочетания туберкулеза и ВИЧ-инфекции на вскрытии.

Дубликат учетной формы 263/у-ТБ «Карта персонального учета больного туберкулезом, сочетанным с ВИЧ-инфекцией» ежемесячно направляется в Центр противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным Минздравсоцразвития России ответственным специалистом-фтизиатром по проблеме туберкулеза у ВИЧ-инфицированных субъекта РФ.

Полученные данные по мониторингу впервые выявленных больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции ежеквартально обобщаются при сверке областного противотуберкулезного диспансера и областного центра СПИД.

#### *7. Организация лабораторного обследования лиц с сочетанием ВИЧ-инфекции и туберкулеза.*

Обследованию на ВИЧ-инфекцию подлежат следующие больные туберкулезом:

- 1) в плановом порядке:
  - все впервые выявленные больные туберкулезом;
  - все больные активным туберкулезом 2 раза в год согласно приказа МЗ и МП РФ от 30 октября 1995 года № 295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня медработников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ»;
- 2) внеочередное повторное обследование на ВИЧ проводится при:
  - обострении туберкулеза у лиц, страдающих хроническими формами туберкулеза;
  - нетипичном течении туберкулеза;



- отсутствии эффекта от лечения туберкулеза;
- диссеминированном туберкулезе;
- клинических или лабораторных признаках иммунодефицита.

Иммунологическое исследование крови на количество CD4 у ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом, проводится 1 раз в 3-6 месяцев. Определение в крови у ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом, вирусной нагрузки проводится в показанных случаях (перед назначением и в процессе проведения антиретровирусной терапии). Иммунологическое исследование и анализ крови для определения вирусной нагрузки больному ВИЧ-инфекцией, страдающему туберкулезом, назначает врач-инфекционист центра СПИД. Организует и обеспечивает проведение соответствующих исследований центр СПИД.

Бактериоскопическое и гистологическое обследование ВИЧ-инфицированных на туберкулез проводится в учреждениях общей лечебной сети. Бактериологическое обследование материала у ВИЧ-инфицированных на наличие в нем микобактерий туберкулеза организует и проводит противотуберкулезное учреждение согласно приказу МЗ РФ от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

*8. Организация стационарной помощи ВИЧ-инфицированных с установленным диагнозом туберкулеза или имеющим подозрение на туберкулез.*

Лечение активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных II стадии проводится в туберкулезных стационарах по месту жительства или в межрайонных противотуберкулезных диспансерах. Консультация больного врачом-инфекционистом проводится 1 раз в квартал. При прогрессировании ВИЧ-инфекции и/или туберкулеза показана незамедлительная консультация больного в центре СПИД.

К каждому больному, пришедшему на амбулаторный прием к врачу-фтизиатру или госпитализированному в противотуберкулезное учреждение,

необходимо относиться как к возможному носителю ВИЧ-инфекции, в том числе в стадии инкубации.

ВИЧ-инфекция имеет достаточно ограниченное количество возможных путей передачи в условиях медицинского учреждения. Вирус иммунодефицита человека значительно быстрее уничтожается, чем вирусы гепатитов. Таким образом, пребывание ВИЧ-инфицированного в противотуберкулезном учреждении, где соблюдается предписанный для инфекционной больницы санитарно-гигиенический и противоэпидемический режим, не требует введения дополнительных мер защиты медперсонала и пациентов от ВИЧ-инфекции.

Опасность заражения персонала больницы ВИЧ-инфекцией возникает при проведении медицинских манипуляций (прежде всего инвазивных) у ВИЧ-инфицированных и в процессе работы с их биологическими субстратами при разрывах и проколах перчаток, особенно сопровождающихся уколами и порезами кожи, при наличии повреждений кожи, включая микротравмы, наличии кровохарканья или кровотечения у больного, в лабораториях при работе с кровью ВИЧ-инфицированных.

Персонал туберкулезного учреждения, у которого возникла необходимость обслуживания ВИЧ-инфицированного из числа контингентов службы, подлежит обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ. В дальнейшем оно проводится 1 раз в год, если указанная необходимость сохраняется. При приеме новых сотрудников они будут обследоваться на ВИЧ только в случае, если будут приниматься для обслуживания ВИЧ-инфицированных.

В Приложениях №№ 7 и 8 к данной монографии изложены положения об отделениях для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, приложением № 9 - положение об инфекционной безопасности в отделении для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных.

*9. Лекарственное обеспечение ВИЧ-инфицированных с установленным диагнозом туберкулеза или имеющих подозрение на это заболевание.*

Обеспечение лекарственными препаратами ВИЧ-инфицированных, страдающих туберкулезом (для лечения туберкулеза, ВИЧ-инфекции, оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции и проведения симптоматической терапии), осуществляется:

стационарный и санаторный этапы лечения - в соответствии с текущим финансированием лечебно-профилактического учреждения в рамках утвержденного формуляра лекарственных средств;

амбулаторный этап лечения - в порядке предоставления больным мер социальной поддержки по лекарственному обеспечению граждан Свердловской области, страдающих социально значимыми заболеваниями, за счет средств областного бюджета; а также за счет средств федерального бюджета (инвалиды по причине туберкулеза).

ВИЧ-инфицированные, страдающие туберкулезом и имеющие право на получение при амбулаторном лечении набора социальных услуг, обеспечиваются лекарственными препаратами за счет средств федерального бюджета в установленном порядке.

Отделения для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных создают достаточный запас необходимых антиретровирусных препаратов с целью начала проведения постконтактной профилактики ВИЧ-инфекции в случае возникновения аварийной ситуации в течение первых 24 часов.

