

О мерах по улучшению оказания противотуберкулезной помощи в учреждениях ГУИН МВД Республики Беларусь

В последние годы наблюдается тенденция к ухудшению основных эпидемиологических показателей по туберкулезу: возрастает уровень заболеваемости, значительно снизился охват двукратным профилактическим рентгенофлюорографическим обследованием спецконтингента. Следственными изоляторами не всегда достаточно четко выполняется барьерная функция, имеют место случаи несвоевременного выявления больных туберкулезом. Не всегда в полном объеме с учетом конкретной обстановки осуществляются профилактические и противотуберкулезные мероприятия в ИТУ и СИЗО, а также среди лиц, условно осужденных, условно освобожденных с обязательным привлечением к труду, состоящих на учете в спецкомендатурах и осужденных в ИТК-поселениях. Недостаточно широко применяются методы бактериологического обследования.

Следственные изоляторы не всегда своевременно информируют органы здравоохранения о больных активным туберкулезом, поступающих к ним, что затрудняет проведение необходимых профилактических и оздоровительных мероприятий среди населения. Имеются случаи нарушения преемственности в лечении больных туберкулезом из числа освобожденных из исправительно-трудовых учреждений, после их прибытия по месту проживания.

В целях устранения имеющихся недостатков и дальнейшего улучшения работы по профилактике, раннему выявлению и лечению больных туберкулезом в учреждениях ГУИН МВД Республики Беларусь, взаимодействию между органами здравоохранения и внутренних дел приказываем:

1. Утвердить прилагаемые методические рекомендации по организации комплексного обследования на туберкулез спецконтингента в учреждениях ГУИН МВД Республики Беларусь.

2. Начальнику управления здравоохранения Витебского облисполкома, директору БелНИИ пульмонологии и фтизиатрии обеспечить оказание необходимой методической и консультативной помощи ИТК-12 УВД Витебского облисполкома специалистами противотуберкулезных учреждений Витебской области и БелНИИ пульмонологии и фтизиатрии.

3. Базовым учреждением для обучения на рабочем месте врачей-фтизиатров учреждений ГУИН МВД утвердить БелНИИ пульмонологии и фтизиатрии Министерства здравоохранения Республики Беларусь.

4. Начальникам областных и Минского городского управлений здравоохранения:

4.1. определить базовыми учреждениями для подготовки среднего медицинского персонала учреждений ГУИН МВД по вопросам туберкулинодиагностики противотуберкулезные диспансеры, обслуживающие население территории, на которой расположено учреждение ГУИН МВД;

4.2. обязать:

4.2.1. руководителей лечебно-профилактических учреждений:

– проводить необходимый комплекс лечебно-профилактических и противоэпидемических мероприятий лицам, условно осужденным и условно освобожденным с обязательным привлечением к труду, состоящим на учете в спецкомендатурах, а также осужденным в ИТК-поселениях;

– осуществлять обследование лиц, освобожденных из ИТУ, СИЗО и ЛТП, методом флюорографии при прибытии на место жительства независимо от сроков предыдущего обследования;

4.2.2. главных врачей противотуберкулезных диспансеров обеспечивать:

– флюорографическое обследование спецконтингента не менее двух раз в год в учреждениях ГУИН МВД;

– при получении информации из следственных изоляторов о выявлении больных туберкулезом принятие необходимых мер к обязательному проведению комплекса противоэпидемических мероприятий по их прежнему месту жительства;

– своевременную постановку на диспансерный учет и привлечение к лечению больных активным туберкулезом, освободившихся из ИТУ, СИЗО и ЛТП, информирование об этом медицинских частей учреждений ГУИН МВД;

– информирование территориальных санитарно-эпидемиологических станций о всех прибывших больных активными формами туберкулеза из ИТУ, СИЗО и ЛТП и вновь заболевших из числа указанных контингентов;

4.2.3. главных государственных санитарных врачей областей, городов и районов:

– считать лиц, освобожденных из ИТУ и СИЗО МВД, обязательным контингентом по ежегодному обследованию на туберкулез;

– обеспечивать проведение комплекса противоэпидемических мероприятий среди больных активными формами туберкулеза, прибывших из ИТУ и СИЗО МВД, а также среди вновь заболевших туберкулезом из числа указанного контингента, в полном объеме вне зависимости от наличия бактериовыделения.

