

О состоянии и мерах усиления борьбы с туберкулезом в Республике Казахстан

Утративший силу

Приказ Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 6 августа 2001 года N 1614. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 3 августа 2009 года № 391.

Сноска. Утратил силу приказом и.о. Министра здравоохранения РК от 03.08.2009 № 391.

Во исполнение Указа Президента Республики Казахстан от 18 мая 1998 года N 3956 U983956_ "О первоочередных мерах по улучшению состояния здоровья граждан Республики Казахстан", постановления Правительства Республики Казахстан от 4 сентября 1998 года N 839 P980839_ "О неотложных мерах защиты населения от туберкулеза в Республике Казахстан", U984153_ Государственной Программы "Здоровье народа" и в целях дальнейшего улучшения и совершенствования противотуберкулезной помощи населению, приказываю:

1. Утвердить прилагаемые:

1) Правила контролируемой краткосрочной химиотерапии больных туберкулезом;

2) Правила организации работы специалистов общей лечебной сети учреждений здравоохранения, в рамках стратегии DOTS;

3) Правила организации работы стационаров (отделения, палаты) дневного пребывания в туберкулезных больницах и дневном стационаре в противотуберкулезных учреждениях;

4) Правила проведения дифференцированных флюорографических обследований органов грудной клетки;

5) Инструкцию по применению туберкулиновой пробы;

6) Инструкцию по применению вакцины БЦЖ с целью специфической иммунопрофилактики;

7) Инструкцию по режиму работы противотуберкулезного стационара и обеззараживания при туберкулезе.

2. Всем органам и организациям здравоохранения Республики Казахстан, независимо от ведомственной подчиненности, считать стратегию DOTS, как приоритетную и обязательную в борьбе с туберкулезом.

3. Начальникам управлений (департаментов) здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы:

1) обеспечить обследование бактериоскопическим методом лиц с заболеванием органов дыхания при подозрении на туберкулез в стационарах и в амбулаторно-поликлинических организациях;

2) проводить стандартизированную контролируемую краткосрочную химиотерапию, для чего обеспечить наличие в противотуберкулезных учреждениях неснижаемого запаса необходимых противотуберкулезных препаратов;

3) осуществлять закупку противотуберкулезных препаратов строго в соответствии со спецификацией, утвержденной Агентством Республики Казахстан по делам здравоохранения;

4) обеспечить жесткий контроль за целевым использованием противотуберкулезных препаратов, закупленных за счет бюджетных средств;

5) обеспечить строгое соблюдение санитарно-гигиенического и противоэпидемического режима в противотуберкулезных учреждениях, профилактику профессиональных заболеваний;

6) флюорографическое обследование населения на туберкулез проводить согласно приложению;

7) пробу Манту 2ТЕ применять для отбора детей на ревакцинацию в возрасте 6-7 лет и 11-12 лет, диагностики туберкулеза у детей в группах "риска" и в процессе диспансерного наблюдения согласно приложению;

8) обеспечить проведение ревакцинации против туберкулеза детям в возрасте 6-7 лет в первом классе и 11-12 лет с предварительной постановкой пробы Манту 2 Т Е ;

9) предусмотреть централизованное выделение средств на закупку одноразовых туберкулиновых шприцев для иммунизации детей против туберкулеза и постановки пробы Манту 2ТЕ;

10) обеспечить не менее 95% охват вакцинацией БЦЖ новорожденных;

11) запретить использование в лечебно-профилактических организациях (далее - ЛПО) противотуберкулезных препаратов (изониазид, рифампицин, этамбутол, пипразинамид, стрептомицин) для лечения больных, за исключением больных туберкулезом;

12) обеспечить качественный ежемесячный анализ проводимой работы по диагностике и лечению туберкулеза на всех уровнях;

13) улучшить качество подготовки специалистов первичной медико-санитарной помощи (далее - ПМСП), особенно сельских районов, путем систематического проведения обучающих семинаров и различных циклов по стратегии DOTS с последующей аттестацией на определение практических навыков и знаний;

14) обеспечить обязательную изоляцию (в том числе, принудительную) и

лечение бациллярных больных;

15) обязать руководителей лечебно-профилактических организаций обеспечить флюорографическое обследование лиц, водворяемых в приемники-распределители и изоляторы временного содержания, по направлению медицинских работников либо руководителей администрации специальных учреждений, в сопровождении сотрудника органа внутренних дел; при выявлении у них туберкулеза - госпитализацию и соответствующее лечение в противотуберкулезных учреждениях;

16) обеспечить госпитализацию и лечение осужденных - больных туберкулезом, содержащихся в исправительных колониях-поселениях, с подачей экстренного извещения в территориальные санитарно-эпидемиологические станции ГУВД, УВД, МВД для регистрации и учета.

4. Национальному Центру проблем туберкулеза Республики Казахстан:

1) обеспечить научно-практическое и организационно-методическое руководство, координацию деятельности лечебно-профилактических организаций, противотуберкулезных служб, всех ведомств по дальнейшей реализации стратегии DOTS в борьбе с туберкулезом в республике;

2) установить контроль за порядком закупа противотуберкулезных препаратов, наличием постоянного их резерва, правильностью использования препаратов;

3) осуществлять систематический мониторинг за заболеваемостью и лечением туберкулеза по единой автоматизированной программе с дальнейшим внедрением ее на региональном (районном, городском) уровне;

4) проводить анализ и контроль за распространенностью лекарственной устойчивости микобактерии туберкулеза на территориях областей и регионов республики.

5. Главным Государственным санитарным врачам областей, городов Астаны и Алматы, на транспорте обеспечить контроль за выполнением комплекса противотуберкулезных мероприятий.

6. Возложить на Департамент организации и контроля качества медицинской помощи населению организационно-методическое руководство, контроль и курацию деятельности Национального Центра проблем туберкулеза Республики Казахстан и через управления (департаменты) здравоохранения областей, городов Астаны и Алматы - других противотуберкулезных учреждений республики.

7. Признать утратившим силу приказ Комитета здравоохранения Министерства образования, культуры и здравоохранения Республики Казахстан по делам здравоохранения от 11 ноября 1998 года N 555 "О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Республики Казахстан". 8. Ввести

настоящий приказ в действие со дня его государственной регистрации в Министерстве юстиции Республики Казахстан. 9. Контроль за выполнением данного приказа возложить на Первого заместителя Председателя. Председатель Утверждены приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471 Правила контролируемой краткосрочной химиотерапии больных туберкулезом 1. Основные понятия В настоящих Правилах используются следующие понятия:

стратегия DOTS - новая тактика лечения туберкулеза. Аббревиатура складывается из начальных букв английских слов Directly Observed Treatment Short-course, в переводе на русский это означает:

D - непосредственно
O - наблюдаемое
T - лечение
S - короткими курсами;

(БК+) - пациент, у которого в результате исследования под микроскопом, по меньшей мере, в двух анализах мокроты обнаружены кислотоустойчивые бациллы туберкулеза (бацилл Коха - заразных палочек, названных в честь ученого Коха);

(БК-) - пациент, у которого клиническая картина и рентгенологические изменения соответствуют активному туберкулезу легких (или других органов), но при трехкратном исследовании мокроты или другого патологического материала, не были обнаружены кислотоустойчивые бациллы туберкулеза (БК);

вакцина БЦЖ - с английского BCG, вакцина названа по имени авторов, впервые разработавших эту вакцину Calmette, Guerin, предназначена для активной специфической профилактики туберкулеза;

БЦЖ-ит - это подкожные холодные абсцессы на месте введения вакцины Б Ц Ж ;

резистентность - устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам.

2. Общие положения

1. Химиотерапия в режиме DOTS стратегии является основным методом лечения больных туберкулезом любой локализации и основывается на трех принципах:

1) химиотерапия должна быть контролируемой.

Противотуберкулезные препараты должны приниматься больным в стационаре и в санатории в присутствии медицинского работника, в амбулаторных условиях прием препаратов контролируется медицинским

работником, химизатором или родственником;

2) строгое соблюдение количества, набора препаратов и их доз в зависимости от категории больных;

3) соблюдение схем лечения по длительности.

2. Химиотерапия по стратегии DOTS состоит из двух этапов:

Первый этап - проведение интенсивной фазы химиотерапии в стационаре. Возможность амбулаторного лечения некоторых больных III категории, неопасных в эпидемиологическом отношении для окружающих, решается в индивидуальном порядке фтизиатром.

Второй этап - поддерживающая фаза, менее интенсивная химиотерапия, проводится амбулаторно, за исключением больных из социально-неблагополучных семей.

