

Министерство здравоохранения Республики Марий Эл
ГБУ РМЭ «Республиканский противотуберкулезный диспансер»
ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Материалы заочной республиканской
научно-практической конференции, посвященной
Всемирному дню борьбы с туберкулезом

Йошкар-Ола
24.03.2022

Печатается по решению оргкомитета конференции

Редакционная коллегия:

Рыжков Л.В. - директор ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж», врач высшей квалификационной категории, Отличник здравоохранения СССР, Заслуженный работник здравоохранения РФ, Заслуженный врач РМЭ, Почетный работник СПО РФ, Действительный государственный советник I класса РМЭ

Козлова О.Н. - заместитель директора по научно-методической работе ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Малинина Н.К. - заместитель директора по учебной работе ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Кудрявцева Н.А. - методист ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Бурдин В.И. - заведующий УВО ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной Всемирному дню борьбы с туберкулезом (Йошкар-Ола, ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж», 2022 г.)

В сборник включены статьи, посвященные вопросам профилактики и лечения туберкулеза

Материалы сборника адресованы работникам системы здравоохранения, обучающимся медицинским специальностям

Тексты не редактируются

Оглавление

<i>Иванов А.А.</i>	Психологическое сопровождение больных туберкулезом.....	4
<i>Мулахмедова А.М.</i> <i>Волкова П.П.</i>	Роль медсестры в профилактике туберкулеза у взрослых и детей...	6
<i>Соколова Н.Г.</i>	Актуальность проблемы туберкулеза в Республике Марий Эл.....	10
<i>Цыганова Д.А.</i> <i>Волкова П.П.</i>	Развитие фтизиатрической службы в РМЭ. Республиканский противотуберкулезный диспансер.....	13
<i>Шарнина Н.А.</i>	Актуальные вопросы профилактики туберкулеза	16
<i>Эренберг В.А.</i>	Организация противотуберкулезной помощи детскому населению в Республике Марий Эл.....	19

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

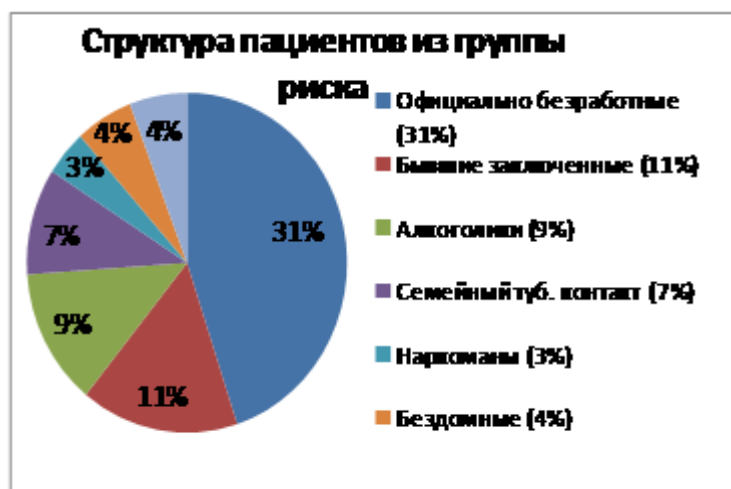
Иванов Алексей Анатольевич, врач-фтизиатр, заместитель главного врача по медицинской части

ГБУ РМЭ "Республиканский противотуберкулезный диспансер"

Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

Установление диагноза «туберкулез» для большинства людей становится шоком. Пациенты порой не всегда сдерживают своих эмоций, впадают в отчаяние или же состояние отрицания, отказываясь слышать какие-либо объяснения и факты, ссылаясь на «ошибку» и т.п. Такие реактивные переживания вполне понятны и объяснимы для более или менее социально адаптированных лиц. А для отдельных групп пациентов подобные ситуации носят диаметрально противоположный характер, что только подчеркивает социальную значимость данного заболевания. Кроме того психическое состояние больных туберкулезом может усугубляться и на фоне специфической терапии.

В ГБУ РМЭ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» проведена работа, целью которой была оценка психического состояния и уровня психологического реагирования пациентов фтизиатрического профиля.



Структура выборки больных туберкулезом:

Мужчины – 75,8% (91 чел.)

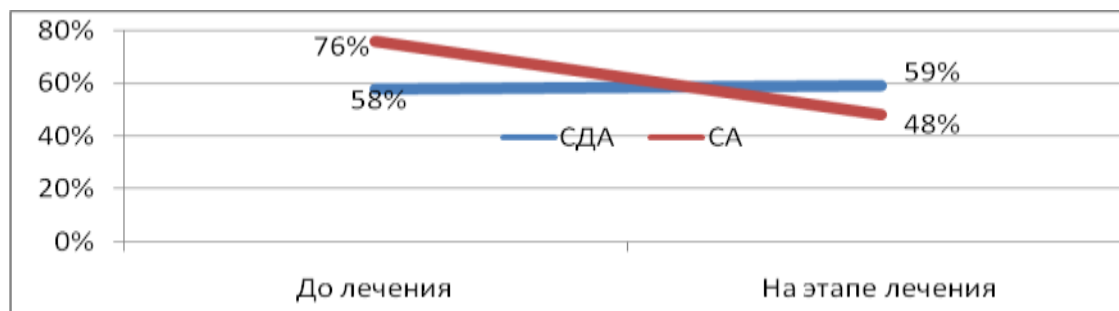
Женщины – 24,2% (29 чел.)