*10. Координация противотуберкулезной работы для ВИЧ-инфицированных на региональном уровне.*

Для координации проводимых мероприятий по оказанию противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-инфекции организовать работу на уровне Правительства субъекта Российской Федерации (противоэпидемическая комиссия), органа управления здравоохранения

субъекта и территориального управления Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### ПАМЯТКА МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

**Выясните, нет ли у пациента симптомов, характерных для туберкулеза:**

1. Потеря веса более 10%
2. Утомляемость
3. Лихорадка, особенно в вечерние часы
4. Ночные поты
5. Потеря аппетита
6. Кашель на протяжении – 2-3 недель и более
7. Боль в груди
8. Одышка
9. Кровохаркание или кровотечение
10. Увеличение периферических лимфатических узлов
11. Боль и припухлость суставов
12. Боль в позвоночнике
13. Головная боль, ригидность затылочных мышц
14. Кровь в моче или болезненность при мочеиспускании

**Выясните у пациента:**

1. Не было ли контакта с больными туберкулезом или с лицами, имеющими симптомы, подозрительными на туберкулез.
2. Не наблюдался ли пациент ранее в противотуберкулезной службе, не принимал ли он противотуберкулезные препараты ранее.
3. Не находился ли он ранее в пенитенциарных учреждениях.
4. Не является ли он лицом, живущим с иммунодефицитом (с ВИЧ-инфекцией).
5. Не злоупотребляет ли он алкоголем и/или наркотиками.
6. Курит ли он, и если курит, то сколько сигарет/папирос в день.
7. Не страдает ли он язвенной болезнью желудка или 12-ти перстной кишки.
8. Не страдает ли он сахарным диабетом, гипо- или гипертиреозом.
9. Не наблюдался ли у онколога, не получал ли лучевую терапию, принимал ли цитостатические препараты.
10. Не принимал ли он гормональные препараты.
11. Не является ли он безработным, беженцем, мигрантом или лицом без определенного места жительства.

**При проведении первичного обследования пациента:**

1. Правильно соберите жалобы и анамнез.
2. Проведите физикальное исследование пациента.
3. Проведите (или направьте пациента в учреждение, где эти исследования проводят):
  - рентгенографию органов – мишеней (грудной клетки, позвоночника, суставов, почек и т.д.), если с момента предыдущего исследования прошло более трех месяцев;
  - микроскопическое исследование на кислотоустойчивые микроорганизмы 3 качественных образцов материала (мокрота, моча, ликвор, свищевое содержимое и т.д.) при возможности сбора материала;
  - общий анализ крови, мочи, биохимию крови;
  - при подозрении на менингит - пункцию ликвора с последующим исследованием.
4. При подозрении на туберкулез (1 и более КУМ (+) и/или воспалительные изменения на рентгенограмме) направьте пациента в ближайшее учреждение, располагающее возможностями подтвердить или отвергнуть диагноз туберкулеза (противотуберкулезный диспансер, туберкулезный кабинет).

## ПРИЛОЖЕНИЕ 2

### ПЕРЕЧЕНЬ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИХ ПЕРИОДИЧЕСКИМ ОСМОТРАМ

#### Периодичность проведения флюорографических осмотров

##### **Один раз в год обследуются:**

1. Работники предприятий, организаций и профессий, относящихся к декретированным контингентам в соответствии с перечнем, утвержденным Постановлением Главного государственного санитарного врача Свердловской области.

2. Больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта и мочеполовой системы; сахарным диабетом, язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, с оперированным желудком, психическими заболеваниями, алкоголизмом, наркоманией, пылевыми заболеваниями легких, лица, имеющие гиперергическую реакцию на пробу Манту с 2ТЕ; лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию.

3. Лица, принадлежащие к социальным группам высокого риска заболевания туберкулезом (лица без определенного места жительства, мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы).

4. Лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях санитарной помощи (защиты), в том числе - для лиц без определенного места жительства и занятий.

5. Лица, имеющие остаточные изменения в легких и плевре нетуберкулезной этиологии.

6. Лица, проживающие в общежитиях.

7. Учащиеся средних и высших учебных заведений.

##### **Два раза в год обследуются:**

1. Военнослужащие, проходящие военную службу по призыву.

2. Работники родильных домов (отделений).

3. Лица, имеющие семейный или производственный контакт с больными активным туберкулезом (I и II группы диспансерного учета противотуберкулезных учреждений).

4. Лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых 3-х лет с момента выявления заболевания.

5. Лица, снятые с диспансерного учета в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением - в течение первых 3-х лет после снятия с учета.

6. Лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений- в течение 2-х лет после освобождения .

7. Подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях.

8. ВИЧ-инфицированные.

9. Пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях.

**Вне зависимости от плановых профилактических осмотров различных групп населения, внеочередному флюорографическому обследованию подлежат:**

1. Все лица с 15 лет при поступлении в стационар и при первичном обращении в поликлинику в текущем году.

2. Все лица с 15 лет (постоянные жители) при поступлении на работу и учебу (при давности флюорографического обследования более 6 месяцев).

3. Лица, допущенные в детские больницы по уходу за детьми (при давности предыдущего флюорографического обследования более 6 месяцев).

4. Приезжающие из других территорий при поступлении на учебу или работу.

5. Лица, у которых диагноз ВИЧ-инфекции установлен впервые.

6. Лица из окружения беременной женщины и новорожденного, женщины в послеродовом периоде, а также лица из окружения ребенка и подростка с выражением туберкулиновой пробы.

7. Подростки при призыве на военную службу (при давности флюорографического обследования более 1 года); флюорограмму вырезать и прикладывать к документам военкомата).

**Один раз в два года обследуются:**

Лица, не входящие в группы повышенного риска и не относящиеся к декретированным контингентам.

Врач, в течение 3-х дней с момента выявления при профилактическом медицинском осмотре у обследуемого признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, направляет его в лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение для завершения обследования.



**Стандарт проведения скрининга для своевременного выявления туберкулеза  
органов дыхания у взрослых и подростков**

Контингенты населения в возрасте 15 лет и старше, требующие проведения скрининга для своевременного выявления туберкулеза органов дыхания	Тактика врача, осуществляющего скрининг	Лица, ответственные за проведение скрининга
Все население в возрасте 15 лет и старше, кроме групп риска по заболеванию туберкулезом и декретированных контингентов	Флюорография органов грудной клетки один раз в два года	
Лица: а) больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы; б) больные сахарным диабетом; в) получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию	Флюорография органов грудной клетки один раз в год	
Лица: а) снятые с диспансерного учета в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, в течение первых трех лет после снятия с учета; б) имеющие остаточные изменения в легких туберкулезного характера, в течение первых трех лет с момента их выявления; в) освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, в течение первых двух лет после освобождения	Флюорография органов грудной клетки два раза в год	Участковый терапевт, участковый педиатр, врач общей практики, а также врач любой
Лица, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулезом	Флюорография органов грудной клетки во внеочередном порядке	специальности территориальной поликлиники
Лица, имеющие необъяснимые другими причинами хотя бы один симптом длительностью более трех недель: общая слабость, быстрая утомляемость, ночная потливость, субфебрильная температура тела, похудание. Лица с кровохарканьем	Флюорография органов грудной клетки во внеочередном порядке	
Лица, предъявляющие жалобы на кашель с мокротой продолжительностью более трех недель	Флюорография органов грудной клетки во внеочередном порядке. Прямая микроскопия мокроты с окраской мазка по Циль-Нильсену или люминесцентная микроскопия: трехкратно	
Лица, имеющие контакт с детьми, у которых выявлено первичное инфицирование микобактериями туберкулеза («вираж» туберкулиновых проб) или имеется гиперергическая реакция на туберкулин при проведении пробы Манту с 2 ТЕ	Флюорография органов грудной клетки во внеочередном порядке	
Лица, состоящие на диспансерном учете в противотуберкулезной службе: а) находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции; б) перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых трех лет с момента выявления заболевания	Флюорография или рентгенография органов грудной клетки два раза в год	Врач-фтизиатр
Пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях	Флюорография органов грудной клетки два раза в год	Врачи-наркологи и психиатры

