

МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА

Практические занятия

ТЕМА ЗАНЯТИЯ: ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ В
РОССИИ. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ЗАНЯТИЯ:

1. Ознакомить студентов с основами организации противотуберкулезной службы в России.
2. Ознакомить студентов со структурой и работой районного (областного) диспансера.

Место проведения: противотуберкулезный диспансер.

ОСНАЩЕНИЕ: амбулаторная история болезни, картотека участкового врача.

СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ;

1. Задачи противотуберкулезного диспансера.
2. Организационная структура противотуберкулезного диспансера.
3. Контингенты, подлежащие учету противотуберкулезного диспансера.
4. Профилактика туберкулеза в обслуживаемом диспансером районе.

Подобная служба уникальна и единственна в своем роде, так как не имеет аналогов в мире. Она обладает отлаженной системой (вертикалью) управления, имеет современную диагностическую базу для своевременной диагностики туберкулеза, специализированный коечный фонд, позволяющий обеспечить полноценное лечение больных, санаторную базу для восстановительного лечения и реабилитации больных, отлаженную систему профилактики туберкулеза. Это закреплено приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом».

Противотуберкулезная служба России имеет свою базу научно-исследовательских институтов, которые проводят научные разработки по основным направлениям

фтизиатрии. Квалифицированные кадры фтизиатров готовят специализированные кафедры медицинских университетов и академий.

Общая характеристика и структура противотуберкулезного диспансера

Ключевое звено противотуберкулезной службы в России - противотуберкулезный диспансер. Первые диспансеры были открыты в 1918 г., и сегодня нет города в России, где не было бы противотуберкулезного диспансера. Противотуберкулезный диспансер - самостоятельное юридическое лицо, имеющее лицензию государственного учреждения на право ведения медицинской деятельности, а также специализированное учреждение здравоохранения, организующее и осуществляющее противотуберкулезную помощь населению на прикрепленной территории.

По административной подчиненности противотуберкулезные диспансеры подразделяют на республиканские, краевые, окружные, областные, городские, районные.

Противотуберкулезный диспансер является самостоятельной медицинской организацией или структурным подразделением туберкулезной больницы может быть клиническим лечебным учреждением и входит в состав научно-учебных и лечебных объединений, создаваемых для оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи населению по туберкулезу, а также проведения научных исследований, подготовки фтизиатрических кадров.

Противотуберкулезные диспансеры организуют свою работу по участковому и диспансерному принципу. В структуру противотуберкулезного диспансера входят следующие подразделения:

- диспансерно-поликлинические отделения для взрослых и детей; •лабораторное отделение;
- рентгенологическое отделение, в состав которого могут входить флюорографические кабинеты; •бактериологическое отделение; •бронхологическое отделение; •отделение внелегочного туберкулеза;
- кабинет для больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией;
- организационно-методический отдел; •администрация и хозяйственная часть.

В состав диспансера могут входить стационар и дневной стационар.

Задачи и функции противотуберкулезного диспансера

На противотуберкулезные диспансеры возлагаются следующие основные задачи:

- организация и проведение мероприятий по профилактике туберкулеза;
- организация и проведение мероприятий по выявлению туберкулеза; •лечение туберкулеза;
- диспансерное наблюдение за состоящими на учете контингентами. В соответствии с возложенными задачами противотуберкулезные диспансеры выполняют следующие функции.
- осуществление организационных мероприятий по раннему выявлению туберкулеза, в том числе массовых обследований населения с использованием флюорографии:

- совместно с ЦГСЭН, лечебно-профилактическими учреждениями общей лечебной сети планирование и контроль обследований методом флюорографии и туберкулинодиагностики;
- помощь при формировании групп риска по туберкулезу в поликлиниках;
- консультации врачами-фтизиатрами больных, находящихся в других лечебно-профилактических учреждениях;
- обследование направленных в диспансер лиц с подозрением на туберкулез.
- осуществление профилактических мероприятий в отношении лиц, находящихся в семейном контакте с больными туберкулезом: регулярное диспансерное наблюдение за ними, проведение профилактических и оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции (превентивное лечение и химиопрофилактика, текущая дезинфекция и другое);
- систематический анализ эпидемиологической обстановки по туберкулезу и эффективности противотуберкулезных мероприятий на территории обслуживания диспансера;
- планирование совместно с родильными домами, детскими поликлиниками, Центром государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) вакцинации, ревакцинации;
- БЦЖ:
 - госпитализация выделителей МБТ в стационары; изоляция новорожденных от выделителей МБТ на период формирования послевакцинного иммунитета;
 - профилактические мероприятия в отношении лиц, находящихся в семейном контакте с выделителями МБТ: регулярное диспансерное наблюдение за ними, проведение профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции (химиопрофи-лактика, текущая дезинфекция и др.), направление детей в детские санатории;
 - участие в оздоровлении рабочих мест больных выделителей МБТ на предприятиях;
 - проведение совместно с ЦГСЭН и организациями системы ветеринарии мероприятий по предупреждению заболевания туберкулезом у работников животноводства и птицеводства с формированием уязвимых контингентов из числа работников ферм, диспансерное наблюдение за ними и проведение им общеоздоровительных мероприятий, а по показаниям - химиопрофилактики.
- направление детей в санатории;
- учет, диспансерное наблюдение за лицами, контактирующими с больными туберкулезом, осуществление профилактических и оздоровительных мероприятий в их отношении;
- осуществление комплекса диагностических мероприятий по установлению диагноза у лиц с подозрением на туберкулез;
- проведение комплекса диагностических мероприятий больным с заболеваниями органов дыхания и средостения;
- оказание специализированной медицинской помощи больным туберкулезом;
- проведение экспертизы временной нетрудоспособности и направление больных на медико-социальную экспертизу;
- осуществление реабилитационных мероприятий в отношении больных туберкулезом;

- Лечение туберкулеза:

- госпитализация больных в стационары, организация их лечения в амбулаторных условиях контролируемым способом, направление их в санатории;

- проведение экспертизы трудоспособности и направление на

МСЭК;

- проведение мероприятий по комплексной социально-трудовой реабилитации больных туберкулезом.

- Диспансерное наблюдение больных туберкулезом:

- организация контролируемого лечения больных туберкулезом в амбулаторных условиях, в том числе, на дому;

- консультативная помощь Медицинским организациям;

- методическая помощь образовательным организациям (детские сады, школы, интернаты) в планировании противотуберкулезных мероприятий;

- мониторинг и анализ основных медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности и смертности, летальности от туберкулеза;

- иные функции в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Противотуберкулезный диспансер окружного, областного, краевого подчинения помимо вышеизложенных функций осуществляет следующие функции:

- проведение занятий для подготовки медицинских кадров по туберкулезу;

- сбор и анализ материалов по эпидемиологии туберкулеза в округе, области (крае, республике); на их основании представление на об-суждение научных обществ и ассоциаций, съездов, конференций, совещаний врачей-фтизиатров и врачей других специальностей вопросов профилактики, диагностики, лечения туберкулеза и организации борьбы с ним; • пропаганда передового опыта работы по борьбе с туберкулезом;

- санитарно-просветительная работа.

