

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Ж. И. Кривошеева, Н. В. Мановицкая, О. В. Михайлова

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2023

УДК 616-002.5:616.98-036(075.8)
ББК 55.4я73
К82

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 17.05.2023 г., протокол № 5

Рецензенты: канд. мед. наук, доц., зам. директора по медицинской экспертизе и реабилитации Республиканского научно-практического центра пульмонологии и фтизиатрии А. С. Дубровский; каф. эпидемиологии Белорусского государственного медицинского университета

Кривошеева, Ж. И.

К82 Карта наблюдения за очагом туберкулезной инфекции : учебно-методическое пособие / Ж. И. Кривошеева, Н. В. Мановицкая, О. В. Михайлова. – Минск : БГМУ, 2023. – 20 с.

ISBN 978-985-21-1396-0.

Изложена схема оформления учебной карты наблюдения за очагом туберкулезной инфекции, которая включает характеристику индексного пациента, эпидемического очага туберкулезной инфекции, план оздоровительных мероприятий в очаге. Представлена информация о группах диспансерного наблюдения пациентов противотуберкулезных организаций здравоохранения.

Предназначено для студентов 4-го курса медико-профилактического факультета.

УДК 616-002.5:616.98-036(075.8)
ББК 55.4я73

ISBN 978-985-21-1396-0

© Кривошеева Ж. И., Мановицкая Н. В., Михайлова О. В., 2023
© УО «Белорусский государственный
медицинский университет», 2023

МОТИВАЦИОННАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕМЫ

Очаг туберкулезной инфекции или эпидемический очаг туберкулеза — это место пребывания источника микобактерий туберкулеза (как правило, бактериовыделителя) вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых случаев заражений и заболеваний.

Индексный случай (индексный пациент) — первично установленный новый или повторный случай туберкулеза у человека в конкретном месте его пребывания или других сопоставимых условиях, где существует риск заражения для других людей. Индексный пациент представляет собой случай, который формирует очаг туберкулезной инфекции. При этом очаг туберкулезной инфекции формируют только пациенты с туберкулезом органов дыхания, в то время как пациенты с внелегочным туберкулезом не представляют эпидемической опасности.

Учебная карта наблюдения за очагом туберкулезной инфекции для студентов медико-профилактического факультета включает характеристику индексного пациента (на основе сбора анамнеза, объективного обследования пациента и данных медицинской карты стационарного пациента с туберкулезом), подробную эпидемиологическую характеристику очага туберкулезной инфекции, план оздоровительных мероприятий в очаге, а также характеристику группы диспансерного наблюдения пациента.

С точки зрения этики, деонтологии и соблюдения врачебной тайны недопустимо фотографировать, переносить данные реальной медицинской документации на любые электронные носители и размещать информацию о пациентах в Интернете.

Цель занятия: написание учебной карты наблюдения за очагом туберкулезной инфекции, что способствует формированию у студента умения определять степень эпидемиологической опасности очага туберкулезной инфекции и планировать проведение в нем оздоровительных мероприятий.

Задачи занятия. Студент должен:

- ознакомиться с основными разделами и принципами ведения медицинской карты стационарного пациента с туберкулезом, а также методами обследования пациента;
- выработать навык общения с пациентом, страдающим туберкулезом, с соблюдением деонтологических норм;
- научиться оценивать и анализировать результаты обследования пациента с туберкулезом;
- научиться определять приоритетность контактных лиц, виды очагов туберкулезной инфекции;
- научиться определять объем и первоочередность оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции в зависимости от степени его эпидемической опасности;

- оценивать клинико-эпидемиологический статус пациента, позволяющего включить его в соответствующую группу диспансерного наблюдения;
- ознакомиться с контрольными сроками обследования, лечения и мероприятий по диспансерному динамическому наблюдению пациентов.

В процессе написания учебной карты наблюдения за очагом туберкулезной инфекции студент должен овладеть следующими навыками:

- собирать анамнез заболевания и жизни пациента с туберкулезом;
- оценивать результаты клинических, лабораторных и инструментальных методов обследования пациента с туберкулезом;
- формулировать и обосновывать клинический диагноз туберкулеза;
- определять степень эпидемической опасности очага туберкулезной инфекции (на основании характеристик индексного пациента и контактов);
- составлять план оздоровительных мероприятий в очаге инфекции;
- определять группу диспансерного наблюдения пациента, а также контрольные сроки обследования, лечения и мероприятия по диспансерному динамическому наблюдению пациента.

Титульный лист карты расследования очага туберкулезной инфекции оформляется согласно прил. 1.