Контингенты населения в возрасте 15 лет и старше, требующие проведения скрининга для своевременного выявления туберкулеза органов дыхания	Тактика врача, осуществляющего скрининг	Лица, ответственные за проведение скрининга
Лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными	Флюорография органов грудной клетки во внеочередном порядке	Врач женской консультации, роддома
Лица, у которых диагноз ВИЧ-инфекции установлен впервые	Флюорография органов грудной клетки и проба Манту с 2 ТЕ во внеочередном порядке	Врач центра по борьбе со СПИДом или рай (гор) инфекционист
ВИЧ-инфицированные	Флюорография органов грудной клетки и проба Манту с 2 ТЕ два раза в год	
Проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях санитарной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий	Флюорография органов грудной клетки один раз в год	Медицинские работники учреждений социального обслуживания и санитарной помощи
Работники: а) учреждений социального обслуживания для детей и подростков; б) лечебно-профилактических, санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков	Флюорография органов грудной клетки один раз в год	Врач территориального центра гигиены и эпидемиологии
Работники родильных домов (отделений)	Флюорография органов грудной клетки два раза в год	
Лица, принадлежащие к социальным группам высокого риска заболевания туберкулезом: а) без определенного места жительства; б) мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы	Флюорография органов грудной клетки один раз в год	Работник органа внутренних дел и рай (гор) администрация при регистрации, постановке на учет
Подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах; и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях	Флюорография органов грудной клетки два раза в год	Начальник СИЗО или колонии
Граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту	Флюорография органов грудной клетки во внеочередном порядке	Работник рай (гор) военкомата
Военнослужащие, проходящие военную службу по призыву	Флюорография органов грудной клетки два раза в год	Начальник подразделения, в котором проходят службу по призыву
Лица, прибывшие из рядов Российской Армии	Флюорография органов грудной клетки во внеочередном порядке	Работник отдела кадров при устройстве на работу

**Примечание.** После проведения скрининга лицо, у которого есть признаки, указывающие на возможное заболевание туберкулезом, направляется ответственным за проведение скрининга в территориальное лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение для завершения обследования (в течение трех дней с момента выявления подозрения на туберкулез).

ПРАВИЛА СБОРА МОКРОТЫ

Таблица 6

<b>Условия сбора мокроты</b>	<b>Контейнер для сбора мокроты</b>
<p>Руководство по сбору мокроты в медицинском учреждении:</p> <p>мокроту надо собирать в специально оборудованной комнате (которая используется только для этих целей) с хорошей вентиляцией;</p> <p>сбор мокроты следует проводить при открытых окнах (в холодное время – при открытой форточке); если специальной комнаты нет, то собирать образцы надо вне помещения, на открытом воздухе.</p> <p>на дверях комнаты для сбора мокроты должен висеть знак, запрещающий входить в комнату другим пациентам или родственникам и напоминающий медработникам о том, что входя в комнату, они должны для защиты органов дыхания надевать респиратор;</p> <p>до отправки материала на микроскопию храните образцы мокроты в прохладном месте. В идеале образцы должны храниться в холодильнике (отдельно от продуктов питания). Мокроту можно хранить до 1 недели, но надо стараться отправить ее на исследование в лабораторию как можно скорее.</p> <p>Руководство по сбору мокроты в домашних условиях:</p> <p>объясните пациенту, что мокроту надо собирать вне дома, на открытом воздухе, или, если он остается дома, то откашливать мокроту в отсутствие других людей и перед открытым окном или форточкой;</p> <p>объясните пациенту, что он должен как можно скорее принести собранный образец мокроты в медицинское учреждение.</p>	<p>Для сбора мокроты необходим чистый контейнер из прочного материала, не пропускающий жидкости. Рекомендуется, чтобы контейнер был:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>с широким горлышком (примерно 35мм в диаметре),</li> <li>прозрачным,</li> <li>прочным,</li> <li>с плотно закрывающейся крышкой, из материала, на который легко наносится маркировка,</li> <li>стерильным,</li> <li>одноразового использования, из материала, который легко утилизировать (если позволяют ресурсы),</li> </ul> <p>Если использовать контейнеры многократного использования, то они должны быть изготовлены из толстого стекла и иметь закручивающуюся крышку.</p> <p>Для очистки и стерилизации контейнеры многократного использования кипятите в воде с мылом, другим чистящим средством или дезинфицирующим веществом в течение, по крайней мере, 30 минут. Затем тщательно промойте контейнер чистой водой и стерилизуйте в сухожаровом шкафу.</p> <p>Контейнеры, содержащие диагностический материал, стерилизуются в автоклаве при 1,5 атмосфер в течение 1 часа.</p>
<p><b>Безопасность медицинских работников</b></p>	<p><b>Инструкции и руководство для пациентов</b></p>
<p>Руководя действиями больного, который откашливает мокроту, соблюдайте правила инфекционного контроля.</p> <p>Надевайте респиратор и резиновые перчатки;</p> <p>Стойте позади больного или, если позволяют условия, выходите из комнаты, где больной откашливает мокроту, и наблюдайте за сбором мокроты через стеклянные двери или окно в двери.</p>	<p>Подробно опишите, для чего и каким образом нужно собирать мокроту, чтобы больной ясно представлял свои действия. Чтобы помочь больному собрать качественный образец мокроты, следует:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>объяснить и показать больному, как правильно собрать мокроту (см. далее)</li> <li>подбодрить и поддержать больного морально</li> </ul>

## 1. Инструктаж по сбору качественного образца мокроты

Используя, приведенные ниже руководство, объясните больному, что он должен сделать, что собрать качественный образец мокроты.