Из них:

69% - из группы риска

65% - социально дезадаптированные

Наличие симптомов депрессии

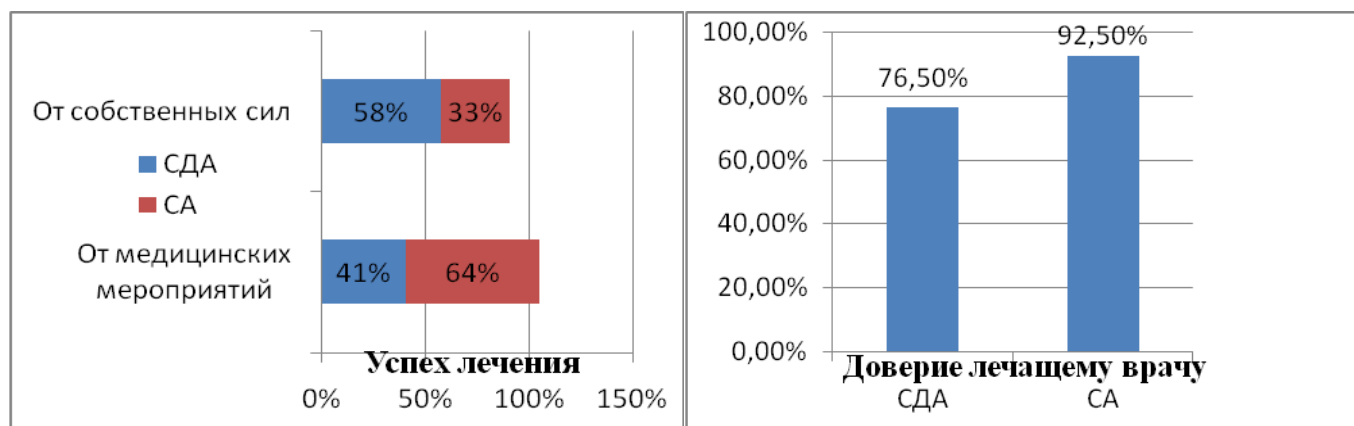


Условные обозначения:

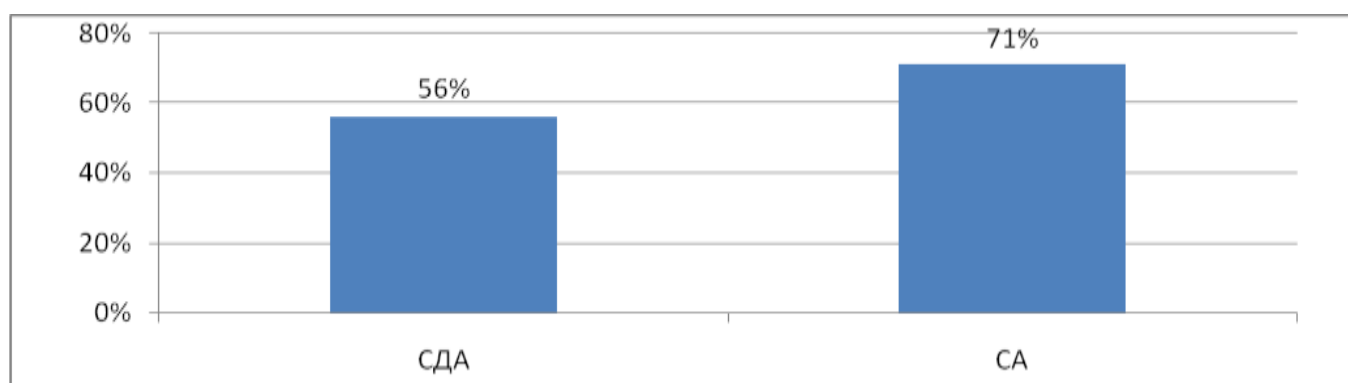
СДА - социально дезадаптированные

СА - социально адаптированные

Республиканская НПК, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом



Из социально дезадаптированных пациентов завершили лечение эффективным курсом 44 чел. или 56%. Из 42 социально адаптированных пациентов эффективно завершили курс лечения 30 чел. или 71%.



Типы отношения к болезни

СА

Гармоничный – 32%
 Анозогностический – 22%
 Эйфорический – 19%

СДА

Эргопатический – 37%
 Эйфорический – 22%
 Апатический – 20%

В ходе работы были сделаны следующие выводы:

- Социальные факторы оказывают непосредственное влияние на уровень психологического реагирования на болезнь, а также течение и исход заболевания. Так социально адаптированные лица более остро реагируют на известие об установлении диагноза «туберкулез». В дальнейшем же, в процессе лечения их реагирование на болезнь сглаживается и настраивается на позитивный лад. Социально дезадаптированные контингенты менее остро реагируют на болезнь в начале заболевания. В процессе же развития болезни чаще возникают депрессивные эпизоды (а также невротические и неврозоподобные реакции).
- Психосоматическое состояние больных туберкулезом также может определяться уровнем социальной адаптации и личностным отношением к болезни, что в итоге

оказывает непосредственное влияние на исход заболевания.

- Среди больных туберкулезом наиболее часто встречаются такие нарушения как неврозоподобный синдром, психастенический синдром, когнитивные расстройства, реже неврастения и психоорганический синдром. У пациентов с психическими нарушениями туберкулез приобретает более затяжной характер. Тяжесть заболевания оказывает непосредственное влияние на психическое состояние пациента и уровень его психологического реагирования.
- Психологическое сопровождение должно вестись с момента установления диагноза «туберкулез» и до самого излечения пациента, а в дальнейшем и снятия с «Д» учета по туберкулезу; на всех этапах оказания медицинской помощи; всеми медицинскими работниками, участвующими в оказании противотуберкулезной помощи.
- Обязательно участие медицинского психолога, в том числе с целью увеличения приверженности больных к лечению, их заинтересованности к возвращению в социум (семье, труду, привычному образу и ритму жизни).
- При необходимости должны привлекаться социальные работники (уход за одинокими, восстановление и оформление документов, решение жилищно-коммунальных вопросов и т.д.).

Туберкулез излечим!

- Об этом должен помнить каждый пациент.
- Медицинские работники готовы сделать все от них зависящее во благо больного.
- Взаимопонимание и доверие — основа коалиции между пациентом и медицинским работником на период лечения и наблюдения.
- Каждый из участников лечебного процесса должен четко выполнять свои функции, включая, в первую очередь, самого пациента.
- Победа будет за нами!

РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА У ВЗРОСЛЫХ И ДЕТЕЙ

Мулахмедова А.М., студентка

ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Волкова П.П., главная медицинская сестра

ГБУ РМЭ «Республиканский противотуберкулезный диспансер»

Туберкулез является одним из самых распространенных и опасных заболеваний в мире не смотря на уровень развития современной медицины данная проблема может коснуться человека в любом месте и в любое, даже самое неподходящее время. И это независимо от социального статуса или материального

благополучия. Общественности нужно напоминать о данном заболевании, о путях его передачи, а также о том, что обязательно нужно делать, чтобы уберечь себя и всех членов своей семьи от заражения.

Заболеваемость туберкулезом на конец 2021 г. в Республике Марий Эл составила 27,2 на 100 тыс. населения, что на 0,7% ниже показателя 2020 г. (27,4) и на 15% ниже, чем в среднем по России – 32,4 на 100 тыс. населения.