Контрольные вопросы по теме занятия:

1. Методы диагностики туберкулеза органов дыхания.
2. Методы обнаружения микобактерий туберкулеза в биологическом материале.
3. Клинические симптомы у пациентов с туберкулезом органов дыхания.
4. Основные принципы лечения пациентов с туберкулезом.
5. Классификация очагов туберкулезной инфекции по степени эпидемической опасности.
6. Классификация кругов контактов.

ХАРАКТЕРИСТИКА ИНДЕКСНОГО ПАЦИЕНТА

Персональные данные пациента:

1. Фамилия, имя, отчество.
2. Год рождения.
3. Домашний адрес.
4. Профессия, место работы и должность.
5. Дата поступления в стационар.
6. Клинический диагноз (согласно клинической классификации).

Социально-гигиеническая характеристика индексного пациента.

Необходимо указать: пациент учится, работает, находится ли в декретном отпуске, является пенсионером и др. Если пациент является безработным, указать длительность периодов отсутствия постоянного места работы. При наличии инвалидности указать группу и причину инвалидности. У работаю-

щих пациентов уточняется уровень образования, характер выполняемой работы. Следует представить сведения об условиях работы, наличии особых условий труда (профессиональных вредностей). Если имело место пребывание пациента в местах лишения свободы, необходимо это отметить, указав длительность и количество сроков заключения.

Следует выяснить, имеются ли у пациента вредные привычки: курение (длительность и число выкуриваемых в день сигарет, индекс курящего человека), злоупотребление алкоголем (с какого времени), употребление наркотических веществ.

Необходимо указать перенесенные пациентом заболевания. Особое внимание уделяется наличию хронических заболеваний органов дыхания, сахарного диабета, системных заболеваний соединительной ткани, онкологических заболеваний, заболеваний желудочно-кишечного тракта, иммунодефицитных состояний. В обязательном порядке нужно отметить продолжительный прием глюкокортикостероидов, иммунодепрессантов, цитостатиков, биологических таргетных препаратов (моноклональных антител к фактору некроза опухоли-альфа (ФНО- α)). Указывается наличие беременностей, родов, прерываний беременностей, бесплодия у женщин, перенесенные хирургические операции и травмы.

Следует указать, имелся ли контакт с больными туберкулезом до начала заболевания (характер контакта, его продолжительность).

Аллергологический анамнез включает указание непереносимости лекарственных средств, вакцин, сывороток, пищевых продуктов (отметить вид аллергической реакции).

Характеристика жилищно-бытовых условий. Необходимо отразить жилищные условия индексного пациента: проживает в многоквартирном или в собственном доме, общежитии, учреждении социального обеспечения, ином месте, имеется ли отдельная комната. Далее указываются сведения о составе семьи: сколько всего человек проживает совместно с пациентом в одной квартире (частном доме), из них в одной комнате с пациентом; сколько проживает детей и их возраст (указать отдельно). Важно уточнить материально-бытовые условия жизни, качество и регулярность питания, наличие стрессовых факторов.

Клинико-рентгенологическая характеристика туберкулезного процесса. Жалобы пациента (при поступлении и в день курации).

Анамнез заболевания. Необходимо определить характер данного случая туберкулеза: новый случай, рецидив, лечение после неудачи в лечении, лечение после потери для последующего наблюдения.

Путем опроса пациента необходимо выяснить, как было выявлено настоящее заболевание: имелись ли какие-либо клинические признаки или туберкулез был выявлен при плановом рентгенологическом обследовании. Следует оценить регулярность профилактических рентгенологических обследований.

дований. При наличии клинических симптомов необходимо указать, какие жалобы имелись у пациента:

- проявления синдрома интоксикации (повышение температуры тела, слабость, снижение трудоспособности, повышенная потливость, ухудшение аппетита и снижение массы тела, изменение поведения — раздражительность или апатия);

- проявления бронхолегочно-плеврального синдрома (кашель сухой или с наличием мокроты, кровохарканье, боли в грудной клетке, одышка).

Указывается приблизительное время от возникновения первых симптомов до постановки диагноза туберкулеза.

Если пациент болел туберкулезом раньше, требуется выяснить:

- когда и как впервые был выявлен туберкулез;

- течение заболевания (наличие рецидивов, неудач, отрывов от лечения ранее);

- проводимое лечение (количество и длительность курсов, наличие лекарственной устойчивости, какие применялись противотуберкулезные лекарственные препараты (ПТЛП));

- диспансерное наблюдение.

Осмотр, физикальное обследование. Указывается общее состояние пациента (удовлетворительное, средней тяжести или тяжелое); следует обратить внимание на цвет кожных покровов и видимых слизистых (бледность, гектический румянец, цианоз).