3. Категории больных туберкулезом

3. Больные туберкулезом подразделяются на следующие категории:

1) Категория I. К данной категории относятся впервые выявленные больные с легочными и внелегочными формами туберкулеза с бактериовыделением, а также больные легочным туберкулезом, имеющие поражение паренхимы более 10 квадратных сантиметров, с тяжелыми осложненными и сочетанными формами легочного и внелегочного туберкулеза без выделения БК.

2) Категория II. К этой категории относятся больные: с рецидивом туберкулеза; при неэффективном лечении больных I и III категории с бактериовыделением; с перерывом в лечении более двух месяцев при (БК +).

3) Категория III. К этой категории относятся больные с впервые выявленным ограниченным (в пределах одного сегмента) туберкулезом легких без бактериовыделения; с туберкулезом внелегочной локализации (артриты, периферические лимфадениты, мезоадениты и другой локализации); больные детско-подросткового возраста с неосложненными ограниченными формами первичного и вторичного туберкулеза.

4) Категория IV. К этой категории относятся больные с хронической формой туберкулеза, у которых остается или вновь появилось бактериовыделение после окончания контролируемого полного повторного курса антибактериальной терапии. Лечение этих больных проводится в специально выделенных отделениях для этой категории.

4. Лечение больных туберкулезом

4. Лечение больных I категории.

Интенсивная фаза химиотерапии больным проводится в стационаре сроком от двух до четырех месяцев, в зависимости от тяжести и распространенности туберкулезного процесса, до достижения клинико-рентгенологического улучшения (тенденция к закрытию полости распада, закрытия полости распада и стойкой конверсии мазка). Лечение в этой фазе проводится четырьмя препаратами: изониазид плюс рифампицин плюс пиразинамид плюс этамбутол или стрептомицин в соответствующих весу и возрасту дозировках.

Бактериологическое исследование мокроты проводится всем больным, у кого до начала лечения были обнаружены БК плюс бактериоскопическим методом.

По окончании двух месяцев переход к поддерживающей фазе химиотерапии в амбулаторных условиях возможен только в случае отрицательного результата двукратного исследования мокроты на БК. Если мазок остался положительным, то следует заподозрить лекарственную устойчивость к химиопрепаратам. К этому времени будут готовы результаты бактериологического исследования мокроты и чувствительность культуры к применяемым препаратам. Если к концу третьего месяца мазок остается положительным и при сохранении полостей деструкции в легочной ткани стационарное лечение продлить до четырех месяцев. Если на пятом месяце и позже лечения мазок остается положительным, то больной должен быть перерегистрирован как "неэффективность лечения" и начать его по режиму II категории.

Поддерживающая фаза терапии проводится, в контролируемом режиме амбулаторно или в санатории в течение четырех месяцев, преимущественно в интермитирующем режиме двумя препаратами изониазид плюс рифампицин (комбинированная таблетка) плюс изониазид (один), принимаемыми три раза в неделю. В случаях распространенного заболевания поддерживающая фаза проводится также двумя препаратами изониазид плюс рифампицин ежедневно четыре месяца в такой же дозировке, как в интенсивной фазе. При милиарном туберкулезе, менингите, обширных поражениях возможно продление поддерживающей фазы до семи месяцев.

5. Лечение больных II категории.

Интенсивную фазу химиотерапии проводить с определением чувствительности к препаратам, сроком от трех до пяти месяцев, в зависимости от тяжести и распространенности туберкулезного процесса до достижения клинико-рентгенологического улучшения (тенденция к закрытию полости распада, закрытия полости распада и стойкой конверсии мазка).

Лечение проводится первые два месяца - пятью препаратами: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол, стрептомицин, третий-пятый месяц - без стрептомицина. По истечении трех-пяти месяцев лечения производится двукратное исследование мокроты на БК, при отрицательном результате

бактериоскопии и посева переходят к поддерживающей фазе лечения. Если к концу третьего месяца мазок остался положительным и при сохранении полостей деструкции в легочной ткани, стационарное лечение продлить до четырех-пяти месяцев. Если устанавливается резистентность культуры к двум и более препаратам, используемых в интенсивной фазе и через пять месяцев лечения больной не абациллирован, его переводят в IV категорию и лечат индивидуально .

Поддерживающая фаза проводится амбулаторно, преимущественно в интермитирующем режиме тремя препаратами (изониазидом, рифампицином, этамбутолом) с кратностью три раза в неделю. При распространенных процессах возможно проведение поддерживающей фазы лечения в ежедневном режиме теми же препаратами так же пять месяцев по индивидуальным показаниям.

6. Лечение больных III категории.

В течение двух месяцев интенсивной фазы лечения больным назначается прием трех препаратов: изониазид, рифампицин и пиразинамид, преимущественно амбулаторно, редко в стационаре. При отрицательных двух анализах мокроты на БК больного переводят на поддерживающую фазу лечения.

Поддерживающая фаза проводится в течение четырех месяцев двумя препаратами (изониазид, рифампицин) плюс изониазид (один) с кратностью три р а з а в н е д е л ю .

Если у больного по истечению двух месяцев выявляется бацилловыделение, он переводится во II категорию и получает соответствующее лечение.

7. Лечение детей и подростков.

Лечение детей и подростков осуществляется на тех же принципах, как и в з р о с л ы х .

Детям с распространенными и осложненными формами туберкулеза легких и внутригрудных лимфатических узлов (БК +) и (БК -) (I и II категории) интенсивное лечение проводится в стационаре в течение двух-пяти месяцев.

Поддерживающее лечение проводится в течение трех-четырех месяцев в условиях стационара или амбулаторно, затем три-четыре месяца для детей из социально неблагополучных семей лечение продолжается в санаториях, для остальных детей - амбулаторно под контролем фтизиатров и работников общей м е д и ц и н с к о й с е т и .

Детям с выраженными туберкулезными изменениями в легких и внутригрудных лимфатических узлах без осложнений (БК-) (III категория) проводится интенсивное лечение в течение двух месяцев и два месяца поддерживающее лечение в условиях стационара, последующие два-три месяца - в условиях санаторного учреждения и амбулаторно под контролем фтизиатра.

Детям с малыми формами туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов (

III категория) интенсивная терапия в течение двух месяцев и два месяца поддерживающего лечения проводятся в условиях стационара, последующие два месяца лечение проводится в условиях санаторного учреждения или амбулаторно. Дети с БЦЖ-итами лечатся, как больные, относящиеся к III категории. 8. Лечение пациентов с вирусом иммунодефицита человека и больных с Синдромом приобретенного иммунодефицита человека, заболевших туберкулезом. Лечение данной категории больных проводится в условиях инфекционной больницы под контролем фтизиатров до окончания полного курса химиотерапии туберкулеза. 5. Патогенетическая терапия 9. Патогенетические средства и методы должны использоваться только на фоне основного курса химиотерапии строго по показаниям. 6. Коллапсотерапевтические методы л е ч е н и я

10. Искусственный пневмоторакс показан в ряде случаев при отсутствии прекращения бактериовыделения через два-три месяца контролируемой стандартной химиотерапии при инфильтративном ограниченном диссеминированном туберкулезе с деструкцией и кавернозном туберкулезе л е г к и х .

Дополнительным показанием к применению данного метода является кровохарканье, наличие лекарственной устойчивости возбудителя или непереносимости химиопрепаратов. Продолжительность искусственного пневмоторакса должна быть два-четыре месяца.

Пневмоперитонеум применяется при диссеминированных и нижнедолевых процессах, а также в сочетании с резекцией легкого для уменьшения гемиторакса и быстрого заполнения пострезекционной полости. Кратковременный искусственный пневмоторакс и пневмоперитонеум необходимо проводить на фоне контролируемой стандартной химиотерапии, при наличии резистентных ф о р м Б К .

7. Хирургическое лечение

11. Хирургическое лечение больных туберкулезом применяется по показаниям после консультации специалиста-хирурга.

12. Вопрос о хирургическом вмешательстве должен решаться строго индивидуально при следующих обстоятельствах:

1) при наличии жизненных показаний для хирургического лечения (неуклонное легочное кровотечение, напряженный спонтанный пневмоторакс, нарушение функций органов пораженных туберкулезом);

2) при неэффективности (продолжающемся бактериовыделении) адекватных краткосрочных курсов противотуберкулезной химиотерапии, т.е. после

проведения основного (I категория) и повторного курса лечения (II категория);

3) при неэффективности адекватного курса противотуберкулезной химиотерапии препаратами второго ряда (резервными) у больных полирезистентным туберкулезом (специальные методические рекомендации Всемирной организации здравоохранения).

