Содержание

Введение

Глава 1. Теоретические основы туберкулеза

.1 Общая характеристика туберкулеза

.2.Клиническая классификация туберкулеза

.3 Современные тенденции распространения туберкулеза в России

Глава 2. Меры по профилактике туберкулеза

.1 Социальная направленность профилактики туберкулеза

.2 Специфическая профилактика туберкулеза

.3 Химиопрофилактика и обследование

.4 Противоэпидемические мероприятия по оздоровлению очагов туберкулеза

Заключение

Список используемой литературы

Введение

Актуальность темы исследования. Туберкулез по-прежнему является одним из самых распространенных и опасных заболеваний в мире. По данным Всемирной организации здравоохранения в конце 2008 по всему миру было зарегистрировано более 12 миллионов заболевших туберкулезом.

Свыше трех миллионов из них умерло. Вклад России в мировую статистику - 75 процентов случаев заболевания туберкулезом. И это страна, которая имеет мощную фтизиаторскую службу, в которой чуть ли не официально было заявлено о победе над коварным заболеванием. В России идет самая настоящая эпидемия туберкулеза. Причем, инфекция все чаще стала проявляться в таких тяжелых формах, как поликавернозное поражение легких, поражение кишечника, гортани и других внутренних органов. Другими словами, это те формы инфекции, которые не регистрировались в России уже в течение 30 лет.

Возрождение в конце XX века туберкулеза как широко распространенного заболевания, наносящего тяжелый урон человечеству, требует объединенных усилий всех, а не только медиков. Только так можно что-то сделать.

Проблема ликвидации этого заболевания может быть решена с помощью профилактики туберкулеза, направленной на освобождение подрастающего поколения от возбудителя путем прививок, полного излечения больных, а также стимуляции биологического выздоровления ранее инфицированных взрослых лиц. Ближайшей и главной целью национальных программ здравоохранения многих стран мира является профилактика туберкулеза, что является основным способом снизить распространенности этого заболевания на основе прерывания процесса передачи возбудителя от больных людей здоровым.

Профилактическими мероприятиями, доступными для всего населения, следуют признать специфические методы: вакцинацию и ревакцинацию вакциной БЦЖ новорожденных, в 7 лет, 14 лет и каждые 7 лет до 30-летнего возраста и химиопрофилактику «угрожаемых групп»: из очагов туберкулеза контактных, «виражных», «гиперергиков». Химиопрофилактику назначают препаратами группы ГИНК (изониазид 10 мг/кг массы или фтивазид 30 мг/кг при противопоказаниях к изониазиду) на 3 месяца ежедневного приема с витамином В6 для предупреждения побочного действия препаратов.

Кроме специфических средств профилактики туберкулеза, следует помнить о неспецифической его профилактике, основное значение для предупреждения туберкулеза имеет рациональное питание.

Противотуберкулезную помощь населению оказывают все лечебно-профилактические учреждения общей лечебной сети, противотуберкулезные диспансеры, санатории, больницы, отделения и кабинеты, центры службы государственного санитарно-эпидемиологического надзора.

Объектом исследования является туберкулез как одно из самых распространенных и опасных заболеваний в мире.

Предметом исследования являются меры профилактики туберкулёза.

Цель исследования изучить проблему профилактики туберкулёза.

В связи с целью исследования были выдвинуты и решены задачи:

. Дать общую характеристику туберкулезу,

. Рассмотреть клиническую классификацию туберкулеза,

. Охарактеризовать современные тенденции распространения туберкулеза в России,

. Изучить меры по профилактике туберкулеза.

Структура работы включает введение, две главы, заключение и список используемой литературы.

Глава 1. Теоретические основы туберкулеза

.1 Общая характеристика туберкулеза

Туберкулез является самой распространенной инфекцией в мире. Ежегодно туберкулезом заболевает более 20 млн. людей и умирает около 4 млн. В России зарегистрировано 350 тыс. больных туберкулезом, и, вероятно, еще больше не известно противотуберкулезной службе, так как «социально ущербные» группы населения (бомжи, нелегальные мигранты, алкоголики, наркоманы и пр.) практически недоступны своевременному выявлению туберкулеза.

С девяностых годов XX века эпидемиологическая обстановка по туберкулезу в нашей стране резко ухудшилась в связи с экономическими и экологическими проблемами, миграционными процессами и обнищанием значительной части населения. Туберкулез в наши дни принимает характер национального бедствия, достигнув в ряде территорий масштаба эпидемии. Позднее выявление туберкулеза у заболевших, недостаточная изоляция больных от здоровых, плохое питание и снижение эффективности лечения из-за появления лекарственной устойчивости возбудителя привели к небывалой распространенности инфекции среди населения (90-100 %); резко возросли инфицированность и заболеваемость детей.

