

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра туберкулеза с курсом ПО

Реферат

Профилактика туберкулеза

Выполнил:
ординатор Никитин Р.А.
Проверил: к.м.н., зав.
кафедрой Омельчук Д.Е

Красноярск 2020

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Профилактические медицинские осмотры.....	4
3. Химиопрофилактика туберкулеза.....	7
4. Вакцинопрофилактика туберкулеза.....	8
5. Социальная и санитарная профилактика туберкулеза.....	14
6. Заключение.....	19
7. Список литературы.....	20

Введение

Одним из принципов борьбы с туберкулезом является профилактическая направленность. В этой связи и, особенно, в условиях неблагоприятной эпидемиологической ситуации по туберкулезу резко возрастает роль различных видов профилактики туберкулеза. Каждый врач фтизиатр должен четко знать порядок и частоту проведения профилактических осмотров; вопросы вакцинации и ревакцинации БЦЖ, ее содержание, нормативные документы по данному вопросу, уметь диагностировать осложнения вакцинации и ревакцинации и назначить соответствующее лечение; определять показания и знать порядок назначения химиопрофилактики туберкулеза; принимать участие в социальной и санитарной профилактике.

Одним из основных принципов организации противотуберкулезной работы является ее профилактическая направленность. Добиться успеха в борьбе с туберкулезом возможно лишь при достаточном образовательном уровне по вопросам туберкулеза не только медицинских работников, участвующих в проведении противотуберкулезных мероприятий, но и населения.

К сожалению, проведение профилактической работы среди населения осложняется слабым вниманием основной его части к своему здоровью, что в значительной степени объясняется озабоченностью другими – экономическими и социальными – проблемами. В определенной мере это обусловлено также низкой санитарной грамотностью, отсутствием достаточных знаний о причинах и путях распространения туберкулеза.

Профилактические медицинские осмотры

Профилактические осмотры представляют собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на выявление патологических состояний, свидетельствующих о наличии туберкулеза, с применением следующих методов обследования в зависимости от возраста:

а) дети в возрасте от 1 до 7 лет (включительно) - иммунодиагностика с применением аллергена бактерий с 2 туберкулиновыми единицами очищенного туберкулина в стандартном разведении;

б) дети в возрасте от 8 до 14 лет (включительно) - иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении;

в) дети в возрасте от 15 до 17 лет (включительно) - иммунодиагностика с применением аллергена туберкулезного рекомбинантного в стандартном разведении или рентгенологическое флюорографическое исследование органов грудной клетки (легких);

г) взрослые - флюорография легких или рентгенография органов грудной клетки (легких);

д) нетранспортабельные и маломобильные граждане - исследование мокроты на кислотоустойчивые микобактерии методом микроскопии.

9. Сроки проведения профилактических осмотров в отношении отдельных групп граждан определены согласно приказу МЗ РФ № 124н от 21.03.2017 г.:

При показателе общей заболеваемости туберкулезом в субъекте Российской Федерации 40 и менее на 100 000 населения 1 раз в два года.

При показателе общей заболеваемости туберкулезом в субъекте Российской Федерации 40 и более на 100 000 населения 1 раз в год.

Профосмотры 2 раза в год

-Работники родильных домов, (отделений, перинатальных центров)

Лица с ВИЧ-инфекцией

-Лица, снятые с диспансерного наблюдения в специализированных противотуберкулезных медицинских организациях в связи с выздоровлением от туберкулеза, -в течение первых 3 лет после снятия с диспансерного наблюдения.

-Лица, состоящие на диспансерном наблюдении (в том числе профилактическом наблюдении) в наркологических и психиатрических специализированных медицинских организациях

-Лица, освобожденные из мест отбывания наказания в виде лишения свободы, из мест содержания под стражей, -в течение первых 2 лет после освобождения

-Подследственные, содержащиеся в местах отбывания наказания в виде лишения свободы, в местах содержания под стражей.

