



ОРГАНИЗАЦИЯ БОРЬБЫ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

ДОЦ. КАФ.ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ
К.М.Н. Т.В.ЗЫРЯНОВА

ПЛАН ЛЕКЦИИ

- Основные эпидемиологические показатели по туберкулезу
- История вопроса
- Документация
- Выявление
- Алгоритм диагностики туберкулеза органов дыхания
- Виды профилактики

ОСНОВНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ

- ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ
- БОЛЕЗНЕННОСТЬ
- СМЕРТНОСТЬ
- ИНФИЦИРОВАННОСТЬ

Заболееваемость по РФ

- В 2006 г. – 82,4 на 100 тыс.
- В 2007 г. – 83,2 на 100 тыс.
- В 2008 г. – 85,1 на 100 тыс.
- В 2009 г. – 82,6 на 100 тыс.
- В 2010 г. – 77,4 на 100 тыс.
- В 2011 г. – 74,6 на 100 тыс.
- В 2012 г. – 68,1 на 100 тыс.
- В 2013 г. – 63,0 на 100 тыс.
- В 2014 г. – 59,5 на 100 тыс.
- В 2015 г. – 57,5 на 100 тыс.
- В 2015 г. – 57,5 на 100 тыс.
- В 2016 г. – 53,3 на 100 тыс.
- В 2017 г. – 48,3 на 100 тыс.
- В 2018 г. – 44,4 на 100 тыс.
- В 2019 г. – 41,2 на 100 тыс.
- В 2020г. – 36 на 100 тыс.
- В 2021г. - 32 на 100 тыс.

ВЕДУЩИЕ ДОКУМЕНТЫ

- Приказ № 127 МЗ РФ от 13.03.2019 «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 и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н»
- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания - М. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2014. – 56с.
- Приказ МЗ РФ №951 МЗ РФ от 29.11.2014 г. Об утверждении методических рекомендаций по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 13 марта 2019 г. № 124н "Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения"

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ

☐ Профилактический

☐ Активное

☐ Иммунодиагностика, ФЛГ

- «Виразж»

- Изменения на ФЛГ

☐ Клинический

☐ Пассивное

☐ При обращении к любому врачу с жалобами, подозрительными на туберкулез

**НАПРАВИТЬ НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К
ФТИЗИАТРУ ПОСЛЕ
ДООБСЛЕДОВАНИЯ
В ТЕЧЕНИЕ 3 ДНЕЙ**

ФЛГ

Население подлежит ФЛГ- обследованию
с 15 лет
не реже 1 раза в 2 года.

При заболеваемости туберкулезом
40 и более случаев на 100 тысяч населения
- не реже 1 раза в год.

Охват не менее 75% населения старше 15 лет,
прикрепленного к медицинской организации

ФЛГ – 1 РАЗ В ГОД

в группах риска

Больные:

- Сахарным диабетом
- ЯБЖ и 12-перстной кишки, состояние после резекции желудка
- ХНЗЛ
- ХНЗ МПС
- Получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию
- Онкогематологическими заболеваниями
- Пневмокониозами

ФЛГ 1 РАЗ В ГОД

в социальных группах:

- Мигранты, беженцы,
- Лица БОМЖ
- Проживающие в стационарных организациях социального обслуживания

ФЛГ 1 РАЗ В ГОД

работники:

1. организаций социального обслуживания;
2. Медицинских организаций,
3. организаций по переработке и реализации пищевых продуктов, в том числе молока и молочных продуктов,
4. бытового обслуживания населения, водопроводных сооружений

ФЛГ 2 РАЗА В ГОД

1. ВИЧ-инфицированные
2. Работники родильных домов, перинатальных центров
3. Лица, имеющие контакт с больными туберкулезом
4. Лица с посттуберкулезными изменениями - 3 года
5. Состоящие на диспансерном учете в психиатрических и наркологических учреждениях
6. Военнослужащие по призыву
7. Заключение, подследственные в СИЗО
8. Освободившиеся из МЛС – 2г.

Дети (1-17 лет) невакцинированные БЦЖ; из числа мигрантов, беженцев; больные СД, ЖКТ, ХНЗЛ, МПС; получающие ГКС; проживающие в организациях социального обслуживания

ВНЕПЛАНОВАЯ ФЛГ

1. Лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными
если с момента предыдущего флюорографического обследования прошло 1 год и более к моменту родов;
2. Лица из окружения детей, имеющих измененную чувствительность к аллергенам туберкулезным
если с момента последнего флюорографического обследования прошло более 6 месяцев
3. Лица, у которых диагноз ВИЧ установлен впервые
4. Контакты с больными заразной формой туберкулеза

ПОДОЗРИТЕЛЬНЫ НА ТУБЕРКУЛЕЗ

- **лица с симптомами общей интоксикации :**
 - лихорадка, потливость, потеря массы тела, потеря аппетита, быстрая утомляемость продолжительностью **2 недели** и более; при отсутствии положительного ответа на противовоспалительную терапию;
- **с симптомами поражения ОД :**
 - лица, у которых кашель длится более **3-х недель**, а также лица с кровохарканьем, болью в груди, одышкой, плевральным выпотом неясной этиологии
- **с симптомами поражения других органов :**
 - ПЛУ, КСС, МП, кожи, глаз, ЦНС и др. органов , особенно при хронических воспалительных заболеваниях с частыми обострениями (более 2-х раз в год)

ДООБСЛЕДОВАНИЕ В ПМСП

1. 3-кратное исследование мокроты на наличие кислотоустойчивых микобактерий (КУМ).
2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки.
3. ФЛГ за прошлые годы.
4. Общеклинический анализ крови, мочи.
5. Заключение узких специалистов.
6. Дети – ФЛГ родителей, данные о БЦЖ, Манту

ОБСЛЕДОВАНИЕ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ СЛУЖБЫ

Обязательный диагностический минимум (ОДМ):

1. Рентгенография грудной клетки цифровая или аналоговая.
Линейная томография.

