

В.А. Аксенова, Л.А. Барышникова, Бармина Н.А., Белиловский Е. М.

Методическое руководство

**«Профилактическая работа среди детей в очагах туберкулёзной
инфекции»**

Москва, 2022

Авторы - составители:

Аксенова Валентина Александровна – доктор медицинских наук, главный детский специалист-фтизиатр Министерства здравоохранения Российской Федерации, заведующая отделом туберкулеза у детей и подростков ФГБДУ «Национальный медицинский исследовательский центр фтизиопульмонологии и инфекционных заболеваний» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва.

Барышникова Лада Анатольевна – доктор медицинских наук, главный внештатный специалист детский фтизиатр министерства здравоохранения Самарской области и Приволжского федерального округа, заместитель главного врача по медицинской части ГБУЗ «Самарский областной клинический противотуберкулезный диспансер им. Н.В. Постникова», г. Самара.

Бармина Наталья Александровна – кандидат медицинских наук, главный детский фтизиатр Ленинградской области, заместитель главного врача по медицинской части ГКУЗ «Ленинградский областной противотуберкулёзный диспансер», г. Санкт-Петербург.

Белиловский Евгений Михайлович - кандидат биологических наук, заведующий отделом эпидемиологического мониторинга туберкулёза ГБУЗ «Московский научно-практический центр борьбы с туберкулёзом Департамента здравоохранения г. Москва», г. Москва.

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельца авторских прав.

Книга предназначена для медицинских работников.



ПИСЬМО

Главного внештатного детского специалиста фтизиатра Министерства
здравоохранения Российской Федерации

О направлении методического руководства «Профилактическая работа
среди детей в очагах туберкулёзной инфекции»

Руководителям учреждений,
находящихся в ведении
Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Направляем методическое руководство «Работа в очагах туберкулезной инфекции», разработанное в соответствии со статьей 76 Федерального закона от 21.11.2011г. №323 ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», для использования в работе руководителями и врачами - фтизиатрами медицинских организаций по профилю «фтизиатрия», врачами – педиатрами, а также организаторами здравоохранения при организации медицинской помощи населению, а также для использования в учебном процессе профильными образовательными учреждениями.

Методическое руководство разработано с целью разъяснения правил профилактической работы в очагах туберкулезной инфекции утвержденных приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н».

Главный внештатный детский специалист фтизиатр Минздрава России
В.А. Аксенова

ОГЛАВЛЕНИЕ

Оглавление

ОГЛАВЛЕНИЕ.....	4
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	6
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.	7
1. КРАТКАЯ ИНФОРМАЦИЯ	10
1.1. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ	10
1.2. ЭПИДЕМИОЛОГИЯ	10
1.3. КОДИРОВАНИЕ ПО МКБ-10.....	11
1.4. КЛАССИФИКАЦИЯ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	12
2. РЕГИСТРАЦИЯ, УЧЕТ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ОЧАГАМИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	13
2.1. РЕГИСТРАЦИЯ И УЧЕТ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	13
2.2. ПЕРВИЧНОЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	15
2.2.1. Определение временных границ очага туберкулезной инфекции.....	16
2.2.2. Определение пространственных границ очага туберкулезной инфекции	17
2.2.3. Определение круга контактных лиц из ближнего окружения источника туберкулезной инфекции	17
2.2.4. Определение круга контактных лиц из дальнего окружения источника туберкулезной инфекции	18
2.2.5. Установление числа детей в очаге туберкулезной инфекции	18
2.3. ОЧАГИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ С ДВУМЯ И БОЛЕЕ СЛУЧАЯМИ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.....	18
2.4. СОСТАВЛЕНИЕ ПЛАНА ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	19
2.5. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	21
2.6. ПРЕКРАЩЕНИЕ НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	21
3. ДЕЗИНФЕКЦИЯ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	21
3.1. МЕТОДЫ ДЕЗИНФЕКЦИИ	22
3.2. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ	24
3.3. ТЕКУЩАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ.....	25
4. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ	27
4.1. ПОРЯДОК НАПРАВЛЕНИЯ К ВРАЧУ-ФТИЗИАТРУ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, КОНТАКТНЫХ С БОЛЬНЫМИ ТУБЕРКУЛЕЗОМ.	27
4.2. МЕТОДЫ И КРАТНОСТЬ ОБСЛЕДОВАНИЯ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ	28
4.3. ПОРЯДОК ОТБОРА КОНТАКТНЫХ ЛИЦ ДЛЯ ПРЕВЕНТИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ТУБЕРКУЛЕЗА И САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ.....	29
4.4. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ НАБЛЮДЕНИЯ КОНТАКТНЫХ ЛИЦ.....	30
5. ОСОБЫЕ СЛУЧАИ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	31

5.1. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ БЕРЕМЕННЫХ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	31
5.2. ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ НОВОРОЖДЕННЫХ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	35
5.2.1. Тактика ведения новорожденных, если больна активным туберкулезом мама ребенка.....	35
5.2.2. Тактика ведения новорожденных, если болен активным туберкулезом член семьи	40
6. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ И ПОДРОСТКАМИ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ	41
6.1. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ДОМАШНИХ ОЧАГАХ.....	41
6.2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ В ДЕТСКИХ ОРГАНИЗОВАННЫХ КОЛЛЕКТИВАХ	42
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	43
ПРИЛОЖЕНИЕ А1. СОСТАВ РАБОЧЕЙ ГРУППЫ.....	46
ПРИЛОЖЕНИЕ А2. МЕТОДОЛОГИЯ РАЗРАБОТКИ МЕТОДИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА.....	48
ПРИЛОЖЕНИЕ А3. СВЯЗАННЫЕ ДОКУМЕНТЫ	50
ПРИЛОЖЕНИЕ Б1 КАРТА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗА	52
ПРИЛОЖЕНИЕ Б2 НАПРАВЛЕНИЕ К ВРАЧУ-ФТИЗИАТРУ	57
ПРИЛОЖЕНИЕ Б3 ЖУРНАЛ РЕГИСТРАЦИИ ПЕРЕДАЧИ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ВРАЧУ-ФТИЗИАТРУ НА ДЕТСКИЙ УЧАСТОК	58
ПРИЛОЖЕНИЕ Б4 ЖУРНАЛ ПЕРЕДАЧИ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТ ВРАЧА-ФТИЗИАТРА С ДЕТСКОГО УЧАСТКА ВРАЧУ-ФТИЗИАТРУ ВЗРОСЛОГО УЧАСТКА	59
ПРИЛОЖЕНИЕ Б5 ЧЕК-ЛИСТ (КРИТЕРИИ СНЯТИЯ ОЧАГА С ДИСПАНСЕРНОГО УЧЕТА)	60

Ключевые слова

- Выявление
- Дезинфекция
- Дети и подростки
- Иммунодиагностика
- Контактные лица с источником туберкулезной инфекции
- Латентная туберкулезная инфекция
- Очаг туберкулёзной инфекции
- Профилактика
- Туберкулез

Список сокращений

АТР – аллерген туберкулезный рекомбинантный

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВК – врачебная комиссия

КТ – компьютерная томография

ЛТИ – латентная туберкулезная инфекция

МБТ – микобактерии туберкулеза

МБТК – микобактерии туберкулезного комплекса

МЛУ – множественная лекарственная устойчивость

МО – медицинская организация

ОТИ – очаг туберкулёзной инфекции

ПТД – противотуберкулёзный диспансер

ПТП – противотуберкулёзные препараты

ТЕ – туберкулиновые единицы

УДД – уровни достоверности доказательности

УУР – уровни убедительности рекомендаций

ФГ – флюорография

ППХТ – превентивная противотуберкулезная химиотерапия

ШЛУ – широкая лекарственная устойчивость

Термины и определения.

Антропонозный очаг туберкулёзной инфекции – очаг туберкулезной инфекции, в котором источником микобактерий туберкулеза является человек.

Бытовой контакт - очаги, которые формируют больные в месте их проживания и включают семью и/или других лиц, проживающих в квартире или помещении, где живет или хотя бы некоторое время жил больной, образовавший очаг. Бытовые очаги включают в себя семейный, родственник, квартирный очаги.

Временные границы очага туберкулезной инфекции – длительность контакта с источником инфекции и сроки повышенного риска заболевания и инфицирования контактных лиц.

Выявление больных туберкулезом – систематическая, определенным образом организованная и подкреплённая нормативными документами деятельность учреждений здравоохранения, направленная на выделение лиц с подозрением на туберкулез с последующим их обследованием для подтверждения или исключения данного диагноза.

Дезинфекция (обеззараживание) - процесс уничтожения в окружающей среде или удаления из нее возбудителей инфекционных болезней (микроорганизмов или их токсинов).

Дезинфекция заключительная – проводится после изоляции (госпитализации) в соответствии с законодательством Российской Федерации, смерти или выздоровления больного на дому, в медицинских организациях, по месту работы или учебы, на транспортных средствах и в других организациях.

Дезинфекция текущая – проводится в присутствии больного с момента выявления заболевшего и до его выздоровления или госпитализации. Выполняют текущую дезинфекцию лица, осуществляющие уход за больным, после проведения инструктажа медицинским работником. В медицинских организациях текущая дезинфекция объектов внешней среды проводится с момента госпитализации больного и до его выписки сотрудниками медицинских организаций.

Зоонозный очаг туберкулезной инфекции - очаг туберкулезной инфекции, в котором источником микобактерий туберкулеза является животное.

Источник туберкулезной инфекции - больной туберкулезом человек или животное, выделяющие во внешнюю среду микобактерии туберкулеза.

Контактные лица с источником туберкулезной инфекции - лица, которые по месту жительства, месту пребывания (нахождения), месту работы или учебы, месту отбывания

наказания либо в месте содержания под стражей находятся или находились в контакте с больным туберкулезом или с больным туберкулезом сельскохозяйственным животным.

Микобактерии туберкулеза - группа микроорганизмов рода *Mycobacterium tuberculosis complex*, вызывающих специфические туберкулезные поражения органов и тканей.

Очаг туберкулезной инфекции - место пребывания больного туберкулезом вместе с окружающими его людьми и предметами внешней среды в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых случаев заражений и заболеваний.

«Очаг смерти» - адрес, по которому проживал умерший от туберкулеза больной, а также места проживания умерших, у которых туберкулез был выявлен посмертно.

Пространственные границы очага туберкулезной инфекции – место проживания/нахождения/работы/учебы больного туберкулезом.

Профилактика туберкулеза - комплекс мероприятий, направленных на предупреждение возникновения, распространения туберкулеза, а также раннее его выявление.

Подросток – лицо в возрасте от 15 до 17 лет включительно.

Производственный очаг - очаг по месту работы, учебы или временного пребывания (но не длительного проживания) больного, включая детские дошкольные учреждения, учреждения социальной помощи взрослым, детские дома или интернаты, гостиницы или hostels, детские и взрослые образовательные учреждения, лечебные учреждения круглосуточного пребывания.

Ребенок - лицо до 14 лет включительно.

Санитарная профилактика туберкулеза - планомерная организованная система санитарно-гигиенических и профилактических мероприятий, направленных на предупреждение инфицирования МБТ здоровых людей.

Туберкулез – инфекционное заболевание человека и животных, вызываемое различными видами микобактерий из группы *Mycobacterium tuberculosis complex*.

Туберкулез входит в перечень социально значимых заболеваний и в перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих¹.

Факторы риска заболевания (ВОЗ) – это какое-либо свойство или особенность человека или какие-либо внешние воздействия на него, повышающие вероятность развития болезни.

Риск заражения туберкулезом определяется двумя основными факторами:

- ✓ контакт с больным туберкулезом

¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в редакции Постановления Правительства от 13.07.2012 № 710).

- ✓ повышенная восприимчивость к инфекции

Эпидемический очаг - место пребывания источника инфекции с окружающей его территорией в тех пределах, в которых заразное начало способно передаваться от него окружающим лицам, то есть возможно развитие эпидемического процесса.

Эпидемический процесс – процесс возникновения и распространения инфекции среди людей.