На начало 2022 года туберкулезом заболело в среднем 125 человек на каждые 100 000 населения. Средняя цифра заболеваемости падает примерно на 1-2% в год. Высокий уровень заболеваемости зарегистрирован в Звениговском районе (40,1), Килемарском (86,0), Мари-Турекском (60,3), Ново-Торъяльском (42,9), Параньгинском (80,6 случаев на 100 000 населения). Самая низкая заболеваемость туберкулезом зарегистрирована в Советском районе – 14,4 на 100 тыс. населения и Медведевском (14,8) и по г. Йошкар-Оле -18,1.

В 2021 году пандемия коронавируса оказала прямое воздействие на эпидемиологическую ситуацию по туберкулезу. Введенные в регионе ограничительные мероприятия нарушили традиционную систему организации раннего выявления туберкулеза при профилактических осмотрах, что привело к резкому снижению регистрируемых случаев заболеваемости туберкулезом (на 20,0%). Выявление происходит преимущественно при обращении за медицинской помощью, а это в основном – распространенные, заразные формы (с бактериовыделением), что создает явную угрозу здоровью окружающим гражданам республики. Кроме того, не выявленные больные туберкулезом представляют серьезную эпидемиологическую опасность, если в их семейном или бытовом окружении находятся беременные, роженицы и дети младшего возраста.

В течение 2021 г. основные усилия по борьбе с туберкулезом были направлены на снижение смертности от туберкулеза путем совершенствования организации профилактических осмотров населения республики, улучшения работы с группами риска, проведения мероприятий по снижению числа отрывов от лечения туберкулеза, а так же внедрения новых технологий в диагностике и лечении туберкулеза в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями.

Роль медсестры в профилактике туберкулеза:

К первичной профилактике туберкулеза относится:

социальная профилактика. Проводится в масштабах государства и выражается в проведении мероприятий экономического и санитарного характера. К таким мероприятиям относятся:

- улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения;
- оптимизация условий труда, предупреждение профессиональных заболеваний легких;

Республиканская НПК, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом

- оздоровление окружающей среды, включая борьбу с загрязнением атмосферного воздуха, водоемов, почвы, озеленение, соблюдение санитарных требований промышленной гигиены;
- улучшение качества питания;
- борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением;
- развитие физической культуры и спорта, культивирование здорового образа жизни;
- расширение сети детских оздоровительных и санаторно-курортных учреждений;
- проведение социальных и санитарно-ветеринарных мероприятий в местах промышленного производства животных и птиц.

специфическая профилактика туберкулеза. Главная цель специфической профилактики туберкулеза (прививок против туберкулеза) - выработка у детей и взрослого населения до 30-летнего возраста специфического индивидуального и коллективного иммунитета.

Вакцинация и ревакцинация проводятся вакциной БЦЖ. Вакцинацию проводят новорожденным на 4-7-й день жизни. Через несколько лет, в целях профилактики туберкулеза, осуществляется ревакцинация.

Особую роль для профилактики туберкулеза играют *химиопрофилактика, массовые флюорографические и аллергологические обследования.*

санитарная профилактика складывается из следующих моментов:

- госпитализация больных туберкулезом и особенно явных выделителей микобактерий сразу после установления диагноза;
- проведение заключительной, а впоследствии - текущей дезинфекции;
- диспансерное наблюдение и обследование лиц, находящихся в контакте с больными;
- вакцинация, ревакцинация и изоляция контактных лиц на период выработки иммунитета;
- химиопрофилактика в отношении контактных лиц;
- обучение санитарно-гигиеническим навыкам больного и окружающих лиц;
- улучшение жилищно-бытовых условий семьи больного.

К вторичной профилактике относится раннее выявление заболевания:

- туберкулинодиагностика (реакция Манту);
- диаскинтест;
- флюорография.

Третичная профилактика туберкулеза направлена на предупреждение осложнений.

Роль медсестры в профилактике туберкулеза у детей:

Республиканская НПК, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом

Ежегодный охват пробой Манту детей до 14 лет включительно должен составлять не менее 95%. Обеспечение охвата пробой Манту — это совместная работа среднего медицинского персонала детских поликлиник и образовательных учреждений.

В обязательном порядке обследованию подлежат дети из социально неблагополучных семей и проживающие на территории РФ дети иностранных граждан, прибывшие из неблагополучных по туберкулезу стран.

В течение 6 дней с момента постановки пробы Манту направляются на консультацию в противотуберкулезный диспансер по месту жительства следующие категории детей:

- с впервые выявленной положительной реакцией (папула 5 мм и более), не связанной с предыдущей иммунизацией против туберкулеза;
- с длительно сохраняющейся (4 года) реакцией (с инфильтратом 12 мм и более);
- с нарастанием чувствительности к туберкулину у туберкулиноположительных детей — увеличение инфильтрата на 6 мм и более;
- увеличение менее чем на 6 мм, но с образованием инфильтрата размером 12 мм и более;
- с гиперреакцией на туберкулин — инфильтрат 17 мм и более;
- при везикулонекротической реакции и лимфангите.

Работа медсестры:

1. Составление плана иммунодиагностики туберкулеза;
2. Донесение до детей и их родителей информации о необходимости проведения диагностики, о возможности возникновения рисков заболевания и его последствий;
3. Заполнение, раздача и сбор информированных согласий на проведение иммунодиагностики;
4. Проведение термометрии в день проведения иммунодиагностики;
5. Проведение самой диагностики;
6. Оценка результатов через 72 часа;
7. Внесение записи в медицинскую документацию.

Выявление пациентов, подлежащих вакцинации и ревакцинации.

На медицинскую сестру возлагается большой спектр функциональных обязанностей на всех этапах противотуберкулезных мероприятий в профилактике и диагностике туберкулеза.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ТУБЕРКУЛЕЗА В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

Соколова Надежда Геннадьевна – главный врач ГБУ РМЭ «Республиканского противотуберкулезного диспансера», главный внештатный специалист фтизиатр Министерства здравоохранения Республики Марий Эл

Роберт Кох:

«Остановить его (туберкулеза) рост и распространение
можно только тогда, когда каждый человек
будет хорошо знать и применять свои знания
по профилактике туберкулеза в повседневной жизни»

Туберкулёз — заболевание старое, если не сказать древнее. В российской истории, в литературных произведениях патология под названием «чахотка» описана во всевозможных ужасающих красках. В конце 19 века стала известна инфекционная природа данного заболевания, что стало научным прорывом на пути борьбы против эпидемии. Ежегодно Всемирный день борьбы с туберкулезом проводится 24 марта в честь открытия в 1882 году Робертом Кохом возбудителя туберкулёза. В настоящее время возбудитель туберкулеза (*Mycobacterium tuberculosis*) является второй по значимости инфекционной причины смерти после COVID-19.

