

**ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ  
КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ПРИКАЗ**

**от 12 сентября 2013 г. N 1212**

**О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА  
СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ ОБЛАСТИ**

С целью совершенствования выявления туберкулеза среди населения Кемеровской области, во исполнение Федерального [закона](#) от 18.06.01 N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", [Постановления](#) Правительства Российской Федерации от 25.12.01 N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", [Приказа](#) Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15.11.2012 N 932н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом", [Приказа](#) Министерства здравоохранения и социального развития Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда", Санитарно-эпидемиологическими правилами [СП 3.1.1295-03](#) от 18.04.2003 приказываю:

1. Руководителям органов местного самоуправления муниципальных районов и городских округов, осуществляющих полномочия в сфере охраны здоровья:

1.1. Обеспечить внедрение стандартных форм направления к фтизиатру ([приложения 1, 2](#)).

1.2. Обеспечить использование критериев по разделу "Туберкулез при оценке работы врачей и медицинских сестер терапевтических и педиатрических участков, общих медицинских практик ([приложение 3](#)), утвержденных Приказом Минздравсоцразвития РФ от 19.04.2007 [N 282](#) "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача-терапевта участкового", от 19.04.2007 [N 283](#) "Критерии оценки эффективности работы врача-педиатра участкового", от 11.05.2007 [N 324](#) "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры участковой на терапевтическом участке", от 11.05.2007 [N 325](#) "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности врача общей практики (семейного врача)", от 11.05.2007 [N 326](#) "Об утверждении критериев оценки эффективности деятельности медицинской сестры врача общей практики (семейного врача)".

1.3. Обеспечить проведение флюорографических профилактических осмотров населения старше 15 лет бесплатно, в обязательном порядке и в объеме не менее 75% от подлежащего осмотру населения на основе персонифицированного планирования с кратностью, установленной [Постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 25.12.2001 N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", обратить особое внимание на

обследование неорганизованного населения и социальных групп риска; организовать рентгенофлюорографическое обследование лиц, не осмотренных на туберкулез более 2-х лет и [Приказом](#) Министерства здравоохранения и социального развития Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда", Санитарно-эпидемиологическими правилами [СП 3.1.1295-03](#) от 18.04.2003 ([приложение 4](#)).

1.4. Обеспечить достоверный учет профилактических осмотров населения, качественное ведение флюорокартотеки и отчетной документации по флюорографическим осмотрам населения, в том числе в автоматизированной информационной системе "Флюорография" в соответствии с [Приказом](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 06.03.2013 N 329 "Об организации флюорографических профилактических осмотров на туберкулез населения Кемеровской области".

1.5. Обеспечить 100% своевременное дообследование лиц с выявленной при флюорографии патологией в срок до 14 дней.

1.6. Обеспечить выявление туберкулеза при обращении пациентов, подлежащих обследованию на туберкулез ([приложение 5](#)) за медицинской помощью в учреждения здравоохранения по алгоритму ([приложение 6](#)) с соблюдением диагностического минимума при направлении к фтизиатру и фтизиопедиатру ([приложение 7](#)).

1.7. Обеспечить 3-кратное бактериологическое обследование на микобактерии туберкулеза лиц, относящихся к группам риска по туберкулезу, а также нетранспортабельных лиц, имеющих жалобы со стороны органов дыхания.

1.8. Обеспечить направление к фтизиатру для проведения дополнительных обследований с целью определения дальнейшей тактики лечения в 3-дневный срок больных, у которых при обследовании методом микроскопии выявлены кислотоустойчивые микобактерии, либо при проведении лучевой диагностики органов грудной клетки выявлены очаговые тени, ограниченные затенения легочной ткани (участки инфильтрации), округлые и полостные образования, диссеминация, расширение тени средостения и корней легких, плевральный выпот, распространенный и ограниченный фиброз.

1.9. Обеспечить использование стандартной формы направления на микроскопию мазка мокроты, установленной Приказом Министерства здравоохранения и социального развития N 690 от 02.10.2006 "Об утверждении учетной документации по выявлению туберкулеза методом микроскопии ([приложение 8](#)).

Обеспечить условия для качественного забора мокроты на кислотоустойчивые микобактерии ([приложения 9, 10](#)).

1.10. Организовать качественную работу лабораторий, являющихся центрами микроскопии мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии.

1.11. Обеспечить проведение постоянной работы по гигиеническому воспитанию и обучению населения мерам профилактики и вопросам выявления туберкулеза, запланировать прокат роликов по профилактике туберкулеза.

