ЛЕКЦИЯ №4

ТЕМА: ОРГАНИЗАЦИЯ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ РАБОТЫ.

Организация противотуберкулезной работы начинается со времен Коха. В конце 19 века появляются общественные организации по борьбе с туберкулезом. Первые организации появляются в Англии, где туберкулез среди шахтеров был почти поголовным. Затем по Франции. Все эти организации были направлены своей деятельностью на бедноту (организация финансовых фондов) материально. В России в 1907-1908 года организуется ассоциация больных туберкулезом. Одним из организаторов был А.П. Чехов. К 1914 году организация развалилась. После 1917 года в борьбу с туберкулезом включилось государство (борьба с туберкулезом была объявлена государственной задачей). Организуется под руководством Семашко коммитет при наркомздраве эпидемических заболеваний. Вскоре отпочковывается секция борьбы с туберкулезом (организует Соловьев). Эта секция ставит своей задачей найти организационные методы борьбы с туберкулезом, определить методы эффективные методы лечения, профилактики. В 1918 организуется НИИ туберкулеза. Государственный характер борьбы подразумевает, что работа финансируется государством. Тогда медицина в основном была платная, но туберкулез лечили бесплатно. Повсеместно организуются противотуберкулезные диспансеры. В 1921 году организуется центральный НИИ туберкулеза , задачей которого являлось организация борьбы с туберкулезом во всей стране. В последующем такие НИИ были организованы в Ленинграде, Харькове, Киеве, Львове и т.д. Во всех НИИ поддерживался принцип государственности (государственного значения). Специализированным учреждением был диспансер (от французского слова - наблюдение). Диспансеры довольно быстро были восприняты как организационная структура и к 1925 -26 году в каждой губернии были диспансеры. Постепенно , к концу 30-х годов появилась современная структура.

Различают районные диспансеры ( в нашем городе 19 районов - 19 диспансеров). Головным диспансером является городской противотуберкулезный диспансер. В каждой области имеется свой областной противотуберкулезные диспансер, который тоже является головным учреждением. Область состоит из нескольких районов, в каждом из которых в зависимости от количества населения есть либо противотуберкулезный кабинет, либо противотуберкулезный диспансер. Затем республиканский противотуберкулезный диспансер (например КОМИ, Башкирия, Карелия и др.).

Республиканский диспансер. В больших республиках были министерства здравоохранения, и в замен республиканского противотуберкулезного диспансера было управление противотуберкулезной службой.

Функции и задачи республиканского диспансера:

1. организационно-методическая работа
2. распределение по областным диспансерам финансов
3. приобретение оборудования
4. приобретение медикаментов и их распределение
5. подготовка кадров
6. распределение кадров

Областной диспансер. Это головное учреждение и одним из главных пунктов работы является организационно-методическая работа. Но в отличие от республиканского диспансера областной диспансер может иметь стационар, куда госпитализируются больные с туберкулезом.

Районный диспансер.

1. Основной функцией является наиболее раннее выявление ранних форм туберкулеза.
2. Лечение больных туберкулезом
3. Учет выявленных больных
4. Профилактика туберкулеза в своем районе

В борьбе с туберкулезом районный диспансер несет основную нагрузку. Районный диспансер также может иметь в своей структуре стационар , но помимо этого в районе, области организуются противотуберкулезные больницы. В нашем городе несколько таких больниц.

Помимо стационаров, еще с 20-х годов было принято решение об организации противотуберкулезных санаториев ( Ялта, Алушта и др). Со времен А. П. Чехова (умер от туберкулеза) считалось что Крымский климат благотворно влияет на систему дыхания (что действительно так).

СТРУКТУРА ДИСПАНСЕРА.

Структура районного диспансера. Любое лечебно-профилактическое учреждение и диспансер в частности является учреждением для амбулаторного лечения.

В регистратуре ведется учет больных по месту жительства, на каждого заводится медицинская карта, которые разложены по адресам.

Кабинеты участковых фтизиатров, которые проводят физикальное исследование. Каждый противотуберкулезный диспансер обязан иметь собственную лабораторию, где имеется гематологическая, иммунологическая, биохимическая, цитологическая лаборатории. Также существуют процедурные кабинеты. Так как основным методом диагностики туберкулеза является рентгенологический то существует рентгенологический кабинет.

Помимо этого существуют кабинеты специалистов - вплоть до стоматолога. Специалисты как правило работают не на полную ставку.