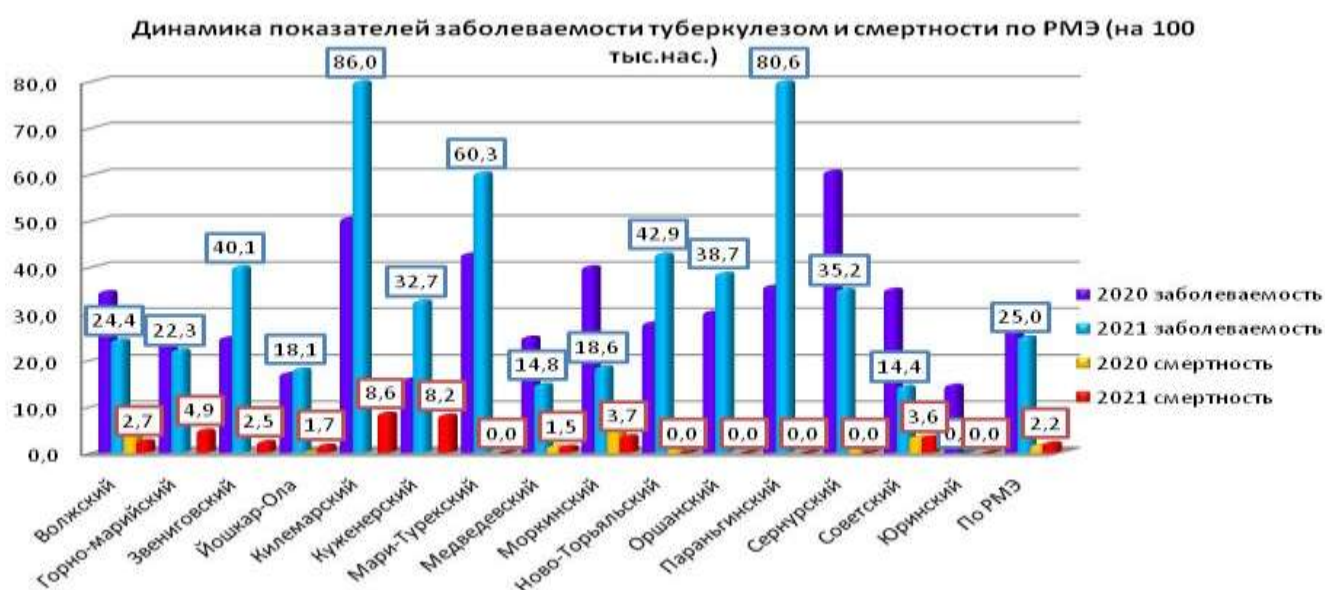
Ликвидация эпидемии туберкулеза — одна из острых медико-социальных задач России. До 2021 года наша страна входила в число 22 стран мира с наименее благоприятной ситуацией по заболеваемости туберкулёзом и в тройку стран с наибольшим распространением устойчивых форм заболевания. Около 87% случаев заболевания туберкулезом в мире приходится на долю 30 стран. При этом с 2017 года эпидемиологическая ситуация в нашей стране постепенно улучшается: уровень заболеваемости в России ежегодно падает на 7-10%, а смертность — на 12-15%. Россия вошла в число мировых лидеров по темпам снижения смертности от туберкулёза. Успехи наших фтизиатров, в том числе во время пандемии, оценила даже ВОЗ, отметив, что «в России сегодня показатели заболеваемости и смертности от туберкулеза снижаются так быстро, как нигде в мире». ВОЗ исключила Российскую Федерацию из перечня 30 стран с высоким бременем туберкулеза на период 2021-2025 гг. Однако, являясь одной из стран, вышедших из предыдущего перечня, составленного на период 2016-2020 гг., она остается одной из трех стран (на ряду с Камбоджи и Зимбабве), с высоким бременем туберкулеза с лекарственной устойчивостью и включена в список стран с высоким уровнем ВИЧ-ассоциированного туберкулеза.

Также в республике Марий Эл по итогам 2021 года прослеживается тенденция улучшения основных эпидемиологических показателей по туберкулезу. В 2021 г. в

Республиканская НПК, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом

Республике Марий Эл вновь выявлено 184 новых случаев туберкулеза (в 2019г. - 291). Показатель территориальной заболеваемости составил 27,2 на 100 тыс. населения, что на 36% ниже показателя 2019 г. (42,8 на 100 тыс. населения) и на 12,5% ниже, чем в среднем по России – 31,1 на 100 тыс. населения. Показатель заболеваемости туберкулезом постоянного населения составил 25,0 на 100 тыс. населения, что на 7% ниже показателя по России (26,9 на 100 тыс. населения).

В ряде территорий республики показатель заболеваемости в 1,5 - 3 раза превышает среднереспубликанский показатель. Наиболее проблемными являются такие территории, как Звениговский район (40,1), Килемарский (86,0), Мари-Турекский (60,3), Ново-Торъяльский (42,9), Параньгинский (80,6 случаев на 100 тыс. населения).



В республике самый высокий уровень заболеваемости туберкулезом в 2021 г. регистрировался у мужчин в возрасте 35–44 лет и у женщин 25- 34 и 65 - 83 лет. Максимум заболеваемости туберкулезом среди взрослого населения приходилось на трудоспособный возраст 35-64 года.

Показатель смертности от туберкулеза за последние 3 года снизился на 14% и составил в 2021 г. – 2,4 (в 2019 г.- 2,8 на 100 тыс. населения), что ниже показателя по Российской Федерации в 1,4 раз (3,5 на 100 тыс. населения). В абсолютном числе в 2021 году зарегистрированы 16 смертей от туберкулеза (в 2019 г. – 19 смертей).