Микробиологические исследования, включающие:

исследование двух образцов диагностического материала методами микроскопии, ПЦР, посева на жидкие и/или плотные питательные среды;

идентификация культур, выросших на питательных средах;

определение ЛЧ МБТ к ПТП классическими микробиологическими и молекулярно-генетическими методами (МГМ).

Диаскинтест

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ (ДМИ)

Неинвазивные

- 1. Увеличение кратности микробиологического исследования мокроты.
- 2. **Спиральная компьютерная томография** легких и средостения.

Инвазивные (по показаниям) с цитологическим, гистологическим и микробиологическим исследованием диагностического материала (микроскопия, ПЦР, посев, определение ЛЧ микробиологическими и молекулярно-генетическими методами).

- 1. **Фибробронхоскопия** с комплексом биопсий: браш-биопсией, транстрахеальной и трансбронхиальной пункцией, прямой биопсией слизистой оболочки бронхов, патологических образований в них, исследование бронхоальвеолярных смывов (БАС).
- 2. Трансторакальная аспирационная **биопсия** легкого.
- 3. Пункционная биопсия плевры.
- 4. Диагностические операции: медиастиноскопия с биопсией лимфоузлов, открытая биопсия легкого и лимфоузлов, открытая биопсия плевры.

ВЫЯВЛЕНИЕ

- РАННЕЕ – период первичной инфекции
- СВОЕВРЕМЕННОЕ – первичные локальные и свежие вторичные формы без распада и бактериовыделения
- НЕСВОЕВРЕМЕННОЕ – свежие формы в фазе распада с бактериовыделением
- ЗАПУЩЕННЫЕ ФОРМЫ – фиброзно-кавернозный туберкулез

Своевременное выявление



Очаговый туберкулез
С1-2 правого легкого в
фазе инфильтрации
МБТ(-)

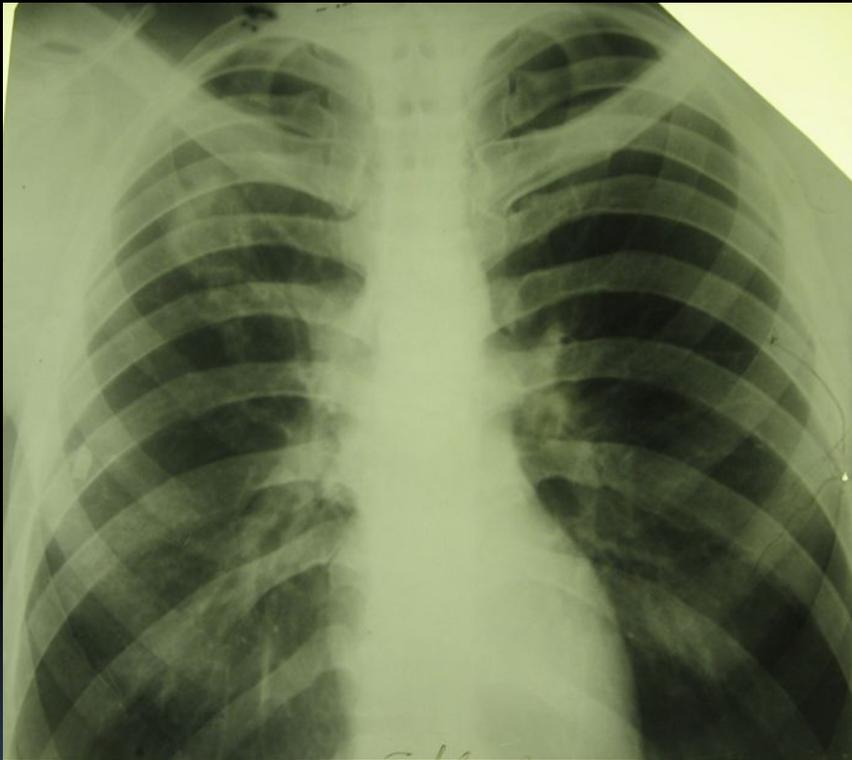
Своевременное выявление



Инфильтративный
туберкулез верхней
доли правого легкого
(перисциссурит)

МБТ (-)