Позднее выявление туберкулеза связано с особенностями его клинических проявлений. Туберкулез не имеет «собственного лица» и протекает под «масками» разнообразных заболеваний, при этом самочувствие больных почти не страдает. Токсины возбудителя туберкулеза, воздействуя на центральную нервную систему больного, вызывают некоторое возбуждение - эйфорию, и поэтому самочувствие больного обычно не отражает болезненного процесса: больной туберкулезом не считает себя больным. Чаще всего туберкулез, особенно неосложненные его формы, выявляется при плановых обследованиях: у взрослых - флюорографически, у детей - при рентгеновском дообследовании после туберкулинодиагностики.

Туберкулезная микобактерия была открыта 100 лет назад Р. Кохом. Впоследствии выяснилось, что человек заражается двумя ее видами - человечьим и бычьим, которые вызывают сходные заболевания. Возбудитель бычьего типа поражает молочный скот, и заражение им, как правило, происходит при употреблении в пищу молока от больной коровы. Строгий ветеринарный надзор способствовал исчезновению форм заболевания, вызванных этим типом возбудителя.

Каждый третий житель Земли носит в себе туберкулезную палочку. Ни от одной инфекции не умирает столько людей, сколько от туберкулеза. В России за последнее десятилетие туберкулез приобрел характер эпидемии, что связано с экономическими катаклизмами в стране. Безусловно, самая высокая частота туберкулеза наблюдается среди заключенных, бомжей, наркоманов, проституток, а также мигрантов, но сейчас туберкулезом заражаются и болеют вполне благополучные слои населения. В первую очередь, страдают лица, вынужденные общаться с больными туберкулезом - медицинские работники, сотрудники приютов, персонал мест заключения, служители церкви и, естественно, члены семей, имеющие постоянный контакт с больным туберкулезом.

Возбудители туберкулеза очень изменчивы и быстро приобретают устойчивость к лекарствам, их трудно не только уничтожить лекарствами, но и обнаружить. Туберкулезом болеют не только люди, но и животные, которые могут быть источником инфекции. Палочка туберкулеза чаще всего передается воздушно-капельным путем. Опасны не только кашель, мокрота, но и пыль. Во влажных местах без доступа солнца возбудитель туберкулеза живет месяцами. Редко туберкулез получают с пищей (молоком или мясом), водой (если водоемы заражены стоками из туберкулезных больниц или ферм, где есть больной скот) или внутриутробно. Иногда туберкулезом заражаются через ранки на коже люди, занимающиеся вскрытием трупов или разделывающих мясные туши.

Морфологическим проявлением туберкулеза является туберкулезный бугорок (гранулема). Сейчас доказано, что гранулема - это реакция организма на внедрение инфекции (антиген-антитело). При преобладании антигена в бугорке развивается некроз, а при преобладании антител - доброкачественная продуктивная реакция. В зависимости от реактивности организма бугорки могут быть различного характера, от экссудативных до некротических - казеозных. Кроме специфических, при туберкулезе отмечаются различные параспецифические реакции, клинически проявляющиеся разными «масками» туберкулеза в зависимости от их преимущественного расположения в том или ином органе.

Заражение туберкулезом очень часто наблюдается в детско-подростковом возрасте. Не каждый зараженный туберкулезом заболеет. Возникновение туберкулеза зависит от ослабленности организма, условий жизни, питания, курения, алкоголизма и других вредных факторов. Если человек здоров, проживает в нормальном жилище, хорошо питается, его иммунная система справляется с палочками туберкулеза.

.2 Клиническая классификация туберкулеза

Клиническая классификация туберкулеза, используемая в нашей стране, была принята в 1938 г. и несколько раз пересматривалась с учетом научных достижений и требований практики: в ней выделены основные клинические формы туберкулеза, характеристика туберкулезного процесса (локализация и протяженность, фаза бактериовыделение), осложнения и остаточные изменения после туберкулеза.