Эпидемический процесс при антропонозах - непрерывная цепь следующих друг за другом, последовательно возникающих одно из другого специфических инфекционных состояний (больные, носители) или эпидемических очагов.

1. Краткая информация

1.1. Этиология и патогенез

МБТК включает *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis* и ее вариант БЦЖ (бацилла Кальметта-Герена), *Mycobacterium africanum*, *Mycobacterium microti*, *Mycobacterium canetti*, *Mycobacterium caprae*, *Mycobacterium pinnipedii*. Эта группа микобактерий отличается выраженным генетическим сходством. Большинство случаев заболевания туберкулезом (до 95%) вызываются *Mycobacterium tuberculosis* [1].

Основными биохимическими компонентами микобактерий туберкулеза (МБТ) являются белки (туберкулопротеиды), которые индуцируют специфическую тканевую воспалительную реакцию с образованием гранулемы. МБТ устойчивы к кислотам (кислотоустойчивые), щелочам и спиртам, что дает возможность микобактерии длительное время сохранять свои патогенные свойства во внешней среде.

В патогенезе инфекционного процесса с точки зрения эпидемиологии при туберкулезе имеют значение: источник инфекции (резервуар), механизм передачи, восприимчивое население [2]. Источником МБТ являются больные активными формами туберкулеза люди и животные. Естественный резервуар туберкулезной микобактерии – человек, домашние и дикие животные, птицы. Основным механизмом передачи инфекции является аэрогенный (воздушно-капельный). Однако, возможны практически все имеющиеся механизмы заражения: воздушно-пылевой, контактный, алиментарный, наиболее редко вертикальный (от матери к ребенку). В отношении восприимчивого населения для инфицирования и заболевания туберкулезом имеют значение: массивность инфекции, продолжительность контакта с больным туберкулезом, состояние иммунной системы восприимчивого организма и его предрасположенность к заболеванию [1, 3, 4].

Отличительными особенностями туберкулеза в сравнении с большинством других инфекционных заболеваний являются отсутствие строгой цикличности инфекционного процесса и возможность хронического течения заболевания с чередующимися периодами ремиссий и обострений. Данные особенности не только затрудняют прогноз развития инфекционного процесса в очаге туберкулезной инфекции, но и снижают эффективность проводимых противоэпидемических мероприятий.

1.2. Эпидемиология

Каждый новый случай активного туберкулеза формирует очаг туберкулезной инфекции. В зависимости от места и времени нахождения / проживания / работы / учебы одним пациентом может быть сформировано несколько очагов. Чем полнее проведено

эпидемиологическое расследование случая заболевания и более точно определены места и время нахождения пациента (пространственные и временные границы очагов), тем выше эффективность противоэпидемических мероприятий. Период, составляющий необходимость наблюдения за лицами, контактными с больным туберкулезом, - 6 месяцев с момента установления случая заболевания туберкулезом. Главной задачей всего комплекса противотуберкулезных противоэпидемических мероприятий в очаге – санитарной профилактики – является предупреждение новых случаев туберкулеза, имеющих причинно-следственную связь с данным очагом.

Один человек, больной туберкулезом с бактериовыделением, заражает в течение года около 10 человек [1]. Среди восприимчивого населения выделяют наиболее уязвимые группы граждан, к которым относятся дети и подростки, лица с иммуносупрессией различного генеза. Среди детей наибольшей опасности подвергаются дети младшего возраста, дети, не привитые против туберкулеза [5 - 19].

При работе в очагах туберкулезной инфекции выделяют очаги, сформированные больными туберкулезом с МЛУ/ШЛУ возбудителя и очаги, в которых у источника туберкулезной инфекции наступил летальный исход, так называемые «очаги смерти». Наличие у источника МЛУ/ШЛУ возбудителя создает проблемы в отношении проведения ППХТ [20 - 30]. По данным литературы в «очагах смерти» риск заболевания туберкулезом детей повышается в 2,3 раза [25].

В соответствии с Глобальной стратегией ВОЗ на 2016-2030 гг. по ликвидации туберкулеза определена четырехкомпонентная тактика, включающая профилактику, выявление, диагностику и лечение туберкулеза (до 2014 года стратегия включала два компонента: диагностику и лечение) [31]. В 2015 году Руководством ВОЗ по ведению пациентов с ЛТИ в числе основных направлений определена работа в очагах туберкулезной инфекции с контактными лицами, рекомендован показатель – 30 контактных лиц на одного больного активным туберкулезом [32].

Таким образом, учитывая инфекционную природу заболевания, особенности инфекционного процесса при туберкулезе, эффективная работа в очаге туберкулезной инфекции и ее правильная организация с обеспечением разрыва передачи инфекции от источника восприимчивому населению является одним из основных направлений борьбы с туберкулезом.

1.3. Кодирование по МКБ-10

Z20.1 - контакт с больным и возможность заражения туберкулезом.

1.4. Классификация очагов туберкулезной инфекции

Очаги туберкулезной инфекции классифицируются по ряду признаков. Эпидемиологическая опасность очага определяется риском возникновения в нем новых случаев заболевания туберкулезом. По эпидемиологической опасности выделяют пять групп очагов туберкулезной инфекции ²:

I группа - очаги с высоким риском заражения туберкулезом, отягощенные неблагоприятными факторами - социально отягощенные очаги. К этой группе относятся очаги, сформированные больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими микобактерии туберкулеза, при сочетании в очаге всех или части следующих факторов, повышающих риск возникновения новых случаев в очаге:

- проживание в очаге детей, лиц с иммунодефицитными заболеваниями;
- тяжелые бытовые условия, отсутствие возможности выделения отдельного помещения для проживания больного;
- нарушения противоэпидемического режима, нарушение больным правил личной гигиены.

Для обеспечения эффективности противоэпидемических и профилактических мероприятий определяются границы таких очагов: пространственные и временные. В территорию очага по месту проживания больного туберкулезом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулеза, включается квартира, в которой проживает больной туберкулезом, лестничная клетка, подъезд дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором. Границы очага по месту работы больного туберкулезом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулеза, определяются с учетом помещений, в которых находился и которые посещал больной туберкулезом во время осуществления трудовой деятельности.

II группа - очаги туберкулеза с высоким риском заражения в очаге, социально благополучные. К этой группе относятся очаги, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания, выделяющие микобактерии туберкулеза, но проживающие в отдельных квартирах без детей, где больной соблюдает санитарно-гигиенический режим, выполняются мероприятия по текущей дезинфекции.

III группа - очаги туберкулеза с риском заражения в очаге:

² Санитарные правила и нормы СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных заболеваний» (утвержденные Постановлением Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 г. № 4)

- очаги, где проживают больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного при принятии на учет выделения микобактерий, но проживающие с детьми и подростками;
- очаги, сформированные больными с внелегочными локализациями туберкулеза с выделением микобактерий туберкулеза и без выделения микобактерий с наличием язв и свищей.

IV группа - очаги с потенциальным риском заражения туберкулезом:

- очаги, в которых у больных активным туберкулезом органов дыхания установлено прекращение выделения микобактерий туберкулеза в результате лечения (условные бактериовыделители), проживающие без детей и не имеющие отягощающих факторов;
- очаги, где больной, выделяющий микобактерии, выбыл;
- очаги, где больной, выделяющий микобактерии, умер.

V группа - очаги туберкулеза зоонозного происхождения.

Очаги подразделяются по характеру источника микобактерий туберкулеза. Если источником инфекции является больной туберкулезом человек, то такие очаги называются антропонозными. Эпидемический процесс характеризуется последовательным возникновением новых случаев заболевания людей туберкулезом (инфицированием МБТ). Если источник – больное туберкулезом животное – очаги называются зоонозными. Эпидемический процесс в зоонозных очагах качественно отличается – возникает несколько разрозненных случаев заболевания, независимо друг от друга. Эпидемический процесс носит не цепной, а веерообразный характер. Наиболее часто зоонозные очаги туберкулезной инфекции могут возникать при поражении коров, возбудитель туберкулеза при этом всегда выделяется с молоком.

2. Регистрация, учет и наблюдение за очагами туберкулезной инфекции

2.1. Регистрация и учет очагов туберкулезной инфекции

Обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения - одно из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду. Все случаи инфекционных заболеваний подлежат регистрации медицинскими организациями по месту выявления таких заболеваний, государственному учету и ведению отчетности по ним органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор³.

На каждый случай впервые выявленного заболевания туберкулезом или рецидива

³ Федеральный закон Российской Федерации от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»

туберкулеза (в том числе посмертно) заполняется учетная форма № 089/у-туб **«Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза»** (далее Извещение о больном). Извещение о больном составляется в каждой медицинской организации, независимо от ведомственной подчиненности. Дубликат Извещения о больном в трехдневный срок направляется в территориальный противотуберкулезный диспансер по месту фактического жительства больного⁴. На основании сведений, содержащихся в Извещении о больном, в субъекте Российской Федерации заполняется годовая форма федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения № 8 «Сведения о заболеваниях активным туберкулезом», утверждаемая приказом Росстата.

Кроме этого, Извещение о больном передается в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления больного (независимо от места его постоянного пребывания). В территориальный орган санитарно-эпидемиологического надзора медицинские работники обязаны в течение 2 часов сообщить по телефону, а затем в течение 12 часов в письменной форме (или по каналам электронной связи в установленном порядке) представить экстренное извещение (учетную форму № 058/у – **«Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром, профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку»**, далее Экстренное извещение) о каждом случае инфекционной болезни, носительства возбудителей инфекционной болезни или подозрения на инфекционную болезнь, а также в случае смерти от инфекционной болезни⁵. Каждый случай инфекционной болезни или подозрения на это заболевание, а также носительства возбудителей инфекционных болезней подлежит регистрации и учету в журнале учета инфекционных заболеваний (допускается использование электронных журналов) по месту их выявления в медицинских организациях, организациях, осуществляющих образовательную деятельность, организациях отдыха детей и их оздоровления, других организациях, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими медицинскую деятельность, а также в территориальных органах, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

⁴ Приказ Минздрава России от 13.08.2003 № 410 «Об утверждении учетной формы N 089/у-туб "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза»

⁵ Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»»

Таким образом, с целью обеспечения контрольно-надзорных мероприятий за очагами туберкулезной инфекции в полном объеме Экстренное извещение в территориальный орган санитарно-эпидемиологического надзора подается в следующих случаях:

- при выявлении больного с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, не зависимо от наличия/отсутствия бактериовыделения, в том числе посмертно (с заполнением Извещения о больном);

- при выявлении больного с рецидивом туберкулеза, не зависимо от наличия/отсутствия бактериовыделения, в том числе посмертно (с заполнением Извещения о больном);

- при взятии в субъекте Российской Федерации на диспансерное наблюдение больного активным туберкулезом, прибывшего для продолжения наблюдения из другого субъекта Российской Федерации/другого ведомства (без заполнения Извещения о больном).

Медицинская организация, изменившая или уточнившая диагноз (диагноз туберкулеза снят, появление у пациента бактериовыделения, др.), в течение 12 часов подает новое Экстренное извещение на пациента с инфекционным заболеванием в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, по месту выявления заболевания, с указанием измененного (уточненного) диагноза, даты его установления, первоначального диагноза, результата лабораторного исследования.

2.2. Первичное эпидемиологическое обследование очагов туберкулезной инфекции

С момента получения Экстренного извещения в течение трех календарных дней организуется и проводится первичное эпидемиологическое обследование очага туберкулезной инфекции⁶. Обследование проводится совместно специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и (или) специалистами учреждений, обеспечивающих их деятельность, и специалистами территориальных медицинских организаций по профилю «фтизиатрия». Целью проведения первичного эпидемиологического обследования очага является, во-первых, определение степени опасности очага (степени риска возникновения

⁶ Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»»

новых случаев туберкулеза в очаге), во-вторых, границ очага для последующей разработки плана наблюдения за очагом, в-третьих, определение круга контактных лиц.