-Дети в возрасте от 1 до 17 лет включительно, невакцинированные против туберкулеза

-Дети в возрасте от 1 до 17 лет включительно, больные сахарным диабетом, хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой систем

-Дети в возрасте от 1 до 17 лет включительно, получающие кортикостероидную, лучевую, цитостатическую и иммуносупрессивную терапию, генноинженерные иммунобиологические препараты

-Дети в возрасте от 1 до 17 лет включительно из числа мигрантов, беженцев, вынужденных переселенцев+

-Дети в возрасте от 1 до 17 лет включительно, проживающие в организациях социального обслуживания

Профосмотры 1 раз в год.

-При показателе общей заболеваемости туберкулезом в субъекте Российской Федерации 40 и более на 100 000 населения 1 раз в год.

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

-Взрослые, больные сахарным диабетом

-Взрослые, больныеполучающие кортикостероидную, лучевую, цитостатическую и иммуносупрессивную терапию.

-Лица без определенного места жительства.

-Беженцы.

-Лица, проживающие в стационарных организациях социального обслуживания

-Работники организаций социального обслуживания.

-Работники медицинских, в том числе санаторно-курортных организаций, образовательных, оздоровительных и спортивных организаций для детей.

В индивидуальном порядке:

-Лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными.

-Лица, у которых диагноз ВИЧ-инфекции установлен впервые.

-Лица из окружения детей,имеющих измененную чувствительность к аллергенам туберкулезным, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев.

-Лица, в отношении которых имеются данные о наличии контакта с больным с заразной формой туберкулеза.

Химиопрофилактика туберкулеза

Вторым методом индивидуальной профилактики туберкулеза является химиопрофилактика, которая была внедрена в клиническую практику в 1955 году. Сущность метода заключается в применении туберкулостатических препаратов с целью предупреждения инфицирования и заболевания туберкулезом. Открытие в 1952 году изониазида и производных ГИНК создало предпосылки для использования их с целью химиопрофилактики ввиду их высокой бактериостатической активностью, хорошей переносимостью и возможностью перорального применения.

Химиопрофилактика показана следующим контингентам:

- Детям, подросткам и взрослым, находящимся в постоянном контакте с больными открытой формой туберкулеза легких, особенно в неблагоприятных санитарно-эпидемиологических условиях.
- Клинически здоровым детям и подросткам с выраженной реакцией на туберкулин.
- Лицам, имеющим неактивные туберкулезные изменения, при наличии условий, могущих вызвать их обострение (длительное лечение стероидными гормонами, болезнью силикозом, болезнью ХНЗЛ, психическими заболеваниями и сахарным диабетом с остаточными изменениями в легких).
- Оправдало себя применение химиопрофилактики у лиц с впервые выявленными большими посттуберкулезными изменениями в легких.

Химиопрофилактика подразделяется на первичную и вторичную. Первичная химиопрофилактика применяется лицам, неинфицированным туберкулезом (с отрицательной реакцией на туберкулин), находящимся в контакте с больными – бактериовыделителями. Её цель – предупредить инфицирование. Вторичная химиопрофилактика проводится инфицированным лицам для

предупреждения заболевания туберкулезом. Для химиопрофилактики применяется тубазид (для взрослых суточная доза 0,3; для детей 8-10 мг/кг) или фтивазид (суточная доза для взрослых 1,0; для детей 20 мг/кг).

Первый курс химиопрофилактики проводится независимо от времени года. Последующая химиопрофилактика проводится сезонными курсами весной и осенью по 2-3 месяца. Дети, у которых выявлен вираж туберкулиновой пробы подлежат обязательной однократной химиопрофилактике тубазидом или фтивазидом в течение 3-х месяцев, что приводит к резкому снижению заболеваемости туберкулезом детей. Эффективность химиопрофилактики наглядно демонстрируется следующими данными: лица из контакта, получающие химиопрофилактику, заболевают туберкулезом в 4-9 раз реже, чем не получающие её. Химиопрофилактика проводится под контролем медицинских работников.