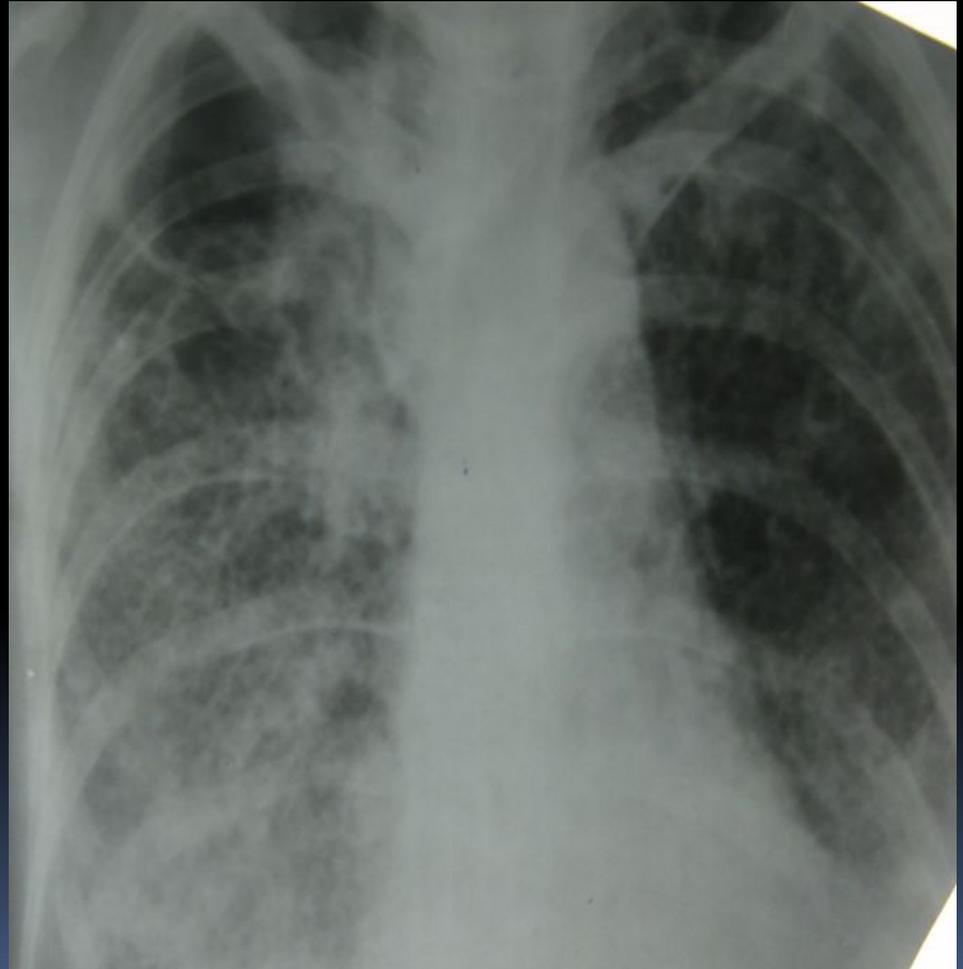
Несвоевременное выявление



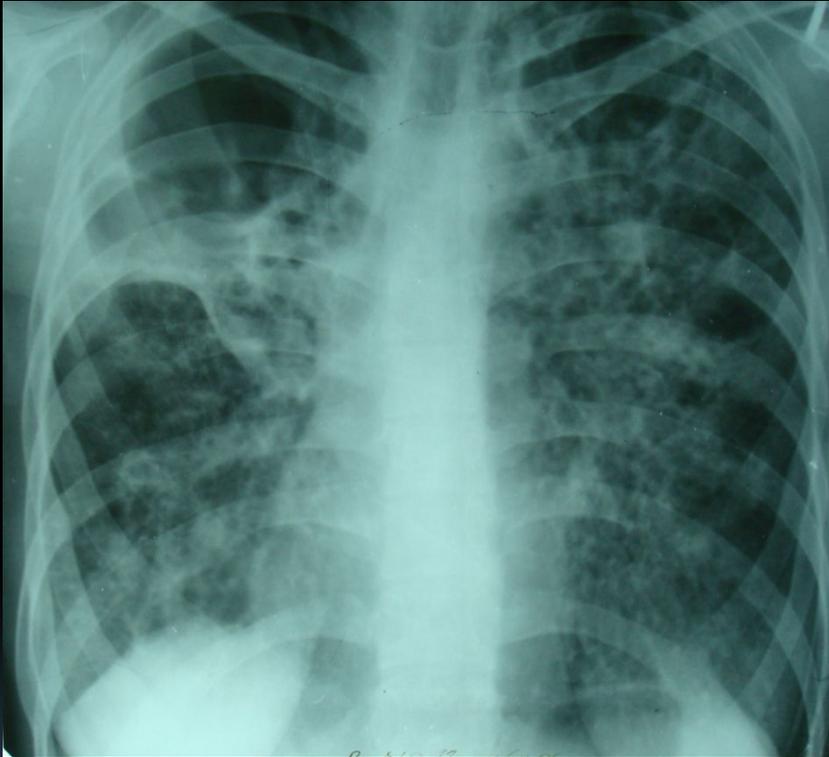
Инфильтративный
туберкулез верхней
доли правого легкого в
фазе распада
(округлый инфильтрат)
МБТ (+)

Несвоевременное выявление

Диссеминированный
туберкулез легких в
фазе инфильтрации и
распада
МБТ(+)



Запущенные формы



Фиброзно-кавернозный
туберкулез легких

В фазе инфильтрации и
обсеменения

МБТ (+)

ВИДЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

ПЕРВИЧНАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
МЕДИКО-САНИТАРНАЯ ПОМОЩЬ

ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНАЯ
СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ
ПОМОЩЬ