При обследовании очага учитываются следующие факторы:

- локализация туберкулезного процесса у пациента (поражение органов дыхания обуславливает наиболее опасный аэрогенный механизм передачи возбудителя);
- наличие/отсутствие бактериовыделения в окружающую среду;
- массивность выделения у пациента КУМ/МБТ, их жизнеспособность, наличие ЛУ;
- место пребывания больного туберкулезом в очаге (работы, учебы, проживания, др.);
- условия быта в очаге (характер жилого помещения: общежитие, коммунальная или отдельная квартира, индивидуальный дом, учреждение закрытого типа; наличие возможности изоляции больного, близость общения с контактными лицами, их количество, а также санитарно-коммунальное благоустройство жилища (горячее и холодное водоснабжение, отопление и т.д.);
- уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи и других лиц, контактировавших с больным туберкулезом;
- наличие в очаге детей, подростков;
- наличие в очаге беременных женщин;
- наличие в очаге больных ВИЧ-инфекцией (и других иммунокомпрометированных лиц);
- наличие в очаге лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией;
- социального статуса больного, влияющего на выполнение режима терапии и противоэпидемического режима в очаге.

По результатам обследования заполняется Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза (далее Карта) (приложение Б 1).

2.2.1. Определение временных границ очага туберкулезной инфекции

Временные границы очага туберкулезной инфекции включают три периода:

- весь период контакта с источником туберкулезной инфекции;
- продолжительность инкубационного периода - до выявления случая туберкулеза (инкубационный период при туберкулезной инфекции составляет 6 месяцев);

- период после излечения больного туберкулезом/прекращения контакта с учетом дополнительных факторов (детский возраст контактных лиц, наличие ВИЧ-инфекции у контактных, смерть больного от туберкулеза)⁷.

2.2.2. Определение пространственных границ очага туберкулезной инфекции

Границы очага определяются местом пребывания больного активным туберкулезом: место фактического постоянного проживания, временное проживание по другим адресам, место основной работы, работы по совместительству, обучения, воспитания, лечения, а также коллективы и группы людей, с которыми пациент общается постоянно, периодически или временно. Очагом туберкулезной инфекции могут являться квартира, дом, общежитие, учреждение социального обеспечения, детское учреждение, медицинская организация, образовательная организация, подразделение предприятия, весь небольшой населенный пункт (деревня, поселок), если его жители тесно общаются между собой. У одного больного может быть несколько мест пребывания, т.е. он может образовать несколько очагов.

В соответствии с САНПИН 3.3686-21 в территорию очага по месту проживания больного туберкулезом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулеза, включается квартира, в которой проживает больной туберкулезом, лестничная клетка, подъезд дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором. Границы производственного очага по месту работы больного туберкулезом органов дыхания, выделяющего микобактерии туберкулеза, определяются с учетом помещений, в которых находился и которые посещал больной туберкулезом во время осуществления трудовой деятельности.

2.2.3. Определение круга контактных лиц из ближнего окружения источника туберкулезной инфекции

К контактными лицам из ближнего окружения относятся граждане, которые проживают совместно с больным туберкулезом, работают или учатся в одном подразделении/классе/группе и т.д. с учетом определенных временных границ очага. Как правило, лица из ближнего окружения находятся в тесном и длительном контакте с больным туберкулезом. На момент проведения обследования очага контактные лица могут уже не проживать/не работать/не учиться совместно с больным туберкулезом

⁷ Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н»

(контакт имел место в течение 6 месяцев до выявления случая заболевания туберкулезом у источника). Полный список контактных лиц из ближнего окружения определяется при первичном эпидемиологическом обследовании очага туберкулезной инфекции и передается в противотуберкулезную медицинскую организацию для обеспечения диспансерного наблюдения в полном объеме.

2.2.4. Определение круга контактных лиц из дальнего окружения источника туберкулезной инфекции

К контактными лицам из дальнего окружения относятся граждане, которые находились в контакте с больным туберкулезом временно, не постоянно, кратковременно. Как правило, определение круга контактных лиц из дальнего окружения осуществляется не только при первичном эпидемиологическом обследовании очага, но и при дальнейшем динамическом наблюдении за очагом. Таким образом, список контактных лиц из дальнего окружения может пополняться с течением времени, и должен в обязательном порядке передаваться в противотуберкулезную медицинскую организацию для осуществления наблюдения за контактными лицами в установленном порядке.

2.2.5. Установление числа детей в очаге туберкулезной инфекции

Учет всех детей и подростков, которые контактировали с больным активным туберкулезом на всем периоде временных границ очага туберкулезной инфекции, представляется наиболее важным разделом работы участкового врача-фтизиатра. Учет детей осуществляется по месту жительства, учебы, работы, лечения. Особое внимание уделяется производственным очагам - организованным детским коллективам, в которых выявлены случаи заболевания туберкулезом. В детских коллективах проводится ежеквартальная сверка списочного состава детей и подростков, в том числе тех лиц, которые на момент выявления больного не посещают эти коллективы. Информация о контактных детях и подростках врачом-фтизиатром передается в детскую поликлинику по месту жительства для организации привлечения их к обследованию и диспансерному наблюдению у врача-фтизиатра. Особую важность этот раздел работы представляет в родильных домах, отделениях для новорожденных и недоношенных детей, в детских домах и домах ребенка.

2.3. Очаги туберкулезной инфекции с двумя и более случаями заболевания туберкулезом

В очаге туберкулезной инфекции определяется общее число заболевших за весь период наблюдения. С этой целью в соответствии с санитарным законодательством проводится эпидемиологическое расследование инфекционного заболевания с

установлением причинно-следственной связи⁸. По результатам эпидемиологического расследования оформляется Акт эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи (далее Акт). Если причинно-следственная связь установлена, Акт представляется в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, в органы прокуратуры и руководителю учреждения (организации), в связи с действиями которого произошло формирование эпидемического очага. В случае регистрации эпидемического очага на территории населенного пункта при невозможности установить причинно-следственную связь с конкретным учреждением (организацией) Акт представляется в органы исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

При регистрации в очаге чрезвычайных ситуаций санитарно-эпидемиологического характера по результатам эпидемиологического расследования территориальным органом Роспотребнадзора предоставляется внеочередное донесение в Федеральную службу по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека. В отношении туберкулеза к чрезвычайным ситуациям, требующим внеочередного донесения, относят 10 и более случаев заболевания; в образовательных учреждениях (дошкольных, общеобразовательных, учреждениях начального, среднего и высшего профессионального образования, специальных для обучающихся воспитанников с отклонениями в развитии, учреждениях для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, учреждениях дополнительного образования детей) – 5 и более случаев (групповые заболевания)⁹.

2.4. Составление плана оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции

Целью всей работы в очаге туберкулезной инфекции является предупреждение новых случаев заболевания туберкулезом. Специалистами медицинской организации по профилю «фтизиатрия» составляется план оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции¹⁰. План оздоровительных мероприятий (далее План) является

⁸ Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.10.2010 № 133 «Об оптимизации противоэпидемической работы и утверждении формы Акта эпидемиологического расследования очага инфекционной (паразитарной) болезни с установлением причинно-следственной связи»

⁹ Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 04.02.2016 № 11 «О предоставлении внеочередных донесений о чрезвычайных ситуациях санитарно-эпидемиологического характера»

¹⁰ Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм САНПИН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»»

частью Карты эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза.

План является комплексным и должен включать следующие мероприятия:

- изоляцию источника туберкулезной инфекции;
- лечебно-диагностические мероприятия в отношении больного туберкулезом, являющегося источником туберкулезной инфекции;
- организационные мероприятия по диспансерному наблюдению за контактными лицами;
- лечебно-диагностические мероприятия в отношении контактных лиц;
- санаторно-курортное лечение больного туберкулезом и контактных лиц;
- текущую и заключительную дезинфекцию.

При составлении плана учитываются временные и пространственные границы очага туберкулезной инфекции, круг контактных лиц из ближнего и дальнего окружения.

Первичное обследование контактных лиц должно осуществляться в течение 14 дней с момента выявления больного туберкулезом.

В производственных очагах (детских коллективах) анализируются полнота и результаты массовых профилактических осмотров на туберкулез (результаты иммунодиагностики и флюорографии) с выделением лиц, не обследованных более года (более 6 месяцев из групп риска, подлежащих обследованию 2 раза в год).

План оздоровительных мероприятий составляется не реже 1 раза в год. План предусматривает следующее:

- длительность изоляции больного;
- условия и длительность лечения больного;
- сроки и кратность проведения заключительной дезинфекции;
- оптимизацию мер текущей дезинфекции;
- кратность и полноту обследования контактных лиц;
- вопросы вакцинации детей против туберкулеза;
- сроки и условия проведения превентивной противотуберкулезной химиотерапии контактными лицам;
- организацию изоляции детей и подростков из очага;
- санаторно-курортное лечение больного и контактных лиц;
- обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;
- организацию привлечения к лечению и наблюдению в недобровольном порядке в соответствии с действующим законодательством;
- длительность наблюдения за очагом туберкулезной инфекции.

2.5. Динамическое наблюдение за очагом туберкулезной инфекции

Динамическое наблюдение за очагом заключается в выполнении мероприятий, намеченных в Плане оздоровительных мероприятий. Динамическое наблюдение за очагами туберкулезной инфекции осуществляется специалистами медицинских противотуберкулезных организаций (отделений, кабинетов) совместно со специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и (или) специалистами учреждений, обеспечивающих их деятельность.

Кратность обследования очагов туберкулеза специалистами медицинской организации по профилю «фтизиатрия» (отделений, кабинетов) совместно со специалистами-эпидемиологами при динамическом наблюдении составляет¹¹:

для очагов 1 группы - 4 раза в год;

для очагов 2 группы - 2 раза в год;

для очагов 3 группы - 1 раз в год;

для очагов 4 группы – по показаниям.

По результатам динамического обследования очагов информация вносится в Карту. При необходимости вносятся дополнения и изменения в План оздоровления очага, в том числе при изменении группы диспансерного учета больного и группы эпидемиологической опасности очага.

2.6. Прекращение наблюдения за очагом туберкулезной инфекции

При выполнении Плана оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции, соблюдении установленного срока динамического наблюдения за очагом, отсутствии новых случаев туберкулеза в очаге наблюдение за очагом туберкулезной инфекции прекращается.

3. Дезинфекция в очагах туберкулезной инфекции

Дезинфекционные мероприятия направлены на источник инфекции (возбудителя заболевания) и на разрыв механизмов и путей передачи к восприимчивому населению, снижая вероятность его заражения [2]. Дезинфекция является необходимым компонентом санитарной профилактики туберкулеза в очаге. При проведении дезинфекции учитываются свойства возбудителя, прежде всего устойчивость к тем или иным факторам

¹¹ Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»»

окружающей среды. Течение инфекционного процесса при туберкулёзе сопровождается выделением возбудителя (*Mycobacterium tuberculosis*) с высокой устойчивостью к факторам внешней среды.

Дезинфекция отличается от стерилизации тем, что при стерилизации уничтожаются все микроорганизмы и их споры. Выделяют два вида дезинфекции: очаговую и профилактическую. **Очаговая дезинфекция** проводится в эпидемических очагах в местах проживания / пребывания / учебы / работы источника инфекции в соответствии с пространственными и временными границами эпидемического очага. **Профилактическая дезинфекция** проводится без выявления источника инфекции, но в случае предположения его присутствия. Профилактическую дезинфекцию проводят:

- в местах массового скопления людей (вокзалах, зрелищных учреждениях, общественном транспорте, банях, общественных туалетах, плавательных бассейнах и т.п.);
- на объектах (на очистных сооружениях; объектах водоснабжения и общественного питания; предприятиях, изготавливающих, перерабатывающих и реализующих пищевые продукты, а также сырье животного происхождения). Т.е. среди здорового населения предполагается наличие возможного источника инфекции.

3.1. Методы дезинфекции

Дезинфекция может быть заключительной и текущей. Дезинфекция осуществляется механическим, физическим, химическим, биологическим и комбинированным методами [2].

