

ТЕМА 2.
ВЫЯВЛЕНИЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У
ВЗРОСЛЫХ
ЧАСТЬ 1

Лекция

доцент к.м.н. Исаева Н.Ю.

ЦЕЛЬ:

**ОСВОЕНИЕ МЕТОДОВ
КОНТРОЛЯ ЗА
ПРАВИЛЬНОСТЬЮ
ДЕЙСТВИЙ МЕДИЦИНСКИХ
РАБОТНИКОВ ОЛС**



Постановление Правительства РФ

от 25.12.01

№892

- **Порядок и сроки медицинских осмотров населения для выявления туберкулеза (№77-ФЗ, статья 8)**

Государственная политика

Санитарно-эпидемиологические правила

"Профилактика туберкулеза"

от 25.06.2003

СП 3.1.1295-03

СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза"

II. Выявление больных туберкулезом

- 2.1. Выявление больных туберкулезом осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники ..., независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности учреждения.**
- 2.2. При обращении пациентов с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом, им проводят полное клиническое обследование с обязательным проведением рентгенологического и бактериологического (микроскопия мазка мокроты и другого патологического материала) исследований.**
- 2.3. При обнаружении признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях постановки диагноза в течение 3 дней его направляют в противотуберкулезный диспансер по месту жительства.**

МЕТОДЫ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

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

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

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

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

«Обязательные контингенты»

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

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

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

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

«Угрожаемые контингенты»

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

В число данных контингентов входят группы*:

1/ социального риска:

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

2/ медицинского риска:

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

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

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

2 раза в год обследуются рентгенофлюорографически:

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

Основные причины несвоевременной диагностики туберкулеза в учреждениях общей лечебной сети:

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

АЛГОРИТМ ВЫЯВЛЕНИЯ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В ОБЩЕЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ

Наличие у больного одной из следующих немотивированных жалоб или их сочетания: кашель с мокротой, гипертермия, слабость, потливость, одышка, кровохарканье, потеря веса, боли, связанные с дыханием - в течение 3 недель и более



Больные с острым воспалительным заболеванием легких

1. Анамнез
3. Рентгенограмма органов грудной клетки

2. Клиническое обследование
4. Исследование 3 проб мокроты 3 дня подряд методом микроскопии мазка по Цилю-Нильсену

Результат положительный

Перевод в противотуберкулезное учреждение для проведения химиотерапии

Результат отрицательный

Лечение антибиотиками, как пневмонию

Через 2 недели

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

Результат положительный

Перевод в противотуберкулезное учреждение для проведения химиотерапии

Результат отрицательный

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

Результат положительный

Перевод в противотуберкулезное учреждение для проведения химиотерапии

Результат отрицательный

Продолжить лечение, как пневмонию

ФЛГ

- **Флюорография** – распространенный диагностический метод, который применяется прежде всего для скрининга туберкулеза и злокачественных новообразований лёгких (флюорография органов грудной клетки), а также для исследования других органов. Также метод флюорографического исследования грудной клетки позволяет выявить патологию костного скелета, сердца, крупных сосудов, диафрагмы.
- **Основная задача флюорографии** - проведение массовых обследований населения для выявления скрыто протекающих заболеваний - выполняется как в флюорографических кабинетах поликлиник, медсанчасть, противотуберкулезных диспансеров, больниц, так и с помощью передвижных флюорографических установок, смонтированных на специальных транспортных средствах. Достоинства метода: высокая пропускная способность флюорографических кабинетов, относительно небольшая лучевая нагрузка при исследовании легких, возможность хранения флюорограмм, что позволяет сравнивать рентгеновскую картину у одних и тех же лиц в динамике

- ▣ **Флюорографическое исследование** как вид рентгенодиагностики впервые был продемонстрирован Дж.Блейер в 1896 г., спустя 1 год после открытия рентгеновских лучей, он так же сконструировал первый фотофлюороскоп. Однако по ряду технических причин до тридцатых годов флюорография не могла получить широкое применение.