Следует отметить частоту дыхания пациента (число дыхательных движений в минуту), обратить внимание на наличие одышки и ее характер (при физической нагрузке или в покое). При аускультации грудной клетки необходимо обратить внимание на ослабленное дыхание, жесткое или бронхиальное дыхание (над крупными полостями распада). Сухие хрипы выслушиваются обычно при сужении просвета бронхов (бронхоспазм, наличие мокроты, фиброз). Влажные разнокалиберные хрипы при обширной инфильтрации в легком, особенно с наличием казеозного некроза и полостей распада, также при наличии бронхоэктазов, обострении хронического бронхита, развитии острого бронхита или пневмонии. При сухом фибринозном плеврите может выслушиваться шум трения плевры.

Туберкулез относится к заболеваниям со скудной аускультативной картиной: для многих форм туберкулеза, особенно в период проведения противотуберкулезной терапии, характерно полное отсутствие аускультативных проявлений заболевания.

Другие органы и системы описываются кратко. В процессе описания объективного статуса пациента студент должен использовать знания и навыки, полученные на других клинических кафедрах.

Лабораторные исследования. В учебной карте наблюдения за очагом туберкулезной инфекции должны быть представлены результаты общего анализа крови, общего анализа мочи, биохимического анализа крови

на момент поступления. Каждый анализ должен сопровождаться заключением о характере патологических изменений (например, лейкоцитоз, протеинурия) или указанием, что параметры соответствуют норме.

У пациентов с ВИЧ-инфекцией анализируются показатели иммунитета при поступлении в стационар и в динамике: соотношение CD4+/CD8+ лимфоцитов — меньше или больше 1; количество CD4+ лимфоцитов в 1 мл³ крови; тест на вирусную нагрузку — количество копий РНК ВИЧ в 1 мл крови.

Тесты для иммунодиагностики туберкулезной инфекции. Следует представить результаты пробы Манту с 2 ТЕ (туберкулиновыми единицами), диаскинтеста и квантиферонового теста (если они выполнялись). Положительные результаты диаскинтеста и квантиферонового теста подтверждают наличие туберкулезной инфекции у пациента.

Лучевая диагностика. Задачей студента является изучение характерного для туберкулеза рентгенологического синдрома или нескольких и протокола описания рентгенограммы, выполненной при поступлении пациента в стационар, а также заключение о том, что данная рентгенологическая картина может соответствовать определенной форме туберкулеза.

Основные рентгенологические синдромы:

- очаговая тень (очаг) — изменение на рентгенограмме размером до 10 мм в диаметре (одиночное или чаще в виде группы очагов), которое занимает не более двух сегментов в одном или обоих легких;
- ограниченное или обширное затенение (тень) — изменение на рентгенограмме размером более 10 мм в диаметре разной формы и размера;
- округлая тень — вариант затенения округлой или овальной формы более 10 мм в диаметре;
- кольцевидная тень (полость);
- диссеминация — множество очагов, занимающее площадь более двух сегментов;
- изменения легочного рисунка (усиление, обеднение, ослабление, деформация — тяжистость, петлистость, ячеистость);
- расширение средостения и корней легких (одностороннее или двустороннее);
- синдром обширного просветления (определяется при пневмотораксе, эмфиземе);
- синдром плеврального выпота.

Далее следует привести описание результатов компьютерной томографии органов грудной полости. Мультиспиральная компьютерная томография позволяет выявить изменения в легких, плевре, средостении, которые не определяются на обычной рентгенограмме (мелкие очаги, полости распада малого размера, бронхоэктазы), уточнить локализацию и распространенность патологических образований, точно оценить их структуру и плотность.

Инструментальные методы исследования и диагностические операции. Указать результаты бронхологического исследования, диагностические операции (видеоассистированная торакоскопия с биопсией).

Результаты морфологического исследования послеоперационного и биопсийного материала в учебную карту вписываются полностью (гранулемы с наличием эпителиоидных клеток и гигантских клеток Пирогова–Лангханса, казеозного некроза характерны для специфического туберкулезного воспаления). Обязательно указать результаты исследования биопсийного и послеоперационного материала на наличие микобактерий.

Оценка бактериовыделения. В данном разделе следует указать результаты исследования всех видов используемого биологического материала (мокроты, индуцированной мокроты, бронхоальвеолярных смывов, плевральной жидкости, послеоперационного материала, биоптатов бронхов, легких и плевры) с целью выявления микобактерий туберкулеза (МБТ). При первичной диагностике каждая проба биологического материала исследуется с использованием всех доступных микробиологических и молекулярно-генетических методов.