Показатель рецидивов туберкулеза (повторная заболеваемость) снизился на 5% и составил 3,6 на 100 тыс. населения (2019 г. – 3,8 на 100 тыс. населения), среди вставших на учет пациентов преобладают ранние рецидивы – 53%.

Доля больных с лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза среди вновь выявленных больных туберкулезом с бациловыделением увеличилась на 0,5% с 21,7% до 21,8% (РФ -31,5%) и также увеличилась на 2,3% среди контингентов больных туберкулезом, состоявших на учете на конец года с 42,3% до 43,3% (2019 г.

Республиканская НПК, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом

– 42,3% при этом ниже, чем по РФ – 60,7%).

Доля больных ВИЧ-инфекцией среди вновь выявленных пациентов с туберкулезом в 2021 году составляет 6,5%. Заболеваемость сочетанной ТБ+ВИЧ составляет 1,6 на 100 тыс. населения, что ниже показателя 2020 г.(2,4), и ниже показателя РФ (6,6 на 100 тыс. населения).

Показатели качества лечения больных туберкулезом сохраняются на высоком уровне: прекращение бациловыделения произошло в 83,3% случаях, закрытие полостей распада в 77,4% (по РФ 68,9% и 61,6% соответственно). Эффективность лечения проводимом в соответствии с Федеральными клиническими рекомендациями по соответствующим режимам лечения составляет для больных с чувствительным туберкулезом – 89,4% и для больных с множественными лекарственно-устойчивыми формами туберкулеза (МЛУ ТБ) –65,8%:

Дефекты в работе по активному выявлению туберкулеза приводят к накоплению скрытых источников инфекции, что поддерживает напряженность эпидемиологической ситуации. Отмечается снижение активного выявления в связи с ограничительными мероприятиями по коронавирусной инфекции в 2020-2021 годах. Активно при проведении профилактических осмотров выявлено 55,4% больных, что на 12% ниже показателя 2019 г. У каждого третьего заболевшего туберкулезом органов дыхания давность предыдущего флюорографического обследования – более 2-х лет, а среди больных с диссеминированным туберкулезом данный показатель достигает 70%. Охват профилактическими осмотрами на туберкулез по республике всеми методами уменьшился на 9% и составил 72,6% (в 2019 г. –79,9%); детей в возрасте 0-14 иммунодиагностикой – 89,9% (в 2019 г. – 91%). Выполнен охват профилактическими осмотрами на туберкулез в должном объеме только в 6-ти районах (Советском – 89,6%, Юринском – 93,1%, Волжском – 82,3, Мари-Турекском – 76,8, Оршанском – 77,0% и Сернурском – 78,5%) и по г. Йошкар-Оле и Медведевскому району – по 72,5%.

Выявление туберкулеза по РМЭ в 2021г.



Согласно Докладу Всемирной организации здравоохранения о глобальной борьбе с туберкулезом 2021 г., пандемия COVID-19 серьезно подорвала успехи, достигнутые в борьбе с этим заболеванием во всем мире: впервые за более чем десять лет показатели смертности от туберкулеза возросли.

В Российской Федерации также возможен рост заболеваемости туберкулезом вследствие COVID-19, т.к. во время пандемии были приостановлены профилактические осмотры и выявлено меньше больных.

В связи с этим, в настоящее время актуальными являются скрининговые обследования населения на туберкулез - флюорография или рентгенография для лиц с 15 лет и старше, для детей 1-14 лет – иммунодиагностика. Для людей старше 18 лет без хронических патологий и в регионах с низким уровнем заболевания — не менее 1 раза в год, для людей с хроническими заболеваниями (сахарный диабет, хронические неспецифические заболевания легких, язвенная болезнь, ВИЧ-инфекция и другие) — дважды в год.

В ранней стадии туберкулез не заразен, но если больной приходит уже с жалобами, то он, как правило, заразен и мог передать болезнь другим людям.

Туберкулез можно предотвратить и излечить. Около 80% людей, у которых развивается туберкулез, могут вылечиться, пройдя шестимесячный курс терапии; дополнительным преимуществом лечения является сокращение дальнейшей передачи инфекции.

РАЗВИТИЕ ФТИЗИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РМЭ. РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ ДИСПАНСЕР

Цыганова Д.А., студентка

ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Волкова П.П., главная медицинская сестра

ГБУ РМЭ «Республиканский противотуберкулезный диспансер»

Основным учреждением в системе противотуберкулезной службы Республики Марий Эл является Государственное бюджетное учреждение Республики Марий Эл «Республиканский противотуберкулезный диспансер», который выполняет функции организационно-методического центра по борьбе с туберкулезом, является специализированной медицинской организацией осуществляющей совместно с другими учреждениями здравоохранения весь комплекс противотуберкулезных мероприятий на территории республики.

Фтизиатрическая служба выделилась в самостоятельную дисциплину 1 февраля 1926 года. При Краснококшайской больнице приказом Областного отдела здравоохранения от 30 января 1926 года был открыт противотуберкулезный

диспансер со стационаром на 10 коек.

В 1927 году открыт противотуберкулёзный диспансер в городе Козьмодемьянске. В 1930 году вступил в эксплуатацию санаторий для детей с костно-суставным туберкулёзом в селе Кожла-сола.

В 1933 году диспансеру присвоен статус республиканского. Заведующим назначен врач А.А.Чернов, в штате диспансера: один врач, одна медсестра, один технический сотрудник.

В 1936 году стационар расширяется до 25 коек, где работают 2 врача, 6 медицинских сестёр, 3 санитарки.

В 1955 году в республике работает 3 диспансера – в г. Йошкар-Оле, г. Козьмодемьянске, г. Волжске и 9 противотуберкулёзных кабинетов при районных больницах. Стационарная сеть составляла – 140 коек, санаторная – 275.

Первые операции на легких по поводу туберкулёза проведены в 1954 году врачом хирургом городской больницы А.Г. Кокориным, в 1958 году фтизиохирургом М.М. Криворотовой.

В 1957 году для Республиканского противотуберкулезного диспансера строится двухэтажный деревянный корпус с печным отоплением по ул. Больничная, дом 18. На первом этаже размещается терапевтическое отделение № 1, на втором развернуто хирургическое отделение. Терапевтическое отделение № 2 на 10 коек остается на территории городской больницы, на улице Волкова, дом 206.

В 1962 году введено в эксплуатацию типовое здание Республиканского противотуберкулёзного диспансера на 75 коек, с 3-мя отделениями: детским, хирургическим и отделением внелегочных форм туберкулёза.