Следует отметить, что вновь открытая методика с первых шагов была нацелена **на раннее выявление туберкулеза легких**. В начале века эта болезнь была одной из самых распространенных в мире и в России, а способы диагностики были недостоверны.

Массовая апробация флюорографии как метода выявления туберкулеза легких в России впервые была проведена **в 1947 – 48 годах в городе Павлово-Посаде** Московской области. В результате было выявлено большое количество больных туберкулезом людей, считавших себя здоровыми. Это доказало **эффективность метода**, что в свою очередь дало толчок к совершенствованию технических основ флюорографии - оптики, экранов, генераторов и т. д., т. е. созданию новых флюороаппаратов и их массовому серийному производству.

Виды флюорографии

- Традиционная флюорография – это метод рентгенодиагностики, заключающийся в фотографировании теневого изображения с экрана на фотопленку относительно небольших размеров. Это, казалось бы, незначительное усовершенствование обычной рентгеноскопии сделало флюорографию весьма и весьма популярной.
Популярность флюорографии обеспечивалась и обеспечивается следующими факторами:
 - Большая пропускная способность (до 1 человека в минуту), что позволяет широко охватить любой контингент населения для исследования;
 - низкие затраты на одно исследование;
 - низкие лучевые нагрузки на персонал и пациентов;
 - удобное хранение архивов.
- - Цифровая флюорография явилась огромным шагом вперед по сравнению с классической пленочной методикой.
Основными преимуществами цифровых флюорографов являются:
 - высокая информативность изображения,
 - минимальная доза при обследовании,
 - удобство архивирования и извлечения данных, отсутствие рентгеновской пленки и химикатов.
 - Высокая пропускная способность аппаратуры
 - Низкая стоимость одного обследования
- Современные флюорографы – максимально информативные и безопасные приборы, позволяющие быстро и эффективно выявить нуждающихся в лечении при массовом обследовании населения.

Повышение Эффективности флюорокартоек

- *регулярная сверка полноты охвата населения картотечным учетом по территориально-производственному принципу,*
- *дифференциация карточек по кратности прохождения обследования.*
- *отражение в картотеке данных о прохождении рентгенологического исследования грудной клетки, независимо от места и вида (рентгенография или флюорография) исследования,*
- *автоматизация отбора длительно (более 2 лет) не проходящих обследование.*

ВЫЯВЛЕНИЕ ПО ОБРАЩЕНИЮ С ЖАЛОБАМИ

ОЛС: Сбор жалоб и анамнеза

- Контакт с больным туберкулезом, туберкулез в анамнезе
- Симптомы, характерные для туберкулеза
- Принадлежность к группе повышенного риска развития туберкулеза.

ОЛС: Симптомы туберкулеза легких

- Кашель с мокротой в течение трех недель и более.**
- Потеря массы тела, снижение аппетита**
- Утомляемость**
- Субфебрильная температура, чаще вечером**
- Ночные поты**
- Боли в груди**
- Одышка**
- Кровохарканье , лег. кровотечение**

ОЛС: Симптомы внелегочного туберкулеза

- Общие:

- Потеря массы тела
- Субфебрильная температура
- Ночные поты

- Зависящие от пораженного органа, например:

- Лимфатические узлы – припухлость, иногда свищи с гнойным отделяемым.
- Суставы – боль и припухлость суставов.
- Менингит – головная боль, ригидность задне-шейных мышц, сонливость.

ВЫЯВЛЕНИЕ ИЗ ГРУПП РИСКА

СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза"

III. Организация раннего выявления туберкулеза у взрослого населения

3.1. Профилактическим медицинским осмотрам подлежат граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства (далее - население).

3.3. При проф. осмотрах населения используют методы, методики и технологии проведения медицинского обследования, утв. МЗ РФ.

3.4. Население проходит профилактические медицинские осмотры не реже 1 раза в 2 года.

3.9. Планирование, организацию и учет профилактических медицинских осмотров **по данным индивидуального учета населения** обеспечивают руководители медицинских организаций.

СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза"

3.5. По эпид. показаниям проф. осмотры проходят 2 РАЗА В ГОД:

- военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;
- работники родильных домов (отделений);
- лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции;
- лица, снятые с диспансерного учета в противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, - в течение первых 3 лет;
- лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания;

- ВИЧ-инфицированные;
- пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;
- лица, освобожденные из СИЗО и исправительных учреждений,
в течение первых 2 лет после освобождения;
- подследственные в СИЗО и осужденные в учреждениях УИС.

СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза"

3.6. По эпид. показаниям проф. осмотры проходят 1 раз в год:

- **больные хр. неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;**
- **больные сахарным диабетом;**
- **лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;**
- **лица БОМЖ;**
- **мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы;**
- **лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий;**
- **работники учреждений социального обслуживания для детей и подростков;**
- **работники леч.-проф., сан.-кур., образовательных, оздоровительных и спортивных учр. для детей и подростков.**

СП 3.1.1295-03 "Профилактика туберкулеза"

3.7. Во внеочередном порядке проф. осмотры проходят:

- лица, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью с **подозрением на заболевание туберкулезом**;
- лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными;
- граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту;
- лица, у которых диагноз - ВИЧ-инфекция установлен впервые.

ИССЛЕДОВАНИЕ МОКРОТЫ

- Микроскопические исследования материала на туберкулез проводят по методу Циля-Нельсена [по имени немецких учёных Ф. Циля (F. Ziehl, 1882) и Ф. Нельсена (F. Neelsen, 1884)],

Как правильно собирать мокроту

- Мокроту следует собирать в специально оборудованном, хорошо проветриваемом помещении или на улице, в специально отведенном изолированном месте.
- Медицинский работник, контролирующий сбор мокроты, должен быть в защитной маске и стоять сбоку от больного или наблюдать за процессом через стеклянную дверь комнаты для сбора мокроты. Поток воздуха должен быть направлен от медработника к пациенту. Никогда не стойте перед кашляющим больным!
- Для получения мокроты больной должен сделать несколько глубоких вдохов и выдохов, задержать дыхание и резко выдохнуть.
- Если у больного в данный момент нет мокроты, повторите попытку сбора мокроты через некоторое время.

Как правильно собирать мокроту

- Сбор мокроты, содержащей МБТ, проводится в специально подготовленном помещении больницы или в амбулаторных условиях. Собранные образцы должны быть немедленно отосланы для микробиологического исследования.
- Для этого необходимо использовать специальные контейнеры. Они должны быть прочными, устойчивыми к разрушению, иметь широкую горловину с герметически завинчивающейся пробкой, чтобы предотвратить случайное вытекание из нее содержимого.
- Существует два типа контейнеров. Один — распространяемый международной организацией UNICEF (Детский фонд ООН) — является пластмассовой пробиркой с черным основанием, прозрачной крышкой, утилизация которого может быть обеспечена сжиганием. На контейнере (не на крышке) отмечаются данные обследуемого.
- Другой тип контейнера сделан из прочного стекла с завинчивающейся крышкой. Такой контейнер может многократно использоваться после дезинфекции, кипячения (10 мин) и полной очистки.
- При сборе образцов риск инфицирования очень большой, особенно когда больной выкашливает мокроту. В связи с этим процедуру необходимо проводить как можно дальше от посторонних лиц и в специальном помещении.

Как правильно собирать мокроту

- Контейнер для сбора мокроты стерileн и открывать его можно только при сплевывании мокроты.
- После того как мокрота попала в контейнер, его надо плотно закрыть крышкой.
- Номер образца пишется на боковой стенке контейнера. Нельзя писать номер на крышке контейнера.
- Хранить контейнеры с собранной мокротой надо в специально отведенном, желательно прохладном месте, а перевозить в специальных плотно закрытых биксах.
- Если вместо мокроты собрана слюна, сбор мокроты следует повторить.
- Накануне вечером, перед сбором утреннего образца мокроты, необходимо почистить зубы. Собрать образец мокроты утром, до утреннего туалета и приема пищи.