ТУБКАБИНЕТ



ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ
ДИСПАНСЕР



ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ
СТАЦИОНАР



НИИ ТУБЕРКУЛЕЗА

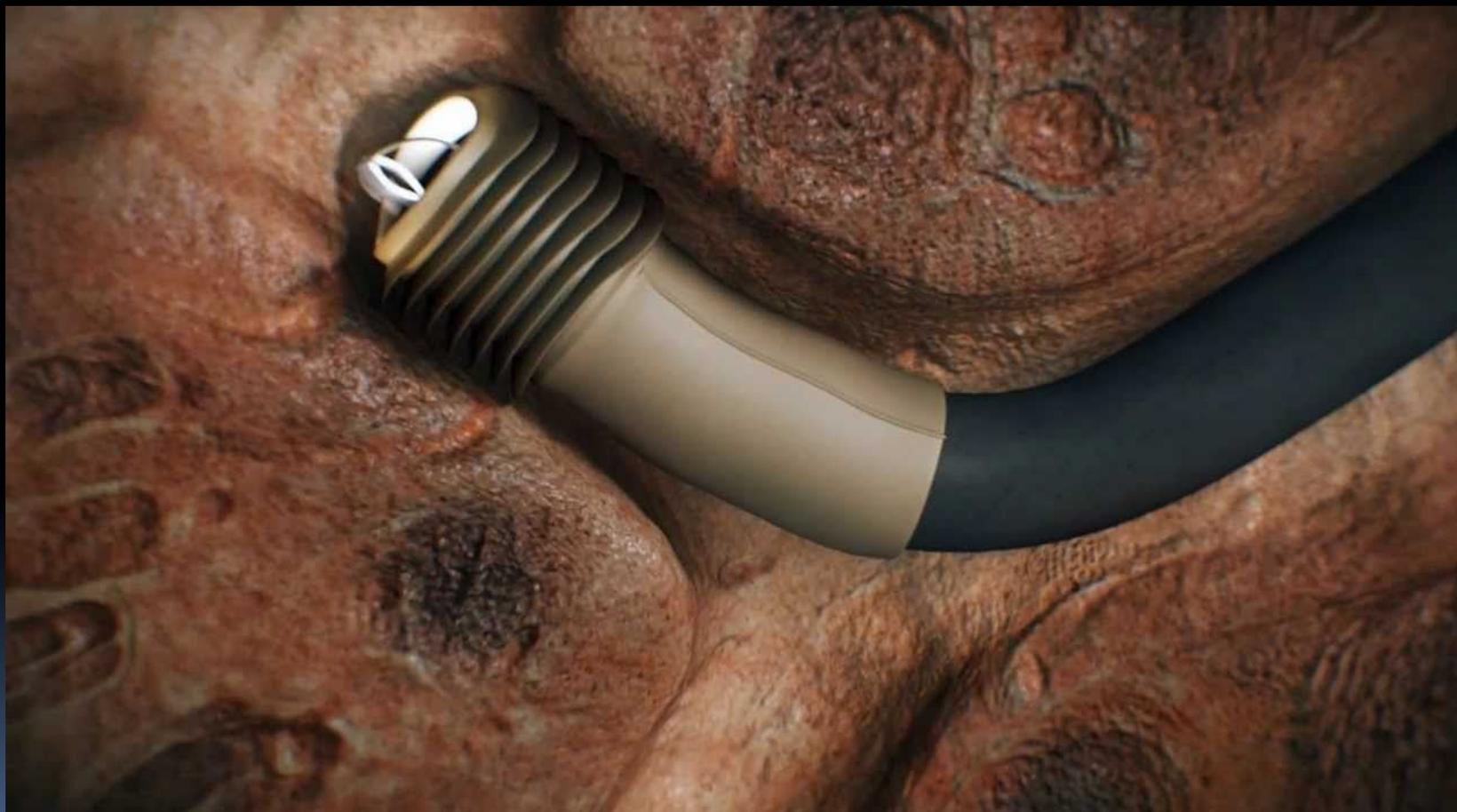
НИИИТ



ГОКТБ



Клапанная бронхоблокация



ГОНКТЪ



Постановление Правительства РФ от 8 апреля 2017 г. № 426
“Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц,
инфицированных вирусом иммунодефицита человека, и
ФЕДЕРАЛЬНОГО РЕГИСТРА ЛИЦ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ”

- Регистры являются федеральными информресурсами и ведутся Минздравом России в электронном виде. Региональные сегменты регистров при этом ведутся органами власти регионов в сфере охраны здоровья.
- В регистрах содержатся паспортные данные пациента, адрес места жительства, диагноз, сведения об инвалидности, результаты диспансерного наблюдения и сведения об оказанной медицинской помощи, информация об отпуске лекарств и др.
- Организации, оказывающие медпомощь, подают эти данные в уполномоченный орган региона, на территории которого проживают пациенты (организации, находящиеся в ведении федеральных органов власти, - в соответствующий федеральный орган власти). Это делается посредством ФГИС "Единая система идентификации и аутентификации в инфраструктуре, обеспечивающей информационно-технологическое взаимодействие информационных систем, используемых для предоставления государственных и муниципальных услуг в электронной форме". Сведения представляются в течение 3 рабочих дней с даты установления врачом диагноза или получения им актуализированных данных о пациенте.
- Орган власти размещает полученные сведения в региональном или федеральном сегменте не позднее 10-го числа месяца, следующего за месяцем их представления.

Принцип диспансерной группировки

- Больные и пациенты распределяются по группам, разнородным по клиническим и эпидемиологическим признакам;
- Группировка контингентов диспансера предусматривает ряд общих тактических положений в отношении лиц, наблюдаемых в той или иной группе учета;
- Группировка систематизирует учет больных и регулярность диспансерного наблюдения.
- Группировка контингентов позволяет планировать и осуществлять дифференцированные лечебные и профилактические мероприятия по отношению к каждой группе;
- **Принудительное** диспансерное наблюдение возможно только в отношении **больных активной формой туберкулеза**, все остальные будут наблюдаться только по желанию. Решение о том, в какую группу диспансерного наблюдения зачислить пациента и на какой срок, – принимает врачебная комиссия.