5. Генеральному директору БелРПО «Фармация» обеспечить удовлетворение заявок ИТУ и СИЗО МВД, ИТК-12 УВД Витебского облисполкома, республиканской больницы ИТК-1 УВД Миноблисполкома на лекарственные средства для профилактики и лечения туберкулеза, обратив особое внимание на полноту ассортимента противотуберкулезных препаратов и средств патогенетической терапии туберкулеза.

6. Главному врачу Республиканского Центра гигиены и эпидемиологии обеспечить удовлетворение заявок ИТУ и СИЗО МВД, ИТК-12 УВД Витебского облисполкома, республиканской больницы ИТК-1 УВД Миноблисполкома на противотуберкулезную вакцину и туберкулин.

7. Генеральному директору БелРСПТФ «Белмедтехника»:

7.1. своевременно обеспечивать исправительно-трудовые учреждения и следственные изоляторы рентгенофлюорографической пленкой, медицинским оборудованием и другими изделиями медицинской техники по их заявкам;

7.2. установить действенный контроль за техническим обслуживанием и качеством ремонта рентгенофлюорографической и другой медицинской аппаратуры в ГУИН МВД.

8. Начальнику ГУИН МВД, начальнику управления медицинского и ветеринарного обеспечения ГУТО МВД, начальникам УВД облисполкомов, УВД Минского горисполкома:

8.1. провести дополнительные организационные и лечебно-профилактические мероприятия, направленные на улучшение эпидемиологической ситуации по туберкулезу в ИТУ и СИЗО МВД;

8.2. принять меры по созданию условий, необходимых для соблюдения санитарно-гигиенического и противоэпидемического режимов в организованных коллективах;

8.3. осуществлять комплексное обследование на туберкулез спецконтингента ГУИН МВД в соответствии с утвержденными методическими рекомендациями;

8.4. организовать необходимое лечение больных туберкулезом в медицинских частях ИТУ и СИЗО, ИТК-12 УВД Витебского облисполкома, республиканской больнице ИТК-1 УВД Миноблисполкома, обратив особое внимание на лиц, выделяющих микробактерии туберкулеза.

9. Начальникам ГО-, РОВД оказывать содействие медицинским работникам в привлечении к обследованию на туберкулез лиц, освободившихся из исправительно-трудовых учреждений и ЛТП, при их прибытии на место жительства и, в дальнейшем, до снятия их со спецучета.

10. Начальникам учреждений и медицинских частей ГУИН МВД обеспечить:

– проведение рентгенофлюорографического обследования спецконтингента в следственных изоляторах при поступлении и через каждые 6 месяцев в последующем, в исправительно-трудовых учреждениях два раза в год (кратность обследования детей и подростков до 14–15 лет определяется в зависимости от эпидемиологической ситуации),

изоляция выявленных больных и лечение их на местах до направления в ИТК-12 УВД Витебского облисполкома, химиопрофилактику лицам, бывшим в контакте с бактериовыделителями;

– обследование с помощью туберкулинодиагностики детей и подростков до 14–15 лет в следственных изоляторах, осужденных в исправительно-трудовых учреждениях;

– проведение лицам, отрицательно реагирующим на туберкулин, ревакцинации вакциной БЦЖ до 14–15-летнего возраста, а с гиперергическими реакциями углубленного обследования для исключения локальных форм туберкулеза и 2–3-месячного курса химиопрофилактического лечения;

– проведение необходимого комплекса обследований лицам при решении вопроса о направлении их в спецкомендатуры, ИТК-поселения;

– своевременное и качественное представление в БелРПО «Белмедфармация» и БелРСПТФ «Белмедтехника» заявок на медикаменты, рентгенофлюорографическую пленку, медицинское оборудование и инструментарий.