13. Тактика ведения больных по DOTS, подвергшихся оперативному лечению должна быть следующей:

1) у больных, имевших перед операцией (БК+), после операции проводится полный курс лечения по II категории;

2) если у больного перед операцией мазок отрицательный, то после операции лечение по схеме поддерживающей фазы II категории;

3) если у больного до операции был определен мультирезистентный туберкулез, проводится полный курс индивидуальной терапии.

8. Регистрация результатов стандартного лечения

14. В конце курса лечения фтизиатр регистрирует исход лечения каждого больного в специальном журнале в соответствии с стандартизованными формулировками исхода лечения.

1) регистрация результатов лечения больных туберкулезом с бактериовыделением:

"вылечен" - получены отрицательные результаты бактериоскопии мокроты на 5 месяце и в конце лечения;

"лечение завершено" - больной завершил полный курс лечения, однако провести бактериоскопию мазков не предоставляется возможным;

"неэффективность лечения (неблагоприятный исход)" - бактериоскопия мокроты осталась или вновь стала положительной на пятом месяце и позже от начала лечения;

"больной умер" - смерть больного наступила в результате любой причины во время курса лечения;

"нарушение режима" - больной по каким-либо причинам не принимающий лечение в течение более двух месяцев. При этом на момент прекращения лечения он стал (или оставался) больным с отрицательным мазком, возобновил терапию после перерыва на два и более месяца;

"перевод" - больной продолжает лечение в другой медицинской организации и исход терапии неизвестен;

2) больные с бактериовыделением, которые были выявлены бактериоскопическим методом или посевом и зарегистрированы в лабораторном журнале, но повторно в медицинское учреждение не явились и не получили курс

противотуберкулезной терапии, должны быть зарегистрированы в журнале регистрации больных туберкулезом, как "не явившиеся больные";

3) у больных с легочной формой туберкулеза без бактериовыделения и больных с внелегочными формами туберкулеза решить вопрос о выздоровлении или неэффективности лечения не представляется возможным, так как единственным индикатором исхода лечения являются результаты исследования мазков мокроты. Однако такие исходы лечения как "Лечение завершено", "Больной умер", "Лечение после перерыва" и "Перевод" должны быть указаны у таких больных в журнале регистрации.

8. Анализ исходов лечения больных

Фтизиатр должен проводить ежеквартально и в конце каждого года анализ исходов специфической терапии. Результаты лечения новых и ранее леченных больных анализируются раздельно.

Ежеквартальные отчеты об исходах лечения из каждого района направляются в областной противотуберкулезный диспансер, где данные материалы обобщаются и направляются в Национальный Центр проблем туберкулеза, которым выполняется аналогичный анализ в целом по стране.

Результаты анализа используются для оценки эффективности лечения и разработки соответствующих рекомендаций.

П р и л о ж е н и е

1

к Правилам организации контролируемой химиотерапии больных туберкулезом, утвержденным приказом Агентства РК по делам здравоохранения от 18 мая 2001 г о д а N 4 7 1

Схемы лечения туберкулеза взрослых, относящихся к категории I _____

_____ Масса! Интенсивная фаза химиотерапии 2-4 месяца ! Поддерживающая фаза химио-! тела ! ! терапии 4 месяца. ! до ! ! _____ ! нача-! ! 1 вариант ! 2 вариант ! ла ! !(ежедневный)!(интермити- ! лече-! ! ! рующий) ! ния ! ! ! ! ! _____ ! _____ ! _____ ! ! Изониазид+ ! Пиразин-! Этамбутол! Стрепто- ! Изониазид+ ! Изониазид+ ! ! рифампицин ! амид ! или (E). ! мицин ! рифампицин ! рифампицин ! !(HR). !(Z). ! Таблетка !(S). !(HR). !(HR). Таблетка ! Таблетка ! Таблетка! Таблетка ! Порошок- ! Таблетка ! 100мг+150мг, ! ! 100мг+150мг ! 500мг ! 400мг ! 1гр. ! 100мг+150мг ! 150мг+300мг+ ! ! 150мг+300мг ! ! ! Основания! 150мг+300мг ! Н 300 мг ! ! ! ! ! во ! ! ! ! ! флаконе ! ! ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____

_____! _____! 50! 2 табл. 4 таб- 3 табл. 1г ежед- 2 табл. 2 табл. !!(150мг+ !летки !ежедневно!невно !(150мг+ !(150мг+ ! !300мг) !ежеднев-! ! !300мг) ежед-!300мг)+ Н 3 ! !ежедневно !но ! ! !невно !раза в неделю! _____!

_____! _____! _____! _____! _____! _____! Стрептомицин применяется не более двух месяцев (60) доз. Если изониазид плюс рифампицин назначаются для интермитирующего приема в поддерживающей фазе лечения, то доза Н увеличивается из расчета 10 мг/кг массы тела.

П р и л о ж е н и е

2

к Правилам организации контролируемой химиотерапии больных туберкулезом, утвержденным приказом Агентства РК по делам здравоохранения от 18 мая 2001 г о д а _____ N _____ 4 7 1

Схемы лечения туберкулеза взрослых, относящихся к категории II _____

_____ Масса ! Интенсивная химиотерапия 3-5 месяцев тела до ! _____

_____ начала !Изониазид+ рифампицин!Пиразинамид !Этамбутол (Е), ! Стрептомицин лечения ! (HR), таблетка !(Z), таблетка!таблетка 400 мг!(S)а, порошок (кг) ! 100мг+150мг, ! 500 ! !для инъекций, ! 150мг+300мг ! ! !1 гр. основания ! ! ! !во флаконе ! ! ! ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ 50 ! 2 таблетки (150мг+ ! 4 таблетки ! 3 таблетки ! 750 мг !300мг) ежедневно ! ежедневно ! ежедневно ! _____ ! _____ ! _____

_____ ! _____ ! _____ Продолжение таблицы _____

Поддерживающая химиотерапия: 5 месяцев!Поддерживающая химиотерапия: 5 (ежедневно) !месяцев (интермитирующий вариант) _____

_____ ! _____ Изониазид + Рифампицин !Этамбутол (Е),!Изониазид + Рифампицин !Этамбутол (HR)б, таблетка !таблетка 400мг!(HR), таблетка 100+150.!(Е),таблетка 100мг + 150мг ! ! 150мг+300мг+изониазид !400мг ! !(Н) 300мг ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ 2 таблетки (100мг+ ! 2 таблетки ! 2 HR (100+150) + 1 ! 2 таблетки 150мг) ежедневно ! ежедневно ! таблетки Н ! _____ ! _____ ! _____

_____ ! _____ 3 таблетки (100мг+ ! 3 таблетки !3 таблетки HR (100+150)! 3 таблетки 150мг) ежедневно ! ежедневно ! + 1 таблетка Н ! _____

_____ ! _____ ! _____ 4 таблетки (100мг+ ! 4 таблетки !2 таблетки HR (150+300)! 2 таблетки 150мг) ежедневно ! ежедневно ! + 1 таблетка Н ! _____ ! _____ ! _____

_____! _____ 1. Стрептомицин следует вводить в течение первых двух месяцев интенсивной фазы (60) доз. 2. Если изониазид плюс рифампицин и этамбутол назначаются для интермитирующего приема в поддерживающей фазе, то доза Н повышается до 10 мг/кг массы тела.

П р и л о ж е н и е

3

к Правилам организации контролируемой химиотерапии больных туберкулезом, утвержденным приказом Агентства РК по делам здравоохранения от 18 мая 2001 г о д а N 4 7 1

Схемы лечения туберкулеза взрослых, относящихся к категории III _____

_____ Масса! Интенсивная химиотерапия: 2 мес.! Поддерживающая химиотерапия: 4 мес.! тела ! _____!

_____! до !Изониазид+рифампицин!Пиразинамид!Изониазид+Рифампицин!
Изониазид (Н),! нача-! (HR), таблетка !(Z)а. Т ! (HR)а, таблетка !таблетка 300мг!
ла ! 100мг+150мг ! таблетка ! 100мг+150мг !(добавляется ! лече-! 150мг+300мг !
500мг ! !только при ! ния ! ! ! !интермити- ! (кг) ! ! ! !рующем режиме)! _____! _____!

_____! _____! _____! _____! 50 !
2 таблетки (150мг+ !4 таблетки !4 таблетки ежедневно!1 таблетка 3 ! !300мг)
ежедневно !ежедневно !или 3 раза в неделю !раза в неделю ! _____! _____!