контингенты взрослых, наблюдаемые в диспансере, делятся
на 5 групп,
контингенты детей и подростков - на 7 групп

Группы диспансерного учета

- ▣ 0 – лица с подозрением на туберкулез
- ▣ 1 – больные туберкулезом, получающие лечение
- ▣ 2 – больные туберкулезом, не получающие лечение
- ▣ 3 – КЛИНИЧЕСКОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ
- ▣ 4 – КОНТАКТЫ
- ▣ 5, 6 – ДЕТИ И ПОДРОСТКИ

0 группа ДУ

Требуется дополнительное обследование

Лица, инфицированные ВИЧ, нуждающиеся
в проведении пробной химиотерапии с
целью исключения (подтверждения)

До 4-х недель

I группа ДУ

АКТИВНЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗ
ЛЮБОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

Получают лечение по любому режиму
химиотерапии

МБТ (+) и МБТ (-)

II группа ДУ

АКТИВНЫЕ ФОРМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА
ЛЮБОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ
С ХРОНИЧЕСКИМ ТЕЧЕНИЕМ

II А — может быть достигнуто клиническое
излечение

II Б — симптоматическое лечение

III группа ДУ

ИЗЛЕЧЕННЫЕ ОТ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЮБОЙ
ЛОКАЛИЗАЦИИ

Без остаточных изменений

С малыми (1 год)

+ВИЧ 3 года

При наличии отягощающих факторов

или большими

остаточными изменениями (3 года)

- +ВИЧ 5 лет

IV группа ДУ

КОНТАКТ С ИСТОЧНИКОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

IV А — бытовой и производственный
в течение всего срока контакта

- МБТ+ +1 год
- ВИЧ +2 года после излечения источника
- умершие +2 года после смерти источника
- дети 5 лет

IV Б — профессиональный +1 год

IV В — с сельскохозяйственными животными
1 год, ВИЧ -3 года

V группа ДУ

ДЕТИ И ПОДРОСТКИ С ОСЛОЖНЕНИЯМИ
ПОСЛЕ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ
ПРИВИВОК

V А- генерализованными и
распространенными (до 18 лет)

V Б- локальными и ограниченными (1 год)

VI группа ДУ

ПОВЫШЕННЫЙ РИСК ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛОКАЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

VI А- с измененной чувствительностью
иммунологических проб

(вираж туберкулиновых проб) 1 год

- из групп мед и соц риска - 2 года
- при усилении - 3 года

VI Б- с впервые выявленными остаточными
посттуберкулезными изменениями

1 ГОД

- БОИ и из групп риска- до 18 лет

ПРОФИЛАКТИКА

Социальная

Специфическая

Санитарная



Вакцинация

Химио
профилактика

Санпросвет
работа
ЗОЖ

САНИТАРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- Предохранение здоровых людей – наиболее уязвимых контингентов населения от пациентов с заразными формами туберкулеза.
- Ограничение допуска лиц, больных туберкулезом, к работе в некоторых профессиях: родильные дома, лечебно-профилактические, воспитательные, оздоровительные, и спортивные учреждения для детей и подростков, школы, пищевая промышленность, предприятия общественного питания, коммунального хозяйства, общественный транспорт



САНИТАРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- СОЦИАЛЬНЫЕ
 - ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИЕ
 - ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ
МЕРОПРИЯТИЯ В ОЧАГАХ
ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ
- 



САНИТАРНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- Санитарно-просветительная работа
 - Гигиенические навыки
 - Необходимость регулярного обследования
- 

Санитарная профилактика

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ ОЧАГ

▣ **степень опасности**

- ▣ I
- ▣ II
- ▣ III
- ▣ IV
- ▣ V

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ

1. Лечение бактериовыделителя
2. Обследование контактных лиц
3. Дезинфекция (текущая, заключительная)

ЭПИДЕМИЧЕСКИЙ ОЧАГ ТУБЕРКУЛЕЗА

место пребывания **больного туберкулезом** вместе с окружающими его людьми и предметами внешней среды в тех пределах **времени и пространства**, в которых **возможно возникновение новых заражений и заболеваний**

Источники бактериовыделения:

-  больные люди – антропонозный очаг
-  больные животные – зоонозный очаг

Границы очага:

Пространственные – жилище больного, место его работы, учебы, лечения и т. д., а также группы людей, с которыми он общается постоянно или временно

Временные (2 срока) – весь период общения с источником бактериовыделения и продолжительность инкубации у контактных (1-2 года)

Городской очаг (территориальный очаг) – размытые контуры, многочисленные контакты: бытовые, транспортные, производственные и др. (лестничная клетка, **подъезд**, двор) городской

ОЧАГИ С НАИБОЛЬШИМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ

БАКТЕРИОВЫДЕЛИТЕЛЬ+

1. дети, подростки
2. несоблюдение санитарно-гигиенических правил
3. тяжелые бытовые условия (общежитие, многонаселенная коммунальная квартира)
4. детские, подростковые учреждения, дома-интернаты, другие учреждения закрытого типа

ОЧАГИ С МЕНЬШИМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ

Бактериовыделитель, проживающий

1. В отдельной квартире
2. Без детей и подростков
3. Выполняющий санитарно-гигиенический режим

ОЧАГИ С МИНИМАЛЬНЫМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ

1. Больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного бактериовыделения при взятии на учет, проживающие с детьми и подростками.

2. Больные

внелегочными локализациями туберкулеза с выделением МБТ и без выделения МБТ с наличием язв и свищей.