В 1962 году осуществлена централизация бактериологической диагностики туберкулёза. В диспансере организована бактериологическая лаборатория, заведующей назначена кандидат медицинских наук О.В. Лебедева.

В 1996 году Республика Марий Эл одним из первых регионов России, начала сотрудничать с ВОЗ. В это время и в течение 22 лет коллектив РПТД возглавлял Михаил Игнатьевич Васильев, заслуженный врач Республики Марий Эл, Российской Федерации, кандидат медицинских наук.

Начиная с 1998 года прилагаются огромные усилия по привлечению учреждений общей лечебной сети к расширенному проведению бактериоскопического обследования данной группы больных. В результате работа общей лечебной сети значительно улучшилась. Кроме того, в целях выявления ранних форм туберкулеза проводилось ежегодное флюорографическое обследование населения.

5-7 октября 1999 года в Йошкар-Оле прошел IV съезд Научно-медицинской ассоциации фтизиатров России. Начиная с 1998 года прилагаются огромные усилия

по привлечению учреждений общей лечебной сети к расширенному проведению бактериоскопического обследования данной группы больных. В результате работа общей лечебной сети значительно улучшилась.

Кроме того, в целях выявления ранних форм туберкулеза проводилось ежегодное флюорографическое обследование населения. В 1994 году принята республиканская целевая программа «Неотложные меры по борьбе с туберкулезом в РМЭ на 1996-2000 гг.».

Противотуберкулезной службе Республики Марий Эл в 2021 г. исполнилось 91 год. За время своего существования службами диспансера проведена огромная работа по выявлению, лечению и профилактике туберкулеза. В настоящее время «Республиканский противотуберкулезный диспансер» является организационно-методическим центром фтизиатрической службы Республики Марий Эл.

Основными разделами работы диспансера являются:

- организация диагностической работы;
- организация квалифицированного лечения;
- создание центра профилактики туберкулеза.

Функции диспансера:

- 1) раннее и своевременное выявление больных туберкулезом;
- 2) учет всех больных туберкулезом и наблюдение за контактными;
- 3) проведение больным лечения с целью достижения клинического излечения;
- 4) систематическое изучение эпидемиологии туберкулеза, анализ ежегодных показателей и использование такого анализа для планирования и руководства противотуберкулезных мероприятий;
- 5) проведение профилактических мероприятий, проведение вакцинации, ревакцинации и химиопрофилактики в соответствии с существующими показаниями;
- 6) оздоровление очагов туберкулезной инфекции;
- 7) санитарно-просветительная работа среди населения;
- 8) повышение квалификации врачей и среднего медицинского персонала диспансера и лечебно-профилактических учреждений.

На сегодняшний день в ГБУ РМЭ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» для стационарного лечения больных развернуто 220 коек, в том числе:

- отделение для больных туберкулезом органов дыхания – 50 коек;
- отделение для больных с туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью – 30 коек;
- отделение туберкулезное легочно-хирургическое – 45 коек;
- отделение для больных туберкулезом внелегочной локализации – 45 коек;
- детское туберкулезное отделение – 40 коек.

Помимо выше перечисленных отделений, существует стационар на дому – 10 коек. Организует и руководит работой ГБУ РМЭ «Республиканский противотуберкулезный диспансер» в настоящее время Соколова Надежда Геннадьевна, главный врач, главный специалист фтизиатр министерства здравоохранения РМЭ.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФИЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА

Шарнина Надежда Алексеевна, преподаватель

ГБПОУ РМЭ «Йошкар-Олинский медколледж»

Йошкар-Ола, Республика Марий Эл

Туберкулез является широко распространенным инфекционным заболеванием, вызываемым микобактериями туберкулезного комплекса (*Mycobacterium tuberculosis complex*-МТВС), преимущественно *Mycobacterium tuberculosis*. Возбудители туберкулеза сохраняют свою жизнеспособность в сухом состоянии до 3 лет, при нагревании выдерживают температуру выше 80°C (микобактерии туберкулеза, находящиеся в мокроте, выживают при кипячении в пределах 5 минут, устойчивы к органическим и неорганическим кислотам, щелочам, многим окислителям, проявляют устойчивость к воздействию спиртов, ацетона, нечувствительны к рассеянному солнечному свету).

Источником инфекции являются больные активной формой туберкулеза люди. Эпидемиологически наиболее опасными являются больные туберкулезом легких с наличием бактериовыделения и/или с деструктивными процессами в легких. Резервуар туберкулезной инфекции - больные туберкулезом и инфицированные микобактерией туберкулеза. Основным механизмом передачи возбудителя инфекции является воздушно-капельный (аэрозольный). Возможны также воздушно-пылевой, контактный, алиментарный, вертикальный механизмы передачи. Основным фактором передачи возбудителя туберкулезной инфекции является воздушная среда. Факторами передачи инфекции могут также являться инфицированные материалы от больных, контаминированные возбудителем объекты внешней среды. Отсутствие вакцинации против туберкулеза повышает риск развития заболевания при первичном инфицировании.

Профилактика туберкулеза в настоящее время складывается из комплекса мероприятий и основывается на требованиях, изложенных в Постановлении Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021. № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм Сан Пин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

Различают социальную, санитарную и специфическую профилактику

туберкулеза. К мерам социальной профилактики относят:

- 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.

Под санитарной профилактикой понимают планомерную организацию и проведение системы санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий, направленных на предохранение здоровых людей от заражения и заболевания туберкулезом. К санитарной профилактике относятся меры по ограждению наиболее уязвимых контингентов населения от пациентов с заразными формами туберкулеза и ограничение допуска лиц, больных туберкулезом, к работе в некоторых профессиях. В соответствии со специальной инструкцией пациенты с активными формами туберкулеза не допускаются к работе в родильных домах, лечебно-профилактических, воспитательных, оздоровительных и спортивных учреждениях для детей и подростков, в пищевой, промышленности, школах, на предприятиях общественного питания, в коммунальном хозяйстве и общественном транспорте.

Вторая составляющая санитарной профилактики - социальные, противоэпидемические и лечебно-профилактические мероприятия в очагах туберкулезной инфекции. Основную опасность для окружающих представляют пациенты с активным туберкулезом органов дыхания, выделяющие МБТ; в том числе, наиболее тяжелые из них — пациенты с МЛУ/ШЛУ ТБ.