2. Главному врачу ГКУЗ КО КОКПТД (Д.А.Плохих), главному врачу ГКУЗ КО НКПТД (В.А.Куксинский), и главному врачу ГКУЗ КО ППТД (Г.Л.Никотина), и руководителям филиалов противотуберкулезных учреждений территорий:

2.1. Обеспечить организационно-методическое руководство и контроль над

выявлением туберкулеза среди населения области.

2.2. Осуществлять контроль над выявлением туберкулеза среди населения прикрепленных территорий путем проведения инспекторских проверок лечебно-профилактических учреждений.

3. Начальникам управлений здравоохранения территорий, главным врачам медицинских организаций, руководителям ГКУЗ КО КОКПТД, ГКУЗ КО НКПТД, ГКУЗ КО ППТД и их филиалов обеспечить организацию проведения совместного разбора запущенных случаев туберкулеза в соответствии с представленной формой ([приложения 11, 12](#)).

4. Просить ректора ГОУ ВПО "Кемеровская государственная медицинская академия Росздрава" (Ивойлов В.А.): предусмотреть введение в программу постдипломной подготовки организаторов здравоохранения вопросы организации профилактических осмотров населения.

5. Признать утратившим силу [приказ](#) департамента охраны здоровья населения Кемеровской области "О совершенствовании выявления туберкулеза среди населения области" N 225 от 28.03.03.

6. Главному областному специалисту фтизиатру (Саранчина С.В.) и главному областному специалисту по первичной медико-санитарной помощи (Малин М.В.) организовать обучение специалистов общей лечебной сети области по выявлению туберкулеза.

7. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя начальника департамента Иванова А.В.

Начальник департамента

В.К.ЦОЙ

Приложение 1  
к приказу ДОН КО  
от 12 сентября 2013 г. N 1212

Направление на консультацию к фтизиатру

ФИО \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Адрес проживания \_\_\_\_\_  
Диагноз \_\_\_\_\_  
Цель консультации \_\_\_\_\_  
Дата, результат флюорографии \_\_\_\_\_  
Проведенное лечение \_\_\_\_\_  
Дата, результат исследования мокроты на КУМ \_\_\_\_\_  
Другие исследования \_\_\_\_\_  
ФИО, подпись врача \_\_\_\_\_, дата \_\_\_\_\_

Приложение 2  
к приказу ДОН КО  
от 12 сентября N 1212

Направление на консультацию к детскому фтизиатру

Ф.И.О. \_\_\_\_\_  
Дата рождения \_\_\_\_\_  
Дет. учреждение \_\_\_\_\_  
Домашний адрес \_\_\_\_\_  
Вакцинация и ревакцинация БЦЖ (наличие рубца) \_\_\_\_\_  
Сведения о р. Манту (динамика) \_\_\_\_\_  
Группа ДУ (дата взятия, проф. лечение) \_\_\_\_\_  
Диагноз при направлении \_\_\_\_\_  
Дополнительные сведения \_\_\_\_\_  
Цель консультации \_\_\_\_\_  
ФИО подпись врача \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_

**ПОКАЗАТЕЛИ  
ЭФФЕКТИВНОСТИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО  
(ФЕЛЬДШЕРА), ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ (СЕМЕЙНОГО ВРАЧА),  
ОБЕСПЕЧИВАЮЩЕГО ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ  
ВЗРОСЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ (МОДЕЛЬ КОНЕЧНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ)**

N п/п	Показатели, характеризующие деятельность	Единица измерения	Источник получения информации	Периодич- ность передачи информации	Норма- тив	Факти- ческий пока- затель	Оценка		Факти- ческая оценка пока- зателя
							Норма- тив	Еди- ница откло- нения	
1. Показатели деятельности и результативности									
1.1	Охват прикрепленного населения флюорографическим обследованием	Удельный вес обследованных от числа подлежащих по плану на оцениваемый период	уч. ф. N 050/у	ежемесячно	75%		5	0,07	

1.2	Охват прикрепленного населения бактериоскопическим исследованием	Удельный вес обследованных от числа подлежащих на оцениваемый период	уч. ф. N 0,4-0,5 ТБ/у	ежемесячно	90%		5	+0,05	
1.3	Выявление туберкулеза в запущенной стадии	1 случай	уч. ф. N 0-89-ТУБ	ежемесячно	0			-3	

**ПОРЯДОК  
И СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ ОСМОТРОВ  
НАСЕЛЕНИЯ НА ТУБЕРКУЛЕЗ**

В соответствии с Санитарно-эпидемиологическими правилами [СП 3.1.1295-03](#) от 25 июня 2003 г. определены порядок и сроки проведения медицинских осмотров населения:

1. Население проходит профилактические медицинские осмотры не реже 1 раза в 2 года.