Дополнительные процедуры для сбора диагностического материала на МБТ

- **Забор образцов из гортани тампоном.** Оператор должен носить маску и закрытый халат. Язык пациента вытягивается изо рта, одновременно вводится тампон за языковое пространство ближе к гортани. Во время кашля пациента можно собрать часть слизи. Тампон помещается в закрытый сосуд и направляется в бактериологическую лабораторию.
- **Промывные воды бронхов.** Для своевременной диагностики туберкулеза легких и других органов большое значение имеет раннее распознавание поражения бронхов. Для этой цели в практике применяется исследование промывных вод бронхов. Методика получения промывных вод не сложна, но надо помнить о противопоказаниях к ее использованию. Людям старческого возраста промывание бронхов следует делать с большой осторожностью. Процедура противопоказана при бронхиальной астме и явлениях сердечно-легочной недостаточности.

Для получения промывных вод бронхов больному анестезируют дыхательные пути. Гортанным шприцем вводят 15-20 мл физиологического раствора, подогретого до 37 °C. Это усиливает секрецию слизистой бронхов. Откашливая, больной выделяет промывные воды. Их собирают в стерильную посуду и обрабатывают обычным способом для бактериоскопии и посева на средах для выращивания МБТ. Производится исследование отдельного бронха или целого ветвления. Метод бактериоскопии промывных вод и особенно их посев способствует увеличению числа находок МБТ на 11-20%.

Дополнительные процедуры для забора диагностического материала на МБТ

- **Промывные воды желудка.** Промывные воды желудка нередко исследуются у детей, которые не умеют откашливать мокроту, а также у взрослых при скучном количестве мокроты. Метод не труден и дает довольно большой процент обнаружения МБТ в промывных водах желудка у больных не только легочным туберкулезом, но и туберкулезом других органов (кожи, костей, суставов и др.).

Для получения промывных вод больной утром натощак должен выпить стакан кипяченой воды. Затем желудочным зондом собирают воды желудка в стерильную посуду. После этого воды центрифугируют, мазок делают из гнойных элементов полученного осадка, обрабатывают и красят обычным способом, как мокроту.

Дополнительные процедуры для забора диагностического материала на МБТ

- **Исследование спинно-мозговой жидкости.** При подозрении на туберкулезный менингит необходимо в первые дни сделать анализ спинно-мозговой жидкости. При взятии спинно-мозговой жидкости обращается внимание на степень давления, под которым она вытекает из спинно-мозгового канала. Жидкость, вытекающая непрерывной струей и под большим давлением, свидетельствует о повышенном внутричерепном давлении. Жидкость, выделяющаяся крупными частыми каплями, говорит о нормальном давлении, а редкими малыми каплями — о пониженном давлении или о препятствии для ее истечения.
- Материал для исследования берут в две стерильные пробирки. Одну оставляют на холоде, и через 12-24 ч в ней образуется нежная паутинообразная пленка. Из другой пробирки берут ликвор для биохимических исследований и изучения цитограммы.
- **Бронхоскопия.** В том случае, если другие методы не сумели обеспечить постановку диагноза, применяется сбор материала непосредственно из бронхов, через бронхоскоп. Биопсия выстилающих бронхи тканей может иногда содержать типичные для туберкулеза изменения, выявляемые при гистологическом исследовании.
- **Плевральная жидкость.** В плевральной жидкости МБТ могут быть выявлены с помощью флотации, но обычно обнаруживаются только в культуре. Чем большее количество жидкости используется для культурального исследования, тем вероятней положительный результат.