А. Основные клинические формы

• Туберкулезная интоксикация у детей и подростков

• Туберкулез органов дыхания

• Первичный туберкулезный комплекс

• Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов

• Диссеминированный туберкулез легких

• Очаговый туберкулез легких

• Инфильтративный туберкулез легких

• Туберкулема легких

• Кавернозный туберкулез легких

• Фиброзно-кавернозный туберкулез легких

• Цирротический туберкулез легких

• Туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема плевры)

• Туберкулез бронхов, трахеи, гортани, верхних дыхательных путей

• Туберкулез органов дыхания, комбинированный с пылевыми профессиональными заболеваниями легких (кониотуберкулез)

• Туберкулез других органов и систем

• Туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы

• Туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов

• Туберкулез костей и суставов

• Туберкулез мочевых и половых органов

• Туберкулез кожи

• Туберкулез периферических лимфатических узлов

• Туберкулез глаз

• Туберкулез прочих органов

Б. Характеристика туберкулезного процесса.

Локализация и протяженность (в легких по долям и сегментам).

Фаза:

а) инфильтрация, распад, обсеменение;

б) рассасывание, уплотнение, рубцевание, обызвествление

Бактериовыделение:

а) с выделением микобактерий туберкулеза (БК+);

б) без выделения микобактерий туберкулеза (БК-)

В. Осложнения: кровохарканье и легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность, ателектаз легкого, амилоидоз, почечная недостаточность, свищи (бронхиальные, торакальные и др.).

Г. Остаточные изменения после излеченного туберкулеза

Остаточные изменения в органах дыхания: фиброзные, фиброзно-очаговые, буллезные изменения, кальцинаты в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероз, цирроз легких, бронхоэктазы, состояние после хирургического вмешательства и др.

Остаточные изменения в других органах: рубцовые изменения и их последствия, обызвествление, состояние после оперативных вмешательств.

Исходя из требований медицинской статистики, клиническая классификация туберкулеза приведена в соответствие с Международной классификацией болезней. Помимо клинической классификации туберкулеза, используемой для формулировки диагноза, существует также диспансерная группировка больных туберкулезом, которая отвечает практическим целям диспансерной работы.

.3 Современные тенденции распространения туберкулеза в России

В настоящее время отмечается рост заболеваемости туберкулезом и смертности от него, особенно в странах Восточной Европы, в том числе в России. Рост заболеваемости обусловлен большим резервуаром инфекции, несвоевременным выявлением бациллярных больных, рассеивающих туберкулезную инфекцию. Большое значение имеет также эндогенная реактивация, особенно в группах риска. Позднее выявление запущенных форм, остро прогрессирующие процессы, особенно вызванные лекарственно-устойчивыми микобактериями, являются причиной высокой смертности. Программа современной контролируемой химиотерапии укороченной длительности имеет первостепенное значение для прекращения рассеивания туберкулезной инфекции и снижения смертности от туберкулеза.

В течение последних десятилетий в эпидемиологии туберкулеза произошли большие сдвиги, которые нашли свое отражение в изменении статистических показателей распространенности туберкулеза.
Эпидемиология туберкулеза имеет ряд особенностей, обусловленных как инфекционным, так и социальным характером заболевания.

Результаты борьбы с туберкулезом связаны не только с применением эффективных методов лечения, но и с организацией противотуберкулезной работы среди населения. Наиболее характерной особенностью противотуберкулезных мероприятий является их массовость, проведение среди больших групп населения.

Эпидемиологическое наблюдение за туберкулезом в ВОЗ проводится с 3 позиций:

систематическое накопление данных эпидемиологических исследований;

регулярное обобщение и оценка полученных данных;

быстрое распространение результатов эпидемиологической оценки среди специалистов.

Основными эпидемиологическими показателями распространенности туберкулеза являются:

* инфицированность - число лиц, положительно реагирующих на внутрикожное введение туберкулина;
* заболеваемость - число заболевших туберкулезом в течение календарного года;
* распространенность (болезненность) - число известных больных активным туберкулезом, состоящих на учете,
* смертность - число умерших от туберкулеза в течение календарного года.

Эпидемиологические показатели рассчитываются на 10 или 100 тысяч населения. Это позволяет сравнивать распространенность туберкулеза в разных странах или разных регионах одной страны.
Наиболее объективными и надежными критериями эпидемиологической ситуации по туберкулезу считаются заболеваемость и смертность.
В международной практике среди заболевших туберкулезом принято выделять больных, у которых в мокроте или другом материале обнаружены микобактерии (методами микроскопии, посева на питательные среды, посева на жидкие обогащенные питательные среды, Бактек, ПЦР и др.), а также группу абациллярных больных.

Показатель болезненности (контингенты больных) находится в самой непосредственной связи с заболеваемостью, полнотой выявляемости, а также четкостью работы противотуберкулезных учреждений по учету заболевших и снятию с учета выздоровевших от туберкулеза. Достоверность эпидемиологических показателей зависит от качества организации работы медицинской статистики.