ОЧАГИ С ПОТЕНЦИАЛЬНЫМ РИСКОМ ЗАРАЖЕНИЯ

1. Больные активным туберкулезом органов дыхания, у которых в результате лечения прекратилось бактериовыделение (условные бактериовыделители), проживающие без детей и подростков и не имеющие отягощающих факторов
2. Больные, не выделяющие МБТ, выбывшие (умершие)



ОЧАГИ ЗООНОЗНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА

- Больные туберкулезом животные
- 

РЕГИСТРАЦИЯ И УЧЕТ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА

УЧЕТНАЯ ФОРМА 089/у-00 на больного с впервые в
жизни установленным диагнозом туберкулеза

В 3-Х ДНЕВНЫЙ СРОК

В территориальный орган госсанэпиднадзора ЦГиЭ

В ПТД по месту жительства больного

При выявлении МБТ(+)

«Экстренное извещение» (ф.058/у) в течение 24 час

В районный (городской) ЦГиЭ

В ПТД по месту прописки, фактического проживания,
работы больного

ЦГиЭ

«Журнал учета инфекционных заболеваний»

Ф.060/у

Домовая картотека

Картотека заболеваний

Ежемесячная сверка с ПТД о взятых на учет и снятых с учета

Остальное 2 раза в год

«Карта эпидемиологического наблюдения за очагом туберкулеза»

ПЕРВИЧНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ

По месту жительства – не позднее **3-х** дней

По месту работы – не позднее **7-и** дней

Первичное обследование контактных
– в течение **14** дней

ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ

1. Лечение больного
2. Обследование контактных, их учет (IV группа), химиопрофилактика
3. Проведение дезинфекции
 - Текущей
 - Заключительной

Дезинфекция

- **ТЕКУЩАЯ** – проводится регулярно (ежедневно) силами проживающих, пока бактериовыделитель продолжает находиться в очаге
- **ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ** – проводится однократно после госпитализации /смерти/излечения бактериовыделителя или 1-2- раза в год, если бактериовыделитель продолжает находиться в очаге, санэпидслужбой

ТЕКУЩАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ

При текущей дезинфекции **обработке** **подлежат:**

- Выделения больного (мокрота)
- Посуда больного
- Белье больного
- Все горизонтальные поверхности (пол, столы, полки, подоконники)
- Выключатели, ручки дверей, окон
- Места общего пользования (ванная, раковины, унитазы)

ТЕКУЩАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ

- При этом выделения (мокрота) должны собираться в специальную баночку темного стекла с притертой крышкой (плевательницу), на 1/3 заполненную дезинфицирующим раствором, затем обрабатываться несколько часов и только после этого вливаться в унитаз!
- Посуда и белье также выделяются отдельно для больного, обрабатываются отдельно от всех остальных
- Оптимально – отдельная комната

ТЕКУЩАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ

- При уборке помещения и обеззараживании посуды и вещей родственники должны одевать специально выделенную одежду, косынку, перчатки
- При смене белья - надевать маску из 4-х слоев марли
- Квартиру ежедневно убирают с дезсредствами при открытых дверях и окнах
- Предметы ухода за больным и уборочный инвентарь обеззараживают после каждого использования

ДЕЗИНФЕКЦИЯ МОКРОТЫ

2% РАСТВОР СОДЫ, КИПЯЧЕНИЕ 15-20 МИНУТ

5% РАСТВОР ХЛОРАМИНА 6-12 ЧАСОВ

2,5% РАСТВОР АКТИВИРОВАННОГО ХЛОРАМИНА
2 ЧАСА

20% РАСТВОР ХЛОРНОЙ ИЗВЕСТИ 2 ЧАСА



ДЕЗИНФЕКЦИЯ СТОЛОВОЙ ПОСУДЫ

2% РАСТВОР СОДЫ, КИПЯЧЕНИЕ 15-20 МИНУТ

2% РАСТВОР ХЛОРАМИНА 4 ЧАСА

0,5% РАСТВОР
АКТИВИРОВАННОГО ХЛОРАМИНА 1 ЧАС



ДЕЗИНФЕКЦИЯ БЕЛЬЯ

2% РАСТВОР СОДЫ, КИПЯЧЕНИЕ 15-20 МИНУТ

5% РАСТВОР ХЛОРАМИНА 4 ЧАСА

1% РАСТВОР
АКТИВИРОВАННОГО ХЛОРАМИНА 1-2 ЧАСА
КАМЕРНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ



ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ

При заключительной дезинфекции **камерной обработке подлежат:**

- Верхняя одежда пациента
- Матрас, подушки, одеяла
- Ковры

А также

- Помещение

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ

- Поводится специализированными организациями не позднее 24 часов с момента получения заявки (дезостанции)
- Заявку оформляет участковый фтизиатр по согласованию с проживающими
- осуществляется во всех случаях выбытия больного из домашнего очага (в больницу, санаторий, при изменении места жительства, выбытии больного из очага на длительный срок, смерти больного).

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ

- **Внеочередная** заключительная дезинфекция в очагах туберкулеза проводится
 - перед возвращением родильниц из роддома,
 - перед сносом домов, где проживали больные туберкулезом,
 - в случае смерти больного от туберкулеза на дому (в том числе и когда умерший не состоял на учете в противотуберкулезной медицинской организации).