Согласно приложению № 12 к приказу Минздрава России от 21.03.2003 № 109 «Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза» в зависимости от риска возникновения новых заболеваний очаги подразделяют на 5 групп: очаги с наибольшим риском заражения туберкулезом, с меньшим риском, минимальным и потенциальным риском, а также очаги зоонозного туберкулеза. Появление пациентов с МЛУ/ШЛУ ТБ и ТБ+ВИЧ сформировало новые типы очагов; по новым Санитарным правилам ВИЧ-инфицированные лица, контактирующие с больными туберкулезом, должны быть удалены из очага туберкулезной инфекции.

Третьей составляющей санитарной профилактики является санитарно-просветительная работа среди населения, которая включает в себя представление населению информации о туберкулезе, основных симптомах заболевания, факторах риска и мерах профилактики. Осуществляется в процессе воспитания и обучения в

образовательных организациях, с использованием средств массовой информации, информационно-телекоммуникационной сети Интернет, распространения информационных материалов среди различных групп населения, в ходе лекций и бесед в организациях и в индивидуальном порядке. Гигиеническое воспитание должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортированием и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунально-бытовым обслуживанием населения, осуществляется при профессиональной гигиенической подготовке, а также при проведении профилактических медицинских осмотров. В первую очередь, самому пациенту необходимо привить необходимые гигиенические навыки, от которых во многом будет зависеть здоровье окружающих его людей.

Санитарное просвещение лиц, контактных с бактериовыделителями, особенно среди пациентов с ВИЧ-инфекцией, должно быть направлено на разъяснение необходимости регулярного обследования в диспансере, важности длительного и систематического проведения мероприятий в очаге туберкулеза. Под специфической профилактикой понимают вакцинацию и ревакцинацию БЦЖ и химиопрофилактику.

Проведение вакцинации и ревакцинации осуществляется согласно Национальному календарю прививок.

Рекомендуется проводить химиопрофилактику туберкулеза пациентам с ВИЧ-инфекцией. Химиопрофилактика также может быть назначена и другим категориям лиц при наличии у них иммунокомпрометирующих состояний и заболеваний, лицам из бытового контакта с больным активным туберкулезом с бактериовыделением. Рекомендуется данные группы пациентов при начале диспансерного наблюдения тестировать на наличие латентной туберкулезной инфекции.

Рекомендуется химиопрофилактику туберкулеза осуществлять по следующим режимам: изониазид–6месяцев, изониазид +рифапентин – 12 доз, изониазид и рифампицин – 3 месяца, изониазид и рифабутин – 3 месяца. При контакте с больным туберкулезом с МЛУ при высоком риске развития заболевания у контактного лица схема химиопрофилактики может быть подобрана индивидуально врачебной комиссией на основании данных о лекарственной устойчивости возбудителя источника инфекции.

В настоящее время диспансерное наблюдение пациентов с туберкулезом осуществляется в соответствии Приказом Минздрава России от 13.03.2019 N 127н "Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за пациентами с 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. N 932н".

Литература:

1. Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;
2. Федеральный закон от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;
3. Федеральный закон от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации»;
4. Федеральный закон от 02.07.2021 N 316-ФЗ "О внесении изменений в Федеральный закон "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней";
5. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.21 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм Сан Пин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»;
6. Постановление Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. N 715 утверждения перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих»;
7. Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. N 892 «О реализации Федерального закона «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации».

ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ ДЕТСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ В РЕСПУБЛИКЕ МАРИЙ ЭЛ

*Эренберг Валентина Андреевна, главный внештатный специалист по детской фтизиатрии МЗ РМЭ
заведующий детским туберкулёзным отделением
ГБУ РМЭ «Республиканский противотуберкулёзный диспансер»*

По итогам 2021 года в Республике Марий Эл количество отказов от туберкулиновых проб составило **1761** (1326 от р. Манту 2 ТЕ плюс 435 от Диаскинтеста), **1,3%** по отношению к подлежащим. Несвоевременная диагностика может привести к тяжёлым формам туберкулёза, требующим длительного лечения и реабилитации. Это особенно актуально в современных ограничительных мероприятиях по новой коронавирусной инфекции, когда не все взрослое население правильно оценивает свое состояние здоровья, задерживаются профилактические медицинские осмотры.

Несмотря на снижение заболеваемости туберкулезом в России за последние годы, ситуацию все еще сложно назвать благополучной. Для начального периода болезни характерно отсутствие ярких клинических проявлений, либо они очень слабы. Это могут быть слабость, повышенная утомляемость, нарушение аппетита, раздражительность. Есть несколько «анализов» на скрытую форму туберкулёза, и у каждого из них есть свои плюсы и минусы. Это кожные тесты: проба Манту и Диаскинтест (применяется только в РФ), а также пробирочные тесты на высвобождение интерферона гамма (их ещё называют IGRA-тесты: T-spot.TB, QuantiFERON®-TBGold).

Идеального теста для диагностики латентной туберкулёзной инфекции, который являлся бы «золотым стандартом» во всем мире, нет.. Они лишь с высокой вероятностью свидетельствуют о наличии в организме человека клеток, которые уже однажды сталкивались с микобактерией туберкулёза; при этом невозможно определить, когда эта «встреча» состоялась – сейчас или много лет назад. Цель проведения диагностических тестов - раннее выявление туберкулёзной инфекции. Можно выделить несколько этапов выявления туберкулёза у детей.

Раннее выявление туберкулёза у детей и подростков – это выявление первичного инфицирования («виража» туберкулиновых проб), латентной туберкулёзной инфекции, то есть тех состояний, когда ещё не сформировался очаг туберкулёза в органах и тканях. Изменений на рентгенограммах ещё нет, а есть только иммунологическая перестройка в ответ на внедрение возбудителя туберкулёза в организм.

Второй этап – это **своевременное** выявление: очаг туберкулёзного воспаления уже сформировался, что подтверждается изменениями на рентгенограмме, но он малых размеров, отграничен, нет распада, нет выделения микобактерий туберкулёза – это так называемые «закрытые» формы туберкулёза. Клинические проявления не выражены.

Далее следует **несвоевременное** выявление. Туберкулёзное воспаление в этом случае носит распространённый характер, изменения на рентгенограмме уже выраженные, может быть распад, выделения микобактерий туберкулёза, то есть «открытые» формы туберкулёза. Клинические проявления уже выражены.