Наиболее существенной для любого инфекционного заболевания является информация о величине резервуара инфекции, характерных тенденциях и путях ее рассеивания.

Основной резервуар туберкулезной инфекции составляют больные туберкулезом легких, выделяющие микобактерии туберкулеза в большом количестве, которые сравнительно легко могут быть обнаружены в мокроте методом прямой микроскопии. У подавляющего большинства больных, выделяющих микобактерии и представляющих эпидемиологическую опасность, имеется деструктивный туберкулезный процесс в легких.

Больные, составляющие резервуар инфекции, могут быть разделены на две основные группы: впервые выявленные в течение текущего года и выявленные ранее, с хроническими формами туберкулеза.

В последние годы отмечен рост заболеваемости туберкулезом среди лиц, находящихся в контакте с больными туберкулезом, выделяющими микобактерии туберкулеза. При обследовании лиц, находящихся в контакте с больными с эпидемиологически опасными формами туберкулеза, нередко обнаруживается заболевание туберкулезом, возникновение которого можно связать с повторным заражением. Нередко суперинфекция наступает при попадании в дыхательные пути микобактерий, устойчивых к противотуберкулезным препаратам, вызывая так называемый лекарственно - устойчивый туберкулез. Источником такого заражения являются больные, неэффективно лечившиеся химиопрепаратами.

В течение последних лет рост заболеваемости и смертности от туберкулеза отмечен во всем мире. Наиболее выражена эта тенденция в странах Центральной и Восточной Европы, России, а также в странах, ранее входивших в СССР. В России показатель заболеваемости туберкулезом в 2008 г. достиг 67 случаев на 100 тыс. населения. Такой рост заболеваемости туберкулезом прежде всего связан с большим резервуаром туберкулезной инфекции, который поддерживает высокий уровень инфицированности, а также эндемические вспышки вторичного туберкулеза за счет суперинфекции.

Вследствие еще частого выявления запущенных и остро прогрессирующих форм туберкулеза увеличился показатель смертности, уровень которой достиг в 2008 г. 17,5 случаев на 100 тыс. населения. Рост смертности от туберкулеза свидетельствует о недостаточной эффективности лечения (прежде всего химиотерапии), а также нередком позднем выявлении больных с некурабильными формами болезни.

очаг туберкулез химиопрофилактика обследование

Глава 2. Меры по профилактике туберкулеза

.1 Социальная направленность профилактики туберкулеза

Профилактика туберкулеза имеет социальную направленность, что заключается в проведении в масштабах государства мероприятий экономического и санитарного характера. К таким мероприятиям относятся:

· улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения;

· оптимизация условий труда, предупреждение профессиональных заболеваний легких;

· 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.

Для больных туберкулезом, государства и работодателя важно знать и помнить:

1. каждый больной туберкулезом имеет право на отдельную жилую площадь
2. право на больничный лист в течение 10-12 месяцев
3. все больные туберкулезом имели право на отпуск только в летний период
4. все больные туберкулезом на производстве имеют право на бесплатное диетическое питание
5. каждый больной, переболевший и его родственники имеют право на бесплатное санаторное лечение в течение 2-3 месяцев

Санитарная пропаганда: ею должна заниматься власть - печатные листовки о заболевании в общественных местах и др., телевидение, радио.

Таким образом, социальная профилактика туберкулеза только в настоящее время приобретает цивилизованные формы. Это связано с тем, что только сравнительно недавно было обращено внимание лиц, относящихся к социальной группе риска по заболеванию туберкулеза, к которой, как мы уже сказали, относятся: дети из социально-неблагополучных семей,беспризорные дети, дети - сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей. Важно то, что социальная профилактика детского туберкулеза - может быть эффективна только при уменьшении числа социально-дезадаптированных детей, а это возможно при повышении уровня жизни всего общества.

.2 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. Она представляет собой живую высушенную культуру ослабленного, потерявшего вирулентность, но сохранившего иммуногенность (т. е. способность стимулировать развитие противотуберкулезного иммунитета) штамма микобактерий туберкулеза. Биологическая активность (иммуногенность) вакцины БЦЖ связана со способностью приживаться в организме привитых, размножаться в месте прививки и давать ответную специфическую реакцию, сопровождающуюся аллергической перестройкой организма, что и позволяет использовать ее для профилактики туберкулеза.