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ

ДЕЗИНФЕКЦИЯ

Проведение заключительной дезинфекции

силами специализированных организаций

осуществляется **не реже 1 раза в год:**

- в местах проживания больных заразными формами туберкулеза;

- в случае проживания в очаге детей и подростков;

- в коммунальных квартирах, общежитиях, казармах, тюрьмах;

- при наличии в очаге лиц, страдающих наркоманией, алкоголизмом, психическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированных.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ

ДЕЗИНФЕКЦИЯ

Проведение заключительной дезинфекции

организациями, осуществляющими
деятельность по профилю

"дезинфектология" осуществляется:

- в детских дошкольных и общих образовательных организациях, детских и подростковых организациях, в организованных воинских коллективах, медицинских организациях нетуберкулезного профиля, стационарных учреждениях социального обеспечения - в случае выявления больного активной формой туберкулеза;
- по месту работы больного с установленным выделением микобактерий туберкулеза и в стадии распада без выделения микобактерий туберкулеза.



Оценку очага, обучение правилам поведения, проведения дезинфекции, а также контроль за состоянием очага, соблюдением санитарно-эпидемического режима, своевременностью обследования контактных и лечением

бактериовыделителя проводят врач и медицинская сестра участковой фтизиатрической службы, эпидемиолог

Частота посещения ими очага зависит от степени его эпидопасности

КОНТАКТЫ

По месту жительства – проживающие в одной квартире (семья, соседи)

По месту работы – работающие на расстоянии 1,5-2 м, пользующиеся одним производственным инструментом (тесный контакт)

В детских учреждениях – все, кто в течение 6 мес до выявления больного общался с ним

А также бытовые, родственные, транспортные, случайные, возможные.

ЧАСТОТА ПАТРОНАЖА И ДЕЗИНФЕКЦИЯ В ОЧАГАХ

Группа очагов	Посещение очага			Дезинфекция в очаге	
	Фтизиатр ом	Мед сестрой	Эпидемио логом	Текущая	Заключительн ая
I	1 раз в квартал	1 раз в месяц	1 раз в полгода	Ежедневно с дезсредствами	1-2 раза в год
II	1 раз в полгода	1 раз в квартал	1 раз в год	Ежедневно с дезсредствами	1 раз в год
III	1 раз в год	1 раз в полгода	1 раз в год	Ежедневно влажная	По показаниям
IV	По показани ям	По показаниям	По показани я	Ежедневно влажная	Не проводится
V	1 раз в полгода	По показаниям	1 раз в полгода	Вет правила	В соответствии с ветеринарным и правилами

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

Выделены средства для **бесплатного** амбулаторного, стационарного и санаторного лечения

Приобретение флюорографической пленки

Разрешен больничный лист до 12 месяцев с сохранением работы больного до года и 100% его оплатой с первого дня

Санаторные группы в яслях и детских садах

СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА

- Оздоровление условий труда и быта
- Формирование здорового образа жизни
- Нормативная регуляция миграции
- Борьба с алкоголизмом и наркоманией
- Социальная поддержка малоимущих, бездомных, прибывших из мест лишения свободы
- Соблюдение санитарно-гигиенических норм во ФСИН

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА

- ВИЧ-инфицированные с количеством CD4 менее 350 клеток/мкл – 3-6 мес 1-2 ХП + вит.В6 до увеличения количества CD4)
- Дети с РППТИ – однократно 2-6 мес. 2-3ХП
- Лицам из бытового контакта с больным активным туберкулезом с бактериовыделением

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА

- Пациентам, начинающим терапию ингибиторами ФНО-альфа
- Находящимся на диализе
- Готовящимся к переливанию крови и трансплантации органов
- С силикозом
- Лицам из бытового контакта с больным активным туберкулезом с бактериовыделением

ХИМИОПРОФИЛАКТИКА

Препараты	Длительность	Кратность приема	Дозировки
Изониазид	6 или 9 мес	Ежедневно	5-10 мг/кг в день
Рифампицин	4 мес	Ежедневно	10 мг/кг в день
Изониазид и Рифампицин	3 мес	Ежедневно	H5-10 мг/кг в день R5-10 мг/кг в день
Изониазид и рифапентин	3 мес	1 раз в неделю 12 доз	Независимо от веса H900/Rp900
Изониазид и рифапентин	1 мес	Ежедневно 28 доз	Независимо от веса H300/Rp600
Левифлоксацин для лиц из контакта с МЛУ ТБ	6 мес	Ежедневно	< 46 кг, 750 мг/сутки; >45 кг, 1г/сутки

ВАКЦИНА БЦЖ

- ЖИВАЯ
 - 10-30 млн микробных тел в 1 мг
 - 0,05 мг в 0,1 мл для внутрикожного введения
-
- БЦЖ-М
 - 10-20 млн микробных тел в 1 мг
 - 0,025 мг в 0,1 мл для внутрикожного введения

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРИВИВКИ БЦЖ

- После отрицательной Манту в течение 3 дней
- Осмотр врача
- Обученная медсестра
- Ознакомление с инструкцией
- В присутствии врача



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ВАКЦИНАЦИИ

- Вес менее 2500 г
- Внутриутробная инфекция
- Гнойно-септические заболевания
- Гемолитическая болезнь новорожденных
- Поражения нервной системы
- Генерализованные кожные поражения
- Генерализованная БЦЖ-инфекция у других детей в семье
- ВИЧ-инфекция у матери
- Туберкулез у матери

МЕСТНЫЕ ПРИВИВОЧНЫЕ РЕАКЦИИ



ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ РЕВАКЦИНАЦИИ

- Наличие противотуберкулезного иммунитета (переболевшие, инфицированные)
- Сомнительные реакции Манту
- Осложнения на предыдущие введения БЦЖ
- Острые заболевания
- Обострение хронических заболеваний, в том числе аллергических до 1 месяца после выздоровления/ремиссии
- Иммунодефициты, злокачественные новообразования