2. По эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактические медицинские осмотры проходят 2 раза в год:

- военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;

- работники родильных домов (отделений);

- лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции;

- лица, снятые с диспансерного учета в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, - в течение первых 3 лет после снятия с учета;

- лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания;

- ВИЧ-инфицированные;

- пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;

- лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, - в течение первых 2-х лет после освобождения;

- подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях.

3. По эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактические медицинские осмотры проходят 1 раз в год:

- больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;

- больные сахарным диабетом;

- лица, получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;

- лица без определенного места жительства;

- мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы;

- лица, проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий;



- работники учреждений социального обслуживания для детей и подростков;
- работники лечебно-профилактических, санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков.

4. Во внеочередном порядке профилактические медицинские осмотры проходят:

- лица, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулезом;
- лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными;
- граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту;
- лица, у которых диагноз - ВИЧ-инфекция установлен впервые.

В соответствии с [Приказом](#) Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 N 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда" (зарегистрировано в Минюсте РФ 21.10.2011 N 22111) установлена кратность проведения профилактических и периодических медицинских осмотров в следующих перечнях работ - 1 раз в год:

1. Работы в организациях и пищевой промышленности, раздаточных пунктах, на базах и складах продовольственных товаров, где имеется контакт с пищевыми в процессе их производства, хранения, реализации, в том числе работы по санитарной обработке и ремонту инвентаря, оборудования, а также работы, где имеется контакт с пищевыми продуктами при транспортировке их на всех видах транспорта.

2. Работы в организациях общественного питания, торговли, буфетах, пищеблоках, в том числе на транспорте.

3. Работы, выполняемые учащимися образовательных организаций общего и профессионального образования перед началом и в период прохождения практики в организациях, работники которых подлежат медицинским осмотрам.

4. Работы медицинского персонала лечебно-профилактических учреждений, а также родильных домов [<\\*>](#) (отделений), детских больниц (отделений), детских поликлиник, отделений патологии новорожденных [<\\*>](#), недоношенных [<\\*>](#).

5. Работы в образовательных организациях всех типов и видов, а также детских организациях, не осуществляющих образовательную деятельность (спортивные секции, творческие, досуговые детские организации и т.п.).

6. Работы в дошкольных образовательных организациях, домах ребенка, организациях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей (лиц, их заменяющих), образовательных организациях интернатного типа, оздоровительных образовательных организациях, в том числе санаторного типа, детских санаториях, круглогодичных лагерях отдыха, а также социальных приютах и домах престарелых.

7. Работы в организациях бытового обслуживания (банщики, работники душевых, парикмахерских).

8. Работы в бассейнах, а также водолечебницах.

9. Работы в гостиницах, общежитиях, пассажирских вагонах (проводники), в должности стюардессы.

10. Работы в организациях медицинской промышленности и аптечной сети, связанные с изготовлением, расфасовкой и реализацией лекарственных средств.

11. Работы на водопроводных сооружениях, связанные с подготовкой воды и обслуживанием водопроводных сетей.

12. Работы, связанные с переработкой молока и изготовлением молочных продуктов.

-----  
<\*> персонал родильных домов, отделений для новорожденных, недоношенных проходит медицинский осмотр в соответствии с [СП 3.1.1295-03](#) от 25 июня 2003 г. - 2 раза в год.

## **ПОКАЗАНИЯ К ОБСЛЕДОВАНИЮ НА ТУБЕРКУЛЕЗ**

1. Обследованию на туберкулез подлежат:

дети, у которых методом туберкулинодиагностики выявлены изменения, характерные для различных проявлений туберкулезной инфекции;

лица, у которых при обследовании обнаруживаются очаговые образования в различных органах (тканях);

лица, у которых при обследовании обнаруживаются выпоты неясной этиологии в плевральной полости, в случае обнаружения выпота в других серозных полостях - после исключения опухолевой природы выпота;

лица с симптомами общей интоксикации (лихорадка, потливость, потеря массы тела, потеря аппетита, быстрая утомляемость), продолжающейся 2 недели и более;

лица, у которых кашель продолжается более 3-х недель, а также лица с кровохарканьем, болью в груди, одышкой;