Вакцинацию проводят новорожденным на 4-7-й день жизни. Через несколько лет, в целях профилактики туберкулеза, осуществляется ревакцинация. В России она проводится клинически здоровым детям 7 лет (учащиеся 1-го класса), 12 лет (5-й класс), подросткам 16-17 лет (10-й класс), а затем через каждые 5-7 лет до 30-летнего возраста при наличии соответствующих показаний (контакт с больным туберкулезом или отсутствие инфицированности по результатам туберкулиновой пробы).

Профилактика туберкулеза предполагает отбор кандидатов для ревакцинации с помощью пробы Манту. Ревакцинируют только тех лиц, у которых реакция Манту оказалась отрицательной. Ревакцинация противопоказана: инфицированным туберкулезом лицам любого возраста, переболевшим, туберкулезом в прошлом, больным всеми острыми инфекционными заболеваниями, кожными, аллергическими болезнями, включая ревматизм, экссудативный диатез, а также эпилепсию.

Анализ ряда работ, посвященных оценке эффективности прививок против туберкулеза, показывает, что вакцинация БЦЖ снижает риск развития заболевания на 50%. Профилактика туберкулеза путем вакцинации наиболее эффективна в условиях высокого риска заражения, что имеет место в странах тропического пояса. Чем выше охват прививками, тем ниже заболеваемость туберкулезом. Профилактика туберкулеза путем прививок приводит к уменьшению показателя инфицированности, резкому снижению частоты развития туберкулезного менингита и смертности.

Прививки проводятся только в специальных кабинетах поликлиник, амбулаторий, здравпунктов, медико-санитарных частей и противотуберкулезных диспансеров (процедурных, прививочных кабинетах) в дни, не совпадающие с постановкой пробы Манту и других профилактических прививок.

Вакцину БЦЖ выпускают в ампулах, содержащих 1 мг БЦЖ, что составляет 20 доз по 0,05 мг. На этикетках ампулы указан номер серии, срок годности и название института-изготовителя. Вакцина должна храниться в темном месте при температуре не выше +8 'С (желательно в холодильнике на отдельной полке). Срок годности ее 12 месяцев с момента выпуска.

Вакцина непригодна для употребления, если истек срок годности ее, нарушена целостность ампулы, нет или неправильно заполнена этикетка. Она негодна, если при ее разведении образуется неразбивающаяся взвесь или посторонние примеси.

Для прививок в любом возрасте применяют единую дозу - 0,05 мг БЦЖ, взвешенной в 0,1 мл физиологического раствора. К ампуле сухой вакцины прилагается ампула с 2 мл физиологического раствора. Разведенная вакцина должна быть применена сразу или не позднее, чем через 3 часа, при соблюдении строжайшей стерильности и защиты раствора от света. Неиспользованная вакцина должна быть уничтожена.

Более выраженные реакции при правильной технике прививки и правильном отборе на ревакцинацию встречаются редко. В этих случаях необходима консультация фтизиатра, который проведет полноценное обследование привитого и решит вопрос о местном лечении.

.3 Химиопрофилактика и обследование

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

Химиопрофилактика - эффективный метод предупреждения заболевания туберкулезом у лиц с повышенным риском развития инфекции. Профилактика туберкулеза путем химиопрофилактики может быть первичной, когда проводится у здоровых лиц, не инфицированных МБТ, но находящихся в контакте с больными туберкулезом, и вторичной - у людей, инфицированных МБТ или переболевших в прошлом.

Химиопрофилактика проводится изониазидом в дозе 10 мг на кг веса, проводится в весенне-осенний период сроком 2-3 месяца.

Профилактика туберкулеза путем первичной химиопрофилактики снижает на только заболеваемость, но и инфицированность, подавляя туберкулезную инфекцию в инкубационном периоде, вторичная - предупреждает экзогенную суперинфекцию и активизацию эндогенной туберкулезной инфекции.

Химиопрофилактика необходима:

· всем здоровым лицам (дети, подростки, взрослые), находящимся в семейном, бытовом и профессиональном контакте с бактериовыделителями;

· детям и подросткам с виражом туберкулиновой пробы;

· детям и подросткам, инфицированным туберкулезом, у которых нормальная туберкулиновая реакция перешла в гиперергическую;

· лицам с посттуберкулезными изменениями в легких, получающим стероидные гормоны по поводу другого заболевания;

· больным силикозом, сахарным диабетом, психическими заболеваниями, наркоманиями, алкоголизмом, язвенной болезнью желудка двенадцатиперстной кишки, хроническими воспалительными заболеваниями органов дыхания при наличии посттуберкулезных изменений в легких, ВИЧ-инфицированным;

· взрослым лицам с посттуберкулезными изменениями в легких и при наличии гиперергических реакций.