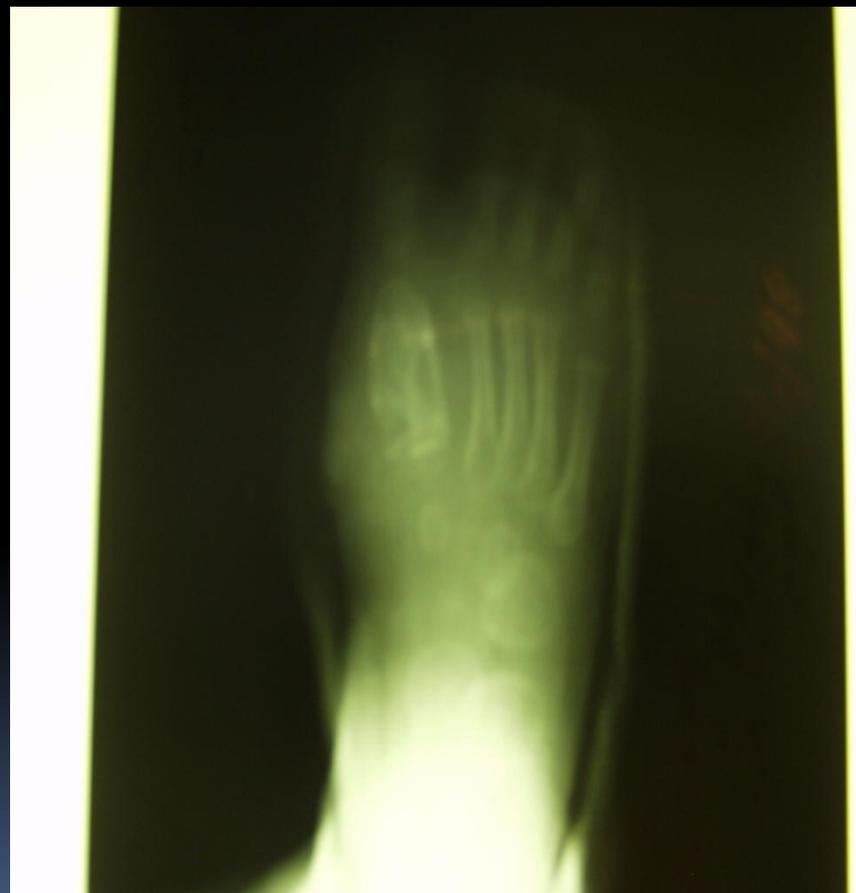
ОСЛОЖНЕНИЯ БЦЖ

- Локальные (инфильтрат, холодный абсцесс, лимфангит, регионарный лимфаденит, язва, келоидный рубец)
- Диссеминированная БЦЖ-инфекция (оститы, лимфаденит более 2-х групп регионарных лимфоузлов)
- Генерализованное поражение с летальным исходом
- Пост-БЦЖ-синдром аллергического характера в первые 24-48 ч

Локальные осложнения



Диссеминированные осложнения БЦЖ ОСТИТ



Диссеминированные осложнения ПОСТВАКЦИНАЛЬНЫЙ



РОЛЬ ТЕРАПЕВТА

- Санпросвет работа, пропаганда ЗОЖ
- Лечение заболеваний, предрасполагающих к туберкулезу
- Контроль регулярности прохождения профосмотров (ФЛГ) населением, особенно из групп риска
- При подозрении на туберкулез дообследование (клинический минимум) и направление к фтизиатру

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Приказ МЗ РФ №932н от 15 ноября 2012 года об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом в РФ
- Приказ от 24 марта 1993 г. № 47/25 Об изменении сроков ревакцинации против туберкулеза. Министерство Здравоохранения и Социального Развития РФ.
- Приказ МЗ РФ №127н от 13.03.19 «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 и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н»
- Федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению туберкулеза органов дыхания - М. – Тверь: ООО «Издательство «Триада», 2018. – 56с.
- Постановление Правительства РФ №892 от 25.12.2001 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в РФ»
- Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 22.10.2013 N 60
"Об утверждении санитарно-эпидемиологических правил СП 3.1.2.3114-13 "Профилактика туберкулеза« (Зарегистрировано в Минюсте России 06.05.2014 N 32182)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2017 г. № 124н "Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза"

- **ФЗ №77** от 18 июня 2001 г. «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» глава III, ст.9 «Диспансерное наблюдение» (ред. от 27.07.2010)
- **Приказ Минздрава России №109** от 21 марта 2003 г. «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ» (приложение №1 «инструкция по централизованному контролю за диспансерным наблюдением больных туберкулезом», приложение №12 «Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза»)
- **Постановление Правительства РФ № 426** от 8 апреля 2017 г. «Об утверждении Правил ведения Федерального регистра лиц, инфицированных ВИЧ, и Федерального регистра лиц, больных туберкулезом»
- **Приказ Минздрава России №932н** от 15 ноября 2012 г. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным ТБ» (...организация деятельности..., рекомендуемые штатные нормативы...стандарт оснащения... ПТД, амбулаторного отделения ПТД, фтизиатрического кабинета туб. больницы, Центра..., кабинета противотуберкулезной помощи больным ВИЧ-и и др.)
- **Приказ Минздрава России №951** от 29 декабря 2014 г. «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