Механический метод основан на непосредственном удалении микроорганизмов с предметов. Метод предусматривает влажную уборку помещений, встряхивание, подметание, обработку пылесосом, проветривание, вентиляцию, стирку белья. После механической дезинфекции предметы становятся менее эпидемиологически опасными или безопасными. Следует иметь в виду, что при сухой механической дезинфекции загрязненные частицы могут подниматься в воздух. Предпочтительными являются методы влажной уборки (протираание, смывание и т.д.). Эффективным механическим методом является проведение ремонтных работ в помещении с удалением старых покрытий, покраской и побелкой поверхностей.

Физический метод дезинфекции предполагает использование физических факторов:

- высокая температура (используется не только для дезинфекции, но и для стерилизации) воздуха или воды (горячая вода (60-100°C), кипячение в течение определенного периода времени), при помощи кипячения проводится обработка белья, посуды, питьевой воды,

игрушек, пищи; сжигание применяется для уничтожения малоценных предметов, трупов животных и т.д.; обжигание и прокаливание широко применяется для обеззараживания аптечной и лабораторной посуды и инструментов в микробиологии; сухожаровая обработка различного инструментария в специальных воздушных стерилизаторах;

- пар (применяется в стерилизаторе или автоклаве), используется в комбинации с высокой температурой (в паровой камере до 104-120°C), с химическим методом (пароформалиновые камеры с использованием парообразного формальдегида);

- лучистая энергия, в том числе ультрафиолетовое облучение используется при помощи различных специальных бактерицидных ламп в виде настенных, потолочных, переносных и передвижных установок с целью обеззараживания воздуха в помещениях; использование бактерицидных ламп осуществляется в строгом соответствии с инструкцией к оборудованию, имеются лампы для обеззараживания воздуха в присутствии людей; солнечный свет губительно действует на большинство микроорганизмов благодаря высушиванию и ультрафиолетовому излучению, но действие его поверхностно;

- радиоактивное излучение - гамма-излучение применяется для стерилизации медицинских материалов и оборудования; является высокоэффективным, убивает все вегетативные формы микроорганизмов и их споры; широко используется на промышленных предприятиях;

- высушивание приводит к гибели многих микроорганизмов, МБТ отличаются устойчивостью к высушиванию;

Химический метод - это основной метод дезинфекции, который заключается в уничтожении патогенных микроорганизмов и разрушении их токсинов антисептиками чаще в виде водных растворов, реже в виде твердых или сыпучих веществ, газа, аэрозоля. Химический метод находит широкое применение для уничтожения МБТ. Для применения в противотуберкулезных медицинских организациях в Российской Федерации зарегистрированы дезинфекционные средства на основе следующих групп химических соединений:

- хлорактивные (хлорамин, гипохлорит натрия, натриевая и калиевая соли дихлоризоциануровой кислоты, трихлоризоциануровая кислота, дихлордиметилгидантоин и другие);

- катионные поверхностно-активные вещества (четвертичные аммониевые соединения – ЧАС (например, алкилдиметилбензиламмоний хлорид), полимерные и мономерные производные гуанидина, третичные алкиламины);

- кислородактивные (перекись водорода, надкислоты, в частности, надуксусная кислота и другие);
- анолиты (кислые, нейтральные), диоксид хлора;
- альдегиды (глутаровый, янтарный, ортофталевый, глиоксаль);
- гуанидины (сложные органические соединения, широко используются для обработки медицинского инструментария, для разработки кожных антисептиков);
- спирты (этиловый, изопропиловый, пропиловый);
- производные фенола (ортофенилфенол);
- другие органические и неорганические соединения, антимикробная активность которых доказана стандартными методами.

Среди дезинфицирующих и стерилизующих средств с эффективным туберкулоцидным действием наиболее перспективными для применения являются композиционные средства на основе двух и более действующих веществ, включающие третичные амины, кислородосодержащие и хлорактивные соединения, надкислоты и альдегиды. Кроме того, средства могут содержать различные дополнительные вспомогательные компоненты, в частности, вещества, улучшающие дезинфицирующие свойства (например, поверхностно-активные вещества, придающие дезинфекционным средствам моющие свойства), а также вещества, улучшающие эксплуатационные свойства (вещества, поддерживающие определенные значения рН, снижающие коррозионную активность, летучесть и другие).

Комбинированный метод основан на сочетании нескольких из перечисленных методов (например, влажная уборка помещения с последующим ультрафиолетовым облучением).

- камерная дезинфекция с использованием паровой, паровоздушной, пароформалиновой смеси в дезинфекционной камере для обработки одежды, постельных принадлежностей, шерсти, ковров, книг и других вещей; является основным методом для проведения заключительной камерной дезинфекции в отношении МБТ. Сочетание повышенного давления пара с высокой температурой обеспечивают выраженное бактерицидное, вирулицидное, фунгицидное и спороцидное действие. Время проведения камерной дезинфекции зависит от применяемой температуры.

3.2. Заключительная дезинфекция

Заключительная дезинфекция проводится после того, как больной выбыл из очага на длительный срок (госпитализирован, сменил место жительства, умер), и выполняется

специализированными организациями, осуществляющими деятельность по профилю «дезинфектология». Проводится не позднее 24 часов с момента получения заявки на ее проведение. В тех случаях, когда больной не покидал очаг в течение всего года, частота проведения заключительной дезинфекции в присутствии пациента регламентируется группой эпидемической опасности очага туберкулезной инфекции.

Проведение заключительной дезинфекции в очагах туберкулёза силами специализированных организаций осуществляется не реже 1 раза в год:

- в местах проживания больных заразными формами туберкулёза;
- в случае проживания в очаге детей и подростков;
- в коммунальных квартирах, общежитиях, казармах, тюрьмах;
- при наличии в очаге лиц, страдающих наркоманией, алкоголизмом, психическими заболеваниями, ВИЧ-инфицированных.

Внеочередную заключительную дезинфекцию осуществляют перед возвращением родильниц из роддомов, перед сносом старых домов, где проживают больные туберкулёзом, в случае смерти больного от туберкулёза на дому (в том числе и когда умерший не стоял на учёте в противотуберкулезной медицинской организации).

В производственных очагах заключительная дезинфекция организациями, осуществляющими деятельность по профилю «дезинфектология», имеющими лицензию на медицинскую деятельность, проводится:

- в детских дошкольных и общих образовательных организациях, детских и подростковых организациях, в организованных воинских коллективах, медицинских организациях нетуберкулёзного профиля, стационарных учреждениях социального обслуживания населения — в случае выявления больного активной формой туберкулёза;
- по месту работы больного с установленным выделением МБТ и в стадии распада без выделения МБТ.

При проведении заключительной дезинфекции постельные принадлежности, верхняя одежда больного, ковры и другие вещи подвергаются камерной дезинфекции.

3.3. Текущая дезинфекция

Текущая дезинфекция должна выполняться в течение всего времени пребывания больного в очаге.

Больной заразной формой туберкулеза подлежит госпитализации в специализированную медицинскую противотуберкулезную организацию для

обязательных обследования и лечения по решению суда¹². На период нахождения пациента в очаге обучение навыкам проведения текущей дезинфекции проводят работники противотуберкулезной медицинской организации и организации дезинфекционного профиля, начиная с первого посещения очага и затем при каждом его посещении. Частота профилактических посещений очага эпидемиологом и врачом-фтизиатром, объем дезинфекционных мероприятий зависят от степени эпидемической опасности очага. Мероприятия текущей дезинфекции осуществляется самим пациентом или членами его семьи.

В период времени нахождения пациента в очаге, при посещении очага, особое внимание уделяется соблюдению больным и членами его семьи правил личной гигиены, таких как чистота рук, своевременная смена белья и постельных принадлежностей и другие. Больному выделяют отдельную комнату, при невозможности – отдельную ее часть. В комнате оставляют вещи, которые легко поддаются дезинфекции, мытью, очищению и обеззараживанию. Мягкая мебель удаляется. У больного должны быть отдельная кровать, индивидуальные постельные принадлежности, предметы быта, посуда. Для уборки помещения, где проживает больной, обеззараживания посуды, остатков пищи родственникам больного рекомендуют переодеваться в специально выделенную одежду (халат), косынку, перчатки, при смене постельного белья необходимо надевать средства индивидуальной защиты. В пользовании у больного должно быть 2 плевательницы – одна для сбора мокроты, вторая, уже использованная, в это время подлежит обработке. После приёма пищи посуду больного сначала обеззараживают, затем промывают в проточной воде. Грязное бельё больного, спецодежду собирают в бак с плотно закрытой крышкой отдельно от белья членов семьи и обеззараживают. Квартиру больного ежедневно убирают с ветошью, смоченной в мыльно-содовом или дезинфицирующем растворе, при открытых дверях и окнах. При наличии в помещении мух перед дезинфекцией проводят дезинсекционные мероприятия. Предметы ухода за больным и уборочный инвентарь обеззараживают в отдельных емкостях после каждого использования.

Медицинские работники противотуберкулезной медицинской организации контролирует наличие дезинфицирующих средств в очаге и их применение. В очагах туберкулезной инфекции используют хлорсодержащие дезинфекционные средства: хлорамин 5%, хлорсодержащие таблетированные препараты. В домашних условиях для обработки поверхностей, посуды можно применять парогенератор, для обеззараживания

¹² Федеральный закон Российской Федерации от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», ст. 10.

воздуха – бытовые ультрафиолетовые излучатели. В ситуациях, когда нет возможности пользоваться специальными дезинфекционными средствами, рекомендуется применять кипячение в 2% растворе соды в течение 15 минут с момента закипания (посуда, пищевые отходы, бельё и т.д.). Мягкую мебель, постельные принадлежности, ковры необходимо периодически выколачивать через мокрые простыни, которые после уборки следует прокипятить. Летом вещи больного, постель и ковры следует, по возможности, долго держать под открытыми лучами солнца.

В противотуберкулезных медицинских организациях проводятся дезинфекционные мероприятия в соответствии с действующим санитарным законодательством.

4. Диспансерное наблюдение за контактными детьми и подростками

Диспансерному наблюдению подлежат дети и подростки, находящиеся или находившиеся в контакте с источником туберкулеза по месту жительства, месту нахождения, месту работы или учебы¹³. В соответствии с приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 127н лица, находящиеся или находившиеся в контакте с больным туберкулезом по месту жительства (месту пребывания), месту работы или учебы, месту отбывания наказания либо в месте содержания под стражей подлежат наблюдению в IV А ГДН; работники медицинских противотуберкулезных организаций, находящиеся или находившиеся в профессиональном контакте с источником туберкулеза подлежат наблюдению в IV Б ГДН; лица, находящиеся или находившиеся в контакте с больным туберкулезом сельскохозяйственным животным подлежат наблюдению в IV В ГДН.

4.1. Порядок направления к врачу-фтизиатру детей и подростков, контактных с больными туберкулезом.

В ходе первичного эпидемиологического обследования очага туберкулезной инфекции устанавливается круг лиц, контактировавших с больным туберкулезом (в соответствии с определенными пространственными и временными границами очага туберкулезной инфекции). К контактными лицам относятся дети и подростки, у которых в течение шести месяцев, до выявления больного туберкулезом, имел место контакт с ним. Врач-фтизиатр совместно с эпидемиологом и медицинским работником образовательной организации (если это производственный очаг) составляет список контактных лиц. Всем

¹³ Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признания утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н»

контактным лицам медицинским работником передается приглашение (направление) на прием к врачу-фтизиатру в установленном порядке (с соблюдением требований работы с персональными данными и информацией, составляющей врачебную тайну) (приложение Б 2). Приглашение может быть передано медицинским работником поликлиники общей лечебной сети, образовательной организации, специализированной противотуберкулезной медицинской организации. Контактные дети и подростки передаются врачом-фтизиатром под наблюдение детского врача-фтизиатра – вносятся в Журнал регистрации передачи очагов туберкулезной инфекции врачу-фтизиатру на детский участок (приложение Б 3). Если больной туберкулезом – ребенок, то информация о нем вносится в Журнал передачи очагов туберкулезной инфекции от врача-фтизиатра с детского участка врачу-фтизиатру взрослого участка (приложение Б 4).