Всем указанным категориям лиц профилактика туберкулеза путем химиопрофилактики проводится в весенне-осенний период (март-апрель и сентябрь-октябрь) или в другое время года в зависимости от "сезонности" проявлений инфекции и ее рецидивов. Необходимым условием является контроль за ее проведением со стороны медицинского работника, когда препараты выдаются больным на руки для приема в домашних условиях.

Большую эффективность для профилактики туберкулеза имеют массовые флюорографические обследования взрослого населения. Ежегодное обследование помогает своевременно выявлять больных туберкулезом людей. Флюорография в системе профилактики туберкулеза позволяет начать лечение на ранних этапах заболевания, что является важным условием его успешности. В зависимости от конкретных условий, материально-технической оснащенности органов здравоохранения в разных странах с целью профилактики туберкулеза проводится или сплошное, или выборочное обследование населения. При выборочном обследовании под наблюдением должны находиться группы лиц с высоким риском заражения и развития вторичного туберкулеза.

Процесс диагностики туберкулеза органов дыхания включает несколько этапов. Первый - выявление лиц с различными заболеваниями легких, подозрительными на туберкулез. Этот этап происходит, как правило, в поликлиниках и стационарах общей сети.

В течение многих лет основу выявления туберкулеза органов дыхания у взрослых составлял рентгенологический метод исследования. Раннее выявление туберкулеза осуществлялось с помощью флюорографии, которую проводили всем обратившимся в поликлиники и не обследованным в текущем году рентгенологическим методом, а также лицам, входящим в группы повышенного риска по заболеванию туберкулезом (больные сахарным диабетом, пациенты, получающие кортикостероидные препараты, лучевую терапию и др.). Флюорография также ежегодно проводилась “обязательным контингентам”, подлежащим обследованию на туберкулез (работникам детских и коммунальных учреждений, предприятий общественного питания, продуктовых магазинов, общественного транспорта и др.). Массовые флюорографические обследования подростков и взрослых, проводившиеся 1 раз в 2 года, охватывали большинство населения и позволяли выявлять больных туберкулезом органов дыхания на сравнительно ранних этапах его развития. С помощью флюорографического метода исследования определяли и отбирали больных в основном с ограниченными локальными процессами в виде очагового туберкулеза, ограниченных инфильтратов, диссеминаций и туберкулем. Клинические проявления заболеваний у таких больных были выражены незначительно или отсутствовали. Обследованные с такими формами заболевания часто не чувствовали себя больными, сохраняли трудоспособность. В процессе дообследования в первую очередь проводили рентгенографию органов дыхания для уточнения изменений, выявленных при флюорографии.

В последние годы профилактические флюорографические исследования населения в значительной степени сократились, что привело к весьма существенному уменьшению числа выявляемых больных туберкулезом. В сложившихся условиях особое значение приобрело выявление больных туберкулезом органов дыхания среди лиц, обратившихся за медицинской помощью.

Первоочередной задачей остается выявление бациллярных больных туберкулезом органов дыхания, так как у таких больных имеется, как правило, прогрессирующий туберкулезный процесс, и они представляют большую эпидемиологическую опасность для окружающих. Излечение выявленных бациллярных больных имеет как клиническое, так и эпидемиологическое значение, так как позволяет не только предотвратить смерть от прогрессирования туберкулеза, но и прекратить распространение микобактерий, избежать развития хронического процесса с постоянным или периодическим выделением микобактерий. В связи с сокращением флюорографических исследований возрастает роль правильной оценки имеющейся у больного клинической симптоматики и микроскопического исследования мокроты на микобактерии туберкулеза. Диагностика бациллярного туберкулеза должна проводиться в первую очередь у больных с проявлениями воспалительной интоксикации, выделяющих мокроту.

Все методы исследований для диагностики туберкулеза можно разделить на 3 группы: обязательный диагностический минимум (ОДМ), дополнительные методы исследования неинвазивного (ДМИ-1) и инвазивного (ДМИ-2) характера и, наконец, факультативные методы.

ОДМ включает изучение анамнеза, жалоб, клинических симптомов, физикальное исследование, рентгенографию органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях, микроскопию и посев мокроты с целью выявления микобактерий туберкулеза, пробу Манту с 2 ТЕ, клинические анализы крови и мочи.

К ДМИ-1 относятся томография и зонография легких и средостения, в том числе компьютерная томография, ультразвуковое исследование при плеврите и субплеврально расположенных округлых образованиях; повторное исследование мокроты, промывных вод бронхов на микобактерии туберкулеза методами флотации и полимеразной цепной реакции; определение лекарственной чувствительности микобактерий; посев мокроты на неспецифическую микрофлору и грибы; углубленная туберкулинодиагностика.