_____! _____! _____! _____! Утверждены
Приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471 Правила организации работы специалистов общей лечебной сети организаций здравоохранения в рамках стратегии DOTS 1. Основные понятия В настоящих Правилах используются следующие понятия:

стратегия DOTS - новая тактика лечения туберкулеза. Аббревиатура складывается из начальных букв английских слов Directly Observed Treatment Short-course, в переводе на русский это означает:

D - непосредственно

O - наблюдаемое

T - лечение

S - короткими курсами;

(БК+) - пациент, у которого в результате исследования под микроскопом, по меньшей мере, в двух анализах мокроты обнаружены кислотоустойчивые бактерии туберкулеза (бацилл Коха - заразных палочек, названных в честь ученого Коха);

(БК-) - пациент, у которого клиническая картина и рентгенологические изменения соответствуют активному туберкулезу легких (или других органов),

но при трехкратном исследовании мокроты или другого патологического материала, не были обнаружены кислотоустойчивые бациллы туберкулеза (БК);

вакцина БЦЖ - с английского BCG, вакцина названа по имени авторов, впервые разработавших эту вакцину - Bacill Calmette, Guerin, предназначена для активной специфической профилактики туберкулеза; БЦЖ-ит - это подкожные холодные абсцессы на месте введения вакцины БЦЖ; резистентность - устойчивость микобактерий туберкулеза к противотуберкулезным препаратам; СВА - сельская врачебная амбулатория; СУБ - сельская участковая больница; ФАП - фельдшерско-акушерский пункт; ЛПО - лечебно-профилактическая организация; ВИЧ - вирус иммунодефицита человека. 2. Общие положения 1. В условиях внедрения стратегии DOTS в борьбе с туберкулезом значительно возрастает роль специалистов общей лечебной сети организаций здравоохранения, особенно СУБ, СВА, ФАПов, на которые возлагаются задачи: 1) по раннему выявлению туберкулеза методом бактериоскопии; 2) осуществлению контролируемой химиотерапии; 3) проведению широкой разъяснительной работы среди населения о первых признаках туберкулеза и методов его профилактики. 3. Мероприятия по выявлению туберкулеза организациями первичной медико-санитарной помощи

2. Учитывая мировой и собственный опыт диагностики туберкулеза, рекомендуется в целях раннего и более полного выявления больных использовать метод бактериоскопии мокроты, как наиболее простой, доступный и эффективный.

Внедрение данного метода требует повсеместной подготовки специалистов лечебно-профилактических организаций всех уровней и профилей, а также их оснащения необходимым оборудованием - микроскопами и реактивами.

3. Подготовка лаборантов, фельдшеров, врачей ЛПО общей сети должна осуществляться на базе противотуберкулезных учреждений и завершаться выдачей соответствующего сертификата. При этом обязательным условием является последующая, не менее одного раза в год, аттестация обученных медицинских работников на предмет освоения ими методов, предусмотренных стратегией DOTS. 4. При обращении в ЛПО бактериоскопическому обследованию подлежат лица при наличии одного или нескольких клинических симптомов: 1) наличие кашля, продолжающегося более трех недель (кашель является главным симптомом у больных открытой (заразной) формой туберкулеза); 2) потеря веса; 3) потливость; 4) боли в грудной клетке; 5) кровохарканье; 6) длительное повышение температуры тела; 7) наличие длительно незаживающих свищей.

В этом случае медицинский работник обязан обеспечить сбор мокроты и ее бактериоскопию в соответствии с методикой и правилами безопасности.

При обнаружении в мазке бацилл Коха больной направляется в противотуберкулезное учреждение, где ему проводятся дополнительные лабораторные исследования и назначается соответствующее лечение.

При нарастании симптомов подозрительных на туберкулез и отрицательных результатах бактериоскопии, больной в обязательном порядке должен быть направлен на консультацию к врачу-фтизиатру.

В случае если, в данной медицинской организации нет условий для бактериоскопии, осуществляется сбор мокроты и проводится фиксация мазка со своевременной доставкой ее в лабораторию ближайшего ЛПО.

Успех работы по борьбе с туберкулезом в значительной степени зависит от качества проводимой санитарно-просветительской работы среди населения. При ее осуществлении следует использовать все доступные в конкретных условиях методы и средства, обращая особое внимание на ранние признаки туберкулеза, необходимость соответствующего обследования и лечения, на воспитание гигиенических навыков.

4. Лечение туберкулеза в организациях первичной медико-санитарной помощи

5. При установлении у больного диагноза активного туберкулеза, врачом-фтизиатром определяются стационарный или амбулаторный режимы лечения. Лечение больных с активным туберкулезом состоит из двух этапов:

1) интенсивной насыщенной химиотерапии, которая большинству больных должна проводиться в условиях противотуберкулезного стационара;

2) поддерживающей химиотерапии, которая большинству больных проводится амбулаторно и в условиях санатория.

Необходимость и порядок проведения контролируемого амбулаторного лечения по месту жительства должны быть достаточно подробно отражены в соответствующей медицинской карте и выписке из истории болезни. С больным, которому назначается амбулаторное лечение, должна быть проведена обстоятельная беседа о необходимости приема назначаемых антибактериальных препаратов только под контролем медработника или близкого родственника.

6. В каждом ФАП, СВА, СУБ необходимо иметь достаточный запас (не менее шести месячного) противотуберкулезных препаратов.

Учет и расходование лекарств при амбулаторном контролируемом лечении больных регистрируются в соответствующем журнале. Отчет о движении препаратов должен предоставляться в территориальный противотуберкулезный диспансер ежемесячно по форме согласно приложению 1.

7. Больные, получающие амбулаторное лечение, должны принимать

антибактериальные препараты под контролем медработника.

8. Больные, проживающие в населенных пунктах, где отсутствуют ФАПы, должны получать препараты из ближайшей медицинской организации один раз в десять дней, а жители отдаленных отгонных участков - один раз в месяц. Контроль за достоверностью приема больными препаратов осуществляет химизатор.

9. В каждой ЛПО должен вестись журнал учета больных и продолжается заполнение индивидуальных карт, поступивших с больным из стационара, в которые вносятся данные по проводимой амбулаторной химиотерапии.

10. Больным из социально-неблагополучных, малообеспеченных слоев населения, а также проживающих в отдаленных от районного центра населенных пунктах, лечение в поддерживающей фазе проводится в стационарных условиях.

11. Больным с впервые выявленным активным туберкулезом интенсивную фазу лечения при положительной динамике туберкулезного процесса можно проводить в условиях районного противотуберкулезного учреждения.

П р и л о ж е н и е

1

к Правилам организации работы специалистов общей лечебной сети организации здравоохранения в рамках стратегии DOTS, утвержденным приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471

Отчет о движении препаратов _____

_____ N!Наименование!Остаток на
начало! Получено в !Расход! Остаток на!Примечание ! препарата ! месяца !
текущем !! конец !!! месяце !! месяца ! ! _____ ! _____ !
_____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ !
_____ ! _____ ! _____ ! _____ ! _____ !

В графе "примечание" показать количество списанных препаратов с истекшим сроком годности, испорчено, возвращено в тубдиспансер в связи с отсутствием на участке больных и так далее. Утверждены приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 г. N 471 Правила организации работы стационаров (отделений, палат) дневного пребывания в туберкулезных больницах и дневного стационара в противотуберкулезных учреждениях 1. Стационар (отделение, палаты) дневного пребывания организуются:

1) для госпитализации больных I и III категории, состояние которых не требует круглосуточного наблюдения и лечения, но которым необходимо проведение контролируемого курса химиотерапии;

2) для дифференциальной диагностики туберкулеза от других легочных заболеваний.

2. Мощность стационаров определяется в зависимости от конкретных условий, руководителями учреждений. Руководство дневными стационарами осуществляется главными врачами противотуберкулезных учреждений, на базе которых организуется стационар.

3. Необходимая численность должностей медицинского персонала стационара определяется по действующим штатным нормативам, предусмотренными в противотуберкулезном учреждении.

4. Режим работы стационара определяется руководителем учреждения. В исключительных случаях режим больного индивидуализируется врачом, соответственно состоянию больного.

5. Отбор больных на обследование и лечение в стационар дневного пребывания осуществляется участковыми врачами-фтизиатрами и заведующим диспансерным отделением.

6. При ухудшении течения заболевания и возникновении необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, больной, находящийся в стационаре дневного пребывания или в дневном стационаре при амбулаторном отделении, должен незамедлительно переводиться в соответствующее отделение туберкулезной больницы.

7. Противопоказаниями к направлению в стационар дневного пребывания являются: кровотечение, кровохарканье, спонтанный пневмоторакс, легочно-сердечная недостаточность и тяжелые сопутствующие заболевания, требующие круглосуточного наблюдения.