Больному следует:

- Перед сдачей мокроты **прополоскать рот водой**, чтобы удалить частицы пищи и загрязняющую микрофлору ротовой полости (исключение составляет утренний сбор мокроты дома, перед которым он должен почистить зубы).
- **Сделать два глубоких вдоха**, задерживая дыхание на несколько секунд после каждого глубокого вдоха и медленно выдыхая. Затем вдохнуть в третий раз и с силой выдохнуть (вытолкнуть) воздух. Еще раз вдохнуть и хорошо откашляться.
- **Поднести контейнер как можно ближе ко рту** и осторожно сплюнуть в него мокроту после откашливания.
- **Плотно** закрыть контейнер крышкой.
- **Вымыть** руки с мылом.

Таблица 7

## 2. График сбора образцов мокроты

Методика 1	
Сбор первого образца мокроты (1 день)	<b>Работник первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) должен:</b> При первом обращении в медучреждение пациента с подозрительными на симптомы собрать у него по непосредственным наблюдением <b>первый образец мокроты</b> . Объяснить пациенту необходимость <b>трехкратного сбора мокроты</b> и правила ее сбора в домашних условиях. Выдать пациенту контейнер для сбора мокроты и объяснить, что <b>мокроту нужно собрать в это контейнер утром следующего дня и доставить образец в медучреждение</b> . Написать идентификационный номер образца на внешней стороне контейнера (но не на крышке).
Сбор второго образца мокроты (2 день)	<b>Пациент должен:</b> Самостоятельно откашлять второй образец мокроты в выданный контейнер сразу после пробуждения (ранним утром, натощак, после чистки зубов). Как можно скорее доставить собранный образец в медицинское учреждение.
Сбор третьего образца мокроты (2 день)	Работник ПМСП должен: Под непосредственным наблюдением собрать третий образец мокроты пациента, когда тот придет в медучреждение и принесет второй образец мокроты, который он собрал утром в домашних условиях.
Методика 2	
Сбор первого образца мокроты	<b>Работник ПМСП должен:</b> При первом обращении в медучреждение пациента с

<b>(1 день)</b>	<p>подозрительными на ТБ симптомами <b>собрать у него под непосредственным наблюдением первый образец мокроты.</b></p> <p>Объяснить пациенту необходимость трехкратного сбора мокроты.</p> <p>Написать идентификационный номер образца на внешней стороне контейнера (но не на крышке).</p> <p>Направить пациента на другие диагностические исследования (например, на рентгенографию) в соответствующие кабинеты этой поликлиники или больницы и попросить его вернуться после того как он пройдет эти исследования.</p>
<b>Сбор второго образца мокроты (1 день)</b>	<p><b>Работник ПМСП должен:</b></p> <p>После того, как пациент вернулся в кабинет после проведения в этой поликлинике других исследований, <b>собрать у него под непосредственным наблюдением второй образец мокроты.</b></p> <p>Объяснить пациенту правила сбора мокроты в домашних условиях.</p> <p>Выдать пациенту контейнер для сбора мокроты и объяснить, что мокроту нужно собрать в этот контейнер утром следующего дня и доставить образец в медучреждение.</p> <p>Написать идентификационный номер образца на внешней стороне контейнера (но не на крышке).</p>
<b>Сбор третьего образца мокроты (2 день)</b>	<p><b>Пациент должен:</b></p> <p><b>Самостоятельно откашлять третий образец мокроты</b> в выданный контейнер сразу после пробуждения (ранним утром, натощак, после чистки зубов).</p> <p>Как можно скорее доставить собранный образец в медицинское учреждение.</p>

## ПРИЛОЖЕНИЕ 4

### МЕДИКО-САНИТАРНОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Поскольку большая часть больных туберкулезом в первый раз обращается за медицинской помощью в учреждения первичной медико-санитарной помощи, у работников учреждений ПМСП ЛПУ есть хорошая возможность установить конструктивные доверительные отношения с пациентом. Обсуждая возможность развития у больного ТБ важно подбодрить пациента, особенно подчеркнув тот факт, что **ТБ заболевание излечимое, если правильно принимать все назначенные препараты.**

Таблица 8

#### Приемы эффективного общения

Прием общения	Цель	Пример
Задавайте вопросы и слушайте	<b>Оценить</b> уровень знаний больного ТБ, мотивацию и желание больного лечиться	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Как Вы себя чувствуете?</li> <li>• Что, по Вашему мнению вызывает заболевание ТБ?</li> </ul>
Сделайте общение приятным для больного: <ul style="list-style-type: none"> <li>• ободряйте и поощряйте;</li> <li>• проявите заботу и уважение;</li> <li>• установите доверительные отношения с больным</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Поощрить</b> больного к продолжению лечения</li> <li>• <b>Установить</b> доверительные, открытые отношения с больным</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Называйте больного по имени и отчеству</li> <li>• Повторяйте, что он правильно сделал, придя на прием или продолжая посещать врача</li> <li>• Поддержите больного взглядом, интонацией, жестами и т.д.</li> <li>• Выражайте сочувствие и старайтесь помочь в решении проблем, о которых он говорит</li> <li>• Будьте честным с больным</li> <li>• Будьте последовательны в своих словах и действиях</li> </ul>
Говорите просто и ясно	<b>Убедиться, что:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• больной понимает и запомнил основные сведения о ТБ и о его лечении,</li> <li>• больной понимает свои дальнейшие действия, и</li> <li>• страхам и сомнениям больного уделено достаточное внимание</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• используйте простые немедицинские выражения, например, скажите «ТБ палочки» вместо <i>Mycobacterium tuberculosis</i> (в противном случае больной может не понять то, что ему объяснили и это помешает ему прийти в следующий раз</li> <li>• применяйте индивидуальный подход: если больному трудно читать, дайте устные инструкции и используйте другой наглядный материал, например, календарь, в котором отмечены дни посещений и/или приема лекарств</li> </ul>