Также при районном диспансере может быть стационар. Кроме того выявленные больные в этих диспансерах берутся на учет. Таким образом в нашей стране все больные туберкулезом состоят на учете.

Задачи противотуберкулезного диспансера:

1. Выявление туберкулеза в наиболее ранних формах (выявление малых форм туберкулеза). Это те формы туберкулеза, которые характеризуются ограниченном распространенностью - небольшие очаги в виде очагового туберкулеза , ограниченные формы инфильтративного туберкулеза без распада легочной ткани и бактериовыделения. Эти формы наиболее легко и с меньшими затратами лечатся. На сегодняшний день затраты на один койко-день для больных с ограниченными формами туберкулеза приходится 92 тыс. Рублей, а для больных с запущенным туберкулезом - 340 - 360 тыс. рублей. Благодаря этой функции к 90 году заболеваемость в нашей стране была минимальной (19 на 100 тыс населения).

Методы выявления - флюорография. До 1989 года все население города начиная с 12-14 лет обязано было проходить флюорографию, а некоторые категории должны были проходить 2 раза в год. На флюорографии выявляли больных туберкулезом на ранних стадиях до 80%. Каждый такой больной должен быть пройти курс лечения в стационаре. Там где на флюорограмме картина какой-то легочной патологии не ясна, таких лиц направляли на контрольную рентгенографию, где делали обзорный снимок. Если на обзорном снимке было что-то не ясно, то направляли больного на прицельный снимок.

Второй метод - туберкулинодиагностика. Все лица от 1 года до 30 лет должны были обследоваться один раз в год с помощь постановку реакции Манту. В основном подвергается такой диагностике детское и подростковое население - детский сады, ясли, школы. В каждой школе есть свой врач (нештатный), который следит за этой функцией. Фельдшер раз в год делает пробу Манту, анализирует реакцию, составляет список детей. Выделяет детей у которых впервые выявилась гиперергическая реакция на туберкулин что называется виражом. Таким образом становится ясным кто инфицирован. Вторая группа дети с виражом - в прошлом и позапролом году у них реакция была нормоэргическая, а в этом гиперергическая ( папула более 17 мм в диаметре). Эти дети сразу вызывают подозрение. Дети с отрицательной пробой направляются на ревакцинацию. Дети старше 12-14 лет направляются на рентгенологическое обследование.

1. вторая основная задача - лечение больных туберкулезом. До 1993 года СЭС требовала в обязательном порядке госпитализацию больного туберкулезом. Так как коечная емкость на фоне возрастания заболеваемости не увеличилась уменьшилась на 500 коек то встал вопрос о лечении таких больных. Малые формы лечат амбулаторно. Больных малыми формами туберкулеза можно сразу направлять в санатории для прохождения лечения. Больные с распространенными формами, хроники, впервые выявленные больные с распадом проходят курс лечения в стационаре.

Лечение больных туберкулезом задача достаточно не простая. Основным методом лечения туберкулеза является хорошее питание. Сейчас на один койко-день заложено 20 тыс рублей на питание. Больным туберкулезом необходима очень калорийная пища (3300 - 3600 ккал/сут), что требует определенных затрат.

Химиотерапия при туберкулезе применяется с 1943 года, когда американский исследователь, бактериолог Ваксман предложил стрептомицин. Затем появился изониазид, ПАСК и др.

Помимо питания и химиотерапии нужны витамины, антиоксиданты. Очень многим больным необходимо проводить регидратационную терапию. Если консервативные методы лечения не помогают, и если есть возможность прооперировать его, то его направляют на оперативное лечение.

1. Третьей задачей является соблюдение преемственности. Больной с выявленным туберкулезом должен обязательно направляться в стационар, но в современных условиях это необязательно. После проведенного лечения в стационаре больной направляется в санаторий. Затем больной снова направляется в диспансер, для наблюдения до полного выздоровления.
2. Профилактика туберкулеза. Специфическая, социальная, санитарная.