11. Начальникам следственных изоляторов, исправительно-трудовых учреждений, ИТК-12 УВД Витебского облисполкома, республиканской больницы ИТК-1 УВД Миноблисполкома представлять информацию по форме 058/у-и в противотуберкулезные учреждения органов здравоохранения о больных активным туберкулезом, прибывших в следственные изоляторы (по мере выявления), и по сигнальным картам за 15–20 дней до убытия указанной категории больных из исправительно-трудовых учреждений в противотуберкулезные учреждения органов здравоохранения по избранному ими месту жительства.

12. Начальнику ГУИН МВД привести материально-техническое состояние ИТК-12 для содержания и лечения осужденных, больных активной формой туберкулеза, УВД Витебского облисполкома в соответствии с существующим санитарным требованиям с восстановлением деятельности лечебно-трудовых мастерских (IV квартал 1996 года).

13. Начальникам областных и Минского городского управлений здравоохранения, начальникам ГУИН и управления медицинского и ветеринарного обеспечения ГУТО МВД, начальникам УВД облисполкомов и УВД Минского горисполкома:

13.1. обеспечить ежегодное проведение совместных проверок эффективности взаимодействия учреждений здравоохранения и внутренних дел по вопросам раннего выявления, наблюдения и лечения больных туберкулезом и проведения других профилактических и противоэпидемических мероприятий с заслушиванием по их результатам на совместных коллегиях руководителей соответствующих местных органов и учреждений.

14. Считать утратившими силу приказ Минздрава и МВД БССР от 18 ноября 1987 г. № 220/79 «О дополнительных мерах по снижению заболеваемости туберкулезом в учреждениях МВД БССР» и недействующим пункт 8.53 главы 8 приказа МВД СССР от 17 ноября 1989 г. № 285 «Об утверждении Руководства по медицинскому обеспечению лиц, содержащихся в следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях МВД СССР».

15. Организацию исполнения настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра здравоохранения Республики Беларусь Ореховского В.М., и.о. заместителя Министра внутренних дел Республики Беларусь по исполнению наказаний Кошеленко В.В., начальника управления медицинского и ветеринарного обеспечения ГУТО МВД Кухарчика М.И.

**Министр здравоохранения
Республики Беларусь
И.М.Дробышевская**

**Министр внутренних дел
Республики Беларусь
В.С.Аголец**

УТВЕРЖДЕНО

Приказ
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
и Министерства внутренних дел
Республики Беларусь

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ по организации комплексного обследования на туберкулез спецконтингента в учреждениях ГУИН МВД Республики Беларусь

Основой борьбы с туберкулезом является выявление больных на ранних стадиях заболевания.

Для этой цели необходимо использовать систему комплексного обследования на туберкулез спецконтингента, которая включает в себя:

1. Флюорографическое обследование.
2. Бактериологическое обследование.
3. Постановку туберкулиновых проб.
4. Контрольное клинико-рентгенологическое и лабораторное дообследование.

Комплексное обследование на туберкулез, как правило, является этапом ежегодной диспансеризации.

1. Организация и проведение флюорографического обследования

Основным методом активного выявления туберкулеза, опухолей и других заболеваний органов грудной полости является рентгенофлюорографическое обследование.

Флюорографическое обследование спецконтингента ИТУ осуществляется два раза в год предпочтительно весной и осенью. Первичное рентгенофлюорографическое обследование спецконтингента проводится в следственных изоляторах. При отсутствии флюорографа в ИТУ обследование осуществляется передвижной флюорографической установкой лечебно-профилактического учреждения, обслуживающего население той административной территории, на которой расположено исправительно-трудовое учреждение.

Флюорографическое обследование спецконтингента осуществляется на основе его картотечного учета. На каждого вновь прибывающего в ИТУ в медицинской части заводится карта профилактических флюорографических обследований (флюорокарта), где отмечаются паспортные данные, дата прибытия в учреждение, отягощающие здоровье факторы, дата обследования, номер флюорограммы, рентгенологическое заключение и фамилия врача. Централизованная флюорокартотека ведется поотрядно или поалфавитно. Флюорограммы хранятся в конверте или кармашке в амбулаторной карте.