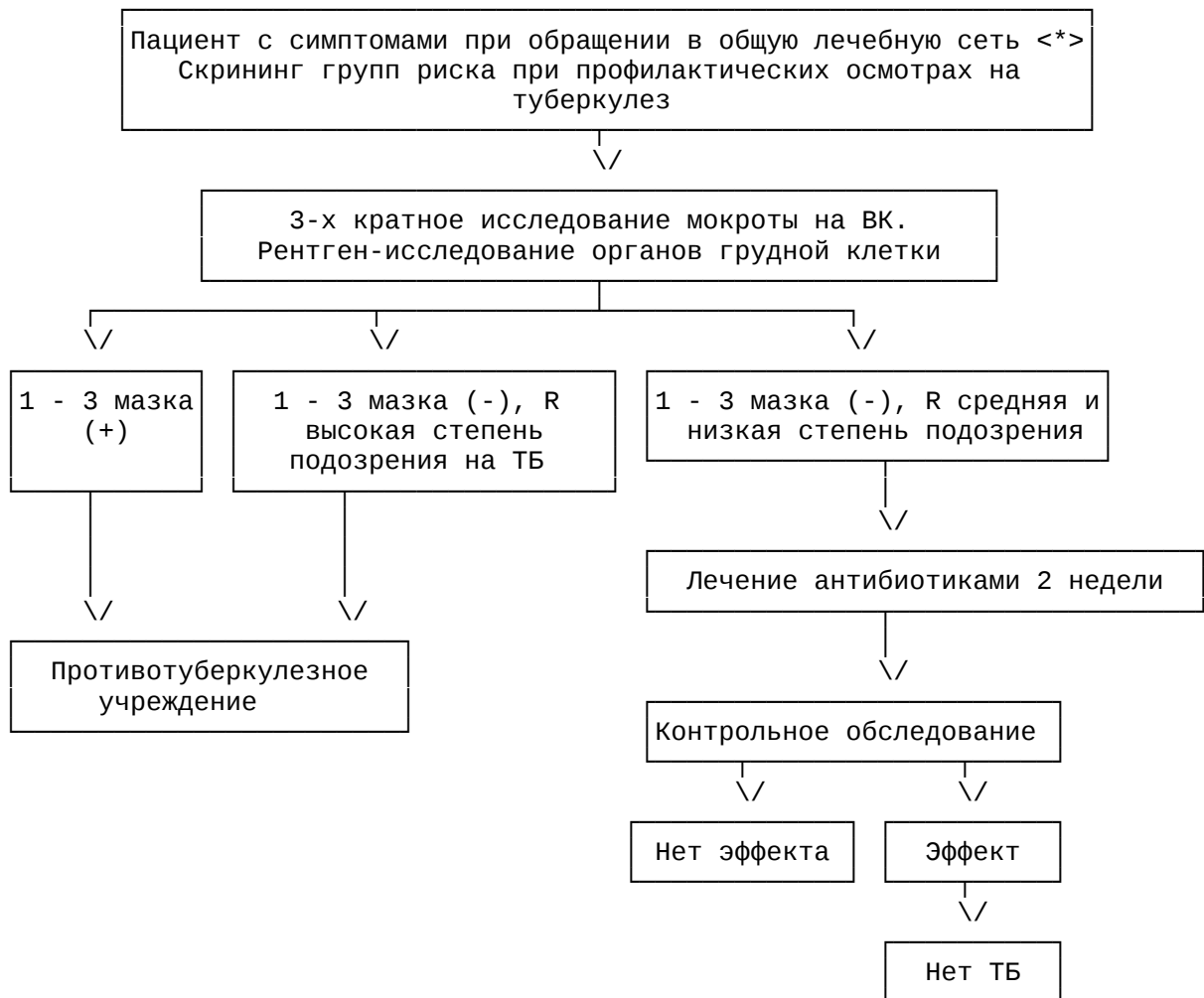
лица, с хроническими воспалительными заболеваниями различных органов, у которых наблюдаются частые (более 2-х раз в год) обострения и отсутствие выраженной положительной динамики (сохраняющиеся изменения при лабораторных исследованиях) на проводимое противовоспалительное лечение в течение более 3-х недель;

лица, при проведении диагностических исследований которых возникают сомнения в правильности установленного диагноза, или лица, которым однозначный диагноз установить не удастся.

Увеличивают вероятность туберкулеза:

- Активный туберкулез в анамнезе.
- Наличие контакта с больным туберкулезом.
- Социальная дезадаптация больного (БОМЖ, мигрант, пребывание в местах лишения свободы, алкоголизм, наркомания, не занятость трудом в трудоспособном возрасте и др.).
- Постепенное нарастание симптомов в течение недель или месяцев.
- Отсутствие эффекта от неспецифической терапии.