Прием общения	Цель	Пример
Не давайте слишком много информации	<b>Убедиться, что:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• больной понимает и запомнил основные сведения о ТБ и его лечении,</li> <li>• больной понимает свои дальнейшие действия, и</li> <li>• страхам и сомнениям больного уделено достаточное внимание</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Объясните самое необходимое и, если нужно, - назначьте время для дополнительной беседы. Больные, которые плохо себя чувствуют или слишком обеспокоены, могут не усвоить информацию с первого раза</li> </ul>
Обсуждайте наиболее важные темы в начале и в конце беседы		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Выберите ключевую фразу беседы (например: «Я знаю, что Вы почувствовали себя лучше, но, чтобы вылечиться, Вы должны принять все назначенные дозы препаратов полностью»)</li> <li>• Повторяйте ключевую фразу в начале и в конце беседы</li> </ul>
Повторяйте важную информацию		Повторяйте ключевые фразы, напоминая о сказанном фразой: «Как мы говорили в прошлый раз...»
Используйте конкретные примеры		Покажите, как следует собирать мокроту или как размельчить таблетку и смешать ее с пищей. Для некоторых больных это будет полезнее, чем устное объяснение
Предлагайте пациенту самому задавать вопросы		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Беседуя, делайте паузы, чтобы пациент мог задать свои вопросы</li> <li>• Поощряйте вопросы пациента, говоря: «Хороший вопрос!»</li> </ul>
Используйте контрольные вопросы		Задайте контрольный вопрос, например: «Где Вы будете собирать мокроту?», который заставит больного повторить Ваше объяснение и Вы узнаете, все ли он понял

Также практическую ценность могут представить и некоторые другие приемы общения:

- Узнайте подробнее о социальном статусе больного;

- Объясните всем членам семьи больного, как передается заболевание, как предотвратить распространение инфекции, что обеспечивают простые меры, вроде прикрывания рта и носа во время кашля;

- Почему необходимо принимать сразу несколько препаратов, почему важно принять все дозы препаратов, как развивается устойчивость к препаратам и почему важно регулярно принимать все назначенные противотуберкулезные препараты. Каковы возможные побочные реакции на прием препаратов и при появлении каких необходимо срочно обратиться к врачу. Понимание и поддержка со стороны семьи помогут больному соблюдать режим лечения;

- Помимо устной беседы желательно выдать на руки больному печатные образовательные материалы;

Отношения доверия и уважения, установившиеся между больным ТБ и работником учреждений ПМСП могут стать тем ключевым фактором, который поможет больному успешно соблюдать режим лечения. Больной охотнее соблюдает режим лечения, когда он сам и члены его семьи понимают, что такое ТБ и что необходимо сделать, чтобы пройти лечение и стать здоровым. Просвещение и консультирование больного – это важные составные части процесса лечения.

Работники учреждений ПМСП, с которыми общается больной, должны:

- **быть вежливыми**, внимательными и тактичными;
- **относиться** к больному с уважением;
- **давать** больному возможность делиться своими переживаниями и регулярно расспрашивать больного о том, что его беспокоит.



## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### «Медицинская карта лечения больного туберкулезом» (форма №01-ТБ/у)

Очень важно, чтобы в диспансере или другом медицинском учреждении, где больной проходит курс лечения, на него была заведена карта №01-ТБ/у. Карта содержит следующую важную информацию о больном:

1. региональный регистрационный номер;
2. общие сведения о больном;
3. диагноз заболевания и группа, к которой отнесен больной;
4. предписанный стандартный режим лечения в интенсивной фазе и фазе продолжения;
5. результаты исследования мокроты методом микроскопии и посева;
6. результаты рентгенологического исследования до начала и во время лечения;
7. результаты исследования лекарственной чувствительности возбудителя;
8. отметки о приеме препаратов в период интенсивной фазы и фазы продолжения химиотерапии;
9. исход курса химиотерапии.

Пункты с 1 по 7 и пункт 9 заполняются врачом-фтизиатром, а 8 пункт заполняется медицинским работником, осуществляющим контролируемое лечение.

### «Медицинская карта лечения больного туберкулёзом» (Форма №01ТБ/У): Прием суточных доз, интенсивная фаза (раздел 15) и фаза продолжения (раздел 18)

В карте № 01-ТБ/у есть два раздела регистрации приема лекарств:

- интенсивная фаза - на лицевой стороне карты (раздел 15);
- фаза продолжения - на обороте карты (раздел 18).

Лечение всех больных туберкулезом следует проводить при контролируемом приеме препаратов. Если больному назначен стрептомицин, его следует вводить после приема таблетированных препаратов. На лицевой и обратной стороне карты № 01-ТБ/у имеется таблица, в которой медработник отмечает дни приема больным препаратов, регистрируя контролируемый прием и прием без контроля. Этот фрагмент карты № 01-ТБ/у представлен ниже.

Месяцы, в течение которых пациент проходил интенсивную фазу лечения или фазу продолжения лечения, отмечают в колонке Месяц. Медработник, контролирующий прием препаратов, проставляет свои инициалы в клетке, соответствующей дате приема препаратов.

Согласно приказу Минздрава России № 109 от 21.03.2003 медицинские работники должны обязательно наблюдать за приемом препаратов. В тех случаях, когда пациент принимает препараты без контроля медработника, дни приема должны быть отмечены прочерком «-». Если больной по тем или иным причинам не принял суточную дозу, клетка остается пустой.

По окончании каждого месяца и в конце фазы химиотерапии (интенсивной и/или продолжения) следует подсчитать число принятых и пропущенных доз. Эти данные вносят в две последние колонки каждого ряда.