ДМИ-2 включают бронхоскопию с биопсией и бронхоальвеолярным лаважем; пункцию плевральной полости и плевробиопсию; трансторакальную биопсию легкого; торакоскопию, медиастиноскопию и, наконец, открытую биопсию легкого с последующими цитологическими, гистологическими и микробиологическими исследованиями полученного материала.

Факультативные методы весьма многочисленны и направлены не столько на диагностику туберкулеза, сколько на определение функционального состояния различных внутренних органов и обменных процессов. Это исследования уровня глюкозы в крови, функции печени, сердечно-сосудистой системы, функции внешнего дыхания, газового состава крови, легочного кровотока и т.д.

.4 Противоэпидемические мероприятия по оздоровлению очагов туберкулеза

Важное значения для профилактики туберкулеза имеют противоэпидемические мероприятия по оздоровлению очагов туберкулеза <http://halila.ru/profilaktika\_1.php>. Эти мероприятия проводятся путем воздействия на все три звена эпидемического процесса: источник инфекции, пути передачи, и лиц, восприимчивых к туберкулезу.

Выделяют три группы очагов туберкулезной инфекции:

1. Очаги с высокой степенью эпидемиологической опасности (отягощенные очаги), где проживают больные с массивным бактериовыделением или скудные выделители МБТ, но при наличии в очаге детей, подростков и беременных женщин.

2. Эпидемиологически менее опасные очаги, в которых проживают больные со скудным выделением МБТ, отсутствуют дети, подростки и беременные женщины; сюда же включены очаги "условных" бактериовыделителей даже при наличии детей и подростков в их окружении.

. "Благополучные" очаги туберкулезной инфекции, сформированные "условными" бактериовыделителями при отсутствии в них детей, подростков, а также других отягощающих факторов. В эту же группу входят частные хозяйства в сельской местности, в которых выявлен больной туберкулезом скот.

К лицам с повышенным риском заболеть туберкулезом относятся здоровые лица с рентгенологическими признаками излеченного туберкулеза, лица выздоравливающие от туберкулеза.

Дополнительными факторами риска у этих больных являются алкоголизм, наркомания, социальные факторы (низкий доход, бродяжничество, плохие жилищные условия). В последние годы к группе риска принято относить лиц, у ближайшие родственники переболели или больны туберкулезом. Указанные группы лиц должны быть охвачены профилактическими мероприятиями (периодические медосмотры, химиопрофилактика).

Диспансерное наблюдение за группами риска включает:

1. получение точных сведений о лицах группы риска
2. периодические медицинские обследования
3. оздоровительные мероприятия, рациональное трудоустройство, санаторно-климатическое лечение
4. лечение острых и хронических заболеваний внутренних органов
5. проведение специфической (превентивной) химиопрофилактики тубазидом (0,45 - 0,6 г в сутки) либо тубазидом и этамбутолом или пиразинамидом, или ПАСК. Длительность - 3-6 мес. Препараты применяют ежедневно 1 раз в день.

По данным ВОЗ под влиянием химиопрофилактики заболеваемость туберкулезом в течение 2-ух лет уменьшилась на 70%.

Большое внимание необходимо уделять профилактическим мерам в очагах туберкулезной инфекции с учетом характера контакта, степени заразности больного, восприимчивости к туберкулезу контактных.

Профилактические меры проводятся во всех очагах, но в первую очередь, в наиболее опасных.

Профилактика туберкулеза в очагах туберкулеза включает:

· госпитализацию больных туберкулезом и особенно явных выделителей МБТ сразу после установления-диагноза;

· проведение заключительной, а впоследствии - текущей дезинфекции;

· систематическое, длительное обследование лиц, находящихся в контакте с больными;

· вакцинацию, ревакцинацию и изоляцию контактных лиц на период выработки иммунитета;

· химиопрофилактику в отношении контактных лиц;

· обучение санитарно-гигиеническим навыкам больного и окружающих лиц;

· улучшение жилищно-бытовых условий семьи больного.

Наряду с противоэпидемическими и профилактическими мероприятиями в очагах по месту жительства больных, существенное значение в борьбе с туберкулезом имеет профилактика туберкулеза в условиях производства.