За две недели до флюорографического обследования проводятся следующие организационные мероприятия:

1. Издаётся приказ по учреждению, в котором указываются конкретные сроки обследования по отрядам и лица, ответственные за его осуществление, как правило, начальники отрядов. Определяется место установки и подключения передвижного флюорографа.

2. Флюорокартотека приводится в соответствие со списочным составом учреждения, во флюорокарты доносятся необходимые сведения, такие как: наличие отягощающих здоровье факторов, результаты туберкулинодиагностики и отношение к группам диспансерного учета по туберкулезу.

Все лица, находящиеся в следственных изоляторах и исправительно-трудовых учреждениях, являются группой повышенного риска по заболеванию туберкулезом. Повышают риск заболевания и следующие факторы:

1. Наличие контакта с больными активным туберкулезом.
2. Остаточные изменения после перенесенного туберкулеза.
3. Хронический алкоголизм, наркомания.
4. Хронические неспецифические и пылевые заболевания легких.
5. Сахарный диабет.
5. Язвенная болезнь желудка, 12-перстной кишки (особенно болезни оперированного желудка).
7. Состояние после лечения кортикостероидными препаратами.

8. Психические заболевания.

При сочетании перечисленных факторов риск заболевания резко возрастает.

Для заболевания раком легкого наибольшее значение имеют:

1. Курение.
2. Вредные факторы внешней среды, особенно химическая загрязненность, загазованность и задымленность воздуха.
3. Возраст старше 40 лет.
4. Наличие фиброзных и выраженных склеротических изменений в легких.
5. Проводимое ранее лечение по поводу онкологических заболеваний.
6. Хронические неспецифические болезни органов дыхания и пылевые заболевания легких.

При проведении профилактического обследования спецконтингента ИТУ могут быть использованы следующие методики флюорографии:

1. Флюорография на умеренном вдохе в стандартной прямой проекции. Положение обследуемого у штатива флюорографа при этой методике следующее: спина выпрямлена, руки на бедрах ладонями наружу, локти отведены вперед, грудная клетка плотно прилегает к экрану, подбородок приподнят и находится на держателе.

2. Двухпроекционная флюорография в стандартной прямой и задненаклонной проекциях, которая выполняется в положении заднего лордоза. При этом обследуемый плотно прижимается спиной к экрану, максимально отводит плечи, запрокидывает голову. В таком положении оптимально проецируется область верхушек легких.

Программу флюорографического обследования в основном определяет эпидемиологическая ситуация по туберкулезу в конкретном исправительно-трудовом учреждении, но даже при относительно благоприятной ситуации при динамическом наблюдении за лицами с посттуберкулезными изменениями следует использовать методику двухпроекционной флюорографии.

Проводимая между двумя профилактическими обследованиями рентгеноскопия органов грудной клетки не освобождает от очередной флюорографии.

Результаты флюорографии во многом определяются качеством флюорограмм и квалификацией врача-рентгенолога по чтению флюорографической пленки. Качество флюорограмм зависит от применяемых режимов съемки, процесса фотообработки и правильной установки обследуемого.

К качеству флюорограмм предъявляются следующие требования:

1. Оптимальность и контрастность резкости.
2. Различимость очертаний 3–4 грудных позвонков и межпозвоночных щелей, контуров костей плечевого пояса, просветов трахеи и правого главного бронха.
3. Хорошая видимость легочного рисунка до кортикальных отделов.
4. Единообразность флюорограмм по контрастности, резкости и плотности теней.

Правильность установки обследуемого определяется симметричным положением внутренних концов ключиц по отношению к позвоночному столбу. При невозможности интерпретации флюорограммы исследование повторяется.

С целью уменьшения пропусков патологии расшифровка флюорограмм должна осуществляться двумя врачами. В случае расхождения заключений предпочтение отдается диагнозу, характеризующему более тяжелую патологию, который и определяет план дальнейшего клинко-рентгенологического обследования. В случае невозможности организации двойного чтения допустим повторный просмотр флюорограмм одним врачом через 1 день.