Таким образом, очевидно, что до настоящего времени в системе противотуберкулезной службы России противотуберкулезным диспансерам принадлежит основная роль.

Противотуберкулезные диспансеры организуют свою работу по участковому и диспансерному принципу. В структуру противотуберкулезного диспансера входят следующие подразделения:

а) амбулаторное отделение, включающее:

- кабинет врача-фтизиатра участкового;

- кабинеты врачей-специалистов;

- кабинет для больных туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией • кабинет медико-социальной помощи;

- кабинет мониторинга туберкулеза; • физиотерапевтический кабинет; • дневной стационар;

б) диагностическое отделение (кабинет) включающее: • клиничко-диагностическую лабораторию; • бактериологическую лабораторию;

- кабинет иммунодиагностики;
- отделение (кабинет) лучевой диагностики;
- кабинет ультразвуковой диагностики;
- отделение (кабинет) эндоскопии;
- отделение (кабинет) функциональной диагностики.

в) стационарное отделение (отделение для больных туберкулезом органов дыхания).

ГРУППЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ И УЧЕТА КОНТИНГЕНТОВ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ

Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза представляет собой проводимое с определенной периодичностью необходимое обследование пациентов в целях своевременного выявления, предупреждения осложнений, обострений или иных состояний, а также их профилактики и осуществления лечения и медицинской реабилитации указанных лиц.

Диспансерное наблюдение осуществляют врачи-фтизиатры (врачи-фтизиатры участковые) медицинских противотуберкулезных организаций, оказывающих противотуберкулезную помощь в амбулаторных условиях.

В соответствии с приказом МЗ РФ от 13 марта 2019 года № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза» выделяют нулевую, первую, вторую, третью, четвертую, пятую и шестую группы диспансерного наблюдения (ГДН) контингентов, находящихся на учете в противотуберкулезных диспансерах.

- Нулевая группа (0) - лица с подозрением на туберкулез, которые нуждаются в дифференциальной диагностике в целях установления диагноза «туберкулез органов дыхания».

Выделяют две категории наблюдаемых:

- категория 1 - лица, у которых при оказании медицинской помощи или проведении медицинского осмотра, диспансеризации выявлены признаки возможного заболевания туберкулезом, при наличии которых требуется проведение дополнительного обследования;
- категория 2 - лица, инфицированные ВИЧ, нуждающиеся в проведении химиотерапии туберкулеза в целях исключения (подтверждения) диагноза «активный туберкулез».

Рекомендуемый срок установления диагноза - до 4 нед.

- Первая группа (I) - больные туберкулезом, получающие лечение по любому режиму химиотерапии туберкулеза.

Выделяют девять категорий наблюдаемых:

- категория 1 - лица, у которых методом микроскопии или культу-ральным методом в мокроте обнаружены МБТ;

- категория 2 - лица, у которых методом микроскопии или куль-туральным методом в выделяемых во внешнюю среду биологических жидкостях организма и/или другом биологическом материале обнаружены МБТ;
- категория 3 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании молекулярно-генетических методов обследования;
- категория 4 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании клинико-рентгенологических методов обследования;
- категория 5 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании гистологических методов обследования;
- категория 6 - лица с установленной лекарственной устойчивостью МБТ (за исключением лиц с МЛУ МБТ);
- категория 7 - лица с МЛУ МБТ;
- категория 8 - лица с ШЛУ МБТ;
- категория 9 - лица, инфицированные ВИЧ.

Срок диспансерного наблюдения устанавливается в течение всего курса химиотерапии до установления исхода лечения «эффективный курс химиотерапии».

Выделяют девять категорий наблюдаемых:

- категория 1 - лица, у которых методом микроскопии или культу-ральным методом в мокроте обнаружены МБТ;
- категория 2 - лица, у которых методом микроскопии или культу-ральным методом в биологических жидкостях организма и/или другом биологическом материале обнаружены МБТ;
- категория 3 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании молекулярно-генетических методов обследования;
- категория 4 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании клинико-рентгенологических методов обследования;
- категория 5 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании гистологических методов обследования;
- категория 6 - лица с лекарственной устойчивостью МБТ (за исключением лиц с МЛУ и ШЛУ МБТ);
- категория 7 - лица с МЛУ МБТ;
- категория 8 - лица с ШЛУ МБТ;
- категория 9 - лица, инфицированные ВИЧ. Длительность диспансерного наблюдения не ограничена.

ГДН устанавливается: 1) в случае если больной туберкулезом не начал назначенный курс химиотерапии; 2) при переводе пациента из I ГДН в случае прерывания курса химиотерапии. При привлечении больного туберкулезом к лечению и начале курса химиотерапии осуществляется перевод пациента в I ГДН.

- II (Б) группа - больные туберкулезом, у которых не проводится курс химиотерапии и излечение которых не может быть достигнуто.

Выделяют девять категорий наблюдаемых:

- категория 3 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании молекулярно-генетических методов обследования;

- категория 4 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании клиничко-рентгенологических методов обследования;

- категория 5 - лица, у которых не обнаружены МБТ, а диагноз «туберкулез» установлен на основании гистологических методов обследования;

- категория 6 - лица с установленной лекарственной устойчивостью возбудителя (за исключением лиц с МЛУ и ШЛУ МБТ);

- категория 7 - лица с МЛУ МБТ;

- категория 8 - лица с ШЛУ МБТ;

- категория 9 - лица, инфицированные ВИЧ.

Длительность диспансерного наблюдения не ограничена.

При появлении возможности применения методов лечения, которые могут привести к излечению туберкулеза, осуществляется перевод пациента в I ГДН.

• Четвертая группа (IV) - подразделяется на IV (А), IV (Б) и IV (В) группы.

- IV (А) группа - лица, находящиеся или находившиеся в контакте с больным туберкулезом по месту жительства (месту пребывания), месту работы или учебы, месту отбывания наказания либо в месте содержания под стражей.

Длительность диспансерного наблюдения определяется с учетом срока излечения больного туберкулезом, с которым имелся контакт. При наличии контакта с больным туберкулезом с бактериовыделением диспансерное наблюдение устанавливается на срок излечения больного туберкулезом, с которым имелся контакт, и дополнительно на 1 год после излечения. При наличии ВИЧ-инфекции диспансерное наблюдение устанавливается на срок излечения больного туберкулезом, с которым имелся контакт, и дополнительно на 2 года после излечения. Для

лиц, контактировавших с умершим от туберкулеза: взрослые - 2 года, дети - 5 лет.

- IV (Б) группа - работники медицинских противотуберкулезных организаций, находящиеся или находившиеся в профессиональном контакте с источником туберкулеза.

Длительность диспансерного наблюдения определяется сроком работы в условиях профессионального контакта и дополнительно 1 год после его прекращения.