**15 / 18. Прием суточных доз, интенсивная фаза / фаза продолжения**

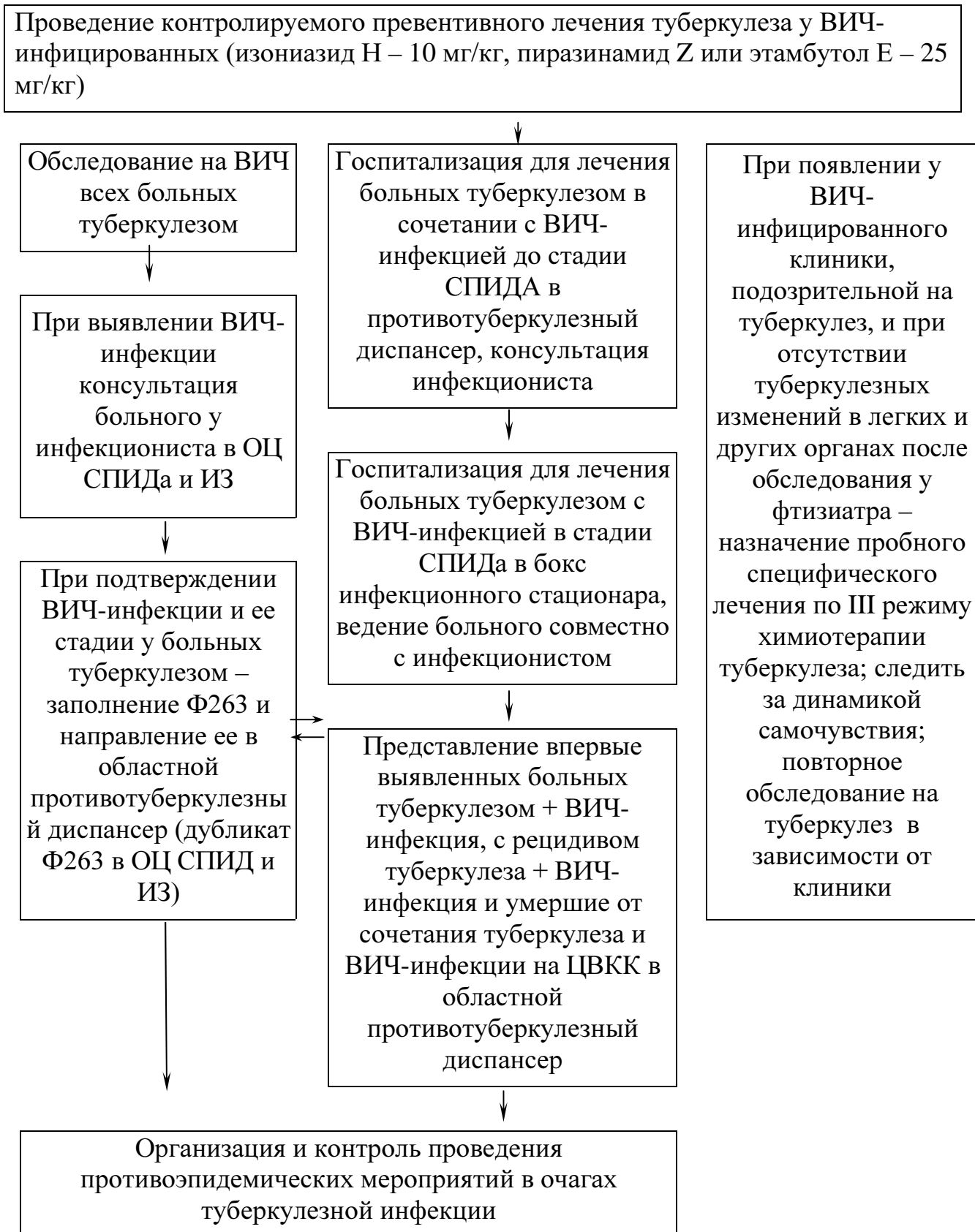
День Месяц	1	2	3	4	5	6	7	8		25	26	27	28	29	30	31	Число приняты х доз	Число пропуще нных доз
Формы отметок о приеме препарата: контролируемый прием (инициалы м/с), прием без контроля (— }, препараты не приняты (оставить клетку пустой)																Итого		

**Таблица 20** карты №01-ТБ/у предназначена для записи примечаний.

В ней можно регистрировать важные сведения о больном, не предусмотренные другими разделами Карты № 01-ТБ/у. Например: место, в которое выбыл больной и т.д. В этом же разделе отмечают все случаи лечения, когда медицинский работник не мог по объективным причинам дать больному всю положенную суточную дозу противотуберкулезных препаратов (отсутствие препаратов, отсутствие медицинского работника, стихийные бедствия и т.д.)

## ПРИЛОЖЕНИЕ 6

### Алгоритм действия специалистов фтизиатрической службы при оказании противотуберкулезной помощи ВИЧ-инфицированным гражданам



**Положение о стационарном отделении  
для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных**

**1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1.1. Стационарное отделение для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, является структурным подразделением круглосуточного стационара противотуберкулезного учреждения.

1.2. Отделение предназначено для лечения активного туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией преимущественно на стадии вторичных заболеваний (4-я стадия).

1.3. Мощность отделения – 30 коек на 1,2-1,8 млн. человек населения.

1.4. Закупки лекарственных средств (противотуберкулезные, антиретровирусные препараты, препараты для лечения оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции) для отделения лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных осуществляются на основании финансирования в соответствии с требованиями Бюджетного Кодекса РФ на конкурсной основе в рамках формуляра противотуберкулезного учреждения, где развернуто отделение.

1.5. Антиретровирусная терапия назначается врачом-инфекционистом.

1.6. Лабораторная диагностика при ВИЧ-инфекции (контроль за уровнем CD4 лимфоцитов и величиной вирусной нагрузки в крови) обеспечивается лабораториями по назначению врача-инфекциониста.

**2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ**

2.1. Режим работы отделения – круглосуточный.

2.2. Для осуществления функций отделения может быть выделено время приема ВИЧ-инфицированных в других подразделениях противотуберкулезного учреждения, в структуре которого это отделение находится: рентгеновское отделение, кабинеты (УЗИ, функциональной диагностики, бронхологический, стоматологический, ЛОР), лаборатории (клинико-диагностическая и бактериологическая) и др.

2.3. Ведение больных осуществляется врачом-фтизиатром совместно с врачом-инфекционистом. При наличии показаний больные могут быть направлены для консультации в поликлиники областных (республиканских) учреждений. При необходимости в отделение привлекаются врачи-консультанты.

2.4. Питание больных осуществляется в отделении.

2.5. В своей работе отделение руководствуется положениями медико-экономических стандартов для противотуберкулезного учреждения клинического уровня.

2.6. Контроль за деятельностью отделения осуществляет руководитель противотуберкулезного учреждения и его заместитель по медицинской части,

а также клинико-экспертная и лечебно-контрольная комиссии этого учреждения.

2.7. Организация и ликвидация отделения для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных осуществляется по решению руководителя противотуберкулезного учреждения по согласованию с органом управления здравоохранения субъекта РФ.

### 3. ФУНКЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ

3.1. Выполнение лечебных мероприятий:

3.1.1. Контролируемая химиотерапия активного туберкулеза, при наличии показаний – коллапсотерапия, патогенетическое лечение и др.

3.1.2. Контролируемая антиретровирусная терапия ВИЧ-инфекции.

3.1.3. Проведение экспертизы состояния здоровья, временной трудоспособности, выдача листа нетрудоспособности (справки) работающим или учащимся, находящимся на лечении в отделении и решения вопроса о направлении на медико-социальную экспертизу.

3.1.4. Проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий.

3.1.5. Ведение медицинской документации, предусмотренной в противотуберкулезных стационарах.

3.2. Выполнение противоэпидемических мероприятий:

3.2.1. Раздельное размещение больных в палатах:

- для выделяющих МБТ, резистентных к противотуберкулезным препаратам;

- для больных без выделения МБТ.

3.3. Для создания системы социальной адаптации ВИЧ-инфицированных и туберкулезом – консультации психотерапевта.