При флюорографии выявляется большинство заболеваний органов грудной клетки, сопровождающихся морфологическими изменениями в органах. Наибольшее же значение она имеет для выявления туберкулеза и рака легких. При подозрении на эти заболевания, а также при выявлении других изменений со стороны легких, сердца, сосудов, средостения и грудной клетки проводится клинко-рентгенологическое дообследование. Дообследование проводится и при наличии отрицательной динамики при сравнении с предыдущей флюорограммой. Вот почему необходимо разрезать всю пленку по кадрам и раскладывать ее по кармашкам амбулаторных карт. При назначении дообследования в учетной карте делается пометка «К» – (контроль).

Чрезвычайно важное значение для последующей профилактической противотуберкулезной работы имеет выявление при флюорографии неактивных посттуберкулезных изменений в легких и средостении. Остаточные изменения перенесенного туберкулеза по рентгенологической картине принято разделять на малые и большие.

К большим относятся крупные и множественные (5 и более) мелкие плотные очаги и кальцинаты, распространенные фиброзно-рубцовые и склеротические изменения, массивные плевральные наслоения с кальцинацией плевры (крупными считаются очаги более 1 см в диаметре или превышающие ширину заднего отрезка 2 ребра). При обнаружении таких изменений врач-рентгенолог в учетной карте, наряду с описанием, делает пометку «Б» или «БОИ».

К малым остаточным изменениям относятся единичные (до 5) мелкие кальцинаты в корнях, единичные (до 1 см в диаметре) плотные очаги, ограниченный фиброз в пределах одного сегмента, незначительные плевральные сращения и другие изменения, не имеющие клинического значения.

В случае обнаружения данных изменений на флюорограмме врач-рентгенолог делает пометку «М» или «МОИ».

Все лица с большими остаточными изменениями, а также малыми, но имеющие отягощающие здоровье факторы медицинского и социального характера консультируются врачом-фтизиатром и подлежат наблюдению в VII группе диспансерного учета (при получении ранее противотуберкулезного лечения в подгруппе «А» и при спонтанно излеченном процессе в подгруппе «Б»).

После прохождения осмотра в амбулаторной карте больного делается отметка в виде штампа с указанием даты прохождения и номера флюорограммы.

Подлежат регистрации в специальных журналах и картотеках:

1. Лица, назначенные на контрольное дообследование.
2. Лица, направленные для установления окончательного диагноза.
3. Лица с установленным диагнозом по формам патологии (активный туберкулез, злокачественные новообразования, хронические неспецифические болезни органов дыхания, острые пневмонии, патология сердечно-сосудистой системы, прочие).
4. Лица с большими и малыми посттуберкулезными изменениями с указанием других, отягощающих здоровье факторов.
5. Лица, состоящие на диспансерном учете у фтизиатра по группам учета.

2. Организация бактериологического обследования на туберкулез органов дыхания спецконтингента ИТУ

Бактериологическому обследованию на туберкулез подлежат:

1. Все лица, назначенные на контрольное дообследование после флюорографии с подозрением на любую патологию органов дыхания и лимфоузлов средостения.
2. Все лица с большими и малыми остаточными изменениями в легких и средостении после перенесенного туберкулеза, как ранее состоящие на учете, так и вновь выявленные при последнем флюорографическом обследовании.
3. Контингенты всех групп диспансерного тубучета.
4. Лица с пылевыми и неспецифическими воспалительными заболеваниями бронхов и легких, состоящие на диспансерном учете у терапевтов, а также лица, имеющие симптомы бронхо-легочных заболеваний.
5. Лица с гиперергическими реакциями на туберкулин при пробе Манту.

Особое внимание должно обращать на лиц с симптомами бронхо-легочного заболевания, контактировавших с больными активными формами туберкулеза.

Бактериологическое обследование осуществляется в период флюорографического обследования или сразу после его завершения.