Вакцинопрофилактика туберкулеза

Федеральным законом от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" предусмотрено обязательное проведение профилактических прививок против девяти инфекционных заболеваний, в том числе и туберкулеза.

Национальный календарь профилактических прививок утвержден Приказом Минздрава России от 27 июня 2001 г. N 229 "О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям" (признан Минюстом России не нуждающимся в государственной регистрации, письмо от 31.07.2001 N 07/7800-ЮД). В соответствии с ним определен новый календарь вакцинопрофилактики туберкулеза.

Специфическую профилактику туберкулеза можно проводить только зарегистрированными в Российской Федерации препаратами - вакциной

туберкулезной (БЦЖ) сухой для внутрикожного введения и вакциной туберкулезной (БЦЖ-М) сухой (для щадящей первичной иммунизации).

В медицинской карте врачом в день вакцинации (ревакцинации) должна быть сделана подробная запись с указанием результатов термометрии, развернутым дневником, назначением введения вакцины БЦЖ (БЦЖ-М) с указанием метода введения (в/к), дозы вакцины (0,05 или 0,025), серии, номера, срока годности и изготовителя вакцины. Паспортные данные препарата должны быть лично прочитаны врачом на упаковке и на ампуле с вакциной.

Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми, подростками и взрослыми проводят врачи и медицинские сестры общей лечебной сети. Через 1, 3, 6, 12 месяцев после вакцинации или ревакцинации они 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:

- у посещающих детские учреждения детей и подростков - в учетных формах N 063/у и N 026/у;
- у неорганизованных детей - в учетной форме N 063/у и в истории развития ребенка (форма N 112).

Сведения о характере и размере осложнений после введения вакцины БЦЖ и БЦЖ-М фиксируют в учетных формах N 063/у; N 026/у (например, "лимфаденит 2,0 х 2,0 см со свищем"). Если причиной осложнений оказывается нарушение техники введения вакцины, применяют меры по их устранению.

Лечебно-профилактические учреждения направляют детей и подростков с осложнениями в противотуберкулезный диспансер, где они наблюдаются и получают лечение.

На все случаи осложнений составляют карту с точным указанием серии, срока годности вакцины БЦЖ или БЦЖ-М и изготовителя, которую направляют в центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (района, города, области), контролирующий качество прививок. Копии карт отправляют в Республиканский центр по осложнениям противотуберкулезной вакцины Минздрава России при НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России. Сведения о характере осложнений фиксируют также в учетных формах N 063/у; N 112/у.

Прививки против туберкулеза должны проводиться строго согласно инструкциям к применению вакцин БЦЖ и БЦЖ-М.

Для проведения вакцинации необходимо:

- вакцина туберкулезная (БЦЖ) сухая для внутрикожного введения (вакцина БЦЖ);
- вакцина туберкулезная БЦЖ-М сухая (для щадящей иммунизации);
- туберкулин - аллерген туберкулезный, очищенный в стандартном разведении для внутрикожного применения жидкий;
- одноразовые туберкулиновые шприцы вместимостью 1,0 мл с иглами;
- этиловый спирт (этанол) (70%), антисептическое средство хлорамин-Б (5%).

Вакцина БЦЖ представляет собой живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1, лиофилизированные в 1,5% растворе глутамината натрия. Пористая

масса, порошкообразная или в виде таблетки белого или кремового цвета, гигроскопична. Прививочная доза содержит 0,05 мг в 0,1 мл растворителя.

Вакцину БЦЖ применяют внутрикожно в дозе 0,05 мг в объеме 0,1 мл. Первичную вакцинацию осуществляют здоровым новорожденным детям на 3 - 7 день жизни.

Ревакцинации подлежат дети в возрасте 7 лет, имеющие отрицательную реакцию на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Ревакцинация проводится вакциной БЦЖ-М. Реакцию считают отрицательной при полном отсутствии инфильтрата, гиперемии или при наличии уколочной реакции (1 мм). Инфицированные туберкулезными микобактериями дети, имеющие отрицательную реакцию на пробу Манту, ревакцинации не подлежат. Интервал между постановкой пробы Манту и ревакцинацией должен быть не менее 3 дней и не более 2 недель.