8. На больного, находящегося в стационаре дневного пребывания, заводится история болезни с занесением в нее необходимых сведений из анамнеза, истории заболевания и проводимого обследования и лечения.

9. При выписке больного из стационара дневного пребывания сведения передаются участковому фтизиатру с необходимыми рекомендациями. 10. Для проведения обследования больным из стационара дневного пребывания используются лечебно-диагностические службы противотуберкулезного учреждения в составе которого он организован. 11. Питание больных организуется в пищеблоке противотуберкулезного учреждения. В дневных стационарах амбулаторно-поликлинических учреждений вопрос о питании решается применительно к местным условиям или за счет самого больного. 12. Работающим (учащимся) больным, находящимся на лечении в стационаре дневного пребывания, дневном стационаре при амбулаторном отделении диспансера выдаются больничные листы (справки) на общих основаниях. 13. Финансирование стационаров дневного пребывания предусматривается в смете учреждения в составе которого он организован. 14. Отчеты о деятельности стационаров дневного пребывания представляются в установленные сроки и в

установленном порядке. 15. Больные с впервые установленным диагнозом активного туберкулеза, получавшие лечение в условиях дневного стационара, считаются охваченными стационарным лечением. **Согласованы Утверждены** Министр внутренних дел приказом Агентства Республики Казахстан - Республики Казахстан Командующий внутренними войсками по делам здравоохранения от 27 апреля 2001 г. от 18 мая 2001 года N 471 **Согласованы** Министр труда и социальной защиты населения Республики Казахстан от 16 мая 2001 г. **Правила проведения дифференцированных флюорографических обследований органов грудной клетки**

1. Список лиц, подлежащих обязательным при поступлении на работу и в дальнейшем дифференцированным флюорографическим обследованиям на туберкулез (в рамках программы борьбы с туберкулезом - бесплатно):

1) медицинские работники родильных домов (отделений), детских больниц (отделений), отделений патологии новорожденных, недоношенных; 2) работники лечебно-профилактических организаций, непосредственно связанные с лечением, обслуживанием и питанием больных; 3) работники противотуберкулезных учреждений; 4) лица, прибывающие в Республику Казахстан на постоянное место жительства; 5) призывники на военную службу; 6) студенты высших и средних специальных учебных заведений, учащиеся училищ; 7) подростки 15-18 лет; 8) женщины в послеродовом периоде в течение месяца после выписки из родильного дома; 9) поликлиническая группа лиц повышенного риска: язвенная болезнь желудка и двенадцати перстной кишки, сахарный диабет, психические заболевания, алкоголизм, наркомания, хронические неспецифические заболевания легких, состояния после длительного лечения кортикостероидными препаратами, инфицированные вирусом иммунодефицита человека; 10) лица, имеющие остаточные явления в легких и плевре любой этиологии; 11) лица, контактные с больным, не выделяющим микобактерии, туберкулеза. За счет средств Министерства внутренних дел Республики Казахстан; 12) сотрудники и военнослужащие органов внутренних дел и внутренних войск МВД Республики Казахстан; 13) подследственные в следственных изоляторах - при поступлении и через каждые полгода; 14) осужденные в исправительных учреждениях - два раза в год, за счет средств Комитета уголовно-исполнительной системы.

2. Список лиц, подлежащих обязательным при поступлении на работу и в дальнейшем дифференцированным флюорографическим обследованиям на туберкулез на платной основе:

1) работники предприятий пищевой промышленности, общественного питания и торговли пищевыми продуктами;

2) работники детских дошкольных учреждений (детские сады, дома ребенка, детские дома, детские санатории);

- 3) работники общеобразовательных и специализированных школ и гимназий;
- 4) работники гостиниц, общежитий, бань, прачечных, химчистки, массажных кабинетов, парикмахерских, салонов одежды, салонов красоты (в том числе косметологи), лица, занимающиеся перевозкой пассажиров, их обслуживанием на всех видах транспорта;
- 5) работники высших и средних учебных заведений;
- 6) работники аптек, занятые изготовлением, расфасовкой и реализацией лекарственных средств.

3. Порядок допуска на работу лиц, переболевших туберкулезом.

Решение вопроса о возможности возвращения больных туберкулезом на ранее занимаемые должности и профессии должно основываться на результатах систематических тщательных обследований в диспансере с применением повторных бактериологических исследований мокроты (мочи и другого материала) на микобактерии туберкулеза. При невозможности произвести квалифицированное обследование в местных условиях, больной направляется в областной диспансер.

Допуск больных туберкулезом на ранее занимаемые должности и профессии определяет Центральная врачебно-контрольная комиссия, выдающая медицинское заключение.

Лица, получившие эффективный курс химиотерапии с результатами лечения "вылечен" и "лечение завершено" допускаются к работе во все должности и профессии.

4. Лица с неактивными туберкулезными изменениями в легких не допускаются к работе, как при поступлении, так и после излечения: 1) в родильные дома (отделения), детские больницы (отделения), отделения патологии новорожденных и недоношенных; 2) в детские дошкольные учреждения (детские сады, дома ребенка, детские дома, детские санатории). 5. Следующие лица допускаются к работе после окончания лечения и перевода в неактивную группу диспансерного учета: 1) работники лечебно-профилактических учреждений; 2) учащиеся школ, училищ, студенты высших и средних специальных учебных заведений; 3) работники предприятий пищевой промышленности, общественного питания и торговли пищевыми продуктами; 4) работники общеобразовательных и специализированных школ, гимназий; 5) работники гостиниц, общежитий, бань, прачечных, химчистки, массажных кабинетов, парикмахерских, салонов одежды, салонов красоты (в том числе косметологи), лица, занимающиеся перевозкой пассажиров, их обслуживанием на всех видах транспорта; 6) работники высших и средних учебных заведений; 7) работники аптек, занятые изготовлением, расфасовкой и реализацией лекарственных средств. Утверждена приказом Агентства

Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471 Инструкция по применению туберкулиновой пробы 1. Основные понятия В настоящей инструкции используются следующие понятия:

туберкулин - это фильтрат автоклавированной культуры, содержит не живые или мертвые микобактерии, а только продукты их жизнедеятельности, элементы микробной клетки и часть среды, на которой росли микобактерии туберкулеза;

проба Манту 2ТЕ - специфический диагностический тест, внутрикожная туберкулиновая проба Манту (по автору - Mantoux) с двумя туберкулиновыми единицами;

ППД-Л - готовая форма очищенного туберкулина в стандартном разведении (PPD - первые три буквы слов "очищенный белковый дериват" по английскому, Л - туберкулин Линниковой);

вакцина БЦЖ - с английского BCG, вакцина названа по имени авторов, впервые разработавших эту вакцину Calmette, Guerin, предназначена для активной специфической профилактики туберкулеза;

ревакцинация - повторная плановая вакцинация;

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека.

2. Цель применения

1. Туберкулиновая проба (проба Манту 2ТЕ) очищенного туберкулина применяется при обследовании детей, относящихся к группам "риска" заболевания туберкулезом, в клинической практике и перед проведением ревакцинации против туберкулеза 6-7 и 11-12 лет.

Проба Манту 2ТЕ ставится одноразовыми туберкулиновыми шприцами согласно наставления приложенного к туберкулину.

3. Оценка результатов пробы Манту.

2. Результат пробы Манту оценивается через 72 часа путем измерения инфильтрата в миллиметрах (далее - мм). Прозрачной бесцветной миллиметровой линейкой (из пластмассы) измеряют и регистрируют поперечный (по отношению к оси руки) размер инфильтрата. Реакция считается:

1) "отрицательной" - при полном отсутствии инфильтрата (гиперемия) или при наличии уколочной реакции (0-1 мм);

2) "сомнительной" - при инфильтрате (папуле) размером 2-4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата;

3) "положительной" - при наличии выраженного инфильтрата (папулы) диаметром 5 мм и более;

4) "гиперергической" - при наличии у детей инфильтрата с диаметром 15 мм и более, у подростков - 17 мм и более, у взрослых - 21 мм и более;

5) "везикуло-некротической" - независимо от размера инфильтрата с лимфангоитом или без него.

При измерении инфильтрата категорически запрещается пользоваться шкалой от термометра, миллиметровой бумагой, самодельными линейками из рентгеновской пленки и так далее.

3. Контингента детей, подлежащих обследованию пробой Манту 2 ТЕ:

1) дети группы "риска";

2) дети и подростки из очагов туберкулеза;

3) дети старше двух месяцев перед вакцинацией и в возрасте 6-7, 11-12 лет перед ревакцинацией.