Сбор мокроты проводится контролируемо – в присутствии медицинского работника в помещении, оборудованном раковиной и водопроводом. Обследуемый откашливается и отхаркивает мокроту в стерильный стеклянный флакон емкостью 50–100 мл с достаточно широким горлом и резиновой пробкой. Медицинский работник проверяет, что полученный материал для исследования является мокротой, а не слюной, заполняет направление,

прикрепляет его к флакону аптекарской резиной и укладывает в бикс для транспортировки в лабораторию. Обычно используются стандартные направления, которые выдаются в лаборатории вместе с флаконами. При их отсутствии направление в бактериологическую лабораторию должно отражать: № учреждения, фамилию, имя, отчество, год рождения, характер материала, цель исследования, дату забора и подпись медработника. При консервации способ ее указывается. С целью улучшения отхождения мокроты за 2 дня до обследования назначается отхаркивающее средство, которое принимается 3 раза в день и за 2 часа до обследования.

Лицам, не выделившим мокроту, проводится раздражающая ингаляция с помощью стационарного или портативного ингалятора, с использованием 15 % раствора поваренной соли в 2 % растворе питьевой соды на дистиллированной воде. Раствор готовится в аптеке по следующему рецепту: натрия хлорид – 150,0, натрия гидрокарбонат – 20,0, дистиллированная вода – 1000,0, или соответственно данной пропорции в нужном количестве. На одну ингаляцию расходуется 20–40 мл смеси. При стационарном обследовании, в случае отсутствия у больного мокроты, целесообразно проводить бактериологическое исследование промывных вод бронхов.

Максимальные сроки транспортировки материала в лабораторию:

- без консервации в летний период не более 24 часов, в зимний – не более 48 часов;
- консервация продлевает срок хранения до 7–10 дней.

При бактериологическом обследовании спецконтингента ИТУ обязательно проведение прямой бактериоскопии мазка по методу Циля-Нильсена и посева мокроты с проведением типирования выделенных микобактерий и определением лекарственной чувствительности МБТ всем лицам с грудными жалобами. Результативность экспресс-диагностики туберкулеза повышается при использовании метода люминесцентной микроскопии.

При получении положительного результата бактериоскопии проводится углубленное клинико-рентгенологическое исследование на туберкулез с обязательной изоляцией больного и осуществлением комплекса профилактических противотуберкулезных мероприятий, не дожидаясь результата посева мокроты.

На результативность бактериологического обследования влияет кратность посевов мокроты, вследствие чего обследование следует проводить трехкратно, с повторным забором мокроты на следующий день или через день, при продолжении приема отхаркивающих средств. Для бактериологического обследования контингентов больных активными формами туберкулеза, а также при дообследовании выявленных с подозрением на активный туберкулез обязательным является исследование промывных вод бронхов на МБТ.

3. Организация постановки туберкулиновых проб спецконтингентам исправительно-трудовых учреждений

Проведение пробы Манту спецконтингенту ИТУ осуществляется с целью отбора лиц, отрицательно реагирующих на туберкулез, на ревакцинацию БЦЖ; выявления лиц с гиперергическими реакциями на туберкулин для их детального дообследования на туберкулез; определения уровня инфицированности спецконтингента для оценки эпидемиологической ситуации по туберкулезу в учреждении. Постановка туберкулиновой пробы Манту и оценка ее результата осуществляется медицинским работником, прошедшим специальную подготовку и получившим допуск к работе. Подготовка медработника по технике и методике проведения внутрикожной пробы Манту проводится на базе противотуберкулезного учреждения.

Проба Манту с 2 ТЕ (2 международных туберкулиновые единицы, соответствующие 0,1 мл готового препарата ППД-Л) проводится при прибытии лица в ИТУ. При постановке пробы Манту с 2 ТЕ препарат туберкулина ППД-Л в количестве 0,1 мл вводится строго внутрикожно. К каждой коробке препарата прилагается наставление по применению препарата, ознакомление с которым обязательно.

При инъекционно-шприцевом способе следует обратить внимание на следующее:

1. Использовать только специальные однограммовые шприцы, градуированные по 0,1 мл, и тонкие короткие иглы № 0415.

2. На каждую пробу в шприц набирается 0,12 мл, а вводится 0,1 мл, предварительно выпустив каплю раствора для проверки проходимости иглы и заполнения ее просвета препаратом.