**АЛГОРИТМ  
ВЫЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКИ ТУБЕРКУЛЕЗА**



Обязательный диагностический минимум  
обследования при подозрении на туберкулез органов дыхания  
и направлении на консультацию к фтизиатру

N	Методы исследования
1	Микроскопия мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии трехкратно
2	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях
3	Общий анализ крови
4	Общий анализ мочи

Обязательный диагностический минимум  
обследования при подозрении на туберкулез органов дыхания  
и направлении на консультацию к фтизипедиатру

N	Методы исследования
1	Результаты туберкулиновых проб с 2ТЕ в динамике, давность последней пробы не должна превышать 6 месяцев
2	Информация о вакцинации БЦЖ, ревакцинации БЦЖ
3	Обзорная рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции
4	Общий анализ крови
5	Общий анализ мочи

Приложение 8  
к приказу ДОЗН КО  
от 12 сентября 2013 г. N 1212

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
(наименование медицинского учреждения)  
\_\_\_\_\_  
(адрес)  
\_\_\_\_\_  
(отделение)

Направление на проведение микроскопических исследований на туберкулез

1. Ф.И.О. пациента: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. Год рождения:  3. Пол: М  Ж

4. Адрес фактического места жительства: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Дата направления:   20 г.

6. Диагностический материал: 1  мокрота, 2  другой \_\_\_\_\_

(вписать из списка видов  
диагностических  
материалов,  
указанных

на оборотной стороне направления)

7. Цель исследования: 1  диагностика, 2  контроль химиотерапии

8. Региональный регистрационный номер пациента:

9. Ф.И.О. медицинского работника, направившего пациента на исследование / подпись: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Номера образцов диагностического материала: 1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_ 3 \_\_\_\_\_  
(переносятся из журнала регистрации материала, форма N 04-1 -Тб/у)

11. Дата сбора образцов: 1   г.

(методика сбора диагностического материала на обороте)

3   20

12. Ф.И.О. медицинского работника, собравшего образцы диагностического материала/подпись: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. Лабораторный номер микроскопического исследования

14. Результаты микроскопического исследования

Дата проведения исследования	Образец	Отрицательный результат	Положительный результат (степень)				Примечание
			Единичные * —	1+	2+	3+	
1	2	3	4	5	6	7	8
	1		_____ КУМ * —				
	2		_____ КУМ * —				
	3		_____ КУМ * —				

\* Указывается точное количество микобактерий в 100 п/з

15. Дата выдачи результата:     20

16. Ф.И.О. медицинского работника, ответственного за проведение микроскопических исследований / подпись

\_\_\_\_\_

**ПОЛОЖЕНИЕ**  
**ПО ОРГАНИЗАЦИИ КАШЛЕВЫХ КОМНАТ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ**  
**ЛЕЧЕБНОЙ**  
**СЕТИ (СОГЛАСОВАНО С ФГУ И ЦГСЭН КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ)**

1. Техническое описание

Комната забора мокроты предназначена для обслуживания больных из общей лечебной сети, куда врачи общей практики, терапевты, семейные врачи направляют пациентов с подозрением на легочный туберкулез для сдачи мокроты на микроскопическое исследование мазка мокроты под наблюдением медсестры. В эту комнату направляются лишь пациенты для диагностики туберкулеза.

Комната должна быть размещена на первом этаже здания учреждения ОЛС в непроходной зоне, или вход в это помещение должен быть изолирован. Высота помещения должна быть не менее 2,5 метров. Ориентация окон рекомендуется на южные румбы горизонта, допускается на юго-восток, юго-запад.

Площадь комнаты должна составлять не менее 10 кв. м. Помещение для забора мокроты должно состоять из основного площадью не менее 8 кв. м и "кашлевой комнаты" размером не менее 2 x 1 м, разделенными перегородкой, нижняя часть которой должна быть из твердых материалов (пластик, кирпич и т.д.), верхняя - из стекла.

Покрытие пола должно быть моющимся (кафель или линолеумное покрытие без дефектов, при этом швы примыкающих друг к другу листов линолеума должны быть тщательно пропаяны). Края линолеума у стен должны быть тщательно пропаяны, края линолеума у стен должны быть подведены под плинтус, плотно закреплены между стеной и полом. Стены должны быть окрашены масляной краской или облицованы кафелем на полную высоту, потолок окрашивается водостойкими (масляными и другими) красками. Окно должно иметь форточку, оборудованную вентилятором и установленным дефлектором. Кратность обмена воздуха в помещении для забора мокроты должна составлять: - приток 80%, вытяжка - 100% в час. Относительная влажность - 55 - 60%, скорость движения воздуха не более 0,15 м/сек. Должна быть подведена горячая и холодная вода.

Оба помещения должны быть оснащены экранированными ультрафиолетовыми лампами с излучением типа "С", размещенными на высоте 0,5 м от потолка.

Внутри основного помещения должны находиться:

1. Стол с моющейся поверхностью.
2. Стул с моющейся поверхностью и емкость с водой.
3. Закрытый крышкой контейнер из твердого пластика для использованных масок.
4. Холодильник для хранения собранных проб мокроты.
5. Емкость с дез. раствором для обработки рабочих поверхностей.