Для обнаружения МБТ применяются следующие методы:

- бактериоскопический (микроскопический) — выявление кислотоустойчивых бактерий (КУБ) в мазках мокроты или другого биологического материала, окрашенных по Цилю–Нильсену;

- бактериологический (культуральный) — посев мокроты на твердые питательные среды (Левенштейна–Йенсена); ускоренный метод детекции МБТ в автоматизированной системе ВАСТЕС MGIT-960 с применением жидкой питательной среды;

- молекулярно-генетические: GeneXpert, LPA, позволяющие обнаружить ДНК МБТ и мутации, связанные с устойчивостью к противотуберкулезным лекарственным препаратам (ПТЛП).

В обязательном порядке следует указать результаты тестов лекарственной чувствительности выделенных МБТ.

В заключении данного раздела должен быть сделан вывод о том, в каком материале (мокрота, послеоперационный материал и др.) и какими методами обнаружены МБТ, а также об отсутствии или наличии у пациента лекарственной устойчивости (резистентности) МБТ к ПТЛП. При наличии лекарственной устойчивости необходимо указать, имеет ли место моно-, полирезистентность или множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) широкая лекарственная устойчивость (ШЛУ) МБТ.

Обоснование и формулировка диагноза. Клинический диагноз туберкулеза органов дыхания устанавливается на основании:

- характерных жалоб (проявления интоксикационного и бронхолегочно-плеврального синдромов);

- анамнеза (ранее перенесенный туберкулез, контакт с больными туберкулезом, также наличие других факторов риска заболевания туберкулезом);

- данных осмотра и физикального исследования;
- патологических изменений лабораторных показателей;
- обнаружения МБТ в мокроте или в другом исследуемом материале (в том числе послеоперационном и биопсийном);
- характерных данных лучевых методов обследования;
- результатов морфологического исследования послеоперационного материала и биоптатов (наличие специфических туберкулезных гранулем), а также обнаружения ДНК МБТ, КУБ, МБТ в послеоперационном материале и биоптатах.

Клинический диагноз формулируется в соответствии с клинической классификацией туберкулеза в следующей последовательности: клиническая форма туберкулеза, локализация процесса, фаза процесса (инфильтрации, распада, обсеменения, рассасывания, рубцевания, петрификации или обызвествления), наличие или отсутствие бактериовыделения, характеристика лекарственной устойчивости, осложнения туберкулеза. Далее необходимо указать сопутствующие заболевания, в том числе те, которые были впервые диагностированы при обследовании в стационаре.

При инфильтративном туберкулезе легких фаза инфильтрации не указывается, так как она заложена в самом названии этой формы. При диссеминированном туберкулезе легких не обозначается фаза обсеменения, так как она заложена в определении самой формы.

Пример формулировки диагноза: инфильтративный туберкулез верхней доли левого легкого в фазе распада и обсеменения. МБТ+, МЛУ (H, R, E, Z). Кровохарканье. Сахарный диабет, II тип.

План лечения. Прежде всего, следует указать лечебный режим и особенности лечебной диеты. Применяемые ПТЛП вписать в учебную карту с использованием общепринятых сокращений (с расшифровкой в скобках).

Прогноз исхода заболевания и трудоспособности. Следует указать возможный исход заболевания и прогноз трудоспособности после окончания курса химиотерапии туберкулеза.

Исход заболевания и прогноз трудоспособности пациента зависит от своевременности выявления туберкулеза, возраста, социального статуса и психического состояния пациента, образа жизни, полноценности питания и наличия вредных привычек, формы туберкулеза, чувствительности выделенных штаммов МБТ к ПТЛП, эффективности проводимого лечения, соблюдении пациентом режимов приема ПТЛП, сопутствующей патологии.

Возможные исходы туберкулеза органов дыхания: благоприятный, относительно благоприятный или неблагоприятный.

Благоприятный исход туберкулеза органов дыхания — это излечение без остаточных изменений или с небольшими остаточными изменениями. *Относительно благоприятный исход* — это излечение с большими остаточными изменениями или стабилизация процесса. *Неблагоприятный исход* определя-

ется, если расстройство здоровья приобретает стойкий характер — прогрессирующее течение туберкулеза; хронические формы туберкулеза, не подлежащие хирургическому лечению; туберкулез в сочетании с другими заболеваниями, утяжеляющими его течение и прогноз; широкая лекарственная устойчивость с невозможностью назначить адекватное лечение; отказ пациента от лечения или многократные отрывы от лечения.

Благоприятный трудовой прогноз означает возможность излечения и признание пациента трудоспособным. При выявлении признаков ограничения жизнедеятельности и стойкой утраты трудоспособности устанавливается группа инвалидности.