4. К группам "риска" относятся следующие контингенты детей:

1) дети из социально неблагополучных семей, в которых родители страдают хроническим алкоголизмом, наркоманией, ВИЧ-инфицированы, не имеют определенного места жительства;

2) дети, находящиеся на амбулаторном и стационарном лечении, с длительным кашлем (более двух недель) с симптомами нарастающей интоксикации (субфебрилитет, потливость, снижение аппетита и массы тела, раздражительность, вялость и так далее);

3) дети с увеличенными периферическими лимфатическими узлами (в четырех и более группах);

4) перед проведением гормональной терапии;

5) дети с неразвившимся поствакцинальным рубчиком БЦЖ.

5. Противотуберкулезные диспансеры осуществляют подготовку и своевременную переподготовку медицинских сестер с выдачей справок-допусков к проведению туберкулиновых проб. Проверка уровня подготовки медицинских сестер по технике постановки и чтения результатов туберкулиновых проб должна проводиться ежегодно.

6. В случаях, если по тем или иным причинам проба Манту производится не перед и не одновременно с плановыми прививками, а после проведения их, туберкулинодиагностика должна осуществляться не ранее, чем через четыре недели после проведенной прививки и через две недели после введения гаммаглобина.

Следует учитывать, что перенесенные заболевания и профилактические прививки могут усиливать или ослаблять чувствительность кожи ребенка к туберкулину. Это затрудняет оценку реакции и может привести к неправильной постановке диагноза "виража" или "гиперергии" и является основой при определении перечня противопоказаний.

Запрещается проводить туберкулиновую пробу Манту 2ТЕ на дому!

7. Противопоказания для постановки туберкулиновых проб:

- 1) кожные заболевания;
- 2) острые и хронические инфекционные заболевания в период обострения, включая реконвалесценцию (не менее двух месяцев после исчезновения всех клинических симптомов);
- 3) аллергические состояния (ревматизм в острой и подострой фазах, бронхиальная астма, идиосинক্রазии с выраженными кожными проявлениями).

8. Не допускается проведение пробы Манту в тех детских коллективах, где имеется карантин по детским инфекциям, так как начало заболевания может исказить чувствительность кожи к туберкулину.

9. Контингентам детей из очагов туберкулезной инфекции туберкулинодиагностику проводят в противотуберкулезных диспансерах.

10. Здоровым, давно инфицированным микобактериями туберкулеза и с положительной послевакциной туберкулиновой чувствительностью, детям, другие профилактические прививки (кроме БЦЖ) можно проводить после оценки ее результатов фтизиопедиатром.

11. Результаты пробы Манту фиксируются в учетной форме N 063/у, в медицинской карте ребенка (форма N 026/у), в истории развития ребенка (форма N 112/у). При этом в историях развития ребенка отмечается:

- 1) учреждение, выпустившее стандартный туберкулин, серия, контрольный номер и срок его годности;
- 2) дата проведения туберкулиновой пробы;
- 3) использование правой или левой руки;
- 4) результат пробы Манту в виде размера инфильтрата в миллиметрах.

4. Учет результата пробы Манту с 2ТЕ ППД-Л

12. В условиях внутрикожной вакцинации (ревакцинации) БЦЖ проба Манту с 2ТЕ выявляет как инфекционную, так и послевакциную аллергию.

К врачу-фтизиатру для обследования и решения вопроса об этиологии аллергии (послевакциная или инфекционная) следует направлять детей с документацией, в которой кроме анамнестических, клинических данных, необходимо указать точные даты вакцинации и ревакцинации БЦЖ, даты и результаты всех ранее сделанных туберкулиновых проб.

13. Послевакциная аллергия имеет меньшую интенсивность и тенденцию к ее ослаблению при наблюдении в динамике по сравнению с инфекционной аллергией. Средний размер инфильтрата при послевакциной аллергии равен 7-9 мм, при инфекционной - 11-13 мм. 14. Гиперергические реакции (15 мм и более)

не характерны для поствакциновой аллергии. 15. К инфицированным относятся лица, у которых при наблюдении в динамике: 1) отмечается впервые положительная туберкулиновая реакция (папула 5 мм и более); 2) стойко сохраняется в течение ряда лет реакция с инфильтратом 12 мм и более; 3) отмечается усиление предыдущей сомнительной или положительной реакции на 6 мм и более в диаметре. 16. С целью отбора детей для ревакцинации БЦЖ, проба Манту с 2ТЕ ставится в школе детям в возрасте 6-7, 11-12 лет, в первом месяце учебного года. В этот период другие прививки не должны проводиться. В данной возрастной группе (период угасания поствакцинальной аллергии) туберкулинодиагностика одновременно является тестом отбора контингентов для ревакцинации, раннего выявления туберкулеза и определения инфицированности. Утверждена приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471 Инструкция по применению вакцины БЦЖ с целью специфической иммунопрофилактики 1. Основные понятия В настоящей Инструкции используются следующие понятия:

вакцина БЦЖ (вакцина Calmette, Guerin) предназначена для активной специфической профилактики туберкулеза. Препарат представляет собой живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ, лиофильно высушенные в 1,5% растворе глютамината натрия, имеет вид белой высушенной массы.

Выпускается во флаконах или ампулах. К вакцине прилагается стандартный растворитель;

БЦЖ-ит - это реакция организма на введение вакцины БЦЖ в виде подкожного холодного абсцесса;

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека;

СЭС - санитарно-эпидемиологическая станция.

2. Способ применения и дозировка

1. Первичную вакцинацию осуществляют здоровым доношенным новорожденным детям в первые четыре дня жизни и недоношенным по достижении массы тела 1,5 килограммов. К вакцинации допускаются новорожденные после осмотра педиатром, с оформлением допуска к прививке в истории новорожденного.

Прививки новорожденным проводят в прививочном кабинете, оснащенном холодильником, термоконтейнером, одноразовыми туберкулиновыми шприцами, прививочным материалом, препаратами противошоковой терапии.

Вакцинацию новорожденных проводит медицинская сестра прививочного кабинета, имеющая допуск к проведению прививок, на основании врачебного назначения, в присутствии мамы ребенка. Полученная прививка, данные о

вакцине (производитель, серия, доза, срок годности, дата прививок) заносятся в историю новорожденного и обменную карту, которая после выписки ребенка из роддома передается в лечебное учреждение по месту жительства.

В период пребывания матери в роддоме ее обучают срокам дальнейших прививок, которые ребенок будет получать после выписки из роддома и вручают Прививочный паспорт с внесенными в него прививками, полученными в роддоме

2. Вакцина БЦЖ вводится строго внутривенно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча в объеме 0,05 мл для детей до одного года и в объеме 0,1 мл для детей старше года, прививаемых вакцинами зарубежных стран. Российская вакцина вводится в объеме 0,1 мл независимо от в о з р а с т а .

3. Противопоказания к вакцинации вакциной БЦЖ новорожденных:

- 1) родовые травмы, сопровождающиеся кровоизлиянием в мозг;
- 2) врожденный лейкоз;

3) среднетяжелые и тяжелые заболевания, сопровождающиеся фебрильной температурой или серьезными нарушениями общего состояния (вакцинация проводится после выздоровления);

4) недоношенность (вес менее 1,500 граммов или гестационный возраст менее 3 3 недель);

5) генерализованный БЦЖ-ит у ребенка в семье (возможность наследственного иммунодефицита).

4. Ревакцинации БЦЖ подлежат здоровые неинфицированные дети, с отрицательной и сомнительной пробой в возрасте 6-7, 11-12 лет, в течение года по достижении возраста с предварительной постановкой пробы Манту 2ТЕ. Ревакцинация проводится одновременно по всей территории страны, организовано, в школе, среди учащихся первых и пятых классов, на что отводится один месяц - первый месяц начала учебного года. В период ревакцинации БЦЖ проведение других прививок в школе прекращается. Остаток БЦЖ вакцины в конце отработанного месяца сдается в территориальную СЭС. Постоянное хранение БЦЖ вакцины разрешается только в роддомах (родильных отделениях) в биксе, который закрывается на замок и хранится в холодильнике.

5. Противопоказания к ревакцинации БЦЖ:

1) среднетяжелые и тяжелые заболевания, сопровождающиеся фебрильной температурой или серьезными нарушениями общего состояния (проводится после выздоровления);

2) генерализованный БЦЖ-ит у ребенка в семье (возможность наследственного иммунодефицита);

3) перенесенный туберкулез;

- 4) осложнения вакцинации БЦЖ;
- 5) ВИЧ - инфекции с клиническими проявлениями.

Интервал между постановкой пробы Манту и ревакцинацией БЦЖ должен быть не менее трех дней и не более двух недель.