Прививки должен проводить специально обученный медицинский персонал родильного дома (отделения), отделения выхаживания недоношенных, детских поликлиник или фельдшерско-акушерских пунктов. Вакцинацию новорожденных проводят в утренние часы в специально отведенной комнате после осмотра детей педиатром. В поликлиниках отбор подлежащих прививкам детей предварительно проводит врач (фельдшер) с обязательной термометрией в день проверки, учетом медицинских противопоказаний и данных анамнеза. При необходимости проводят консультацию с врачами-специалистами, исследование крови и мочи. В истории новорожденного (медицинской карте) указывают дату прививки, серию и контрольный номер вакцины, предприятие-изготовитель, срок годности препарата.

Для вакцинации (ревакцинации) применяют одноразовые туберкулиновые шприцы вместимостью 1,0 мл с плотно пригнанными поршнями и тонкими иглами с коротким срезом. Запрещается применять шприцы и иглы с истекшим сроком годности и безыгольные инъекторы. После каждой

инъекции шприц с иглой и ватные тампоны замачивают в дезинфицирующем растворе (5% хлорамине), затем централизованно уничтожают. Запрещается применение для других целей инструментов, предназначенных для проведения прививок против туберкулеза. В комнате для прививок вакцину хранят (в холодильнике, под замком) и разводят. Лиц, не имеющих отношения к вакцинации БЦЖ, в прививочную комнату не допускают. Во избежание контаминации недопустимо совмещение в один день прививки против туберкулеза с другими парентеральными манипуляциями. Ампулы с вакциной перед вскрытием тщательно просматривают.

Для одной прививки шприцем набирают 0,2 мл (2 дозы) разведенной вакцины, затем выпускают через иглу в стерильный ватный тампон 0,1 мл вакцины, чтобы вытеснить воздух и подвести поршень шприца под нужную градуировку - 0,1 мл. Перед каждым набором вакцина должна обязательно аккуратно перемешиваться с помощью шприца 2 - 3 раза. Одним шприцем вакцина может быть введена только одному ребенку.

Вакцину БЦЖ вводят строго внутрикожно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча после предварительной обработки кожи 70° спиртом. Иглу вводят срезом вверх в поверхностный слой натянутой кожи. Сначала вводят незначительное количество вакцины, чтобы убедиться, что игла вошла точно внутрикожно, а затем всю дозу препарата (всего 0,1 мл). При правильной технике введения должна образоваться папула беловатого цвета диаметром 7 - 9 мм, исчезающая обычно через 15 - 20 мин.

У новорожденных нормальная прививочная реакция появляется через 4 - 6 недель. Реакция подвергается обратному развитию в течение 2 - 3 месяцев, иногда и в более длительные сроки. У ревакцинированных местная реакция развивается через 1 - 2 недели. Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур.

У 90 - 95% вакцинированных на месте прививки должен образоваться поверхностный рубчик до 10,0 мм в диаметре. Осложнения после вакцинации и ревакцинации встречаются редко и обычно носят местный характер.

Вакцина БЦЖ-М представляет собой живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1, лиофилизированные в 1,5% растворе глутамината натрия. Пористая масса порошкообразная или в виде таблетки белого или кремового цвета. Гигроскопична. Прививочная доза содержит 0,025 мг препарата в 0,1 мл растворителя.

Вакциной БЦЖ-М прививают:

1. В роддоме недоношенных новорожденных с массой тела 2000 г и более, при восстановлении первоначальной массы тела - за день перед выпиской.
2. В отделениях выхаживания недоношенных новорожденных лечебных стационаров (2-й этап выхаживания) - детей с массой тела 2300 г и более перед выпиской из стационара домой.
3. В детских поликлиниках - детей, не получивших противотуберкулезную прививку в роддоме по медицинским противопоказаниям и подлежащих вакцинации в связи со снятием противопоказаний.
4. На территориях с удовлетворительной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу вакцину БЦЖ-М применяют для вакцинации всех новорожденных.