### 4. СТРУКТУРА ОТДЕЛЕНИЯ

4.1. В структуру отделения для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных включаются:

- палаты (не более чем на 4 человека);
- процедурный кабинет;
- буфетная и столовая;
- ординаторская, кабинеты заведующего отделением и старшей медсестры;

- комната сестры-хозяйки;

- другие кабинеты по решению руководства противотуберкулезного учреждения;

- набор вспомогательных помещений в соответствии с СанПиН и СНиП.

## 5. ШТАТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НА 30 КОЕК

Врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал
Заведующий отделением (врач-фтизиатр) - 1,0 ставка; Врач-фтизиатр - 1,5 ставки; Врач-инфекционист - 1,0 ставки; Психотерапевт (психиатр) - 0,5 ставки; Патологоанатом – 0,25 ставки	старшая медицинская сестра - 1,0 ставка; палатная медицинская сестра - 6,5 ставок; медицинская сестра процедурной - 1,0 ставка; медицинская сестра перевязочной - 0,5 ставки лаборант – 0,5 ставки	санитарка - 4,0 ставок; младшая медицинская сестра по уходу за больными - 2,0 ставки; сестра-хозяйка – 1,0 ставка; санитарка лаборатории – 0,5 ставки

### 5.1. Нормы нагрузки:

- зав. отделением в объеме 50 % нормы нагрузки врача;
- на 1 врача-фтизиатра – 15 больных (включая пациентов с внелегочными локализациями туберкулеза: туберкулезный менингит, туберкулезный спондилит и др., а также с генерализованным туберкулезом);
- на 1 пост медсестры – 30 больных.

5.2. Обязательное первичное и затем не реже 1 раза в 5 лет сертификационное обучение медперсонала отделения основным вопросам ВИЧ-инфекции.

## 6. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ В ОТДЕЛЕНИЕ

6.1. В отделение для лечения активного туберкулеза у ВИЧ-инфицированных преимущественно на стадии вторичных заболеваний (4-я стадия), направляются следующие пациенты:

- впервые выявленные больные с активным туберкулезом;
- больные с рецидивом заболевания, обострением или прогрессированием туберкулезного процесса;
- больные с хроническим течением туберкулезного процесса;
- больные туберкулезом, нуждающиеся в углубленном комплексном диагностическом обследовании.

6.2. Госпитализация пациентов в отделение для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, осуществляется по направлению врача-фтизиатра кабинета референс-диагностики туберкулеза головного противотуберкулезного диспансера.

6.3. Ведение пациентов в отделении для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, осуществляется врачом-фтизиатром. Контроль за течением ВИЧ-инфекции у пациентов проводится врачом-инфекционистом.

### Положение о стационарном отделении для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных

#### 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Стационарное отделение для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, является структурным подразделением круглосуточного стационара противотуберкулезного учреждения.

1.2. Отделение предназначено для диагностики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией.

1.3. Мощность отделения – 30 коек.

1.4. Режим работы отделения – круглосуточный.

1.5. Вход в отделение изолируется от общих входов в противотуберкулезное учреждение, на базе которого оно развернуто.

1.6. Закупки лекарственных средств (противотуберкулезные, антиретровирусные препараты, препараты для лечения оппортунистических заболеваний при ВИЧ-инфекции) для отделения диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных осуществляются на основании финансирования в соответствии с требованиями Бюджетного Кодекса РФ на конкурсной основе в рамках формуляра противотуберкулезного учреждения, где развернуто отделение.

1.7. Антиретровирусная терапия назначается врачом-инфекционистом.

1.8. Лабораторная диагностика при ВИЧ-инфекции (контроль за уровнем CD4 лимфоцитов и величиной вирусной нагрузки в крови) обеспечивается лабораторией по назначению врача-инфекциониста.

#### 2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

2.1. Режим работы отделения – круглосуточный.

2.2. Ведение больных осуществляется врачом-фтизиатром совместно с врачом-инфекционистом.

2.3. Эндоскопические обследования больных, взятие биопсийного материала для гистологической верификации диагноза туберкулеза проводятся непосредственно в отделении.

2.4. При наличии показаний больные могут быть направлены для консультации в поликлиники областных (республиканских) учреждений. При необходимости в отделение привлекаются соответствующие врачи-консультанты.

2.5. В своей работе отделение руководствуется положениями медико-экономических стандартов для противотуберкулезного учреждения клинического уровня (диагностика туберкулеза и определение активности туберкулеза).

2.6. Питание больных осуществляется в отделении.

2.7. Контроль за деятельностью отделения осуществляет руководитель противотуберкулезного учреждения и его заместитель по медицинской части, а также клинико-экспертная и лечебно-контрольная комиссии этого учреждения.

2.8. Организация и ликвидация отделения для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных, осуществляется по решению руководителя противотуберкулезного учреждения по согласованию с органом управления здравоохранения субъекта РФ.

### 3. ФУНКЦИИ ОТДЕЛЕНИЯ

3.1. Выполнение диагностических мероприятий при туберкулезе в соответствии с медико-экономическими стандартами:

3.1.1. Диагностика туберкулеза любой локализации у ВИЧ-инфицированных.

3.1.2. Определение активности туберкулеза любой локализации у ВИЧ-инфицированных.

3.2. Проведение сложных и комплексных диагностических мероприятий.

3.3. Выдача листа временной нетрудоспособности (справки) работающим или учащимся, находящимся на лечении в отделении.

3.4. Ведение медицинской документации, предусмотренной в противотуберкулезных стационарах.

3.5. Для создания системы социальной адаптации ВИЧ-инфицированных - консультации психотерапевта.

### 3. СТРУКТУРА ОТДЕЛЕНИЯ

В структуру отделения для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных включаются:

- палаты (на 4 чел.);
- процедурный кабинет;
- хирургический кабинет;
- перевязочный кабинет;
- эндоскопический кабинет;
- буфетная и столовая;
- кабинет сестры-хозяйки;
- ординаторская, кабинеты заведующего отделением и старшей медицинской сестры;
- другие кабинеты по решению руководства противотуберкулезного отделения;
- набор вспомогательных помещений в соответствии с СанПиН и СНиП.