Дополнительные процедуры для забора диагностического материала на МБТ

- **Биопсия плевры.** Биопсия плевры может быть полезна в тех случаях, когда имеется плевральный выпот. Для ее проведения необходимы обученный персонал, средства для проведения гистологического исследования, специальная биопсийная игла.
- **Биопсия легкого.** Биопсия легкого должна выполняться хирургом в стационарных условиях. Диагноз может быть сделан на основе гистологического исследования или обнаружения МБТ в секционном материале.
- **Микроскопия мокроты**
Уже более 100 лет существует самый простой и быстрый метод выявления кислотоустойчивых микобактерий (КУМ) — микроскопия мазка. КУМ — это микобактерии, способные оставаться окрашенными даже после обработки кислотными растворами. Они могут быть выявлены с помощью микроскопа в окрашенных образцах мокроты.

Хранение образцов мокроты

- Срок хранения материала в холодильнике без добавления консервирующих средств не должен превышать 48–72 часов.
- При отсутствии холодильника необходимо использовать химические методы консервации. Образцы мокроты, подвергнутые химической консервации, хранятся 2-3 дня вне холодильника,
и до одной недели в холодильнике.
 - 10 % водный раствор Na3 PO4;
 - 0,05-0,1% раствор хлоргексидина биглюканата (ХГГ);
 - 23% раствор борной кислоты.
- Диагностический материал заливают двумя объемами консерванта.

Недостатки метода

- Недостатком метода является то, что он дает возможность обнаружить МВТ, когда в 1 см³ мокроты содержится не менее 5000-10000 МВТ при условии, что просмотрено 300 полей зрения.
- Если в 1 мл мокроты содержится 100000 микробных тел, то их можно обнаружить, просмотрев 100 полей зрения.
- При небольшом количестве МВТ в мокроте прямая бактериоскопия мазков, окрашенных по методу Циля-Нельсена, неэффективен.
- Исследование мокроты необходимо проводить трехкратно в течение 2-3 дней подряд.

Наименование ЛПУ:
Адрес:
Подразделение:

Приложение № 1
к Приказу МЗ СР РФ
от «___» 20__ № ___
Медицинская документация
учетная форма № 05-ТБ/у

Направление форма № 05-ТБ/у

Направление на проведение микроскопических исследований на туберкулез

1) Фамилия И.О. пациента: _____

2) Год рождения: ____ 3) Пол: М Ж

4) Адрес фактического места жительства (полностью): _____

5) Дата направления: ____ 20____ г.

6) Материал: 1 мокрота, 2 другой _____
(вписывать из перечня на обороте)

7) Цель исследования: диагностика контроль химиотерапии

8) Региональный регистрационный номер пациента: _____

9) Ф. И.О специалиста / подпись: _____

10) Номера образцов материала: 1 _____ 2 _____ 3 _____
(переносятся из журнала регистрации материала, форма №04-1-ТБ/у)

11) Дата сбора образцов: 1 ____ 20____ г. 2 ____ 20____ г.
(методика сбора материала на обороте)
3 ____ 20____ г.

12) Ф. И. О./подпись медработника, собравшего образцы:

13) Лабораторный номер _____

14) Результаты микроскопического исследования

Дата проведения исследования	Образец	Отрицательный результат	Положительный результат (степень)				Примечание
			Единичные*	1+	2+	3+	
1	2	3	4	5	6	7	8
	1		КУМ*				
	2		КУМ*				
	3		КУМ*				

* Указывается точное количество микобактерий в 100 н/з

15) Дата выдачи результата: ____ 20____ г.

16) Ф. И. О./подпись ответственного лица:

Утверждены приказом
МЗиСР РФ от 02.10.06
№ 690

Алгоритм диагностики туберкулеза



Выявление ТБ

- Приближено к населению
- Чем раньше выявлен больной, тем меньше людей он заразит и тем лучше его прогноз в отношении излечения
- Выявление больных туберкулезом микробиологическими методами:
 - быстро, просто и недорого.
 - с большой долей вероятности подтверждает этиологию заболевания
 - сбор мокроты и ее исследование могут проводится в разных местах
 - сбор мокроты можно осуществлять на дому, на ФАП, в МСЧ, т.е. приблизить к пациенту

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

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

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

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

Принципы составления комплексного плана противотуберкулезных мероприятий

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

СПАСИБО!