6. Шкаф для хранения материалов, необходимых для процедуры.

7. Отгорожена часть помещения ("кашлевая комната").

- При наличии средств можно установить высокоэффективную установку для фильтрации корпускулярного аэрозоля, способную отфильтровывать частицы диаметром 0,3 микрон с эффективностью 99,97%, очищенный воздух должен выводиться за пределы здания. Фильтры должны соответствовать российским требованиям и меняться каждые 3 месяца или чаще в зависимости от марки фильтра.

- Экранированная ультрафиолетовая лампа с излучением типа "С" должна быть размещена на высоте 2,5 м от пола.

Правила для медицинских работников:

Забор мокроты должен проводиться с 8:00 до 16:00 с понедельника по пятницу. Для обеспечения должного качества процедуры можно принимать максимум 50 пациентов в день.

Во время процедуры мед. сестра в медицинском халате, шапочке, перчатках и маске с коэффициентом фильтрации 95% находится в основном помещении.

Пациент собирает мокроту, находясь за перегородкой.

После завершения процедуры мед. сестра моет руки с мылом.

Правила для пациентов:

1. Пациенты заходят в комнату по одному и отдают мед. сестре бланк направления на исследование мокроты.

2. Пациент должен иметь свою кружку для полоскания рта.

3. Медсестра инструктирует пациента, как правильно сдавать мокроту.

4. Пациент получает контейнер для сбора мокроты, заходит за перегородку и закрывает за собой дверь.

5. Пациент открывает контейнер, сплевывает в него мокроту, показывает собранный образец сестре, которая все время находится за перегородкой и дает пациенту дальнейшие инструкции, если полученный образец плохого качества. Затем пациент плотно закрывает контейнер крышкой.

Правила доставки образцов в лабораторию:

1. Контейнеры транспортируются мед. сестрой в биксе или лотке (при перевозке на большие расстояния - на служебном транспорте в закрытой емкости (биксе)), который подвергается дезинфекции после каждой доставки проб в лабораторию, бланки направлений на исследование транспортируются отдельно, вне бикса.

2. Образцы мокроты должны доставляться в лабораторию до 12:00. Если пациент сдал мокроту позже, то ее необходимо оставить в холодильнике, а утром доставить в лабораторию.

3. Пациентам запрещено самостоятельно доставлять мокроту в лабораторию.

Мероприятия по дезинфекции:

1. На протяжении всей процедуры сестра должна быть в маске, халате, шапочке и перчатках.

2. Окно комнаты в момент забора мокроты должно быть закрыто для исключения притока воздуха в основную часть помещения и коридор. В случае если помещение оборудовано вентиляционной установкой, окно во время процедуры должно быть закрыто,

а установка включена.

3. Пространство за перегородкой, пол и стены должны ежедневно обрабатываться дез. раствором (5% р-ром хлорамина, 1% р-ром активированного хлорамина или любым р-ром, в спектр действия которых входят микобактерии туберкулеза). Емкость, которая будет использоваться пациентами для сплевывания после полоскания рта, должна ежедневно обрабатываться тем же дез. раствором той же концентрации.

4. Вся мебель ежедневно обрабатывается 5% р-ром хлорамина.

5. Дверь кашлевой комнаты и дверь основного помещения во время процедуры должна быть закрыта.

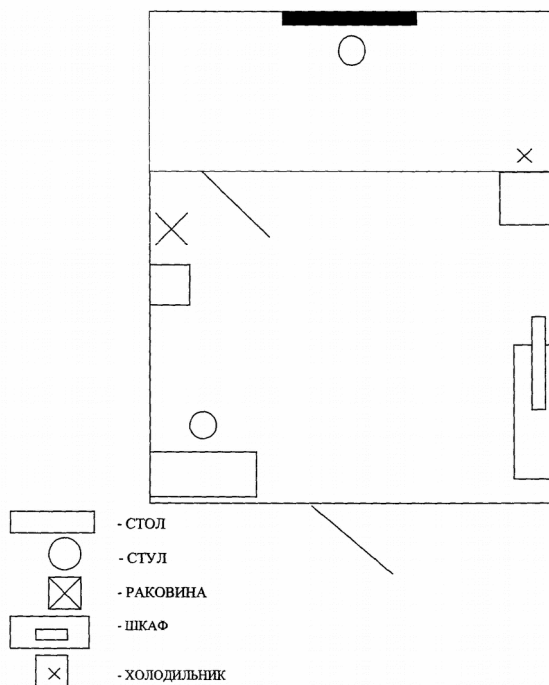
6. Ультрафиолетовая лампа должна быть включена во время всей процедуры. Выключать ее следует только после окончания влажной уборки помещения.