Также вакциной БЦЖ-М производится ревакцинация детей в возрасте 7 лет.

Социальная и санитарная профилактика туберкулеза

Профилактика туберкулеза имеет социальную направленность, что заключается в проведении в масштабах государства мероприятий экономического и санитарного характера.

К таким мероприятиям относятся:

- улучшение жилищно-бытовых условий жизни населения;
- оптимизация условий труда, предупреждение профессиональных заболеваний легких;
- оздоровление окружающей среды, включая борьбу с загрязнением атмосферного воздуха, водоемов, почвы, озеленение, соблюдение санитарных требований промышленной гигиены;
- улучшение качества питания; · борьба с алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, курением; · развитие физической культуры и спорта, культивирование здорового образа жизни;
- расширение сети детских оздоровительных и санаторно-курортных учреждений;
- проведение социальных и санитарно-ветеринарных мероприятий в местах промышленного производства животных и птиц.

Для больных туберкулезом, государства и работодателя важно знать и помнить: каждый больной туберкулезом имеет право на отдельную жилую площадь; право на больничный лист в течение 10-12 месяцев; все больные туберкулезом имели право на отпуск только в летний период; все больные туберкулезом на производстве имеют право на бесплатное диетическое питание; каждый больной, переболевший и его родственники имеют право на бесплатное санаторное лечение в течение 2-3 месяцев.

Санитарная пропаганда: ею должна заниматься власть - печатные листовки о заболевании в общественных местах и др., телевидение, радио. Таким образом, социальная профилактика туберкулеза только в настоящее время приобретает цивилизованные формы. Это связано с тем, что только

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

Успех борьбы с туберкулезом во многом зависит от знания его проблем медицинскими работниками, участвующими в проведении противотуберкулезных мероприятий, знания населением вопросов туберкулеза, а также от формирования у больного информированности о выявленном заболевании, о путях заражения, о способах предотвращения распространения, о профилактике туберкулеза, сроках лечения и исходе заболевания.

В этой связи образовательные программы по профилактике туберкулеза должны создаваться как для медицинских работников, так и для населения. При создании образовательных программ для населения необходимо адаптировать их на разные возрастные группы. Национальные образовательные программы по туберкулезу для подготовки медицинских кадров и просвещения населения должны регулярно обновляться.

Цели реализации образовательных программ по профилактике туберкулеза различны для медицинских работников и населения. Для медицинских работников – это создание базы знаний и повышение квалификации по организации и оказанию противотуберкулезной помощи с целью адекватного проведения мероприятий по выявлению, диагностике, лечению и профилактике туберкулеза. Для населения – это повышение уровня знаний по вопросам профилактики и выявления туберкулеза у здоровых лиц и создание позитивной мотивации к выздоровлению у больных с целью снижения вероятности заболевания окружающих и уменьшения резервуара

туберкулезной инфекции за счет тяжелых случаев туберкулеза при позднем его выявлении и неадекватном лечении.

Различны и задачи образовательных программ для медицинских работников и населения. Так, задачами образовательных программ для медицинских работников являются:

- создание теоретической базы знаний с учетом профессиональной занятости врачей и средних медицинских работников;
- обучение использованию с высокой эффективностью полученных теоретических знаний в своей практической работе;
- обеспечение эпидемиологической безопасности медицинских работников.

Задачами образовательных программ для населения являются:

- выработка адекватного отношения населения к плановым обследованиям на туберкулез (массовая туберкулинодиагностика, профилактическое флюорографическое обследование), специфической профилактике туберкулеза и его лечению;
- обеспечение безопасности окружающей среды.