**Очаг туберкулезной инфекции.**

Очагом туберкулезной инфекции называется то место жительства где проживает больной туберкулезом - квартира, общежитие, сельский дом и т.д. Эти очаги делят на три типа:

1. очаг туберкулезной инфекции первого типа - тот очаг где проживает больной туберкулезом с массивным бактериовыделением. Этот очаг наиболее опасен, особенно если в нем проживают дети, подростки, беременные женщины. Еще опасней очаг если жилищно-бытовые условия плохие (плохое освещение, плохое отопление, сырость и т.д.)
2. очаг туберкулезной инфекции второго типа - очаг, где проживает больной с туберкулезом с относительным (условным) бактериовыделением - выделение бактерий непостоянное. Если в этом очаге нет подростков, детей, беременных женщин.
3. очаг туберкулезной инфекции третьего типа - наиболее благоприятный очаг - больной без бактериовыделения, не детей и подростков.
4. очаг туберкулезной инфекции четвертого типа или очаг туберкулезной инфекции в сельской местности - где имеется больной скот с туберкулезом.

Очаг первого типа наиболее опасен и участковый фтизиатр и эпидемиолог должны посещать его и контролировать и помогать в профилактике не менее 1 раза в месяц.

Очаг второго типа участковый фтизиатр и эпидемиолог посещают 1 раз в 3-6 месяца. Очаг третьего типа - 1 раз в полгода, необязательно. Четвертый тип очага наблюдается в течение года после забоя больного скота. Врач проводит беседу, оценивает условия жилья, и если оно не соответствует требованиям, то врач дает характеристику очага и ставит больного в очередь на расселение очага. На сегодняшний день это невероятно сложная проблема ( расселяется около 9-14%). Врач объясняет что такое дезинфекция, как ее проводить. И врач также организует профилактическое обследование всех членов семьи. При выявлении положительной пробы Манту у детей в очаге , то таких детей стараются направлять в детские санатории для проведения курса оздоровительного лечения. Если есть беременная женщина, то ее отправляют в роддом. И сразу проводят заключительную дезинфекцию силами горстанции. Больной обязательно изолируется, так чтобы он не возвращался в квартиру.

В очагах второго и третьего типа проводят те же самые мероприятия, но в менее жестком варианте.

Организационно-методическая работа с общей лечебной сетью. Во всем мире организация противотуберкулезной работа поставлена гораздо хуже чем у нас, так как нет специалистов - фтизиатров. В Швеции заболеваемость 9 на 100000 населения, у нас 42 (все - малые формы, дети с виражом и т.д.). В Швеции это те , у кого выявлен туберкулез при исследовании мазка мокроты. У нас аналогичный показатель составляет 13.5 на 100.000. В Швеции нет туберкулезныз диспансеров. Если больного не долечили , то ему советуют пожизненно принимать изониазид по 3 таблетки в день и отправляют больного на все четыре стороны.

И диспансер и СЭС обязательно посещают поликлиники, проводят там лекции и беседы, проверяют работу участковых врачей - пульмонологом - правильно ли, и своевременно они проводят рентгенологическое исследование лицам часто болеющим ОРЗ (если больной находится по поводу ОРЗ не менее 3 раз в году по больничному), пневмониями.

Стационары проверяются на выполнение клинического минимума больному туберкулезом - если больной поступающий в стационар не делал более 1 года флюорографию, он должен ее сделать.

Рентгенологическому обследованию в стационаре подлежат:

1. лица получающие длительно глюкокортикоиды
2. лица с выполненной операцией резекции желудка по поводу язвенной болезни
3. лица часто болеющие пневмониями и др легочными заболеваниями
4. больные с сахарным диабетом
5. дети, подростки у которых наблюдалась в течение года гиперергическая, или близкая к гиперергической реакции проба Манту
6. если есть остаточные явления перенесенного туберкулеза.

Все больные с туберкулезом находятся на учете в диспансере. Учет производится по 7 группам:

1. лица , больные активные формами туберкулеза с бактериовыделением. А -впервые выявленная форма, Б - хроническая форма.
2. все лица с затихающими формами туберкулеза (лечились в стационаре, прекратилось бактериовыделение, началось рассасывание воспалительных инфильтратов)
3. лица, излеченные от туберкулеза. В этой группе наблюдаются 1-3 года. Если у пациента в течение 2-х лет не бактериовыделения, рентгенологически рассасались фокусы бактериовыделения то таких лиц снимают с учета и они могут работать где угодно.
4. здоровые лица из очага инфекции
5. все лица больные нелегочными формами туберкулеза. Здесь они деляется на 4 группы в зависимости от активности процесса
6. дети
7. лица остаточными изменениями в легких после перенесенного туберкулеза - находятся на пожизненном учете.