- IV (В) группа - лица, находящиеся или находившиеся в контакте с больным туберкулезом сельскохозяйственным животным.

Длительность диспансерного наблюдения составляет 1 год, при наличии ВИЧ-инфекции - 3 года.

ГДН устанавливается при выявлении факта контакта с больным туберкулезом или другим источником туберкулеза. При обнаружении у пациента признаков активного туберкулеза - начало курса химиотерапии и перевод пациента в I ГДН. По окончании установленного срока диспансерное наблюдение прекращается.

- Пятая группа (V) - подразделяется на V (A) и V (Б) группы.

- V (A) группа - наблюдаются дети, больные туберкулезом, вызванным заражением вакцинным штаммом МБТ БЦЖ (*M. bovis BCG*) для профилактики туберкулеза, с генерализованными поражениями - дети, у которых туберкулез развился как осложнение на введение вакцины БЦЖ для профилактики туберкулеза в виде генерализованной, персистирующей и диссеминированной инфекции, включая поражение костно-суставной системы, гнойно-казеозные лимфадениты (с поражением двух групп лимфатических узлов и более).

Длительность диспансерного наблюдения - до достижения возраста 18 лет.

- V (Б) группа - наблюдаются дети, больные туберкулезом, вызванным заражением вакцинным штаммом МБТ (*M. bovis BCG*) для профилактики туберкулеза, с локальными поражениями - дети, у которых туберкулез развился как осложнение на введение вакцины БЦЖ для профилактики туберкулеза в виде ограниченных и локальных поражений: гнойно-казеозный лимфаденит одной группы, лимфадениты без свища, холодный абсцесс, язва, инфильтрат размером более 1 см, растущий келоидный рубец.

Длительность диспансерного наблюдения - 1 год.

ГДН определяется при установлении диагноза «туберкулез», вызванного заражением вакцинным штаммом МБТ БЦЖ (*M. bovis BCG*) для профилактики туберкулеза. По окончании установленного срока диспансерное наблюдение прекращается.

- Шестая группа (VI) - подразделяется на VI (A) и VI (Б) группы.

- VI (A) группа - дети с подозрением на туберкулез, установленным на основании иммунодиагностики.

Длительность диспансерного наблюдения у детей из групп медицинского и социального риска - 2 года; у детей, имеющих стойко положительные или усиливающиеся реакции иммунологических проб к аллергенам туберкулезным - в течение 3 лет.

- VI (Б) группа - дети, перенесшие туберкулез, с впервые выявленными остаточными посттуберкулезными изменениями.

Длительность диспансерного наблюдения у детей с малыми остаточными изменениями без отягощающих факторов - 1 год; у детей с большими остаточными изменениями из групп медицинского и социального риска - до прекращения действия отягощающих факторов, а при сочетании ВИЧ-инфекции и посттуберкулезных изменений - до достижения возраста 18 лет.

ГДН устанавливается при определении измененной чувствительности иммунологических проб к аллергенам туберкулезным или обнаружении остаточных изменений ранее перенесенного туберкулеза. При обнаружении активности туберкулезного процесса и начале курса химиотерапии осуществляется перевод пациента в I ГДН.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ АКТИВНОСТИ ТУБЕРКУЛЕЗНОГО

ПРОЦЕССА

Туберкулез сомнительной активности

Данным понятием обозначают туберкулезные изменения в легких и других органах, активность которых представляется неясной. Для уточнения активности туберкулезного процесса выделена 0-А подгруппа диспансерного наблюдения, назначение которой состоит в проведении комплекса диагностических мероприятий.

Лиц, состоящих на учете в III и IV группах, у которых возникла необходимость определения активности имеющихся изменений, не переводят в нулевую (0) группу. Все вопросы решают при их обследовании и наблюдении в той же группе учета.

Основной комплекс диагностических мероприятий проводят в течение 2-3 нед. При необходимости тест-терапии срок диагностики не должен превышать 3 мес. Из нулевой (0) группы пациенты могут быть переведены в первую или направлены в лечебно-профилактические учреждения общей сети.

Активный туберкулез

Активный туберкулез - специфический воспалительный процесс, вызванный МБТ и определяемый комплексом клинических, лабораторных и лучевых (рентгенологических) признаков.

Больные активной формой туберкулеза нуждаются в проведении лечебных, диагностических, противоэпидемических, реабилитационных и социальных мероприятий. Всех больных активным туберкулезом, выявленных впервые или с рецидивом туберкулеза, зачисляют только в I группу диспансерного наблюдения. Взятие их на учет во II группу не допускается.

Если при хирургическом вмешательстве у пациента, состоящего в III группе, обнаруживают признаки активного туберкулезного процесса, больного оставляют в III группе и проводят противотуберкулезную терапию длительностью до 6 мес.

Вопрос о взятии на учет впервые выявленных больных туберкулезом и снятии с этого учета решает ЦВКК (КЭК) по представлению фтизиатра или другого специалиста противотуберкулезного учреждения (туберкулезного отделения). О взятии под диспансерное наблюдение и о прекращении наблюдения противотуберкулезное учреждение извещает пациента в письменной форме. Даты извещения регистрируют в специальном журнале.

Хроническое течение активных форм туберкулеза

Длительное (более 2 лет), в том числе волнообразное (с чередованием затиханий и обострений) течение заболевания, при котором сохраняются клиничко-рентгенологические и бактериологические признаки активности туберкулезного процесса. Хроническое течение активных форм туберкулеза возникает вследствие позднего выявления заболевания, неадекватного и несистематического лечения, особенностей иммунного состояния организма или наличия сопутствующих заболеваний, осложняющих течение туберкулеза.

Из II-А подгруппы пациент может быть переведен в III группу или II-Б подгруппу.

Клиническое излечение

Исчезновение всех признаков активного туберкулезного процесса в результате проведенного основного курса комплексного лечения. Констатация клинического излечения туберкулеза и момент завершения эффективного курса комплексного лечения определяются отсутствием положительной динамики признаков туберкулезного процесса в течение 2-3 мес.

Срок наблюдения в I группе не должен превышать 24 мес, включая 6 мес после эффективного хирургического вмешательства. Из I группы больной может быть переведен в III или II группу.

Больные - выделители микобактерий туберкулеза (открытые формы туберкулеза легких)

Больные активной формой туберкулеза, у которых в выделяемых во внешнюю среду биологических жидкостях организма и/или патологическом материале обнаружены МБТ. Из больных внелегочными формами туберкулеза к бактериовыделителям причисляют лиц, у которых МБТ обнаруживают в отделяемом свищей, моче, менструальной крови или выделениях других органов. Больных, у которых МБТ выделены при посеве пункционного, биопсийного или операционного материала, в качестве бактериовыделителей не учитывают.