ХАРАКТЕРИСТИКА ОЧАГА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Характеристика групп контактных лиц. Расследование очага туберкулезной инфекции включает выявление и приоритизацию контактных лиц, а также их клиническую оценку.

Следует указать коллективы и группы людей, с которыми индексный пациент общался до госпитализации постоянно, периодически, временно или спорадически.

В первую очередь необходимо выявить контактных лиц, которые находились в тесном бытовом (внутри домохозяйства) и не бытовом (вне домохозяйства) контакте с индексным пациентом — I круг контактов. Указываются члены семьи пациента, характер родства, возраст всех членов семьи. Здесь же указывается наличие контактных лиц из внесемейного окружения, которые находились в тесном контакте с пациентом по месту работы, учебы, воспитания, лечения и др. за последние 3 месяца перед выявлением туберкулеза. Следует особо отметить контактных лиц с наличием дополнительных факторов риска туберкулеза (эпидемический, социальный, медико-биологический риск).

Затем требуется определить предполагаемые II и III круги контактов.

Далее требуется заполнить форму «Определение круга контактных лиц» по образцу (прил. 2).

Оценка степени эпидемической опасности очага туберкулезной инфекции. Эпидемический очаг туберкулеза имеет пространственные и временные границы. В пространственные границы очага туберкулеза входят место проживания индексного пациента, место его работы, обучения, воспитания и др. Временные границы очага включают два срока: период общения с индексным пациентом и продолжительность периода инкубации у контактных лиц.

Индивидуальное сочетание степени эпидемической опасности индексного пациента (категория индексного пациента), наличия и числа лиц, бывших в тесном (бытовом и не бытовом) контакте с индексным пациентом,

наличия и выраженности факторов риска у контактных лиц определяют степень эпидемической опасности очага, объем и первоочередность проведения оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции.

На основании анализа приведенных сведений определяется степень эпидемической опасности данного конкретного очага туберкулезной инфекции. По степени эпидемической опасности выделяют 4 группы очагов:

1 группа — очаги с наибольшим риском заражения туберкулезом сформированы индексными пациентами с туберкулезом органов дыхания при наличии хотя бы одного из следующих признаков:

- выделение МБТ, установленное методом бактериоскопии;
- выделение МБТ с МЛУ/ШЛУ к ПТЛП;
- ВИЧ-ассоциированный туберкулез;
- выделение МБТ (любым методом) при наличии детей и беременных женщин в очаге;
- выделение МБТ (любым методом) и социальное неблагополучие пациента;
- проживание в очаге социально-дезадаптированных лиц;
- смерть от туберкулеза, не диагностированного при жизни.

2 группа — очаги с меньшим риском заражения, в которых МБТ у индексных пациентов были выявлены только методом посева и/или молекулярно-генетическими методами при отсутствии МЛУ/ШЛУ возбудителя к ПТЛП. При этом пациенты должны проживать в отдельных квартирах (частных домах) без детей и соблюдать санитарно-гигиенический режим.

3 группа — очаги с минимальным риском заражения, которые формируют индексные пациенты с активным туберкулезом органов дыхания без выделения МБТ, но проживающие с детьми.

4 группа — очаги с потенциальным риском заражения, в которых у пациентов с активным туберкулезом органов дыхания и не имеющих отягощающих факторов в результате лечения наступило абациллирование (условные бактериовыделители). К этой же группе также относят очаги, где индексный пациент, выделяющий МБТ, выбыл.

Перевод очага туберкулезной инфекции из одной эпидемической группы в другую осуществляется совместно участковым врачом-фтизиатром и врачом-эпидемиологом при появлении факторов, изменяющих его эпидемическую опасность.

МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОЗДОРОВЛЕНИЮ ОЧАГА ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Завершающей частью карты наблюдения за очагом туберкулезной инфекции является составление плана оздоровления очага.

Эпидемический очаг туберкулезной инфекции берется на учет с момента выявления пациента с туберкулезом органов дыхания. Объем и перво-

очередность оздоровительных мероприятий в конкретном очаге туберкулезной инфекции определяются степенью его эпидемической опасности. Следует разработать четкий план оздоровления данного эпидемического очага туберкулеза в соответствии с характеристиками индексного пациента, очага и контактных лиц по нижеуказанному образцу.

План оздоровления эпидемического очага туберкулеза:

1. Мероприятия в отношении индексного пациента (основной курс химиотерапии, его длительность, место проведения, эффективность и планируемая общая продолжительность лечения).