И, наконец о **позднем** выявлении туберкулёза говорят, когда выявляются запущенные формы туберкулёза с грубыми необратимыми изменениями в лёгких. Этого не желательно допустить в детской практике.

В настоящее время в *основе профилактической работы по туберкулёзу* – **раннее** выявление туберкулеза, которое основано на проведении иммунодиагностики (пробы Манту с 2 ТЕ и Диаскинтеста). Для ранней диагностики туберкулёза у детей до 7 лет используется проба Манту с 2 ТЕ, с 8 лет – проба с

Диаскинтестом. Часто задают вопросы: - Что лучше делать? Что безопаснее? Диаскинтест не лучше и не хуже пробы Манту, он другой. Прежде всего, что представляют собой препараты для диагностики туберкулёза?

Очищенный туберкулин — это концентрат белков, который получают из туберкулёзных бактерий. Самих микробов в препарате нет! Степень очистки от посторонних примесей очень высока и контролируется по стандарту GMP. Во всём мире сертифицированы только три таких препарата: производства США, Дании и **наш отечественный**. Диаскинтест-сделанный искусственно — рекомбинантный — белок туберкулёзной палочки, который содержит только 2 антигена. Чем меньше разных антигенов попадает в организм, тем ниже риск аллергической реакции на каждый из них. Некоторых родителей смущает, что белок для Диаскинтеста получают методом генной инженерии, но это не опасно! Генетической модификации подвергают не человека, а бактерию — кишечную палочку. Её традиционно используют в фармакологии как фабрику для синтеза нужных белков. Так делают очень многие современные лекарства, например, инсулин.

Зачем нужна проба Ману с 2ТЕ туберкулина? При проведении этой пробы должны выполняться одновременно две задачи:

1) выявить детей, которые заразились, а также тех, кто уже болеет. У таких детей проба будет нарастать. Проба одинаково хорошо реагирует как на туберкулёз лёгких, так и на внелёгочные формы, которые чаще всего встречаются до 7-8 лет;

2) определить, сформировался ли у ребёнка иммунитет к туберкулёзу после прививки БЦЖ. Отрицательные Манту говорят о том, что защиты нет, и помогают выделить детей, которых в 6-7 лет повторно вакцинируют. А вот профилактическому лечению подлежат только дети с положительным результатом Диаскинтеста.

Зачем нужна проба Диаскинтест? В 2008 году создан в лаборатории биотехнологии НИИ молекулярной медицины ММА им. И.М. Сеченова. Им заменили пробу Манту для детей от 8 до 17 лет. **Только** для того, чтобы выявить больных или заражённых туберкулёзом детей. В отличие от Манту, не годится для отбора детей на ревакцинацию БЦЖ. Положительным Диаскинтест бывает редко — только у тех, кто заразился или заболел. И это всегда повод для посещения фтизиатра и дальнейшего обследования. У здоровых привитых от туберкулёза детей тест будет отрицательным. С одной стороны — это плюс, но с другой стороны — невозможно определить, защищает ли ребёнка сделанная раньше прививка БЦЖ, или пора на ревакцинацию. И ещё один нюанс. Ряд исследователей считают, что диагностическая ценность Диаскинтеста у маленьких детей снижена, и есть вероятность пропустить внелёгочный туберкулёз. Особенно высок риск ошибки в группах детей до 2 лет. Врач-фтизиатр определяет показания для проведения

Диаскинтеста у детей младшего возраста, с сопутствующими заболеваниями. Также рассматривается вопрос о проведении Диаскинтеста в случае отказа от р. Манту 2 ТЕ.

Т-СПОТ (T-SPOT-TB) и Квантиферон (QuantiFERON®-TB). Их можно рассматривать вместе, так как эти анализы очень похожи.

Зачем нужны? В этом аспекте — **полные аналоги** Диаскинтеста. По результатам Т-СПОТ и Квантиферона можно определить с высокой вероятностью, что человек заражён туберкулёзом или болен. **На прививку БЦЖ эти анализы никак не реагируют.** Что вводят ребёнку? Вообще ничего. У ребёнка берут кровь из вены. А дальше проводят пробу с теми же антигенами, что и в Диаскинтесте, только реакция идёт не в коже, а в пробирке. Аллергия в принципе невозможна. Пока эти тесты имеют ограниченное применение во всём мире, прежде всего, из-за их *высокой стоимости*. Поэтому ограничено и количество исследований их эффективности. Большая часть учёных считают эти тесты точными и перспективными, но пока остаются вопросы к трактовке результатов, определению понятия «норма» в разных возрастных категориях. Особенно много ложноотрицательных результатов эти тесты дают у детей. Поэтому в нашей стране Т-СПОТ и Квантифероновый тест **не** рекомендовано использовать для скрининга детей на туберкулёз. Соответственно Клиническим рекомендациям от 2021 г. «Выявление и диагностика туберкулёза у детей, поступающих и обучающихся в образовательных организациях» эти тесты относятся к альтернативным коммерческим методам обследования на туберкулёзную инфекцию. И в заключении отметим:

- Манту, Диаскинтест и другие пробы не являются прививками, не могут заразить туберкулёзом;- по влиянию на здоровье: Манту и Диаскинтест — полностью безвредны, Т-СПОТ, Квантифероновый тест и другие анализы крови сопровождаются риском от внутривенного вмешательства;

- детям до 7 лет включительно рекомендуется делать Манту. Это единственный способ проверить, есть ли у ребёнка защита от туберкулёза, и достаточно точный метод диагностики любой формы туберкулёза;

- вместо Манту можно сделать Диаскинтест. Так вы не узнаете, нужна ли ребёнку ревакцинация БЦЖ, но исключите активный и латентный туберкулёз, без проблем получите справку в сад или школу и снизите риск аллергии, если она была на пробу Манту;

- Диаскинтест рекомендуется всем детям и подросткам от 8 до 17 лет. С 15 лет дополнительно нужна ежегодная флюорография;

- если проблемы не только с Манту, но и с Диаскинтестом, или вы категорически не хотите ничего вводить в организм, есть два варианта. Первый —

Республиканская НПК, посвященная Всемирному дню борьбы с туберкулезом

сделать рентген лёгких или флюорограмму ребёнку. Второй — сдать кровь из вены для диагностики Т-СПОТ или Квантиферон.