При наличии клинико-рентгенологических данных об активности туберкулезного процесса больного берут на учет как бактериовыделителя даже при однократном обнаружении МБТ. При отсутствии клинико-рентгенологических признаков активного туберкулезного процесса для взятия больного на учет как бактериовыделителя необходимо двукратное обнаружение МБТ любым методом микробиологического исследования. В этом случае источником бактериовыделения могут быть эндобронхит, прорыв казеозного лимфатического узла в просвет бронха или распад небольшого очага, трудно определяемого рентгенологическим методом и др.

Однократное обнаружение МБТ у контингентов III группы при отсутствии клинико-рентгенологических симптомов, подтверждающих реактивацию туберкулеза, требует применения углубленных клинических, лучевых, лабораторных и инструментальных методов обследования с целью установления источника бактериовыделения и наличия или отсутствия активного туберкулеза.

В целях установления бактериовыделения у каждого больного туберкулезом до начала лечения должна быть тщательно исследована мокрота (промывные воды бронхов) и другое патологическое отделяемое не менее трех раз методом бактериоскопии и посевом. Обследование повторяют в процессе лечения ежемесячно до исчезновения МБТ, которое в последующем должно быть подтверждено не менее чем двумя

последовательными исследованиями (бактериоскопическими и культуральными) с промежутками в 2-3 мес.

Отдельно выделяют больных с конкретным характером лекарственной устойчивости МБТ.

Прекращение бактериовыделения

Исчезновение МБТ из биологических жидкостей и патологического отделяемого из органов больного, выделяемых во внешнюю среду (аба-циллирование). Необходимо подтверждение двумя отрицательными последовательными бактериоскопическими и культуральными (посев) исследованиями с промежутком в 2-3 мес после первого отрицательного анализа. Отрицательный результат бактериоскопического исследования - основание для констатации прекращения бактериовыделения только в тех случаях, когда МБТ определялись при микроскопии диагностического материала и не давали роста при посеве на питательные среды.

При исходе деструктивного туберкулеза в заполненные или санированные полости (в том числе после торакопластики и кавернотомии) больных снимают с эпидемиологического учета через 1 год с момента исчезновения МБТ после двукратного микробиологического исследования с интервалом в 2 мес. При этом на фоне стабилизации клинико-рентгенологической картины МБТ не должны быть обнаружены при микроскопии и посевах.

Решение о взятии на учет бактериовыделителей и снятии их с этого учета принимает ЦВКК (КЭК) по представлению фтизиатра или другого врача-специалиста противотуберкулезного

учреждения с направлением соответствующего извещения в центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН).

Остаточные посттуберкулезные изменения

К остаточным изменениям относят плотные кальцинированные очаги и фокусы различной величины, фиброзные и цирротические изменения (в том числе с остаточными санированными полостями), плевральные наслоения, послеоперационные изменения в легких, плевре и других органах и тканях, а также функциональные отклонения после клинического излечения. Единичные (до трех), мелкие (до 1 см), плотные и обызвествленные очаги, ограниченный фиброз (в пределах двух сегментов) расценивают как малые остаточные изменения; все другие остаточные изменения считают большими.

Деструктивный туберкулез

Активная форма туберкулезного процесса с наличием распада ткани, определяемого комплексом лучевых методов исследования.

Основной метод выявления деструктивных изменений в органах и тканях - лучевое исследование (рентгенологическое - обзорные рентгенограммы, томограммы). При туберкулезе мочеполовых органов большое значение имеет ультразвуковое исследование. При активном туберкулезном процессе рентгенологические исследования проводят не реже 1 раза в 2 мес (в I-A, I-B и II-A подгруппах) до клинического излечения, во II-B подгруппе - по показаниям. Закрытием (заживлением) полости распада считают ее исчезновение, подтвержденное методами лучевой диагностики.

Обострение (прогрессирование)

Появление новых признаков активного туберкулезного процесса после периода улучшения или усиление признаков болезни при наблюдении в I и II группах до диагноза клинического излечения. При обострении (прогрессировании) больных учитывают в тех же группах диспансерного учета, в которых осуществлялось наблюдение (I и II группы). Возникновение обострения свидетельствует о неэффективном лечении и требует его коррекции.

Рецидив

Появление признаков активного туберкулеза у лиц, ранее перенесших туберкулез и излеченных от него, наблюдающихся в III группе или снятых с учета в связи с выздоровлением.

Появление признаков активного туберкулеза у спонтанно выздоровевших лиц, ранее не состоявших на учете противотуберкулезных учреждений, расценивают как новое заболевание.

Основной курс лечения больных туберкулезом

Комплекс лечебных мероприятий, включающий интенсивную фазу и фазу продолжения, для достижения клинического излечения активного туберкулезного процесса.

Продолжительность основного курса лечения больного туберкулезом определяется характером и темпами инволюции процесса - сроками исчезновения признаков активного туберкулеза или констатацией неэффективности лечения с необходимостью коррекции лечебной тактики.

Основной метод лечения - комбинированная химиотерапия (одновременное назначение больному нескольких противотуберкулезных ле-

карственных препаратов согласно стандартным схемам с индивидуальной коррекцией). При наличии показаний применяют хирургические методы лечения.

Опасность больного туберкулезом как источника инфекции и риск возникновения в очагах новых заболеваний зависят от:

- локализации процесса у больного, поскольку поражение органов дыхания формирует наиболее мощный аэрогенный механизм передачи возбудителя, сопровождающийся интенсивным обсеменением очага;
- массивности выделения больным МБТ, их жизнеспособности, лекарственной устойчивости и вирулентности;
- качества выполнения больным и контактными лицами противоэпидемического режима;
- наличия в окружении больного детей, подростков, беременных женщин и других лиц с повышенной восприимчивостью к туберкулезной инфекции;
- характера жилища (общежитие, коммунальная или отдельная квартира, индивидуальный дом, учреждение закрытого типа - психиатрические больницы и интернаты), определяющего возможность изоляции больного, тесноты общения с контактными, их количества, а также уровня санитарно-коммунального благоустройства жилища (горячее и холодное водоснабжение, канализация и др.);
- социального статуса больного, влияющего на невыполнение режима лечения и противоэпидемического режима в очаге.

Конкретное сочетание указанных факторов и различный уровень их выраженности и определяют степень эпидемической опасности очага. В зависимости от риска возникновения новых заболеваний очаги разделяют на пять групп - очаги с наибольшим риском заражения туберкулезом, с меньшим риском, минимальным и потенциальным риском. Особое место среди них составляют очаги зоонозного типа.