3. Кожа внутренней поверхности средней трети предплечья обрабатывается только 70 % этиловым спиртом и в момент введения должна быть сухой, для чего просушивается стерильным ватным шариком.

Результат туберкулиновой пробы оценивается через 72 часа. Для этого бесцветной прозрачной миллиметровой линейкой измеряют поперечный размер инфильтрата по отношению к оси предплечья. Реакция считается отрицательной при полном отсутствии инфильтрата (папулы) или при наличии уколочной реакции (0–1 мм); сомнительной – при инфильтрате (папуле) размером 2–4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата; положительной – при наличии выраженного инфильтрата (папулы) диаметром 5 мм и более. Гиперергическими у взрослых считаются реакции с диаметром инфильтрата 21 мм и более, а также везикуло-некротические реакции.

Постоянными противопоказаниями для внутрикожной туберкулиновой пробы являются кожные заболевания, генерализованные прогрессирующие неврологические заболевания, тяжелые аллергические состояния и реакции (отек Квинке, анафилактический шок) в анамнезе на введение туберкулина, острые и хронические инфекционные заболевания в период обострения и реконвалесценции, инфекционно-аллергические и аллергические заболевания и состояния (ревматизм в острой и подострой фазах, бронхиальная астма), эпилепсия.

К временным противопоказаниям для постановки пробы Манту относятся острые заболевания и хронические в стадии обострения.

Постановка туберкулиновых проб и ревакцинация БЦЖ планируется и осуществляется до проведения других профилактических прививок. Результаты пробы Манту регистрируются в специальном журнале, где кроме паспортных данных отмечается учреждение, выпустившее стандартный туберкулин, серия, контрольный номер и дата его годности, дата проведения туберкулиновой пробы, на какой руке поставлена проба, способ постановки и результат в мм. Дата, результат реакции регистрируются также в медицинской карте (ф. 25) и карте рентгенофлюорографических обследований (Пример: Р.Манту 13.06.95 7 мм).

При проведении туберкулинодиагностики ведутся следующие списки:

1. Список лиц, подлежащих ревакцинации БЦЖ.
2. Список лиц с гиперергическими реакциями на туберкулин.

4. Организация контрольного дообследования на туберкулез спецконтингента ИТУ

Контрольное клинико-рентгенологическое и лабораторное дообследование проводится по результатам туберкулинодиагностики, флюорографического и бактериологического обследований спецконтингента.

Дообследованию подлежат:

1. Лица с гиперергическими реакциями на туберкулин.
2. Назначенные на контрольное дообследование после флюорографического обследования с целью уточнения характера патологических изменений в легких и средостении.
3. Лица, у которых установлено бактериовыделение любым методом.

Кроме того, дообследование проводится лицам, обратившимся в медицинскую часть ИТУ с симптомами бронхо-легочных заболеваний, хронической интоксикацией, длительной субфебрильной температурой и другими возможными клиническими проявлениями туберкулеза.

Дообследование может осуществляться в два этапа.

Первый этап – в условиях медицинской части учреждения. Второй – в условиях специализированного учреждения. Лица I и III групп, подлежащие дообследованию, начинают его с осмотра врачом-фтизиатром, который составляет план дообследования и осуществляет его с привлечением необходимых специалистов. При отсутствии флюоро- или рентгенограмм перед осмотром фтизиатра им производится обзорная рентгенограмма грудной клетки в прямой проекции и, при выявлении на ней изменений, соответствующее

рентгенологическое дообследование, которое осуществляет врач-рентгенолог. При отсутствии рентгенолога объем рентгенологического дообследования лиц данных групп определяет врач-фтизиатр.

Дообследование включает в себя:

1. Тщательный клинический осмотр.
2. Проведение общих анализов крови и мочи, а при необходимости других лабораторных и функциональных исследований.
3. Посев мочи на МБТ при выявлении патологических изменений в ней в виде лейкоцитурии или микрогематурии, а также при скрытой пиурии и гематурии, выявленных пробами Нечипоренко, Амбурже или Аддиса-Каковского. С этой целью в стерильную посуду собирается средняя порция «утренней мочи». Доставка в лабораторию на исследование должна осуществляться не позднее 3 часов после забора.
4. Рентгеномографическое дообследование легких и, при показаниях, других органов (скелета, органов брюшной полости, почек и др.).
5. Консультации врачей других специальностей, в зависимости от выявленных в процессе дообследования изменений, включая сопутствующую патологию.