6. Дети, которым не была проведена вакцинация БЦЖ в роддоме и родившиеся вне родильного дома, вакцинируются в детской поликлинике или другом лечебно-профилактическом учреждении в течение первых двух месяцев жизни без предварительной постановки пробы Манту, а старше двух месяцев вакцинация проводится при отрицательной пробе Манту. Вакцину БЦЖ для этих целей лечебно-профилактическое учреждение получает в территориальной СЭС, согласно списочного состава детей, подлежащих иммунизации с последующей сдачей отчета об использовании вакцины и возвращении остатков вакцин в СЭС.

7. Дети, в возрасте до одного года, с неразвившимися знаками БЦЖ подлежат повторной вакцинации (проводится только один раз) через шесть месяцев без предварительной постановки пробы Манту.

8. Дети, старше одного года, при отсутствии вакцинальных рубчиков прививаются после предварительной постановки пробы Манту.

9. Для вакцинации и ревакцинации применяют одноразовые туберкулиновые шприцы. Сухую вакцину БЦЖ разводят непосредственно перед употреблением. Растворять вакцину разрешается только тем растворителем, который прилагается производителем данной вакцины (стандартный растворитель). Растворитель должен быть прозрачным, бесцветным и не иметь посторонних примесей.

Для получения прививочной дозы, равной объему 0,05 мл, в флакон (ампулу) 20 дозной расфасовки вносят 1,0 мл стандартного растворителя, для разведения 40 дозной вакцины требуется 2,0 мл растворителя. Разведенная вакцина должна давать равномерную взвесь в течение одной минуты.

10. В связи с высокой чувствительностью БЦЖ вакцины к дневному и солнечному свету, она должна храниться в темном месте, для чего используют цилиндр из черной бумаги. БЦЖ вакцина может быть использована только в течение шести часов с момента разведения, поэтому на этикетке проставляется время и дата вскрытия вакцины. Неиспользованная вакцина уничтожается кипячением в течение 30 минут или погружением в 5 % хлорсодержащий дезинфицирующий раствор на два часа или сжиганием в печи. 11. Перед применением вакцины необходимо внимательно изучить наставление приложенное к ней, проверить маркировку и целостность ампулы (флакона) соответствие препарата прилагаемой инструкции. 12. Препарат не подлежит применению: 1) при отсутствии или стертости этикетки на ампуле (флаконе); 2) при истекшем сроке годности; 3) при наличии трещин в ампуле (флаконе); 4) при изменении физических свойств препарата (сморщивание таблетки, любое

изменение цвета и формы); 5) при наличии посторонних включений или неразбивающихся хлопьев в разведенном препарате.

13. Для одной прививки стерильным шприцем набирают 1,5 дозы разведенной вакцины, затем выпускают через иглу часть вакцины в стерильный шарик, чтобы вытеснить воздух и подвести поршень шприца под нужную градуировку (0,05 или 0,1 мл согласно настоящей инструкции). Перед каждым набором в шприц вакцина должна обязательно тщательно перемешиваться той же иглой.

14. Иглу вводят срезом вверх в поверхностный слой кожи. Сначала вводят незначительное количество вакцины, чтобы убедиться, что игла вошла точно внутрикожно, а затем всю дозу препарата. При правильной технике введения должна образоваться папула беловатого цвета, через 15-20 минут папула исчезает.

Введение препарата под кожу недопустимо, так как при этом может образоваться холодный абсцесс.

Запрещается наложение повязки на место введения вакцины и обработка ее йодом и другими дезинфицирующими растворами.

3. Реакция на введение

15. Как правило, на месте внутрикожного введения вакцины БЦЖ развивается специфическая реакция в виде инфильтрата, размером 5-10 мм в диаметре с небольшим узелком в центре и с образованием корочки. В ряде случаев отмечается пустуляция. Иногда в центре инфильтрата появляется небольшой некроз с незначительным серозным отделяемым.

16. У вакцинированных в период новорожденности прививочная реакция появляется через 4-6 недель; после ревакцинации местные прививочные реакции могут появиться уже на первой неделе после проведенной прививки. Такие реакции считаются нормальными и подвергаются обратному развитию без всякого лечения. Следует избегать механического раздражения измененного участка кожи на месте прививки во время водных процедур.

Обратное развитие изменений на месте прививки обычно происходит в течение 2-4 месяцев, а у части детей в более длительные сроки, после чего на этом месте остается поверхностный рубчик (размером от 2 до 10 мм в диаметре). При хорошей технике прививок и правильном хранении вакцины рубчик на месте прививки образуется у 90-95% привитых. 17. Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми проводят врачи и медицинские сестры общей лечебной сети, которые через 1, 3, 6, 12 месяцев после вакцинации или ревакцинации должны проверить прививочную реакцию с

регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки, с отделяемым или без него, рубчик, пигментация и т.д.). Эти сведения должны быть зарегистрированы в учетных формах NN 63/у, 112/у, 26/у. 4. Осложнения 18. При применении вакцины БЦЖ у ребенка могут наблюдаться следующие осложнения: 1) подкожные холодные абсцессы; 2) поствакцинальные лимфадениты; 3) келлоидные рубцы; 4) поверхностная язва. Сведения о характере и размере осложнений фиксируются в учетных формах NN 63 / у ; 26 / у ; 112 / у .

О случаях повышенной реактогенности или развития поствакцинальных осложнений следует сообщать по телеграфу или телефону в Агентство Республики Казахстан по делам здравоохранения в течение 24 часов с момента регистрации. Лечебно-профилактические учреждения направляют детей с осложнениями в противотуберкулезный диспансер. 5. Условия хранения и транспортировки. Препарат необходимо хранить при температуре 0 + 8 С. Срок годности вакцины - по инструкции. Транспортировка возможна всеми видами транспорта, при температуре не выше +8 о С в термоконтейнере. Утверждена приказом Агентства Республики Казахстан по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471 Инструкция по режиму работы противотуберкулезного стационара и обеззараживания при туберкулезе 1. Основные понятия В настоящей Инструкции используется следующее понятие:

(БК+) - пациент, у которого в результате исследования под микроскопом, по меньшей мере, в двух анализах мокроты обнаружены кислотоустойчивые бактерии туберкулеза (бацилл Коха - заразных палочек, названных в честь ученого Коха) .

2. Режим работы противотуберкулезного стационара

Противотуберкулезный стационар должен соответствовать санитарным нормам и правилам, предъявляемым к инфекционным отделениям.

1. Каждый медицинский работник противотуберкулезного стационара несет ответственность за собственную безопасность, безопасность своих коллег и обязан соблюдать меры профилактики внутрибольничного инфицирования п а ц и е н т о в .

2. Перед приемом на работу в противотуберкулезные учреждения сотрудник должен пройти подготовку и аттестацию по режиму работы с больными туберкулезом, а также флюорографическое обследование. В дальнейшем флюорографическое обследование проводится ежегодно.

3. В каждом противотуберкулезном стационаре должна быть создана комиссия по профилактике внутрибольничного и профессионального

туберкулеза. В ее функции входит осуществление контроля за соблюдением режима работы противотуберкулезного стационара, за соблюдением сотрудниками мер безопасности, учет и расследование причин возникновения случаев профессионального заболевания туберкулезом и разработка профилактических мероприятий.

4. Персонал, имеющий контакт с больными, должен работать в медицинском халате, колпачке. Маска одевается при посещении больных БК+ и диагностических палат. Персонал лаборатории, хирургических отделений, отделений бронхоскопии, младший медицинский персонал дополнительно пользуются масками, резиново-клеенчатыми передниками и резиновыми перчатками. При выходе из стационара, лаборатории персонал обязан снять спецодежду и вымыть руки с мылом.

5. В противотуберкулезных учреждениях используются специальные респираторы, где фильтрующим материалом служит - полипропилен, прокладкой - полиуретан, задерживающий частицы размером до 0,5 микрона.

6. Запрещается курить и принимать пищу в лаборатории.

7. Все помещения противотуберкулезного диспансера, отделения должны иметь большие окна для хорошего проветривания и инсоляции, позволяющие солнечным лучам проникать в помещение и оказывать бактерицидное воздействие. Проветривание помещений должно осуществляться в холодное время года - каждый час по 5 минут при закрытых дверях, в теплое время года окна должны быть открыты максимально длительное время.

8. Рентгенологические отделения, обслуживающие различные категории больных должны иметь расписание по их приему. Проведение снимков больным туберкулезом и при подозрении должно предусматриваться на вторую половину дня.

9. Влажная уборка помещений с применением дезинфекционных средств проводится не менее двух раз в сутки.