7. Режим обработки кашлевой комнаты должен соответствовать режимам дезинфекции при туберкулезе.

8. Ежемесячно (по графику) осуществляется чистка от пыли поверхности отражателей и колб ультрафиолетовых ламп.

9. Генеральная уборка помещений проводится раз в 10 дней (по графику) дезинфектантами со спектром действия на микобактерии туберкулеза.

### КОМНАТА ЗАБОРА МОКРОТЫ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ОБЩЕЙ ЛЕЧЕБНОЙ СЕТИ



**ИНСТРУКЦИЯ**  
**ПО СБОРУ МОКРОТЫ ДЛЯ ИССЛЕДОВАНИЯ НА МИКОБАКТЕРИИ**  
**ТУБЕРКУЛЕЗА**

1. Медицинская сестра перед забором мокроты обязана надеть защитную одежду: маску, халат, колпак, резиновые перчатки.
2. Сбор мокроты должен производиться в присутствии медицинской сестры только утром перед завтраком.
3. Медицинская сестра должна объяснить пациенту причины исследования и необходимость откашливать содержимое глубоких отделов дыхательных путей, а не собирать в контейнер (чашку Петри) слюну или носоглоточную слизь.
4. Перед сдачей мокроты пациент должен обязательно прополоскать рот.
5. Медицинская сестра должна проверить фамилию пациента, дать ему чашку Петри.
6. Посадить пациента на стул напротив открытого окна, попросить его сделать два глубоких вдоха и выдоха, на третьем вдохе пациент должен встать со стула, чтобы наполнить легкие воздухом. Сразу же после этого с силой и резко пациент должен вытолкнуть воздух из легких, чтобы диафрагма поджала легкие. Такой выдох вызовет естественный кашель.
7. Следует рекомендовать пациенту держать контейнер (чашку Петри), как можно ближе к губам и сразу же сплевывать в него мокроту.
8. При завершении сбора мокроты медицинская сестра должна оценить ее количество и качество; порция мокроты должна быть не менее 3 - 5 мл., содержащая уплотненные или гнойные комочки без слюны.
9. Если пациент почувствовал головокружение, дать ему отдохнуть.
10. Если пациенту не удастся сразу выделить необходимое количество мокроты, следует ободрить его, предложить ему походить, размяться, выкурить сигарету и затем повторить процедуру.
11. Если эти меры не дали результат, необходимо провести постуральный массаж (уложив пациента на кушетку вниз лицом и производя похлопывания ладонями по спине).
12. В случае если попытка получить мокроту удовлетворительного качества оказывается неудачной, необходимо контейнер (чашку Петри) подвергнуть обеззараживанию, вымыть руки с мылом и выдать пациенту другой контейнер (чашку Петри). Предварительно надо убедиться в том, что больной правильно понял все требования и правила сбора мокроты.
13. Если больной не выделяет мокроту или выделяет только эпизодически и в скудном количестве, то рано утром, в день сбора мокроты, больному следует дать отхаркивающее средство. Последние провоцируют усиление секреции бронхов, кашель и выделение мокроты. Гиперсекреция бронхиального содержимого у большинства больных наблюдается еще в течение суток после применения отхаркивающего средства, что

должно быть использовано с целью получения материала для обнаружения микобактерии туберкулеза.

14. В случае отсутствия мокроты у пациента, после использования перечисленных манипуляций, возможно применение раздражающих ингаляций.

15. Для диагностики туберкулеза забор мокроты производится 3-кратно, последовательно.

Запущенными случаями следует считать:

I. Туберкулез органов дыхания:

I. Фиброзно-кавернозный туберкулез.

II. Внелегочные формы туберкулеза:

1. Менингоэнцефалит с летальным исходом или развитием остаточных изменений.

2. Туберкулез кишечника с перфорацией язвы, развитием разлитого перитонита.

3. Туберкулез мезентериальных лимфоузлов с вовлечением в процесс брюшины и развитием перитонита.

4. Туберкулез костей и суставов:

- туберкулезный спондилит с появлением абсцессов, спинномозговых расстройств, свищей, натечников;

- туберкулез суставов с явлениями хронического деструктивного артрита (тотальное или субтотальное разрушение суставных поверхностей, грубая деформация сустава, контрактура).

5. Туберкулез мочевых и половых органов:

- туберкулез почки: кавернозный, фиброзно-кавернозный, пионефроз; туберкулез мочеточников и мочевого пузыря, как осложнение туберкулеза почки;

- свищевые формы туберкулеза мужских половых органов;

- туберкулез женских половых органов: рубцово-спаечная форма аднексита, распространение туберкулезного процесса на тело матки и наружные половые органы.