2. Разобщение источника туберкулезной инфекции и контактных лиц в очаге (госпитализация бактериовыделителя или изоляция пациента в пределах очага, изоляция и оздоровление контактов).

3. Дезинфекция согласно инструкции.

4. Обследование контактов (выделение приоритетных контактов, которые подлежат клинической оценке и наблюдению в данном очаге туберкулезной инфекции, а также сроки и виды их обследования (опрос, клиническое обследование)).

5. Порядок назначения профилактического лечения контактными лицам и вакцинации новорожденных из очага туберкулезной инфекции (при наличии показаний).

6. Кратность посещения эпидемического очага туберкулеза:

– врач-фтизиатр _____ в году;

– медсестра _____ в году;

– эпидемиолог _____ в году.

Сроки наблюдения очага _____.

7. Соблюдение правил инфекционного контроля в очаге (разобщение индексного пациента и контактных лиц, соблюдение противоэпидемического режима).

8. Проведение информационно-образовательной работы.

ГРУППЫ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Пациенты, подлежащие диспансерному наблюдению в противотуберкулезной организации, распределяются согласно следующим группам диспансерного наблюдения (ГДН):

1. Впервые выявленный и повторно леченый туберкулез с лекарственной чувствительностью возбудителя (IA, IB ГДН):

IA ГДН — новые случаи, рецидивы, пациенты для возобновления лечения (после неудачи в лечении, потери для последующего наблюдения и

др.) с туберкулезом без бактериовыделения и с лекарственно-чувствительным туберкулезом (ЛЧ-ТБ), в том числе моно- и полирезистентные формы, кроме лекарственной устойчивости МБТ к рифампицину.

Пациенты после проведенного лечения (излечение, лечение завершено) для дальнейшего наблюдения и проведения мероприятий медицинской и медико-социальной реабилитации переводятся в IB ГДН.

IB ГДН — пациенты с ЛЧ-ТБ, с туберкулезом без бактериовыделения после завершения (прекращения) лечения в IA ГДН.

После проведения мероприятий медицинской и медико-социальной реабилитации и истечения контрольных сроков наблюдения пациенты в зависимости от исходов заболевания снимаются с диспансерного наблюдения либо переводятся в IA, ПА или III ГДН (при неудаче в лечении).

2. Рифампицин-устойчивые формы туберкулеза (IIA, IIB, ГДН):

IIA ГДН — новые случаи, рецидивы, пациенты для возобновления лечения (после неудачи в лечении и потери для последующего наблюдения) с рифампицин-устойчивым туберкулезом (РУ-ТБ).

После проведенного лечения (излечение, лечение завершено) в IIA ГДН для дальнейшего наблюдения и проведения мероприятий медицинской и медико-социальной реабилитации пациенты переводятся в IIB ГДН.

IIB ГДН — пациенты РУ-ТБ, рецидивы и другие случаи РУ-ТБ после завершения (прекращения) лечения в IIA ГДН.

После проведения мероприятий медицинской и медико-социальной реабилитации и истечения контрольных сроков наблюдения пациенты в зависимости от исходов наблюдения снимаются с диспансерного учета либо переводятся в III ГДН.

3. III ГДН — пациенты РУ-ТБ, не подлежащие этиотропному лечению (паллиативное лечение туберкулеза). В эту группу включаются пациенты с неблагоприятным исходом лечения, при невозможности назначения этиотропного лечения, отказавшиеся от лечения.

Пациенты III ГДН после прекращения бактериовыделения, установленного длительным (36 месяцев) микробиологическим мониторингом биологического материала, переводятся в IIB ГДН, при сохранении бактериовыделения — продолжение наблюдения в III ГДН.

4. Контакты (IV A, IVB ГДН):

IVA ГДН — лица, находящиеся в контакте с пациентами с туберкулезом КУБ+ и/или МБТ+ (взрослые и дети).

Эта группа разделяется на 2 подгруппы:

- 1) контакт с пациентами, больными ЛЧ-ТБ (КУБ+ и/или МБТ+);
- 2) контакт с пациентами, больными РУ-ТБ (КУБ+ и/или МБТ+).

После проведенных обследований и истечения сроков наблюдения (в течение 1 года для контактных лиц с пациентами ЛЧ-ТБ и 2 лет для контактных лиц с пациентами РУ-ТБ), они подлежат снятию с диспансерного

наблюдения. В случае смерти индексного пациента от туберкулеза наблюдение у детей удлинняется до 5 лет.

При выявлении у контактных лиц заболевания туберкулезом они переводятся в IA или IIА ГДН на лечение.