Всем контактным детям и подросткам должно быть организовано первичное обследование в течение 14 дней с момента выявления случая заболевания туберкулезом. Как правило, диспансерное наблюдение, в т.ч. первичное обследование контактных, осуществляется по месту их фактического проживания под наблюдением врача-фтизиатра медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «фтизиатрия» в амбулаторных условиях.

4.2. Методы и кратность обследования контактных лиц

Лечебно-диагностические мероприятия осуществляются в соответствии с клиническими рекомендациями (клиническими протоколами)¹⁴. Первичное обследование детей и подростков, контактных с источником туберкулезной инфекции, осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями. Целью данного обследования является исключение заболевания ребенка туберкулезом (всех локализаций) и выявления/исключения у ребенка ЛТИ.

При выявлении у ребенка заболевания туберкулезом дальнейшее наблюдение у врача-фтизиатра осуществляется в соответствии с порядком диспансерного наблюдения, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 127н, лечение в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у детей». При установлении у ребенка ЛТИ дальнейшее наблюдение у врача-фтизиатра и лечение осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями.

¹⁴ Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 332-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

В соответствии с порядком диспансерного наблюдения, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 127н, кратность обследования лиц, находящихся или находившихся в контакте с источником туберкулеза, составляет не реже 1 раза в 6 месяцев. При появлении изменений в состоянии здоровья, жалоб, симптомов интоксикации и/или локального поражения органов и систем проводится обследование, не зависимо от сроков предыдущего обследования, в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у детей».

4.3. Порядок отбора контактных лиц для превентивной химиотерапии туберкулеза и санаторно-курортного лечения

Цель превентивной противотуберкулезной химиотерапии, проводимой лицам, контактным с источником туберкулезной инфекции, – профилактика заболевания туберкулезом [32]. Важным моментом для врача является прогнозирование степени риска развития локальной формы туберкулеза у ребенка для дальнейшего определения объема необходимых профилактических противотуберкулезных мероприятий. Определение показаний/противопоказаний к превентивной противотуберкулезной терапии осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями.

При определении показаний для назначения превентивной противотуберкулезной химиотерапии учитывают [32]:

- наличие контакта с больным активной формой туберкулеза;
- измененную чувствительность к аллергенам туберкулезным («вираж» туберкулиновых проб, нарастание чувствительности, гиперергические реакции, положительные и сомнительные реакции на АТР) и/или положительные реакции на иммунологические тесты *in vitro* (*IGRA-тесты*), основанные на высвобождении ИФН- γ под воздействием специфических туберкулезных антигенов CFP-10/ESAT-6;
- высокий риск развития туберкулеза (отсутствие вакцинации против туберкулеза, иммунодефицитные состояния различного генеза, лечение иммуносупрессивными и цитостатическими препаратами, сопутствующая патология, др.).

Наличие контакта с источником туберкулезной инфекции является показанием для санаторно-курортного лечения детей и подростков¹⁵. Проведение санаторно-курортного лечения обеспечивает ребенку следующие возможности: организации контролируемой превентивной противотуберкулезной химиотерапии, изоляции из очага туберкулезной

¹⁵ Приказ Минздрава России от 07.06. 2018 года № 321н «Об утверждении перечней медицинских показаний и противопоказаний для санаторно-курортного лечения»

инфекции, санации хронических очагов инфекции, проведения общеукрепляющего оздоровительного лечения, управления социальными факторами риска¹⁶. На санаторно-курортное лечение направляются дети и подростки после полного обследования в соответствии с клиническими рекомендациями.

4.4. Длительность наблюдения контактных лиц

Длительность диспансерного наблюдения за контактными детьми и подростками определяется с учетом временных границ очага туберкулезной инфекции в соответствии с порядком диспансерного наблюдения, утвержденным приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 127н.

Длительность диспансерного наблюдения в IV А группе определяется с учетом срока излечения больного туберкулезом, с которым имелся контакт. При наличии контакта с больным туберкулезом с бактериовыделением диспансерное наблюдение устанавливается на срок излечения больного туберкулезом, с которым имелся контакт, и дополнительно на 1 год после излечения. При наличии ВИЧ-инфекции диспансерное наблюдение устанавливается на срок излечения больного туберкулезом, с которым имелся контакт, и дополнительно на 2 года после излечения. Дети, контактировавшие с умершим от туберкулеза, наблюдаются 5 лет. Длительность наблюдения в IV В группе составляет 1 год, при наличии ВИЧ-инфекции - 3 года.

Решение об установлении диспансерного наблюдения или его прекращении в соответствии с приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 127н принимается Врачебной комиссией медицинской противотуберкулезной организации (оформляется протокол ВК в установленном порядке)¹⁷ на основании предложений, сформированных врачом-фтизиатром (врачом-фтизиатром участковым), оформленных в виде эпикриза в медицинской карте пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях. Решение ВК оформляется в медицинской документации записью об установлении диспансерного наблюдения или о его прекращении. Об установлении и прекращении диспансерного наблюдения пациент (его законный представитель) извещается в письменной форме (приложение №1 и №2 к Приказу). Длительность диспансерного наблюдения в отдельных случаях можно продлить решением ВК, при этом

¹⁶ Приказ Минздрава России от 05.05.2016 года № 279н «Об утверждении Порядка организации санаторно-курортного лечения»

¹⁷ Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 05.05.2012 г. № 502н «Об утверждении Порядка создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации»

учитываются факторы, повышающие риск заболевания туберкулезом: детей в возрасте до 3-х лет из контакта с больными активным туберкулезом наблюдают до снятия больного с учета. Если у детей окончание наблюдения приходится на препубертатный возраст (12-13 лет), то срок наблюдения продлевается до 15-летнего возраста.

В случае регистрации очага с групповыми заболеваниями контактные остаются под наблюдением на срок не менее 5 лет после ликвидации последнего случая заболевания.

5. Случаи, требующие особых мероприятий в очагах туберкулезной инфекции

К особым случаям, требующим высокой приверженности пациентов к рекомендациям медицинских работников и строгого соблюдения комплекса организационных профилактических мероприятий в очаге туберкулезной инфекции, относится проживание в очаге туберкулезной инфекции беременной женщины и/или новорожденного, и/или лица с ВИЧ-инфекцией. Данные лица являются наиболее угрожаемыми по развитию тяжелых, быстро прогрессирующих форм туберкулеза с высоким риском летального исхода [32]. Для обеспечения эффективных профилактических мероприятий в данных очагах при низкой приверженности пациентов к выполнению рекомендаций медицинских работников используются все механизмы межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации¹⁸.

5.1. Тактика ведения беременных в очагах туберкулезной инфекции

В очаге туберкулезной инфекции под наблюдением врача-фтизиатра могут находиться беременные женщины со следующими состояниями: больные активным туберкулезом, с клиническим излечением туберкулеза, переболевшие туберкулезом ранее, контактные с больным активным туберкулезом.

В женской консультации обеспечивается внесение полной информации о сопутствующей патологии и перенесенных заболеваниях в обменную карту беременной (учетная форма № 113/у). Вносятся данные: о наличии активного туберкулеза, либо перенесенном туберкулезе ранее, либо о наличии контакта у женщины с больным туберкулезом. С этой целью информация от участкового врача-фтизиатра и от участкового врача-терапевта передается в женскую консультацию, где наблюдается данная женщина. Информация о состоянии здоровья беременной женщины передается

¹⁸ Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 332-ФЗ « Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

обратно в противотуберкулезную медицинскую организацию из медицинской организации, имеющей прикрепленное население, и/или женской консультации в виде медицинского заключения врача-акушера-гинеколога, содержащего диагноз женщины, рекомендации и предполагаемую дату родов. Данное медицинское заключение вносится в медицинскую карту женщины в противотуберкулезной медицинской организации. Информация передается в установленном порядке с соблюдением требований к работе с персональными данными¹⁹ и с информацией, представляющей врачебную тайну²⁰. В соответствии с п. 4 ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ при угрозе распространения инфекционных заболеваний допускается предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя. Информационное взаимодействие между медицинскими организациями осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации с использованием современных возможностей²¹.

Очаг туберкулезной инфекции, в которой находится беременная женщина, может быть сформирован самой женщиной, если она больна туберкулезом, либо другим пациентом, больным туберкулезом, с которым женщина является контактной.

1). Если больна туберкулезом женщина, то проводится комплекс противотуберкулезных профилактических мероприятий в отношении контактных с женщиной лиц и в отношении ее будущего ребенка.

Активный туберкулез является медицинским показанием к искусственному прерыванию беременности²². При установлении наличия беременности у больной туберкулезом женщины врач-фтизиатр оформляет медицинские документы пациентки для проведения ВК в противотуберкулезной медицинской организации. Проводится ВК противотуберкулезной медицинской организации с очным присутствием пациентки. С женщиной проводится беседа, в ходе которой пациентка информируется о том, что заболевание активным туберкулезом является медицинским показанием к прерыванию беременности. Решение о прерывании/продолжении беременности принимается

¹⁹ Федеральный закон Российской Федерации от 27.06.2006 № 52-ФЗ «О персональных данных»

²⁰ Ст. 13 Федерального закона Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об охране здоровья граждан в Российской Федерации»

²¹ Постановление Правительства Российской Федерации от 05.05.2018 № 555 «О единой государственной информационной системе в сфере здравоохранения»

²² Приказ Минздравсоцразвития Российской Федерации от 03.12.2007 № 736 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности»

женщиной самостоятельно. По результатам проведения ВК оформляется протокол заседания ВК, в котором указывается перечень рассматриваемых вопросов, диагноз пациентки, принятые решения с их обоснованием, рекомендации. Пациентке выдается медицинское заключение с указанием диагноза и рекомендаций. Данное заключение в установленном порядке передается в женскую консультацию, в которой наблюдается женщина. В медицинской организации (женской консультации), в которой наблюдается женщина, проводится перинатальный консилиум для определения дальнейшей тактики ведения беременной совместно врачом-терапевтом, врачом-акушером-гинекологом и врачом-фтизиатром. При необходимости к участию в консилиуме приглашается врач-фтизиатр. Если женщиной принимается решение о пролонгировании беременности, то осуществляются следующие мероприятия:

- информация о данной пациентке и предполагаемой дате родов передается врачу-педиатру и врачу-фтизиатру детскому;
- ведение беременной женщины, больной туберкулезом, осуществляется в соответствии с Клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых»;
- врачом-фтизиатром определяются показания к выбору условий оказания специализированной противотуберкулезной помощи (стационар с круглосуточным пребыванием, дневной стационар, амбулаторно);
- для родоразрешения пациентка госпитализируется в медицинскую организацию, имеющую боксированное родильное отделение (если пациентка находилась на стационарном лечении в противотуберкулезной медицинской организации, то для родоразрешения осуществляется ее перевод в медицинскую организацию, имеющую боксированное родильное отделение);
- в очаге по месту проживания проводится заключительная дезинфекция перед выпиской новорожденного из роддома;
- контактные лица наблюдаются у врача-фтизиатра в установленном порядке с целью предотвращения новых случаев туберкулеза в очаге;
- после родоразрешения лечение пациентки продолжается в условиях круглосуточного стационара противотуберкулезной медицинской организации;
- после выписки пациентки из роддома в роддоме проводится заключительная дезинфекция;
- списки работников и пациентов, находившихся в контакте с больной туберкулезом женщиной, передаются в противотуберкулезную медицинскую организацию и в медицинскую организацию по месту проживания контактных лиц;

- работники роддома и пациенты в связи с контактом с больной туберкулезом подлежат диспансерному наблюдению у врача-фтизиатра в соответствии с приказом Минздрава России от 13.03.2019 № 127н.