Дообследование лиц, назначенных на контрольное дообследование после флюорографического обследования с целью уточнения характера патологических изменений в легких и средостении, начинается с рентгеномографического дообследования, которое организует и осуществляет врач-рентгенолог.

Перед проведением рентгенологического исследования врач-рентгенолог должен произвести осмотр грудной клетки обследуемого для исключения различных образований, которые могут симулировать тени легких.

Результаты рентгеномографического дообследования могут быть следующими:

1. Патология в легких и средостении исключается. В карту рентгенофлюорографического обследования вносится заключение: «Норма».
2. Выявленные изменения не требуют клинического дообследования. В карте производится описание этих изменений, делается соответствующее заключение (например: БОИ, МОИ, остаточные изменения перенесенного неспецифического воспалительного процесса, сросшийся перелом ребер и др.), и обследуемый направляется к врачу медчасти для возможной диспансеризации.
3. Устанавливается рентгенологический диагноз заболевания, требующего лечения. Больной направляется к соответствующему специалисту.
4. Окончательный диагноз невозможно установить рентгенологическим методом. После осмотра врачом-клиницистом пациент направляется в специализированное лечебное учреждение по профилю наиболее вероятного заболевания.

Клинико-рентгенологическое и лабораторное дообследование должно быть завершено не позднее 12 дней с момента флюорографии.

Завершение каждого этапа комплексного обследования спецконтингента на туберкулез должно сопровождаться анализом проделанной работы.

Результаты оцениваются следующими основными показателями:

1. Охват флюорографией спецконтингента

число лиц, обследованных флюорографически x 100 (в %).

численность спецконтингента ИТУ на день начала осмотра

2. Удельный вес двухпроекционной методики во флюорографическом обследовании.
3. Выявляемость при флюорографии:
 - а) больных активным туберкулезом;
 - б) посттуберкулезных изменений;в том числе больших остаточных изменений (БОИ);
 - в) больных неспецифическими болезнями органов дыхания.Показатели выявляемости принято рассчитывать на 1000 осмотренных.
4. Охват спецконтингента туберкулиновыми пробами Манту.
5. Удельный вес лиц, положительно реагирующих на туберкулин, из числа прошедших туберкулинодиагностику.

6. Удельный вес лиц с гиперергическими реакциями на туберкулин.
7. Охват бактериологическим обследованием лиц с изменениями в легких и средостении, выявленных при флюорографии.
8. Удельный вес обследованных бактериологически и бактериоскопически.
9. Удельный вес обследованных трехкратно методом посева.
10. Выявляемость больных туберкулезом методом бактериоскопии.
11. Охват клинико-рентгенологическими дообследованиями лиц, назначенных на контрольное дообследование по результатам:
 - а) флюорографии;
 - б) туберкулинодиагностики;
 - в) бактериологического обследования.
12. Удельный вес дообследованных в течение 12 дней в общем числе дообследованных.
13. Выявляемость активного туберкулеза органов дыхания всеми методами.
14. Выявляемость активного туберкулеза внелегочных локализаций.

По мере уточнения в показатели вносятся коррективы и рассчитываются новые, такие как высеваемость МБТ; удельный вес больных, выявленных бактериологическими методами, в т.ч. не выявленных методом флюорографии и др.

Несмотря на то, что данные выявляемости туберкулеза будут уточняться в процессе дообследования лиц в специализированных лечебных учреждениях и по мере роста МБТ на средах, предварительный анализ по приведенным показателям необходим для оценки проделанной работы и прогнозирования возможных изменений эпидемиологической ситуации по туберкулезу в учреждении.

**Начальник Главного управления
Организации и контроля медицинской
помощи Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
П.Н.Михалевич**

**Начальник управления
Медицинского и ветеринарного
обеспечения ГУТО МВД
Республики Беларусь
М.И.Кухарчик**