#### 4. ШТАТЫ ОТДЕЛЕНИЯ НА 30 КОЕК

Врачи	Средний медперсонал	Младший медперсонал
Зав. отделением (врач-фтизиатр) – 1,0 ставка	Старшая медицинская сестра – 1,0 ставка;	палатная санитарка - 3,0 ставок;
Врач-фтизиатр - 1,5 ставки;	палатная медицинская сестра - 6,5 ставок;	младшая медицинская сестра по уходу за больными -2,0 ставки;
Врач-инфекционист - 0,5 ставки;	медицинская сестра процедурной - 1,0 ставка;	санитарка эндоскопического кабинета - 0,5 ставки;
Врач-эндоскопист - 0,25 ставки;	медицинская сестра перевязочной – 0,5 ставки;	сестра-хозяйка – 1,0 ставка;
Хирург - 0,25 ставки	медицинская сестра эндоскопического кабинета - 0,5 ставки;	санитарка лаборатории – 1,0 ставка
Психотерапевт (психиатр) - 0,5 ставки;	лаборант - 1,0 ставка	
Патологоанатом – 0,25 ставки		

5.1. Нормы нагрузки отделения для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных:

- на 1 врача-фтизиатра – 15 больных;
- на 1 пост медицинской сестры – 30 больных.

5.2. Первичное и затем не реже 1 раза в 5 лет сертификационное обучение медперсонала отделения основным вопросам ВИЧ-инфекции.

#### 6. ПОРЯДОК ГОСПИТАЛИЗАЦИИ В ОТДЕЛЕНИЕ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ

6.1. В отделение для диагностики туберкулеза у ВИЧ-инфицированных госпитализируются пациенты, направленные головным Центром по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями или головным противотуберкулезным диспансером субъекта Российской Федерации.

6.2. После установления диагноза активного туберкулеза:

- больные 2-3 стадий ВИЧ-инфекции направляются для лечения туберкулеза в противотуберкулезные стационары по месту жительства и реже – в специализированное отделение для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- больные 4-й стадии ВИЧ-инфекции направляются в специализированное отделение для лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных;
- больные 5-й стадии лечатся в инфекционных больницах в специализированных боксах.

6.3. В случае исключения активности или диагноза туберкулеза ВИЧ-инфицированные переводятся для дальнейшего наблюдения врачом-инфекционистом по месту жительства.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 9

### Положение об инфекционной безопасности в отделении для диагностики и лечения туберкулеза у ВИЧ-инфицированных

**Цель:** обеспечение комфортных и безопасных условий пребывания пациентов и медицинского персонала в указанных отделениях.

**Задача:** снижение риска внутрибольничного инфицирования пациентов и персонала.

#### 1. ОРГАНИЗАЦИОННАЯ ЧАСТЬ

1.1. Наличие в отделении перечня законодательной и нормативной документации по инфекционной безопасности.

1.2. Наличие плана мероприятий по инфекционной безопасности и программы проведения производственного контроля в отделении.

1.3. Наличие алгоритма действия персонала при выявлении внутрибольничной инфекции

1.4. Наличие программы подготовки различных категорий медперсонала: врачей, средних и младших медицинских работников отделения.

1.5. Взаимодействие с головным Центром по борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями и Территориальным отделом Федеральной службы по надзору в сфере прав потребителей и благополучия человека субъекта Российской Федерации.

1.6. Наличие приказа и согласованной схемы сбора и утилизации отходов.

#### 2. МИНИМАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ МАТЕРИАЛЬНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ

2.1. Обеспечение контейнерами для транспортировки проб крови, дезинфекции и стерилизации изделий медицинского назначения, в том числе для дезинфекции высокого уровня и стерилизации эндоскопов.

2.2. Обеспечение в соответствии с нормами:

- разовыми расходными материалами: мембранными вакуум-системами для венепункции, перчатками и др.;

- жидким мылом и антисептиками для обработки рук с локтевыми дозаторами;

- средствами индивидуальной защиты (масками, фартуками, очками-щитками для защиты глаз и др.);

- запасом препаратов для проведения антиретровирусной профилактики при аварийной ситуации у персонала;

- деструкторами игл;

- автоклавом для обеззараживания мокроты и др. отделяемого ВИЧ-инфицированным;
- контейнерами и расходными материалами для сбора, хранения и утилизации отходов

2.3. Обеспечение двухмесячным запасом дезинфицирующих средств и кожных антисептиков.

### 3. ИНФЕКЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ

*3.1 Снижение риска внутрибольничного инфицирования пациентов при проведении манипуляций*

3.1.1. Минимизация парентеральных процедур.

3.1.2. Проведение дезинфекции по режиму профилактики туберкулеза при:

- текущей и заключительной дезинфекции;
- использовании разовых изделий медицинского назначения;
- обработке посуды и остатков пищи после пациентов;
- обработке белья;
- обработке мокроты и др. отделяемого ВИЧ-инфицированным.

*3.2. Предупреждение профессионального заражения*

3.2.1. Соблюдение правил универсальной безопасности.

3.2.4. Наличие аптечек «антиСПИД», ведение стандартной документации.

3.2.5. Наличие алгоритма действий персонала по ликвидации аварийной ситуации.

3.2.6. Обучение понятиям о степенях риска заражения ВИЧ-инфекцией и комбинированной антиретровирусной терапии.

3.2.7. Назначение и начало антиретровирусной профилактики сотруднику в течение 24 часов после аварийной ситуации.

3.2.8. Организация послетестового консультирования, антиретровирусной профилактики и диспансерного наблюдения при обследовании на ВИЧ-инфекцию после аварии

### 4. ИНФЕКЦИОННЫЙ КОНТРОЛЬ

4.1. Предварительные и периодические медосмотры персонала:

- на туберкулез, включая флюорографическое обследование органов грудной клетки при поступлении на работу и затем 2 раза в год;
- обследование персонала на ВИЧ, HbsAg, HCV с до тестовым консультированием при поступлении на работу;
- ежегодное обследование персонала на ВИЧ, HbsAg, HCV, ЗППП;
- иммунопрофилактика персонала.

4.2. Контроль проведения в отделении организационных мероприятий по инфекционной безопасности.

4.3. Контроль осуществления материального обеспечения отделения: оценка потребности в расходных материалах, дезинфицирующих средствах, антисептиках и др.

4.4. Контроль проведения дезинфекционно-стерилизационных мероприятий: качество обработки изделий медицинского назначения, бактериологический контроль стерильности изделий медицинского назначения, воздуха, воды, объектов внешней среды и т.д.

4.5. Контроль работы стерилизующей аппаратуры.

4.6. Контроль утилизации отходов.

4.7. Активное выявление и регистрация случаев внутрибольничной инфекции:

4.7.1. Клиническая и микробиологическая диагностика.

4.7.2. Эпидемиологическая диагностика.

4.7.3. Организация профилактических и противоэпидемических мероприятий в зависимости от пути и факторов передачи выявленной внутрибольничной инфекции.