Необходимо помнить о том, что здоровье больных туберкулезом легких зависит не только от лечебно - оздоровительных мероприятий, но и от нравственного и психологического состояния заболевшего, его отношения к болезни и характера взаимодействия между врачом и пациентом. Сам факт заболевания туберкулезом нередко сопровождается ситуацией, когда больной становится потенциальным источником заражения для своих близких и прочего окружения, что может вызвать изменение отношения к нему других людей в связи с боязнью заражения. Для больного человека ситуация « социального изгоя», отчуждения близкими и окружающими усугубляется страхом заражения своих близких, т.е. больной сам старается

ограничить контакты, оградить близких от заражения, нуждаясь при этом в их эмоциональной поддержке.

Кроме того, у части пациентов возникают проблемы, связанные с профессиональными ограничениями, потребностью изменения сферы деятельности, необходимостью продолжительного стационарного лечения, меняющего жизненные планы, нередко неопределенностью прогноза, что нередко приводит к развитию «социальной фобии». Ее развитие затрудняет адаптацию в болезни, препятствует желанию вернуться к прежней жизни, снижает стремление к выздоровлению, мотивацию к излечению. Примерно половина больных имеет чувство стеснения за свою болезнь, о ней трудно говорить, особенно больным с впервые выявленным процессом. Это создает тяжелую психотравмирующую ситуацию, вызывающую у больных стойкие негативные эмоциональные реакции: подавленность, невротические реакции, депрессии, и т. д. В этих условиях эмоциональный контакт с врачом, наличие необходимой психологической поддержки могут оказаться решающими факторами в течении заболевания, а их отсутствие ведет к эмоциональным срывам, а в ряде случаев – к формированию реакции отрицания болезни, алкоголизации, преждевременному отказу от лечения, что делает невозможным проведение полноценного лечения и выздоровление больного.

Психологические аспекты общения с больными туберкулезом должны базироваться на следующих принципах:

- диалог нужно начинать с позитивных установок на выздоровление, обязательно подчеркивая необходимость тщательного соблюдения режима лечения и рекомендаций медицинского персонала;
- для установления благоприятного контакта с пациентом его необходимо похвалить;

- для человека, попавшего в беду, необходим собеседник или хороший слушатель, который в состоянии сделать правильные выводы из разнообразных жизненных историй наших пациентов;
- нельзя осуждать пациента, моральный облик которого вам не нравится, так как основная задача состоит в правильной организации и соблюдении адекватного лечения;
- необходимо задавать вопросы, которые требуют развернутого ответа и понятны пациенту с любым уровнем образования. Такой подход позволит пациенту раскрыться, а медицинскому персоналу оценить отношение больного к лечению;

Заключение

Таким образом, пропаганда знаний по туберкулезу как среди медицинских работников, так и среди всего населения сегодня, в условиях сложной социально-экономической и эпидемиологической ситуации, должна быть повсеместной и ей необходимо уделять самое пристальное внимание, так как она является обязательным разделом производственной деятельности диспансера и ее нельзя недооценивать.

Профилактика на всех этапах борьбы с туберкулезом была одним из основных противотуберкулезных мероприятий. В зависимости от объекта профилактических мер и масштабов их можно разделить на 3 большие группы:

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

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

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

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

Список литературы

1. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ от 21 марта 2017 г. N 124н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА И
СРОКОВ ПРОВЕДЕНИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ МЕДИЦИНСКИХ
ОСМОТРОВ ГРАЖДАН В ЦЕЛЯХ ВЫЯВЛЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
2. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ от 21 марта 2003 г. N 109 О СОВЕРШЕНСТВОВАНИИ
ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ
3. МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ПРИКАЗ от 15 ноября 2012 г. N 932н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПОРЯДКА
ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ
4. Фтизиатрия : учеб. для мед. вузов. М. И. Перельман, И.В. Богадельникова.
М. : ГЭОТАР- Медиа, 2015. -520с.
5. Артюнина Г.П. Основы социальной медицины. - М.: Акад. Проект, 2005.
6. Корецкая Н.М. Санитарная профилактика туберкулеза: Методические
рекомендации для врачей / Н.М. Корецкая, И.А. Большакова –
Красноярск, 2009. - 45 с.