- I группа - очаги, сформированные больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими МБТ. В этих очагах сочетаются все или большая часть неблагоприятных факторов: проживают дети и подростки, имеются грубые нарушения больными противоэпидемического режима, тяжелые бытовые условия. Такие условия чаще встречаются в общежитиях, коммунальных квартирах, учреждениях закрытого типа, в которых невозможно выделить для больного отдельную комнату, - социально отягощенные очаги. Среди них выделяют территориальные очаги туберкулеза - квартира, в которой проживает больной туберкулезом органов дыхания с обильным бактериовыделением (МБТ определяют методом бактериоскопии по Цилю-Нильсену или дают сплошной рост при посеве на питательные среды), лестничная клетка и подъезд этого дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором.
- II группа - очаги, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания, выделяющие МБТ, но в отдельных квартирах без детей и подростков с соблюдением санитарно-гигиенического режима - социально благополучные очаги.
- III группа - очаги, где проживают больные активным туберкулезом органов дыхания без бактериовыделения, но с детьми и подростками. Эти группы очагов формируют также больные внелегочным туберкулезом с выделением МБТ и без них, но с наличием язв и свищей.
- IV группа - очаги, в которых проживают больные активным туберкулезом органов дыхания с прекращением бактериовыделения в результате лечения (условные выделители МБТ), без детей и подростков и не имеющие отягощающих факторов. К этой группе относят также очаги, где больной, выделяющий МБТ, умер.
- V группу составляют очаги зоонозного происхождения.

Принадлежность очага туберкулеза к той или иной группе определяет участковый фтизиатр при обязательном участии врача-эпидемиолога. Этот порядок сохраняется при переводе очага из одной эпидемиологической группы в другую в случае изменения в очаге условий,

повышающих или понижающих риск заражения или заболевания контактирующих лиц.

Цель противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза - предупреждение новых случаев инфицирования и заболевания в окружении больного. Важным является также привитие больному навыков, снижающих его опасность как источника инфекции для окружающих не только в очаге по месту жительства, но и за его пределами.

В работе в очаге туберкулеза можно выделить 3 периода:

- первичное обследование и проведение первичных мероприятий;
- динамическое наблюдение за очагом;

• подготовка к снятию с учета и исключение его из числа очагов туберкулеза.

Основную часть противоэпидемической работы в очагах осуществляет фтизиатрическая служба. В ее обязанности по разделу работы в очагах входят:

- эпидемиологическое обследование очага, оценка риска заражения в очаге в соответствии с факторами риска. Первичное обследование очага антропонозного туберкулеза целесообразно проводить со специалистом территориального ЦГСЭН, а очага зоонозного туберкулеза - со специалистами территориального ЦГСЭН, фтизиатрической и ветеринарных служб;
- госпитализация и лечение больного;
- изоляция больного в пределах очага (если он не может быть госпитализирован), изоляция детей;
- заказ и организация заключительной дезинфекции, организация текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;
- первичное обследование контактных лиц;
- наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование (проведение рентгенологического обследования, постановка проб Манту с 2 ТЕ ППД-Л, бактериологическое обследование, проведение общих клинических анализов);
- проведение профилактического (превентивного) лечения;
- обучение больных и контактных лиц принципам здорового образа жизни и гигиеническим навыкам;
- определение условий, при которых очаг может быть снят с эпидемиологического учета;
- заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага и проводимых в нем мероприятий.

ДЕЗИНФЕКЦИЯ

Дезинфекция - основной метод, направленный на разрыв механизма передачи возбудителя. Дезинфекцию в очаге туберкулезной инфекции подразделяют на текущую и заключительную.

- Текущую дезинфекцию осуществляют в окружении инфекционного больного с момента его выявления.

- Заключительную дезинфекцию проводят после каждого убытия больного из очага на длительный срок, но не реже 1 раза в год.

Текущая дезинфекция

Текущая дезинфекция - основное гигиеническое и специальное дезинфекционное мероприятие для уничтожения заразного начала в окружающей больного среде. Этот вид дезинфекции проводят ежедневно как сам больной, так и члены его семьи. Текущую дезинфекцию в бытовом очаге организует противотуберкулезный диспансер или туберкулезное отделение ЦРБ через участковых сестер, в сельских местностях - через патронажных сестер ФАП.

Противотуберкулезный диспансер обеспечивают больного индивидуальными плевательницами и дезинфицирующими средствами для обеззараживания при туберкулезе:

- хлорная известь;
- двуосновная соль гипохлорита кальция (ДСГК);
- двутретьосновная соль гипохлорита кальция (ДТСГК); • гипохлорит кальция технический (ГКТ); • нейтральный гипохлорит кальция (НГК); • хлорамин;
- калиевая или натриевая соль дихлоризоциануровой кислоты и средства на ее основе (пресепт, клорсепт, деохлор, аквасепт и др.); • лития гипохлорит (лидос-20 и лидос-25).

Эти препараты обладают самым широким спектром противомикробной активности и сравнительно быстрым действием.

Основные способы обеззараживания при текущей дезинфекции: • средства и приемы механической дезинфекции (мытьё, влажная уборка, стирка, чистка, вентиляция и др.);

- физические методы (кипячение белья, посуды, игрушек, сжигание мусора), которые обладают также достаточно сильным действием

на МБТ;

- химический способ, обеспечивающий уничтожение МБТ дезинфицирующими средствами.

Текущую дезинфекцию в очаге проводят в следующем объеме: • обеззараживание выделений больного и посуды, остатков пищи;

- сбор, изоляция и содержание грязного белья до дезинфекции с последующим обеззараживанием;
- систематическая влажная уборка помещения, в котором находится больной, и предметов, с которыми он соприкасался, дезинфицирующими средствами;
- систематическая борьба с мухами и другими бытовыми насекомыми, которые механически могут переносить МБТ.

Каждому больному выделителю МБТ следует выделить посуду, которая хранится и моется отдельно. Кроме того, он должен иметь марлевые маски и индивидуальные плевательницы, в которые собирает мокроту. Плевательницы подвергают кипячению в течение 15 мин в 2% растворе соды или заливают 2,5% активированным раствором хлорамина, после чего их утилизируют или сжигают в печах.

Посуду больного до дезинфекции необходимо тщательно очищать от остатков пищи, а затем обеззараживать путем кипячения в 2% содовом растворе в течение 15 мин с момента закипания либо погружения в вертикальном положении на 1 ч в 0,5% активированный раствор хлорамина, 0,4% осветленный раствор ДТСГК или 0,5% раствор бензилфено-ла. Металлическую посуду обеззараживать хлорамином нельзя, так как при этом портится металл. Для этих целей могут быть использованы два последних из вышеназванных препаратов или ее кипячение.

Остатки пищи кипятят в течение 15 мин с момента закипания в закрытых сосудах или заливают 20% хлоризвестковым молоком на 2 ч. Щетку, служащую для удаления остатков пищи, обеззараживают путем 15-минутного кипячения в 2% растворе соды.

Постельное и нательное белье больного собирают в специальный мешок и хранят его до обеззараживания и стирки. Обеззараживание белья производят путем замачивания в 2% растворе соды с последующим 15-минутным кипячением либо путем погружения в 1% раствор активированного хлорамина (при норме расхода 5 л дезинфицирующего раствора на 1 кг сухого белья) на 1-2 ч при температуре не ниже 14 °С. Следует помнить, что хлорамин обесцвечивает белье.