IVБ ГДН предназначена для диспансерного наблюдения детей, контактирующих с пациентами с активным туберкулезом без бактериовыделения (МБТ–). После проведения исследований и истечения срока наблюдения в течение 1 года, а в случае смерти источника инфекции от туберкулеза в течение 5 лет, дети IVБ ГДН снимаются с диспансерного учета. При выявлении у детей этой группы наблюдения заболевания туберкулезом они переводятся в IA или IIА ГДН.

5. Дети с серьезными побочными реакциями на прививку БЦЖ (V ГДН):

V ГДН — дети с установленным диагнозом серьезной побочной реакции на профилактическую прививку вакциной БЦЖ.

В эту группу включаются дети с местными серьезными побочными реакциями на прививку вакциной БЦЖ (подкожный инфильтрат размером более 10 мм, холодный абсцесс, язва, келоидный рубец, регионарные лимфадениты), а также с системными проявлениями побочных реакций на прививку вакциной БЦЖ (оститы и остеомиелиты, сочетанные поражения костной системы, кожи и лимфоузлов, генерализованные поражения у детей с врожденным или приобретенным иммунодефицитом).

При благоприятном исходе заболевания дети снимаются с диспансерного наблюдения, в остальных случаях продолжается наблюдение у врача-фтизиатра до трех лет.

6. Дети и взрослые с латентной туберкулезной инфекцией (VIA, VIБ, VIВ ГДН):

VIA ГДН — дети с латентной туберкулезной инфекцией (первичное инфицирование МБТ).

В эту группу включают детей с «виражом» туберкулиновой реакции, в том числе с гиперергической туберкулиновой чувствительностью, с положительным результатом гамма-интерферонового теста или пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (диаскинтестом).

После проведенного обследования и при отсутствии заболевания туберкулезом дети снимаются с диспансерного наблюдения, при установлении заболевания туберкулезом осуществляется перевод пациента в IA или IIА ГДН. Срок диспансерного наблюдения в VIA ГДН составляет 1 год.

VIБ ГДН — дети с латентной туберкулезной инфекцией (инфицирование МБТ).

В эту группу включают детей с гиперергической реакцией на туберкулин и/или с положительным результатом гамма-интерферонового теста или пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (диаскинтестом).

После проведенного обследования и отсутствия заболевания туберкулезом дети снимаются с диспансерного наблюдения, при установлении диагноза «туберкулез» осуществляется перевод в IA или IIA ГДН. Срок диспансерного наблюдения в VIB ГДН составляет 1–2 года.

VIB ГДН — взрослое население с латентной туберкулезной инфекцией (инфицирование МБТ).

В эту группу включают взрослых лиц из групп риска по туберкулезу с положительным результатом гамма-интерферонового теста или пробы с аллергеном туберкулезным рекомбинантным (диаскинтестом).

После проведенного обследования и при отсутствии заболевания туберкулезом пациенты снимаются с диспансерного наблюдения, при установлении диагноза «туберкулеза» — переводятся в IA, IIA, III ГДН. Срок диспансерного наблюдения в VIB ГДН составляет 1 год.

7. Дифференциальная диагностика туберкулеза (VII ГДН):

VII ГДН — пациенты, требующие клиничко-лабораторного обследования и наблюдения в динамике при подозрении на туберкулез при проведении дифференциальной диагностики или установлении рецидива туберкулеза. Данная группа формируется из пациентов с клиническими и (или) рентгенологическими или другими признаками туберкулеза.

После проведения дифференциальной диагностики и при отсутствии заболевания туберкулезом решением консилиума (комиссии) пациенты снимаются с диспансерного наблюдения, при установлении диагноза «туберкулез» осуществляется перевод в IA или IIA, III ГДН. Срок наблюдения составляет 1 год либо до установления окончательного диагноза.

8. Нетуберкулезные заболевания органов дыхания и внелегочных локализаций (VIII, IX ГДН):

VIII ГДН предназначена для пациентов с инфекционными заболеваниями легких и внелегочной локализации, вызванных нетуберкулезными микобактериями (НТМ), чаще всего с микобактериозом легких, подтвержденным двукратно установленным бактериовыделением НТМ и/или гистологически.

После успешно проведенного лечения и истечения контрольных сроков наблюдения (до 3 лет) в VIII ГДН пациенты снимаются с диспансерного наблюдения, при прогрессировании процесса осуществляются повторные курсы лечения.

IX ГДН — взрослое, детское население с саркоидозом. После успешно проведенного лечения и истечения контрольных сроков наблюдения в IX ГДН пациенты снимаются с диспансерного наблюдения, при волнообразном прогрессирующем течении процесса осуществляются новые курсы лечения.