2). Если очаг сформирован другим пациентом и беременная женщина является с ним контактной, то проводится комплекс противотуберкулезных профилактических мероприятий в отношении женщины, ее будущего ребенка, других контактных лиц в очаге:

- врачом-фтизиатром определяется состояние больного активным туберкулезом и показания к выбору условий оказания специализированной противотуберкулезной помощи (стационар с круглосуточным пребыванием, дневной стационар, амбулаторно);
- врачом-фтизиатром оформляется медицинское заключение с указанием клинического диагноза у пациента, являющегося источником туберкулезной инфекции, наличия/отсутствия бактериовыделения, лекарственной устойчивости, группы диспансерного наблюдения, рекомендаций по лечению и обследованию;
- ведение больного осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых»;
- больной с бактериовыделением, распадом легочной ткани, с прогрессирующим активным туберкулезом должен быть госпитализирован;
- в очаге проводится заключительная дезинфекция после госпитализации больного и повторно перед выпиской новорожденного из роддома;
- контактные лица наблюдаются у врача-фтизиатра в установленном порядке с целью предотвращения новых случаев туберкулеза в очаге;
- при отсутствии противопоказаний возможна временная изоляция беременной из очага в санаторий, дом отдыха, др.;
- для родоразрешения пациентка госпитализируется в медицинскую организацию, имеющую боксированное родильное отделение;
- после родоразрешения пациентке проводится рентгенологическое обследование²³;
- после проведения рентгенологического обследования проводится консультация врача-фтизиатра;
- если при рентгенологическом обследовании женщины не выявлено патологических изменений, дальнейшее наблюдение мамы и ребенка осуществляется врачом-акушером-

²³ Приказ от 21.03.2017 № 124н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»

гинекологом, врачом-терапевтом, врачом-неонатологом и врачом-педиатром в установленном порядке;

- если при рентгенологическом обследовании женщины выявлены патологические изменения, женщине проводится дополнительное обследование под наблюдением врача-фтизиатра с целью исключения/подтверждения туберкулеза в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых».

3). Если беременная женщина наблюдается у врача-фтизиатра по поводу клинического излечения туберкулеза или болела туберкулезом ранее и снята с учета, то проводится следующий комплекс профилактических мероприятий:

- врачом-фтизиатром оформляется медицинское заключение о состоянии здоровья беременной женщины и передается в установленном порядке в женскую консультацию;

- при отсутствии возможности сделать заключение об отсутствии заболевания активным туберкулезом для родоразрешения пациентка госпитализируется в медицинскую организацию, имеющую боксированное родильное отделение;

- после родоразрешения пациентке проводится рентгенологическое обследование;

- после проведения рентгенологического обследования проводится консультация врача-фтизиатра;

- если при рентгенологическом обследовании женщины не выявлено патологических изменений, дальнейшее наблюдение мамы и ребенка осуществляется врачом-акушером-гинекологом, врачом-терапевтом, врачом-неонатологом и врачом-педиатром в установленном порядке;

- если при рентгенологическом обследовании женщины выявлены патологические изменения, женщине проводится дополнительное обследование под наблюдением врача-фтизиатра с целью исключения/подтверждения туберкулеза в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых».

5.2. Тактика ведения новорожденных в очагах туберкулезной инфекции

5.2.1. Тактика ведения новорожденных, если больна активным туберкулезом мама ребенка.

Если мама ребенка больна активным туберкулезом, в отношении новорожденного необходима организация медицинской помощи с решением следующих вопросов: совместного пребывания с мамой, возможности грудного вскармливания, вакцинации против туберкулеза, диспансерного наблюдения, диагностических и лечебных мероприятий. Решение данных вопросов определяется тактикой ведения беременной женщины до рождения ребенка. Выделяют четыре возможных сценария событий:

1. До рождения ребенка заболевание туберкулезом у мамы было известно (обеспечена преемственность наблюдения женщины между женской консультацией и противотуберкулезной медицинской организацией, информация о заболевании туберкулезом внесена в обменную карту беременной), ребенок против туберкулеза не был привит. В этом случае осуществляются мероприятия:

- ребенок разобщается с мамой в родзале;
- с рождения ребенок переводится на искусственное вскармливание;
- вакцинация против туберкулеза ребенку проводится на общих основаниях (при отсутствии медицинских противопоказаний со стороны врача-неонатолога/педиатра);
- обеспечивается строгое разобщение ребенка с мамой на 8 недель после прививки БЦЖ/БЦЖ-М (на период формирования иммунитета);
- ребенок выписывается к родственникам (при отсутствии такой возможности - в иное учреждение: дом малютки, медицинскую или социальную организацию, др.);
- перед выпиской в очаге туберкулезной инфекции проводится внеплановая заключительная дезинфекция;
- ведение мамы осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых»;
- информация о заболевании мамы (медицинское заключение врача-фтизиатра) передается в установленном порядке врачу-педиатру и вносится в медицинскую документацию ребенка (ф. № 112/у).

2. До рождения ребенка заболевание туберкулезом у мамы не было известно, ребенок против туберкулеза не был привит. Если заболевание туберкулезом у мамы установлено после рождения ребенка, следовательно, ребенок в родзале с мамой разобщен не был. В данном случае у ребенка состоялся контакт с больной туберкулезом мамой – новорожденный является контактным с больным туберкулезом с высоким риском заболевания туберкулезом. В этом случае осуществляются мероприятия:

- ребенок переводится на искусственное вскармливание;
- вакцинация против туберкулеза ребенку не проводится;
- ребенку проводится консультация врача-фтизиатра в условиях роддома (в том числе с использованием телемедицинских технологий);
- ребенок переводится в детское туберкулезное стационарное отделение/детское отделение соматического стационара (решение принимается врачебной комиссией в зависимости от имеющегося комплекса данных: анамнез, состояние здоровья ребенка, рекомендации других врачей-специалистов, др.) для обеспечения динамического

наблюдения и проведения курса превентивной противотуберкулезной химиотерапии в соответствии с клиническими рекомендациями;

- за ребенком устанавливается диспансерное наблюдение врача-фтизиатра с проведением полного комплекса обследования и превентивной противотуберкулезной химиотерапии в соответствии с клиническими рекомендациями;

- в дальнейшем ребенок выписывается к родственникам (при отсутствии такой возможности - в иное учреждение: дом малютки, медицинскую или социальную организацию, др.);

- перед выпиской в очаге туберкулезной инфекции проводится внеплановая заключительная дезинфекция;

- после окончания курса превентивной противотуберкулезной химиотерапии медицинские документы рассматриваются на Иммунологической комиссии медицинской организации с привлечением врача-фтизиатра с целью решения вопроса о проведении ребенку вакцинации против туберкулеза при условии разобщения ребенка с больной мамой на 8 недель до вакцинации и не менее 8 недель после прививки БЦЖ/БЦЖ-М;

- информация о консультации врача-фтизиатра и рекомендациях передается в установленном порядке врачу-педиатру и вносится в медицинскую документацию ребенка (ф. № 112/у);

- ведение мамы осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых»;

- информация о заболевании мамы (медицинское заключение врача-фтизиатра) передается в установленном порядке врачу-педиатру и вносится в медицинскую документацию ребенка (ф. № 112/у).

3. До рождения ребенка заболевание туберкулезом у мамы не было известно, ребенок против туберкулеза был привит. В данном случае на фоне контакта с больной туберкулезом мамой ребенку проведена прививка против туберкулеза (живым ослабленным вакцинным штаммом). При данном сценарии у ребенка имеется высокий риск заболевания тяжелой генерализованной формой туберкулеза с высоким риском летального исхода. В этом случае необходимо проведение мероприятий:

- ребенок переводится на искусственное вскармливание;

- ребенку проводится безотлагательная консультация врача-фтизиатра в условиях роддома (в том числе с использованием телемедицинских технологий);

- ребенок переводится в детское туберкулезное стационарное отделение/детское отделение соматического стационара (решение принимается врачебной комиссией в

зависимости от имеющегося комплекса данных: анамнез, состояние здоровья ребенка, рекомендации других врачей-специалистов, др.) для обеспечения динамического наблюдения и проведения курса превентивной противотуберкулезной химиотерапии в соответствии с клиническими рекомендациями;

- при установлении у ребенка туберкулеза дальнейшее ведение осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у детей»;
- при отсутствии у ребенка заболевания туберкулезом устанавливается диспансерное наблюдение врача-фтизиатра в соответствии с клиническими рекомендациями;
- ребенок выписывается к родственникам (при отсутствии такой возможности - в иное учреждение: дом малютки, медицинскую или социальную организацию, др.);
- перед выпиской в очаге туберкулезной инфекции проводится внеплановая заключительная дезинфекция;
- информация о диспансерном наблюдении у врача-фтизиатра передается в установленном порядке врачу-педиатру и вносится в медицинскую документацию ребенка (ф. № 112/у);
- ведение мамы осуществляется в соответствии с клиническими рекомендациями «Туберкулез у взрослых»;
- информация о заболевании мамы (медицинское заключение врача-фтизиатра) передается в установленном порядке врачу-педиатру и вносится в медицинскую документацию ребенка (ф. № 112/у).

4. При наличии источника туберкулезной инфекции (активной формы туберкулеза) отмечается низкая приверженность законных представителей новорожденного к выполнению медицинских рекомендаций (отказ больного от госпитализации, отказ от разобщения ребенка из контакта с больным туберкулезом, отказ от вакцинации, др.). В данной ситуации возникает высокий риск заболевания ребенка туберкулезом с неблагоприятным прогнозом для заболевания и жизни ребенка. Организация профилактических противотуберкулезных мероприятий осуществляется в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации, регламентирующим предотвращение угрозы жизни и здоровью ребенка:

- Родители несут ответственность за воспитание и развитие своих детей. Они обязаны заботиться о здоровье, физическом, психическом, духовном и нравственном развитии своих детей²⁴.
- При непосредственной угрозе жизни ребенка или его здоровью орган опеки и попечительства вправе немедленно отобрать ребенка у родителей (одного из них) или

²⁴ Семейный кодекс Российской Федерации, ст. 63.

у других лиц, на попечении которых он находится. Немедленное отобрание ребенка производится органом опеки и попечительства на основании соответствующего акта органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации либо акта главы муниципального образования в случае, если законом субъекта Российской Федерации органы местного самоуправления наделены полномочиями по опеке и попечительству в соответствии с федеральными законами²⁵.

- Предусмотрена административная ответственность за неисполнение или ненадлежащее исполнение родителями или иными законными представителями несовершеннолетних обязанностей по содержанию, воспитанию, обучению, защите прав и интересов несовершеннолетних законами²⁶.
- Предусмотрена уголовная ответственность за заведомое оставление без помощи лица, находящегося в опасном для жизни или здоровья состоянии и лишенного возможности принять меры к самосохранению по малолетству, старости, болезни или вследствие своей беспомощности, в случаях, если виновный имел возможность оказать помощь этому лицу и был обязан иметь о нем заботу либо сам поставил его в опасное для жизни или здоровья состояние²⁷.

При низкой приверженности законных представителей новорожденного к выполнению рекомендаций медицинских работников проводятся мероприятия:

- при невозможности изоляции от матери, больной туберкулезом, новорожденный ребенок против туберкулеза не прививается;
- необходимо обеспечить посещение ребенка по месту проживания в течение первых суток после выписки из медицинской организации врачом-фтизиатром и врачом-педиатром, а затем осуществлять патронаж ребенка с кратностью не реже 1 раза в неделю;
- перевод ребенка на искусственное вскармливание;
- обеспечение семьи средствами индивидуальной защиты (маски, респираторы) с проведением инструктажа по их использованию;
- в случае отсутствия матери с ребенком по указанному месту проживания противотуберкулезная медицинская организация уведомляет медицинские организации общей лечебной сети о случае возможного обращения за медицинской помощью новорожденного из контакта с матерью, больной туберкулезом;

²⁵ Семейный кодекс Российской Федерации, ст. 77.

²⁶ Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях, ст. 5.35.

²⁷ Уголовный Кодекс Российской Федерации, ст. 125.