6. Свищевые формы туберкулеза периферических лимфоузлов.

III. Случаи посмертной диагностики туберкулеза - диагноз туберкулеза, установленный на вскрытии, у пациента, не состоявшего на учете у фтизиатра (умершие "неизвестные диспансеру").

Несвоевременно выявленными случаями туберкулеза следует считать:

- Хронический диссеминированный туберкулез.

- Туберкулома с распадом.

- Цирротический туберкулез.

- Казеозная пневмония.

- Милиарный туберкулез с летальным исходом.

- Эмпиемы с хроническим течением.

- Деструктивные формы туберкулеза у детей и подростков.

- Туберкулез внутригрудных лимфоузлов и первичный туберкулезный комплекс с осложненным течением (поражение бронхов, бронхолегочные осложнения, очаги диссеминации, ателектазы, плевриты, хронически текущий первичный туберкулез).

Анализ запущенных случаев туберкулеза органов дыхания в общей лечебной сети (ОЛС)

1. Ф.И.О. \_\_\_\_\_

2. Пол:  - муж.,  - жен. 3. Возраст (кол-во полных лет) \_\_\_\_\_

4. Адрес \_\_\_\_\_

5. Социальный статус:  - работает,  - учащийся,  - не работает в трудоспособном возрасте,  
 - пенсионер,  - инвалид, другое (вписать) \_\_\_\_\_

6. Социальные факторы риска:  - хр. алкоголизм,  - наркомания

Социальная дезадаптация		
<input type="checkbox"/> БОМЖ	<input type="checkbox"/> Прибытие и МЛС	Другое (вписать) _____ _____

7. Медицинские факторы риска:  - ХОБЛ,  - сахарный диабет,  - ВИЧ-инфекция, СПИД,

- язвенная болезнь желудка,  - лечение кортикостероидами, цитостатиками,

- наличие контакта с больным туберкулезом, другое (вписать) \_\_\_\_\_

8. Диагноз туберкулеза \_\_\_\_\_

9. Срок появления первых клинических признаков ТБ до обращения за медицинской помощью:

- до 2 недель,  - 2 - 4 недели,  - 1 - 2 месяца,  - 2 -

3 месяца,  - 3 - 6 месяцев,

- более 6 месяцев,  - более года,  - симптомы отсутствовали

10. Метод выявления:  - профосмотр,  - обращение в поликлинику ОЛС,

- госпитализация

в стационар ОЛС, в т.ч. госпитализация в стационар по СК в ОЛС,

- диагностирован посмертно в ОЛС,  - диагностирован посмертно в

ПТД,

- не обращался за медицинской помощью,  - смерть, "неизвестная"

диспансеру

11. Срок последнего посещения больным поликлиники территории:

- до 1 года,  - с 1 - 2 лет,  - с 2 - 3 лет,  - более 3

лет

12. Наличие факта прикрепления пациента к поликлинике ОЛС:

- Да,  - Нет если да, то указать ЛПУ \_\_\_\_\_

13. Наличие факта отказа в наблюдении больного в поликлинике ОЛС из-за

отсутствия у него страхового полиса:  - Да,  - Нет

14. Срок предыдущего флюорообследования до выявления ТБ:

- до 1 года,  - 1 - 2 лет,  - 2 - 3 года,  - 3 - 5 лет,

- более 5 лет

15. Сведения ОЛС при направлении к фтизиатру:

- ММ:  - нет сведения;  - есть сведения: результат \_\_\_\_ дата \_\_\_\_

- рентгенообследование: дата \_\_\_\_\_ результат \_\_\_\_\_

16. Срок лечения в ОЛС при ММ(-):

- до 2-х недель,  - 2 - 4 недели,  - более 1 месяца

17. Срок направления в ПТД после обращения в ОЛС:

- до 3 дней,  - 3 - 7 дней,  - 1 - 2 недели,  - 2 -

4 недели,  - более 1 месяца

18. Срок смерти больного с момента верификации диагноза туберкулеза:

- до 1 суток,  - до 7 дней,  - с 1 - 2 недель,  - с 2 -

4 недель,  - с 1 - 2 месяцев,



- с 2 - 3 месяцев,  - более 3 месяцев

19. Причина поздней диагностики:

- не обращение за медицинской помощью,  - позднее обращение,

- вина ОЛС,

- вина ПТД,  - пропуск патологии при предыдущем флюорообследовании

20. Дата конференции по разбору запущенных случаев ТБ \_\_\_\_\_

21. Решение конференции (ЛКК), мероприятия по недопущению подобных случаев

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

22. Дата \_\_\_\_\_

23. Председатель комиссии \_\_\_\_\_

24. Врач фтизиатр \_\_\_\_\_

---