Верхнюю одежду (пальто, куртки, шубы, костюмы и т.д.) больных следует по возможности чаще проветривать на солнце, гладить горячим утюгом. Подушки, одеяла и матрацы подвергают камерной дезинфекции не реже четырех раз в год.

Книги, тетради, игрушки и др. должны быть в индивидуальном пользовании больного и без предварительной камерной дезинфекции не передаваться другим людям.

Уборку помещений производят ежедневно влажным способом горячим 2% мыльно-содовым раствором при открытых окнах или форточках в зависимости от сезона. При этом следует пользоваться отдельными предметами уборки.

Для уборки помещения, где проживает больной, обеззараживания посуды, остатков пищи и др. родственникам больного рекомендуют переодеваться в специально выделенную одежду (халат), косынку, перчатки. При смене белья необходимо надевать маску из 4-5 слоев марли, которую необходимо каждый раз кипятить в 2% растворе соды, или использовать одноразовую матерчатую хирургическую маску.

Заключительная дезинфекция

Заключительную дезинфекцию в бытовых очагах туберкулезной инфекции осуществляют:

- после госпитализации больного или в случае переезда его на другую квартиру;
- перед возвращением родильницы из родильного дома в квартиру, где проживает бациллярный больной; • в случае смерти больного;
- не менее одного раза в год у не госпитализированных больных;
- в квартирах, где имеются дети до 14 лет, не менее двух раз в год обязательна дезинфекция мест общего пользования;
- перед сном и сношением старых домов, где проживают туберкулезные больные;
- в случае снятия с учета больного, бывшего ранее выделителем МБТ.

Цель заключительной дезинфекции - обеззараживание помещений, обстановки и других предметов в очагах туберкулезной инфекции, которые могли бы стать источником заражения. Ее осуществляют дезинфекционные отделы ЦГСЭН или районные дезинфекционные станции не позднее суток с момента получения заявки от противотуберкулезного диспансера и госпитализации больного. Общий контроль и

руководство заключительной дезинфекцией возлагается на городские и районные отделы здравоохранения.

Основные способы обеззараживания при заключительной дезинфекции :

- использование высокой температуры (кипячение белья, посуды, игрушек, сжигание мусора и малоценных предметов);
- использование камерного обеззараживания (постельные принадлежности, одежда, книги и др.);
- использование химических средств дезинфекции (для обеззараживания мокроты, белья, посуды, помещения и др.).

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ

В 1921 г. Кальмет и Герен впервые после многочисленных ежемесячных пересевов (230 пассажей в течение 13 лет) культуры МБТ бычьего типа (*M. Bovis*) на картофельные среды с добавлением глицерина и желчи получили живой слабопатогенный и слабовирулентный вакцинный штамм МБТ (*M. bovis BCG*), который назвали вакциной БЦЖ (*Bacillus Calmette-Guerin - BCG*). Данная вакцина удовлетворяет всем требованиям, предъявляемым к вакцинному штамму, - безвредность, специфичность и иммуногенность.

В настоящее время противотуберкулезную вакцинацию применяют в большинстве стран мира как признанный метод активной специфической профилактики туберкулеза. Данная прививка проведена более чем у 2 млрд человек всех возрастов. Она продолжает оказывать влияние на темпы снижения заболеваемости, особенно среди детей младшего возраста и подростков.

В нашей стране вакцинацию БЦЖ новорожденных применяют с 1926 г., вначале пероральным методом, затем - накожным; с 1963 г. применяют внутрикожный метод вакцинации БЦЖ новорожденных, детей старшего возраста, подростков и взрослых.

Порядок организации и проведения иммунизации населения против туберкулеза определен постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 22 октября 2013 г. № 60 «Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СПЗ.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза"» (с изменениями и дополнениями от 6 февраля 2015 г.)

Плановая массовая иммунизация против туберкулеза детского населения проводится в соответствии с национальным календарем профилактических прививок или по индивидуальному плану после отмены противопоказаний или прибытия из стран, где не проводятся прививки против туберкулеза.

Профилактические прививки детям проводятся с согласия родителей или иных законных представителей несовершеннолетних граждан.

После внутрикожного введения вакцины БЦЖ МБТ размножаются и захватываются макрофагами, быстро разрушаются и выделяются из организма.

В коже развиваются минимальные специфические реакции, которые подвергаются полному рассасыванию. В то же время вакцина БЦЖ вызывает иммунологическую перестройку и формирует послевакцин-ный специфический иммунитет, о чем свидетельствует появление через

4- 8 нед положительной пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л. При этом отсутствуют поражение региональных лимфатических узлов и микобактерие-мия, что характерно для первичного инфицирования МБТ.

После вакцинации штамм БЦЖ начинает трансформироваться в L-формы. В таком виде МБТ штамма БЦЖ могут длительно (в течение

5- 7 лет) сохраняться в организме, поддерживая достаточно стойкий по-слевакцинный иммунитет.

Интенсивность послевакцинного иммунитета зависит от числа жизнеспособных МБТ вакцинного штамма в препарате, а следовательно, и в прививочной дозе. Оптимальным содержанием жизнеспособных МБТ вакцинного штамма при подсчете на питательной среде Гельберга следует считать 10-12 млн/мг, что составляет 500-600 тыс. БЦЖ в одной прививочной дозе (0,05 мг).

Препараты выпускают в виде вакцин БЦЖ и БЦЖ-М. Они представляют живые МБТ вакцинного штамма БЦЖ-1, лиофильно высушенные в 1,5% растворе глютамата натрия в виде белой порошкообразной массы или таблеток белого или кремового цвета, запаянных под вакуумом в ампулу.

Для противотуберкулезной вакцинации применяют сухую вакцину БЦЖ как наиболее стабильную, способную достаточно долго сохранять требуемое количество живых МБТ. Сухая вакцина была создана отечественными учеными Е. Н. Лещинской и А. М. Вакенгут в 1941 г. Оптимальным содержанием жизнеспособных бактерий считают 10-12 млн/мг. Одна ампула вакцины БЦЖ содержит 1 мг сухого вещества. При разведении его 2 мл стерильного 0,9% изотонического раствора хлорида натрия, который прилагается к вакцине в ампулах, получают 20 доз вакцины БЦЖ, каждая по 0,05 мг препарата в 0,1 мл раствора.

Одна ампула вакцины БЦЖ-М содержит 0,5 мг сухого порошка вакцины БЦЖ-М, что составляет 20 доз, каждая по 0,025 мг препарата в 0,1 мл раствора. Вакцину хранят в темном месте при температуре +4...-8 °С.

Вакцину БЦЖ вводят строго внутривенно в дозе 0,05 мг, а вакцину БЦЖ-М - в дозе 0,025 мг, содержащихся в 0,1 мл изотонического раствора. Разводят вакцину непосредственно перед употреблением и применяют сразу или в исключительных случаях при соблюдении стерильности и защиты от действия солнечного света в течение 2-3 ч, после чего неиспользованную вакцину уничтожают.