- продолжение разъяснительной работы с матерью по вопросам необходимости стационарного лечения и изоляции новорожденного, уведомление родителей о передаче информации об асоциальном поведении родителей в полицию, административные и судебные органы;
- в кратчайшие сроки (1 рабочий день) в письменном виде противотуберкулезная медицинская организация информирует администрацию территориального образования, где проживает семья, органы опеки и попечительства, прокуратуру, суд о случае асоциального поведения матери, угрозе заболевания туберкулезом новорожденного ребенка²⁸;
- противотуберкулезная медицинская организация направляет в адрес полиции заявление об угрозе жизни и здоровью новорожденного ребенка, в том числе и в случае отсутствия матери с ребенком по указанному месту проживания;
- уведомление в письменном виде администрации территориального образования, где проживает семья, органов опеки и попечительства также проводится медицинской организацией общей лечебной сети на основании сведений врача-фтизиатра об очаге туберкулеза особой опасности.

5.2.2. Тактика ведения новорожденных, если болен активным туберкулезом член семьи

В очаге туберкулезной инфекции, в котором находится новорожденный, обеспечивается выполнение следующих мероприятий:

- больной активным туберкулезом должен быть госпитализирован (в том числе в недобровольном порядке в соответствии с действующим законодательством Российской Федерации – ст.10 Федерального закона Российской Федерации от 18.06.2001 № 77-ФЗ);
- при условии разобщения с больным туберкулезом ребенку проводится вакцинация против туберкулеза (при отсутствии противопоказаний со стороны врача-неонатолога/педиатра/инфекциониста/др.);
- перед выпиской новорожденного из роддома в очаге туберкулезной инфекции проводится внеплановая заключительная дезинфекция.

²⁸ Ст. 10 Федерального закона Российской Федерации от 18.06.2001 № 77-ФЗ «О предупреждении туберкулеза в Российской Федерации»

6. Организация работы с детьми и подростками в очагах туберкулезной инфекции

Работа с детьми и подростками в очагах туберкулезной инфекции осуществляется совместно специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и (или) специалистами учреждений, обеспечивающих их деятельность, и специалистами территориальных медицинских организаций по профилю «фтизиатрия» в соответствии с Порядком оказания медицинской помощи больным туберкулезом²⁹, Порядком диспансерного наблюдения³⁰ и санитарным законодательством³¹.

Оказание медицинской помощи контактными лицам осуществляется в противотуберкулезных медицинских организациях (кабинетах, отделениях), в санаторно-курортных организациях. Оказание медицинской помощи контактными лицам может осуществляться в следующих условиях:

- амбулаторно;
- в условиях дневного стационара;
- в санаторно-курортных организациях/отделениях.

6.1. Организация работы в бытовых очагах

В бытовых очагах туберкулезной инфекции работа с детьми и подростками осуществляется при условии междисциплинарного и межведомственного взаимодействия между медицинскими организациями, органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и (или) специалистами учреждений, обеспечивающими их деятельность санаторно-курортными организациями, органами семьи и опеки.

²⁹ Приказ Минздрава России от 15.11.2012 № 932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»

³⁰ Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признаниями утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н»

³¹ Санитарные правила и нормы СанПин 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных заболеваний» (утвержденные Постановлением Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 г. № 4)

6.2. Организация работы в производственных очагах туберкулезной инфекции

В очагах туберкулезной инфекции в организованных детских коллективах работа осуществляется при условии междисциплинарного и межведомственного взаимодействия между медицинскими организациями, органами, уполномоченными осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и (или) специалистами учреждений, обеспечивающими их деятельность, санаторно-курортными организациями, образовательными организациями, органами семьи и опеки.

Список литературы

1. Фтизиатрия. Национальное руководство / под ред. М.И. Перельмана. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512 с.
2. Брико Н.И., Покровский В.И. Эпидемиология. Учебник. - М. ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 368 с.
3. Аксенова В.А., Барышникова Л.А., Севостьянова Т.А. и др. Туберкулез у детей в России и задачи фтизиатрической и общей педиатрической службы по профилактике и раннему выявлению заболевания // Туберкулёз и болезни легких. -2014. -Т. . -№3. - С. 40-46.
4. Янченко Е.Н. Греймер М.С. Туберкулёз у детей и подростков // «Гиппократ» - Спб. - 1999. - С. 269.
5. Лебедева Л.В. и др. Показания к химиопрофилактике туберкулёза у детей из «контактов» с больными с бактериовыделителями // Вопросы эпидемиологии, диагностики и лечения туберкулёза: материалы научно-практической конференции фтизиатров. – М., 1996. – С. 98-100.
6. Tufariello J.M., Chan J., Flynn J. I. Latent tuberculosis mechanisms of host and bacillus that contribute to persistent infection // Inf. Dis. 2003. – Vol.3, №9. – P.578-590.
7. Барышникова Л.А. Туберкулез у детей различного возраста: вакцинация, химиопрофилактика, особенности выявления, клинического течения // Проблемы туберкулеза и болезней легких. -2009. - №6. - С. 16-19.
8. Мордык А.В., Пузырева Л.В. Основные факторы, определяющие заболеваемость туберкулёзом контактных лиц в очагах инфекции // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2014. - №1. – С.9-13.
9. Овсянкина Е.С., Юхименко Н.В., Петракова И.Ю. и др. Факторы риска развития туберкулеза у детей при наличии и отсутствии контакта с больным туберкулезом // Туберкулёз и болезни легких. -2014. - №10. - С. 20-23.
10. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Кавтарашвили С.М. Очаг туберкулезной инфекции и его значение в развитии туберкулеза у детей // Туберкулез и болезни легких. - 2015 – №1 - С. 19-24.
11. Валиев Р.Ш., Фатыхова Р.Х., Теплова Т.П., Игнатъева Е.В. Анализ причин развития туберкулеза у детей из группы риска по туберкулезу // Туберкулез и болезни легких. - 2015 – №5 - С. 56-57.
12. Нечаева О.Б. ВИЧ-инфекция и ее влияние на развитие эпидемического процесса при туберкулёзе // Медицинский алфавит. 2015. - Т.3. - № 21. – с. 5-10.

13. Бармина Н.А. Оценка факторов риска в очагах туберкулеза в Пермском крае // Туберкулёз и социально значимые заболевания. – 2016. - №3. – стр. 18-21.
14. Гиреев Т.Г., Гусейнов Г.К., Ханалиев В.Ю. и др. Анализ заболеваемости в эпидемических очагах республики Дагестан // Туберкулёз и болезни легких. - 2017. - Т.95. -№3. - С. 28-31.
15. Бармина Н.А., Барышникова Л.А. Возможности повышения эффективности профилактики заболевания у детей в очагах туберкулёзной инфекции на примере Пермского края // Туберкулёз и болезни легких. – 2018. – Т. 96. - №9. – С. 50-56.
16. Губкина М.Ф., Хохлова Ю.Ю., Юхименко Н.В., Петракова И.Ю., Стерликова С.С., Евсеева Н.И. Характеристика туберкулезных процессов у источников инфекции и у заболевших детей при различной продолжительности контакта // Туберкулез и болезни легких. - 2018 – Т 96. - №9 - С.17-22.
17. Овсянкина Е. С., Панова Л. В., Полуэктова Ф. А., Хитева А. Ю., Виечелли Е. А. Актуальные проблемы туберкулёза у подростков из очагов туберкулёзной инфекции // Туберкулез и болезни легких. - 2018 – Т 96. - №6 - С.17-20.
18. Голованова М.Н., Беликова Е.В., Челнокова О.Г. Обнаружение очагов неблагополучия по туберкулёзу с высоким риском заболевания детей на территории с использованием компьютерной программы // Туберкулез и болезни легких. -2019 – Т.97. - №1 - С. 55-56.
19. Романюха А.А., Каркач А.С., Борисов С.Е., Белиловский Е.М., Санникова Т.Е. Выявление длительно существующих очагов туберкулёзной инфекции в мегаполисе с помощью математических методов // Инфекционные болезни. – 2019. – т.17. - №2. – С. 67-73.
20. Золотарева Н.А. Лекарственно-устойчивый туберкулёз у детей и подростков // Туберкулёз у детей и подростков. – Сб. материалов научно-практической конференции 17-8 декабря 2009 г. – М., 2009. – С. 173-176.
21. Grandjean L., Grossa A., Gilman R.H., Herrera C., Bonilla C., Jave O. Tuberculosis in household contacts of multidrug-resistant tuberculosis patients // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2011. - № 15 (9). – P. 1164-1169
22. Абсадыкова Ф.Т., Медведева Н.В. Разработка оптимальных режимов профилактики туберкулеза у детей из очагов туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя // Туберкулез и болезни легких. -2015 – №7 - С. 14-14.
23. Александрова Е. Н., Морозова Т.И. Туберкулез у детей раннего возраста, проживающих в очагах с лекарственно-устойчивым туберкулезом // Туберкулез и болезни легких. -2015 – №5 - С. 26-27.

24. Губкина М.Ф., Хохлова Ю.Ю., Юхименко Н.В., Петракова И.Ю. Персонафицированные подходы к выбору режима химиотерапии туберкулеза органов дыхания у детей из эпидемических очагов туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя // Туберкулез и болезни легких. - 2016 – Т 94. - №9 - С.24-29.
25. Аксенова В.А, Клевно Н.И., Кавтарашвили С.М. и др. Очаг туберкулёзной инфекции как риск развития у детей туберкулёза множественной лекарственной устойчивостью// Туберкулёз и болезни легких. – 2018. - №1 . – С. 11-16.
26. Cruz Andrea T., Garcia-Prats Anthony J., Furin J., Seddon James A. Treatment of multidrug-resistant tuberculosis infection in children // *Pediatr. Infect. Dis. J.* – 2018. –Vol. 37, № 8. – P. 831.
27. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Казаков А.В., Гордина А.В., Фатыхова Р.Х. Превентивная химиотерапия у детей из очагов туберкулёза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя // Туберкулез и болезни легких. -2019 – Т.97. - №6 - С. 36-43.
28. Аксенова В.А., Клевно Н.И., Казаков А.В., Гордина А.В., Фатыхова Р.Х. Превентивная химиотерапия у детей из очагов туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью возбудителя // Туберкулез и болезни легких. - 2019 – Т 97. - №6 - С. 36-43.
29. Губкина М.Ф., Хохлова Ю.Ю., Петракова И.Ю., Юхименко Н.В. Эффективность ориентированной на пациента химиотерапии ограниченных туберкулёзных процессов у детей из эпидемических очагов туберкулёза с множественной/широкой лекарственной устойчивостью // Туберкулез и болезни легких. - 2019 – Т 97. - №2 - С. 20-25.
30. Лозовская М.Э., Курова А.С., Васильева Е.Б., Клочкова Л.В., Никифорова Н.А., Мосина А.В. Особенности клинического течения и химиотерапии туберкулеза у детей из очагов с различным спектром лекарственной чувствительности микобактерий // Туберкулез и болезни легких. - 2019 – Т 97. - №9 - С. 22-27.
31. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е., Стерликов С.А. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в Российской Федерации. // Туберкулез и болезни легких. 2017. - № 6. – с. 9 – 21.
32. World Health Organization. Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. – 2015. – Geneva. – P. 33. - Web site: www.who.int/tb

Приложение А1. Состав рабочей группы участвовавших в составлении методического руководства

1. Аксенова Валентина Александровна – д.м.н., профессор, конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
2. Бармина Наталья Александровна – к.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
3. Барышникова Лада Анатольевна – д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
4. Баронова Ольга Дмитриевна, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
5. Белиловский Евгений Михайлович, к.б.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
6. Довгалюк Ирина Федоровна, профессор, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
7. Долженко Елена Николаевна, конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
8. Казаков Алексей Владимирович, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
9. Камаева Наталья Геннадьевна, к.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
10. Клевно Надежда Ивановна, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
11. Лугинова Евдокия Федоровна, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
12. Мотанова Людмила Николаевна, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
13. Поддубная Людмила Владимировна, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
14. Попкова Галина Георгиевна, к.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;
15. Севостьянова Татьяна Александровна, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров»;

16. Фатыхова Рамзия Хамитовна, конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров».

17. Чугаев Юрий Петрович, д.м.н., конфликта интересов нет, член Общероссийской общественной организации «Российское общество фтизиатров».