10. Бактерицидные лампы устанавливаются в помещениях, где высока вероятность распространения туберкулеза (отделение бронхоскопии, операционная, лаборатория, процедурные, перевязочные), проверка эффективности их работы осуществляется два раза в год, со своевременной заменой неисправных.

11. Наиболее строгий режим устанавливается в помещениях для сбора и исследования мокроты. Сбор мокроты предпочтительнее делать вне помещения, в солнечном продуваемом месте, вдали от людей.

Медперсонал во время этой процедуры должен стоять за спиной пациента, при этом ветер должен дуть ему в спину. Если мокрота больного попала на перчатки медработника их нужно немедленно поместить в дезинфицирующий

р а с т в о р и о д е т ь ч и с т ы е .

Если сбор мокроты проводится в специально выделенном помещении должна быть обеспечена хорошая его вентиляция. После каждого больного помещение тщательно проветривается. Запрещается использование этого помещения для других целей, кроме сбора мокроты.

12. Персонал перед транспортировкой мокроты в лабораторию должен проверить плотно ли закрыты плевательницы крышками. Отправлять пробы мокроты в лабораторию необходимо в специальном биксе, которые можно подвергать дезинфекции. Плевательницы должны располагаться в биксе так, чтобы они не разбились во время транспортировки.

13. Сопроводительное направление помещается снаружи бикса. Бикс должен плотно закрываться. Место, где содержались контейнеры с образцами мокроты после их отправки в лабораторию, должно быть продезинфицировано.

14. Поверхность контейнеров с пробами мокроты перед их открытием предварительно обрабатывается дезинфицирующим раствором. Открытие контейнеров и подготовка мазков должны выполняться очень осторожно для предотвращения образования аэрозолей. Все процедуры по подготовке мазка должны быть полностью стандартизированы и расположение материала на столе должно всегда быть одинаково для обеспечения максимальной безопасности.

15. Госпитализация вновь выявленных больных должна осуществляться отдельно, на срок не менее чем две недели, от больных уже получающих специфическое лечение.

16. Больные с неясным диагнозом госпитализируются в диагностические п а л а т ы .

17. Больные с резистентной формой туберкулеза госпитализируются в специальные отделения, организованные на базе областных противотуберкулезных стационаров и Национального Центра проблем т у б е р к у л е з а .

18. Больные с хронической формой туберкулеза госпитализируются в специально предусмотренные для них стационары, санатории.

19. Больные с БК+, находящиеся на лечении в стационаре принимают пищу в палатах, не посещают общие помещения. Покидать палату больным разрешается по медицинской необходимости и только в масках, контроль за соблюдением масочного режима ведут медицинские работники стационара.

20. Проводится постоянное обучение больных правилам поведения и важности соблюдения этикета при кашле и сборе мокроты в стационаре, на улице, дома, в общественных местах.

21. Все больные обязаны пользоваться плевательницей, которая заменяется по мере заполнения, но не реже одного раза в день.

22. Изоляция больных с бактериовыделением бацилл Коха продолжается до тех пор, пока не будут получены два отрицательных анализа на микобактерии туберкулеза.

23. Посещение детьми и подростками больных в противотуберкулезных учреждениях запрещается.

24. Посещение родственниками и другими лицами больных с бактериовыделением (БК+) должно быть максимально ограничено, а в случае общения - больной должен находиться в маске.

3. Дезинфекционный режим в очаге

25. В очаге проводится дезинфекция самим больным или окружающими его взрослыми членами семьи, предварительно обученными медицинскими работниками участка:

1) больной должен иметь отдельную посуду, полотенце, постельные принадлежности, которые хранятся и стираются отдельно. Одеяла, подушки, шерстяные вещи проветриваются, вывешивая на солнце;

2) постельное белье больного, полотенца, носовые платки следует замочить в стиральном порошке и кипятить 30 минут;

3) посуда больного кипятится в 2% содовом растворе 30 минут;

4) больной должен иметь две карманные плевательницы (стеклянные баночки с плотно закрывающейся крышкой): одной он пользуется, а другая с мокротой должна дезинфицироваться согласно режиму, описанному ниже;

5) бумажные носовые платки, салфетки, используемые газеты после употребления должны сжигаться;

6) помещение больного ежедневно проветривается, влажная уборка проводится с использованием дезинфицирующих средств;

7) дезинфекционные средства выделяют противотуберкулезные учреждения, а там, где их нет - общелечебная сеть.

Аналогичные мероприятия проводятся членами семьи при госпитализации или смерти больного.

П р и л о ж е н и е

1

к Инструкции по режиму и обеззараживанию при туберкулезе, утвержденной приказом Агентства РК по делам здравоохранения от 18 мая 2001 года N 471

Методы, средства и режимы обеззараживания при туберкулезе _____

Объекты обеззараживания - ! Методы и средства ! Концентрация в ! Экспозиция обеззараживания !

обеззараживания ! процентах, !в минутах !! граммах ! _____!

_____! _____! _____! 1. Мокрота
Выливают в емкости с дез- Из расчета: 2 раствором: объема Дезраствора на 1
объем мокроты - хлорамин 5,0% 240 - активирован. р-р хлорамина 2,5% 120
Засыпают одним из препаратов: - хлорной известью, 200 г/л 60 - активированным
гипохлоридом кальция 100 г/л 60 - хлорамином 100 г/л 60 2. Плевательница
Погружение в хлорсодержащий (освобожденная раствор: от мокроты) - активир.
р-р хлорамина 2,5% 120 - актив. р-р гипохлорида кальция 1,0% 120 - кипячение в
содовом растворе 2,0% 30 3. Плевательницы Автоклавирование без снятия 0,5
атм 30 с мокротой крышек. Погружение в дезраствор: - хлорамина, 5,0% 240 -
активир. р-р хлорамина, 2,5% 120 - актив. р-р гипохлорида кальция 1,0% 120 4.
Посуда Погружение в дезраствор: (столовая, осво- - хлорамина, 5,0% 240
божденная от - активир. р-р хлорамина, 0,5% 60 остатков пищи) - актив. р-р
гипохлорида кальция. 1,0% 60 Кипячение в содовом растворе 2,0 30 В
сухожаровом шкафу 120 градусов 30 5. Остатки пищи Засыпка, заливка
дезсредством: - сухой хлорной известью, 200 г/кг 60 - хлорно-известковым
молоком 20% 60 Кипячение 30 6. Белье Замачивание: в р-ре хлорамина 5,0 240 (
постельное, - активиров. р-ре хлорамина 1,0 60 нательное, Кипячение в содовом
р-ре, 2,0 30 чехлы, халаты, затем стирают обычным способом полотенца) 7.
Постель Камерная дезинфекция Температура по (после выписки паровоздушным
методом наружному тер- 30 больного), мотетру 80-90С мягкие игрушки 8.
Резиновые Кипячение в содовом растворе 2,0 30 изделия, нако- Замачивание: - в
р-ре хлорамина 5,0 240 нечники для - активиров. р-ре хлорамина 1,0 60 клизм 9.
Предметы Замачивание в р-ре хлорамина или 240 - 60 ухода (судна, активиров.
р-ре хлорамина 5,0 - 1,0 мочеиспускателя, подкладные круги) 10. Унитазы, Моют:
дезраствором раковины, ванны, - хлорамина 5,0 умывальники - или препаратами
бытовой химии 11. Игрушки - Протирание р-ром хлорамина или металлические,
активиров. р-м хлорамина с 5,0 или 1,0 резиновые, последующей промывкой
водой деревянные, пластмассовые 12. Помещения - Моют с использованием
дезсредств: стены, полы, - хлорамина или активир. р-ра двери хлорамина 5,0 или
1,0 13. Тапочки Протирание тампоном, смоченным раствором
формалина, 25 180 уксусной кислоты 40 180 14. Предметы Замачивание в
дезрастворе: уборки хлорамина или активир. р-ра хлорамина 5,0 или 1,0 240-60
15. Транспорт Протирают дезраствором: после госпита- - хлорамина или
активированным 5,0 или 1,0 лизации больного р-ром хлорамина _____

_____ 1. После
обеззараживания, мокроту сливают в канализацию, а плевательницы или посуду,
в которой дезинфицировали мокроту, моют обычным способом. 2. Разрешается
применение дезинфицирующих средств, зарегистрированных Агентством

Республики Казахстан по делам здравоохранения в соответствии с утвержденными в установленном порядке методическими указаниями. (Специалисты: Пучкова О.Я., Паттарова Н.)

© 2012. РГП на ПХВ «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан»
Министерства юстиции Республики Казахстан