Вакцины БЦЖ и БЦЖ-М применяют для вакцинации и ревакцинации детей и подростков против туберкулеза. Вакцинации подлежат все новорожденные дети, не имеющие противопоказаний, на 3-7-й день после рождения без предварительной постановки туберкулиновой пробы. Вакцину вводят в утренние часы в палате после осмотра детей педиатром. В истории развития новорожденного указывают дату вакцинации и серию вакцины БЦЖ.

Противопоказания к вакцинации новорожденных:

- недоношенность II-IV степени;
- внутриутробная гипотрофия II-IV степени;
- внутриутробная инфекция; • гнойно-септические заболевания;
- гемолитическая болезнь новорожденных (среднетяжелая и тяжелая формы);
- тяжелые поражения ЦНС с выраженной неврологической симптоматикой;
- генерализованные кожные поражения; • острые заболевания;
- генерализованная БЦЖ-инфекция, выявленная у других детей в семье;

•ВИЧ-инфекция у матери.

Дети, не вакцинированные в период новорожденности в связи с наличием противопоказаний, получают вакцину БЦЖ-М в течение первых 1-6 мес жизни на педиатрическом участке по месту жительства. Детям в возрасте 2 мес и старше предварительно ставят пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л и вакцинируют только туберкулиноотрицательных.

Вакцинированных новорожденных, у которых в семье есть больные туберкулезом, необходимо изолировать на время выработки иммунитета (на 6-8 нед). В связи с этим беременные женщины, проживающие в очагах туберкулезной инфекции, находятся на учете в противотуберкулезном диспансере. Фтизиатр, участковый акушер-гинеколог и врач поликлиники должны заблаговременно знать, что новорожденного необходимо изолировать. При наличии в семье больного туберкулезом выписка ребенка из родильного дома после вакцинации возможна только после госпитализации больного в стационар или санаторий на срок 2-3 мес. Только после изоляции больного и проведения дома заключительной дезинфекции противотуберкулезный диспансер дает разрешение на выписку матери и ребенка из родильного дома.

У вакцинированных при рождении детей иммунитет сохраняется в течение 7 лет, после чего возникает необходимость ревакцинации.

У новорожденных нормальная прививочная реакция появляется через 4-8 недель и подвергается обратному развитию в течение 2-3 мес, реже - в более длительные сроки. На месте внутрикожного введения вакцины БЦЖ развивается реакция в виде инфильтрата 5-10 мм в диаметре через 1-2 мес, затем пустулы с небольшим узелком в центре, через 2-3 мес и образованием корочки по типу оспенной через 3-4 мес и при правильно выполненной вакцинации через 5-6 мес в 90-95% случаев образуется поверхностный рубчик 3-10 мм. Наличие местной прививочной реакции свидетельствует об успешно проведенной вакцинации или ревакцинации и указывает на то, что вакцина «привилась».

Ревакцинации подлежат здоровые дети, подростки и взрослые в декретированных возрастах, имеющие отрицательную реакцию Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Интервал между постановкой пробы Манту и ревакцинацией должен быть не менее 3 дней и не более 2 нед.

Ревакцинацию детей, вакцинированных при рождении, проводят в возрасте 6-7 лет (учащиеся 1-х классов). Вторую - в возрасте 14-15 лет (учащиеся 9-х классов).

Противопоказания к ревакцинации:

- инфицирование туберкулезом или перенесенный туберкулез в прошлом;
- положительная или сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л;
- осложненные реакции на предыдущие введения вакцины БЦЖ (келоидный рубец, лимфаденит и др.);
- острые заболевания (инфекционные и неинфекционные), включая период реконвалесценции, хронические заболевания в стадии обострения или декомпенсации;
- аллергические болезни (кожные и респираторные) в стадии обострения;
- злокачественные болезни крови и новообразования;
- иммунодефицитное состояние, лечение иммунодепрессантами.

Лица, временно освобожденные от вакцинации, должны быть взяты под наблюдение и вакцинированы после выздоровления и снятия противопоказаний. В каждом конкретном

случае заболевания, не указанного в представленном перечне, ревакцинацию проводят по разрешению врача-специалиста.

После выполнения вакцинации и ревакцинации БЦЖ другие профилактические прививки могут проводиться не раньше чем через 1 мес, т.е. срок, необходимый для выработки поствакцинного иммунитета.

Прививочные реакции на месте внутрикожного введения вакцины БЦЖ различаются у вакцинированных и ревакцинированных лиц. У ревакцинированных детей старшего возраста и подростков реакции на месте внутрикожного введения вакцины появляются в более ранние сроки (через 1-2 нед), чем у вакцинированных. На месте внутрикожно-го введения вакцины БЦЖ-М развивается реакция в виде инфильтрата через 1-2 нед, затем пустулы через 2-3 нед и образованием корочки через 3-4 нед и через 5-6 мес образуется поверхностный рубчик 3-10 мм.

Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми, подростками и взрослыми проводят врачи и медицинские сестры общей лечебной сети, которые через 1, 3, 6 и 12 мес после введения вакцины должны проверить местную прививочную реакцию с регистрацией размера и характера ее в соответствующей документации.

Осложнения после вакцинации и ревакцинации обычно носят местный характер и отмечаются сравнительно редко (0,1-1,0%).

Причины осложнений:

- биологические свойства штамма БЦЖ;
- нарушения техники внутрикожного введения вакцины;
- передозировка вакцины;
- аллергическая настроенность организма;
- повышенная реактогенность вакцины;
- иммунодефицитное состояние
- сопутствующая патология у ребенка до прививки и в период развития местной прививочной реакции. Осложнения делят на четыре категории:

1- я - локальные кожные поражения (подкожные инфильтраты,

холодные абсцессы, язвы величиной 10 мм и более в диаметре на месте введения вакцины и регионарные лимфадениты (подмышечных, шейных, над- и подключичных лимфатических узлов) при увеличении узла на 10 мм и более; келоидные рубцы величиной 10 мм и более на месте зажившей прививочной реакции;

2- я - персистирующая и диссеминированная БЦЖ - инфекция

без летального исхода (волчанка, оститы и др.);

3- я - диссеминированная БЦЖ - инфекция, генерализованное

поражение с летальным исходом, которое отмечают при врожденном иммунодефиците;

4- я - пост-БЦЖ-синдром (проявления заболевания, возникшего

вскоре после вакцинации БЦЖ, главным образом аллергического характера: узловатая эритема, кольцевидная гранулема, сыпи и т.п.).

Учитывая важность своевременного выявления и необходимость проведения адекватных мероприятий в случаях возникновения осложнения после введения вакцины БЦЖ или

БЦЖ-М, показан следующий комплекс организационных действий по своевременному выявлению заболевания, последующему лечению и диспансерному наблюдению за детьми с данной патологией.

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА (ПРЕВЕНТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ)

ТУБЕРКУЛЕЗА

Химиопрофилактика - применение противотуберкулезных препаратов с целью предупреждения развития туберкулеза у лиц, имеющих высокий риск заболевания туберкулезом.