Заключение

В конце ХХ столетия после длительного периода относительного благополучия значительно возросла заболеваемость туберкулезом, появились остро прогрессирующие формы его, напоминающие “скоротечную чахотку”. Эта тенденция наблюдается как в России, так и во многих экономически развитых странах Восточной, Западной Европы, США и свидетельствует о низкой эффективности противотуберкулезных мер. В процессе повседневной работы врачи часто теряют настороженность в отношении туберкулеза, ошибочно считают его редким заболеванием и не применяют методы диагностики, направленные на выявление туберкулеза даже у больных с наличием характерных клинических проявлений.

На основании проделанной работы, можно сделать вывод, что профилактика на всех этапах борьбы с туберкулезом была одним из основных противотуберкулезных мероприятий. В зависимости от объекта профилактических мер и масштабов их можно разделить на 3 большие группы:

Мероприятия, проводимые среди всего населения (вакцинация и ревакцинация БЦЖ, санитарные меры по ограждению наиболее угрожаемых контингентов от инфекции и суперинфекции).

Мероприятия, осуществляемые в группах населения с повышенным риском развития туберкулеза (учет, диспансерное наблюдение, оздоровление, химиопрофилактика).

Меры, предпринимаемые в очагах инфекции (оздоровление очага, дезинфекция, изоляция больного, наблюдение за контактными).

Если первым принципом борьбы с туберкулезом в нашей является ее государственный характер, то вторым может быть назван лечебно-профилактический, третий принцип - организация противотуберкулезной работы силами специализированных учреждений, широкое участие в этой работе всех ЛПУ.

Комплексный план борьбы с туберкулезом включает следующие разделы: укрепление материально-технической базы, в т.ч. оснащение ЛПУ, обеспечение необходимыми кадрами и повышение их квалификации, проведение мероприятий, направленных на уменьшение резервуара туберкулезной инфекции и предупреждение ее распространения среди здорового населения, выявление больных и их лечение.

Необходимо помнить, что туберкулез относится к контролируемым, т.е. управляемым, инфекционным заболеваниям и проведение четких и своевременных мероприятий по профилактике туберкулеза позволяет добиться значительного уменьшения распространенности этого опасного заболевания.

Список используемой литературы

. Артюнина Г.П. Основы социальной медицины. - М.: Акад. Проект, 2005.

. Журнал «Проблемы туберкулеза»: №№ 2-6 за 1997 г.

. Инструкция по вакцинации и ревакцинации против туберкулеза вакцинами БЦЖ и БЦЖ-М: Приложение № 5 к приказу Минздрава России от 21.03.03 №109 // Глав. мед. сестра. - 2003. - №8. - С.129-147.

. Карачунский, М.А. Профилактика туберкулеза / М.А. Карачунский // Мед. сестра. - 2003. - №2. - С.9-10.

. Карачунский, М.А. Туберкулез в наши дни / М.А. Карачунский // Мед. сестра. - 2006. - №6. - С.21-27.

. Краснов, В.А. О состоянии заболеваемости и противотуберкулезной помощи населению / В.А. Краснов // Вестн. Межрегион. Ассоц. "Здравоохранение Сибири". - 2002. - №4.

. Махмутов, И.Ф. Медико-социальная характеристика больных туберкулезной этиологии / Махмутов И.Ф. // Пробл. управления здравоохранением. - 2005. - №2. - С.82-85.

. Михеев, В.Н. Проблемы профилактики туберкулеза в современных условиях / В.Н. Михеев // Вестн. Межрегион. Ассоц. "Здравоохранение Сибири". - 2002. - №4. - С.84-85.

. Модель комплексного подхода к профилактике социально-обусловленных заболеваний/ Под ред. А.К. Стрелиса.- Томск, 2003.

. Перельман, М.И. Фтизиатрия: Учебник / М.И. Перельман, В.А. Корякин. - М.: Медицина, 1996.

. Руководство по внутренним болезням «Туберкулез» // под ред. А.Г. Хоменко. - М.,1996 г.

. Савоненкова, Л.Н. Клиническая классификация туберкулеза / Савоненкова Л.Н., Арямкина О.Л. // Сиб. журн. гастроэнтерологии и гепатологии. - 2003. - №16.

. Смурнова, Т.Ф. Очаговый туберкулез / Т.Ф. Смурнова // Мед. помощь. 2004. - №4. - С.23-27.

. Степанян, И.Э. Диагностика туберкулеза органов дыхания / И.Э. Степанян // Атмосфера. Пульмонология и аллергология. - 2003. - №1. - С.2-5.

. Туберкулез. Руководство для врачей. - М.: Медицина, 1996.

. Хоменко А.Г. Основы диагностики туберкулеза // Российский мед. журнал. - 1995. - № 1.