Диагностика, лечение, диспансерное наблюдение проводятся в соответствии с действующими клиническими протоколами диагностики и лечения саркоидоза.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Основная

1. *Перельман, М. И.* Фтизиатрия : учеб. / М. И. Перельман, И. В. Богадельникова ; под ред. М. И. Перельмана. [4-е изд., перераб. и доп.]. Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. 448 с.: ил. + CD.
2. *Кривонос, П. С.* Туберкулез у детей : учеб. пособие / П. С. Кривонос, Ж. И. Кривошеева, Н. С. Морозкина. Минск : Регистр, 2015. 232 с.
3. *Инструкция* по диспансерному наблюдению пациентов противотуберкулезных организаций [Электронный ресурс] : приказ М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 7 дек. 2021 г. № 1542. Режим доступа: <https://www.pravo.by>. Дата доступа: 11.05.2023.

Дополнительная

4. *Клинический* протокол «Диагностика и лечение пациентов с туберкулезом (взрослое и детское население)» [Электронный ресурс] : постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь от 16 дек. 2022 г. № 118. Режим доступа: <https://www.minzdrav.gov.by>. Дата доступа: 13.05.2023.
5. *Современная* бактериологическая диагностика туберкулеза: учеб.-метод. пособие / И. И. Дюсьмикеева [и др.]. Минск : БГМУ, 2018. 30 с.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
КАФЕДРА ФТИЗИОПУЛЬМОНОЛОГИИ

Заведующий кафедрой,
канд. мед. наук, доц.
Кривошеева Ж. И.

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Индексный пациент _____
(фамилия, имя, отчество)

Клинический диагноз _____

Куратор
(фамилия, имя, отчество, № группы)
Преподаватель
(фамилия, имя, отчество, должность)

Определение круга контактных лиц

Индексный пациент

Диагноз

Характеристика индексного пациента

Приблизительное время возникновения первых жалоб (кашля)	<input type="checkbox"/> До трех месяцев назад <input type="checkbox"/> От 3 до 6 месяцев назад <input type="checkbox"/> Более 6 месяцев назад
Бактериовыделение	<input type="checkbox"/> Молекулярно-генетические м-ды <input type="checkbox"/> Микроскопия <input type="checkbox"/> Культура <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Статус неизвестен
Наличие полости распада	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Устойчивость	<input type="checkbox"/> ЛЧ-ТБ <input type="checkbox"/> МЛУ-ТБ <input type="checkbox"/> ШЛУ-ТБ <input type="checkbox"/> Неизвестна <input type="checkbox"/> Подозрение <input type="checkbox"/> МЛУ-ТБ <input type="checkbox"/> ШЛУ-ТБ
ВИЧ-статус	<input type="checkbox"/> ВИЧ-положительный <input type="checkbox"/> ВИЧ-отрицательный <input type="checkbox"/> ВИЧ-статус неизвестен

Список контактных лиц внутри домохозяйства
(первый круг) за последние _____ месяцев.

Ф.И.О.	Почтовый адрес	Примечания (степень родства)
1		
2		
3		
4		
5		

Список контактных лиц, относящихся к тесным контактам (первый круг) за последние _____ месяцев.

Тесный контакт: лица, проживающие вне одного домохозяйства, но у которых за последние 3 месяца был контакт (нахождение в одной комнате, автомобиле с индексным пациентом не менее 8 часов для индексного пациента с положительной микроскопией или не менее 40 часов для пациентов, положительных по культуре).

Ф.И.О.	Почтовый адрес	Примечания
1		
2		
3		
4		
5		

ОГЛАВЛЕНИЕ

Мотивационная характеристика темы	3
Характеристика индексного пациента	4
Характеристика очага туберкулезной инфекции	10
Мероприятия по оздоровлению очага туберкулезной инфекции	11
Группы диспансерного наблюдения пациентов в противотуберкулезных организациях здравоохранения	12
Список использованной литературы.....	16
Приложение 1	17
Приложение 2	18

Учебное издание

Кривошеева Жанна Ивановна
Мановицкая Наталья Валентиновна
Михайлова Ольга Васильевна

КАРТА НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Учебно-методическое пособие

Ответственная за выпуск Ж. И. Кривошеева
Редактор А. М. Мурашко
Компьютерная вёрстка С. Г. Михейчик

Подписано в печать 22.09.23. Формат 60×84/16. Бумага писчая «Снегурочка».
Ризография. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 1,16. Уч.-изд. л. 1,1. Тираж 66 экз. Заказ 552.

Издатель и полиграфическое исполнение: учреждение образования
«Белорусский государственный медицинский университет».
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/187 от 18.02.2014.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.