Различают первичную и вторичную химиопрофилактику туберкулеза:

- первичная химиопрофилактика - предупреждение заболевания у неинфицированных МБТ лиц (с отрицательной реакцией на туберкулин);
- вторичная химиопрофилактика - предупреждение развития туберкулеза у лиц, инфицированных МБТ (с положительной реакцией на туберкулин) и с остаточными посттуберкулезными изменениями в легких, внутригрудных лимфатических узлах или других органах.

Противотуберкулезные препараты в целях химиопрофилактики применяют в тех же дозах и режимах приема, что и при химиотерапии туберкулеза.

Первичную химиопрофилактику применяют у неинфицированных детей и подростков (с отрицательной реакцией на туберкулин), находящихся в контакте с больными в очагах туберкулезной инфекции.

При контакте с больными туберкулезом, не выделяющими МБТ, химиопрофилактику проводят в течение 3-6 мес двумя противотуберкулезными препаратами (изониазидом и пиперазидом) или в течение 3-6 мес тремя препаратами (изониазид, пиперазид и этамбутол).

При контакте с больными, выделяющими МБТ, выбор противотуберкулезных препаратов для химиопрофилактики должен основываться на результатах исследования чувствительности МБТ у предполагаемого источника инфекции. Применяют 2-3 противотуберкулезных препарата, к которым у источника инфекции сохранилась чувствительность МБТ, в течение 3-6 мес в осенне-весенний период.

Вторичную химиопрофилактику применяют у инфицированных детей, подростков и взрослых.

У детей и подростков химиопрофилактику проводят:

- лицам с выраженной туберкулиновой чувствительности по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л (в раннем периоде первичной туберкулезной инфекции);
- лицам с нарастанием туберкулиновой чувствительности на 6 мм и более;
- лицам с гиперергической туберкулиновой чувствительностью.

Химиопрофилактику проводят в течение 3-6 мес двумя противотуберкулезными препаратами (изониазид и пиперазидом) или в течение 3-6 мес тремя препаратами (изониазид, пиперазид и этамбутол).

У взрослых химиопрофилактику проводят:

- лицам, контактирующим с больными туберкулезом в очагах туберкулезной инфекции;

- лицам, контактирующим с животными из неблагополучных по туберкулезу животноводческих хозяйств;
- лицам с остаточными посттуберкулезными изменениями в легких, внутригрудных лимфатических узлах и других органах, которым проводится длительная иммуносупрессивная терапия (цитостати-ческая, кортикостероидная и лучевая) по поводу различных заболеваний (онкологических, лимфопролиферативных, аутоиммунных и др.);
- лицам с остаточными посттуберкулезными изменениями в легких, внутригрудных лимфатических узлах и других органах, страдающим психическими заболеваниями, хроническим алкоголизмом и наркоманией;
- лицам, инфицированным ВИЧ или больным СПИДом; • больным силикозом и другими пылевыми заболеваниями легких. Перед назначением химиопрофилактики все лица проходят клини-

ко-рентгенологическое обследование в противотуберкулезном диспансере для исключения активных проявлений туберкулеза. До проведения и ежемесячно при профилактике назначают клинические анализы крови и мочи. При назначении с профилактической целью таких препаратов, как рифампицин и пиперазид, необходимо исследовать функции печени, перед назначением этамбутола - назначить консультацию окулиста.

Противопоказания для назначения изониазида у взрослых:

- эпилепсия;
- ишемическая болезнь и декомпенсированные пороки сердца; • первые месяцы после перенесенного инфаркта миокарда;
- органические заболевания ЦНС;
- заболевания печени и почек нетуберкулезной этиологии с нарушением их функции;
- беременность.

В этих случаях назначают феназид.

Химиопрофилактику у взрослых, имеющих контакт с больными туберкулезом, не выделяющими МБТ, проводят в первый год после выявления источника инфекции тремя противотуберкулезными препаратами в течение 3-6 мес.

При контакте с больными, выделяющими МБТ, выбор противотуберкулезных препаратов для химиопрофилактики должен основываться на результатах исследования чувствительности МБТ у предполагаемого источника инфекции. Применяют два-три противотуберкулезных

препарата, к которым у источника инфекции сохранилась чувствительность МБТ, в течение 3-6 мес в осенне-весенний период.

При установлении на вскрытии активного туберкулеза как причины смерти больного, неизвестного противотуберкулезному диспансеру, при смерти больного, наблюдавшегося в противотуберкулезном диспансере, а также при выезде выделителя МБТ из квартиры химиопр-офилактику у контактировавших с ним лиц проводят двумя курсами по 2-3 мес. Первый курс назначают сразу после установления очага смерти или выезда больного, повторный курс - весной или осенью.

Животноводам, работающим на неблагополучных по туберкулезу животноводческих хозяйствах, лицам, имеющим личное хозяйство с пораженным туберкулезом скотом, а также всем членам их семей химиопр-офилактику проводят двумя курсами. Первый курс

проводят непосредственно после выявления пораженного туберкулезом скота, повторный курс - весной или осенью.

Лицам, имевшим контакт с выделителем МБТ по месту учебы или работы, химиопрофилактику проводят одним курсом.

ВИЧ-инфицированным лицам и больным СПИДом, а также лицам с остаточными посттуберкулезными изменениями, получающими им-муносупрессивную терапию (цитостатическую, кортикостероидную и лучевую) по поводу различных заболеваний (онкологических, лимфо-пролиферативных, аутоиммунных и др.), химиопрофилактику проводят весной или осенью в течение всего периода лечения.

У психоневрологических больных с остаточными посттуберкулезными изменениями химиопрофилактику проводят в психиатрической или наркологической больнице или психоневрологическом диспансере под непосредственным контролем психиатра и фтизиатра.

Список литературы

Основная:

1. Гиллер Д.Б., Фтизиатрия: учебник / Д.Б. Гиллер, В.Ю. Мишин и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 576 с.
2. Мишин В.Ю., Фтизиатрия: учебник / В.Ю. Мишин и др. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 528 с.
3. Кошечкин В.А., Фтизиатрия: учебник / В.А. Кошечкин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 304 с.: ил.
4. Фтизиатрия: учебник / А.В. Павлунин, А.С. Шпрыков, Р.Ф. Мишанов. – Н.Новгород: Издательство Нижегородской государственной медицинской академии, 2017. – 620 с., ил.

Дополнительная:

1. Покровский В.В., ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 696 с.
2. Чучалин А.Г., Пульмонология / под ред. Чучалина А.Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 768 с.
3. Авдеев С.Н., Легочная гипертензия / под ред. Авдеева С.Н. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 608 с.
4. Стручков П.В., Спирометрия / Стручков П.В., Дроздов Д.В., Лукина О.Ф. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 112 с.
5. Маркина Н.Ю., Ультразвуковая диагностика / Маркина Н.Ю., Кислякова М.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 240 с.