Приложение А2. Методология разработки методического руководства

Целевая аудитория методического руководства:

1. Врач-фтизиатр
2. Врач-фтизиатр участковый
3. Врач-педиатр
4. Врач-педиатр участковый
5. Врач-специалист
6. Врач общей практики

Методы, использованные для сбора доказательств: Поиск в электронных базах данных.

Описание методов, использованных для сбора/селекции доказательств:

Доказательной базой для рекомендаций являются публикации, вошедшие в Кохрайновскую библиотеку, базы данных EMBASE и MEDLINE. Глубина поиска составила 5 лет. Шкала оценки уровня достоверности доказательности и уровня убедительности рекомендаций для диагностических вмешательств представлена ниже.

Шкала оценки уровни достоверности доказательности (УДД) для диагностических вмешательств

УДД	Источник доказательств
1	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ) или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1 или 2	Качественно проведенные мета-анализы, РКИ с низким риском систематических ошибок
3	Хотя бы одно хорошо выполненное контролируемое исследование без рандомизации
3	Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
4	Неаналитические исследования (например, описание случаев, серий случаев)
5	Мнение экспертов

Уровни убедительности рекомендаций (УУР) для диагностических вмешательств

УУР	Расшифровка
А	Однозначная (сильная) рекомендация (все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Неоднозначная (условная) рекомендация (не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

С	Низкая (слабая) рекомендация – отсутствие доказательств надлежащего качества (все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
---	---

Приложение А3. Связанные документы

1) Федеральный закон Российской Федерации от 30.03.1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения»;

2) Федеральный закон от 18.06.2001 N 77-ФЗ (ред. от 03.08.2018) "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"3);

3) Федеральный закон от 03.08.2018 г. № 314-ФЗ “О внесении изменений в Федеральный закон "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации";

4) Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»;

5) Постановление Правительства Российской Федерации от 01.12.2004 № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» (в редакции Постановления Правительства от 13.07.2012 № 710);

6) Приказ Минздравсоцразвития России от 14.09.2020 г. № 972н «Об утверждении Порядка выдачи медицинскими организациями справок и медицинских заключений»;

7) Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.11.2012 № 932-н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом»;

8) Приказ Минздрава Российской Федерации от 29.12.2014 № 951 «Об утверждении методических рекомендаций по совершенствованию диагностики и лечения туберкулеза органов дыхания»;

9) Приказ Минздрава Российской Федерации от 06.12.2021 № 1122н «Об утверждении Национального календаря профилактических прививок, календаря профилактических прививок по эпидемическим показаниям и порядка проведения профилактических прививок»;

10) Приказ Минздрава Российской Федерации от 21.03.2017 г. № 124 н «Об утверждении порядка и сроков проведения профилактических медицинских осмотров граждан в целях выявления туберкулеза»;

11) Санитарно-эпидемиологические правила СП 3.1.2.3114-13 «Профилактика туберкулеза» (утвержденные Постановлением Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 22.10.2013 г. № 60);

12) Постановление Главного Государственного санитарного врача Российской Федерации от 28.01.2021 № 4 «Об утверждении санитарных правил и норм САНПИН

3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»»

13) Приказ от 13 августа 2003 года N 410 «Об утверждении учетной формы № 089/у-туб "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, с рецидивом туберкулеза";

14) Приказ Минздрава России от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16-17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н»

Приложение Б1

Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза

Группа № _____
(эпидемической опасности)

Эпид № _____
от 20 ____ года

(образец)

Фамилия, имя, отчество _____

Адрес прописки _____ проживания _____

Дата рождения _____ профессия _____

Место работы _____ кем работает _____

Дата заболевания _____

Дата взятия на учет впервые в противотуберкулёзном диспансере _____

Дата 1-го выделения МБТ, способ, лекарственная устойчивость (к каким препаратам)

Дата госпитализации _____ Куда госпитализирован _____

Дата заключительной дезинфекции _____ (полная, без забора вещей, МОП)

Причина оставления больного на дому _____

Дата выписки из больницы _____

Дата вакцинации против туберкулеза _____, дата ревакцинации _____ (для детей и подростков)

Дата, место и результат последних рентгенологических обследований больного до момента выявления туберкулеза с выделением МБТ (за последние 2 года)

Болел ли туберкулезом раньше, где состоял на учете (дата, место, диагноз, группа учета)

Переход закрытой формы туберкулеза в открытую; из какой группы диспансерного учета

1. Диагноз _____

2. Даты обследований в диспансере в течение последних 2-х лет до обнаружения МБТ

3. Даты начала и окончания противорецидивного лечения _____

Осложнения, сопутствующая патология _____

Дата отстранения от работы _____

Даты передачи диспансером сведений о больном: по месту его работы _____, кто принял (Ф.И.О.)

Продолжительность рабочей смены (дневная, ночная, вечерняя), учебы (дневная, вечерняя) - подчеркнуть

Особые условия производства (профессиональная вредность)

Бюджет семьи в месяц _____ Вредные привычки _____

Предполагаемый источник заражения

Контакт с больным туберкулезом (в семье, квартире, по месту работы, обучения, воспитания и др.).

Ф.И.О. источника, степень родства, даты и продолжительность контакта _____

Жилищно-бытовые условия

Отдельная квартира, коммунальная квартира, общежитие, частный дом, др. _____

Число комнат в квартире _____ этаж _____ лифт (есть, нет)

Число контактных в квартире всего _____ чел., из них члены семьи больного _____, в т.ч.:

взрослых _____ чел. подростков _____ чел.

детей до 14 лет _____ чел. беременных _____ чел.

лиц с иммуносупрессией _____ чел.

работников детских, пищевых и приравненных к ним учреждений _____ чел.

Семья больного занимает _____ комнат, метраж _____ кв. м,

Больной занимает отдельную (смежную, изолированную) комнату _____ кв. м.

В одной комнате _____ кв. м с больным проживает _____ чел., в т.ч. детей _____

Санитарно-гигиеническая оценка квартиры, комнаты больного (сухая, сырая, солнечная, темная, теплая, холодная, грязная, чистая, заставленная вещами, просторная - подчеркнуть).

Отопление _____ канализация _____ вентиляция _____

Помещение нуждается в ремонте: да, нет, мелком, среднем, капитальном, не подходит для проживания. В каком году улучшились жилищные условия _____

Характеристика жилищно-бытовых условий по старому адресу _____

Санитарно-гигиенические навыки

Носильные вещи больного хранятся на отдельной вешалке, вместе, их обеззараживание _____
лишние вещи из комнаты удалены, нет.

Больной пользуется: отдельной, общей постелью - если общей, то с кем _____
отдельной, общей зубной щеткой; отдельным, общим полотенцем.

Посуда для пищи: отдельная, общая, моется: в комнате больного, в МОП, ее обеззараживание _____,
как хранится _____.

Грязное белье больного собирается _____, до стирки
обеззараживается:

а) кипячение в содовом растворе, б) замачивается _____ на _____ час, не обеззараживается.

Предохранительные меры при кашле соблюдает, нет (подчеркнуть).

Карманная плевательница есть, нет (указать количество) _____

Пользуется ею: дома - да, нет; в общественных местах - да, нет (подчеркнуть).

Способ обеззараживания мокроты и плевательницы _____

Кто обеззараживает плевательницу и мокроту (фамилия, родство) _____ не проводится (подчеркнуть).

Уборка в комнате больного и МОП: производится влажным способом, уборочная ветошь для комнаты больного: выделена, после употребления обеззараживается в _____ в течение _____ час.

в МОП и комнате больного применяется дезраствор _____

для _____ не проводится, не выделена, не обеззараживается (подчеркнуть).

Больной выполняет предложенный ему режим, не выполняет _____

Получает больной дезсредства, не получает.

Сколько в месяц _____

Участковая сестра диспансера посещает больного 1 раз в _____

Участковый врач-фтизиатр посещает больного 1 раз в _____

Примечание. Санитарно-гигиенические навыки проверяют при каждом посещении очага и отмечаются недочеты и предложения в разделе "Дневник наблюдения за очагом".

N п/п	План оздоровления очага (госпитализация, заключительная и текущая дезинфекция, обследование, химиопрофилактика, вакцинация, ревакцинация и изоляция контактных, косметический ремонт, предоставление изолированной жилой площади, обучение санитарно-гигиеническим навыкам, рациональное трудоустройство, сан.просвет. работа)	Срок исполнения	Дата выполнения

Дата первичного обследования очага _____ подписи:

ЦГСЭН _____ Туб. диспансер _____

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ В СЕМЬЕ И КВАРТИРЕ

N п/п	Фамилия, имя, отчество	Год и месяц рождения	Степень родства, знакомства	Место работы, учебы, должность и N детских учреждений	Дата сообщения туб. диспанс. по месту работы, учебы в дет. учр., кто принял	Дата установлен. диагноза	Здоров, диагноз (вираж, инфицирование, очаговый туберкулез в фазе инфильтрации и т.д.)
Контактные по семье							
Контактные по квартире							
Другие лица, подлежащие наблюдению (указать адрес прописки, проживания)							

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ В СЕМЬЕ И КВАРТИРЕ

Дата вакцинации и ревакцинации БЦЖ	Указать срок и метод изоляции новорожденного	Дата, результат обследования, химиопрофилактика контакт. и др. меры							
		20__ год				20__ год			
		квартал				квартал			
		I	II	III	IV	I	II	III	IV

ИЗОЛЯЦИЯ БОЛЬНОГО И ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНАЯ ДЕЗИНФЕКЦИЯ

Больной выбыл (в больнице, санатории, времен.выезд и др. причины)		Дата возвращения в очаг	Проведение заключ. дезинф.		Дата ремонта		
			дата МОП	комната больного			
когда	куда					с забором вещей	без забора вещей

СВЕДЕНИЯ О ВЫДЕЛЕНИИ МБТ И ИЗМЕНЕНИИ ДИАГНОЗА

Повторные исследования на МБТ			Изменение клинического диагноза	
способ	дата	результат (ЛЮ)	дата	диагноз

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОНТАКТНЫМИ В СЕМЬЕ И КВАРТИРЕ

(ПРОДОЛЖЕНИЕ)

Дата, результат обследования, химиопрофилактика контактных и другие меры							
20__ год				20__ год			
квартал				квартал			
I	II	III	IV	I	II	III	IV

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ОЧАГОМ

Дата	Повторные посещения очага, что выявлено и предложено при посещении	Подпись
------	--	---------

Дата снятия с учета _____ причина (прекращение бактериовыделения, переезд, смерть)

Обоснование для снятия с учета бактериовыделителей МБГ _____

При переезде указать количество выезжающих, адрес, метраж.

Дата _____

Подпись _____

Приложение Б2
Направление к врачу-фтизиатру

МЕДИЦИНСКАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ

Направление к врачу-фтизиатру

ФИО: _____

Дата рождения (возраст): _____

Адрес проживания: _____

Адрес прописки: _____

Образовательная организация: _____

Класс/группа: _____

Прививки против туберкулеза: _____

Результаты иммунодиагностики туберкулезной инфекции: _____

Ранее обследован(а) у врача-фтизиатра: _____ Диагноз: _____

Наблюдение у врачей-специалистов (диагноз): _____

Для консультации необходимо иметь: результаты общего анализа крови, результаты общего анализа мочи, результаты флюорографического обследования взрослых членов семьи ребенка.

Заключение врача-фтизиатра предоставить до: _____

Дата _____ Подпись _____ (_____)

Расшифровка подписи

Тел.

М.П.

Приложение Б3

Журнал регистрации передачи очагов туберкулезной инфекции врачу-фтизиатру на детский участок

№	ФИО больного	Контакт ные дети	Адрес проживания	Диагн оз	Группа ГДУ	дата МБТ(+)	Дата выявления больного	Дата передачи и контактных	ФИО принявшего контактных	подпись

Приложение Б4

Журнал передачи очагов туберкулезной инфекции от врача-фтизиатра с детского участка врачу-фтизиатру взрослого участка

№	ФИО больного ребенка	Адрес проживания	Детское учреждение	родственники	Диаг ноз	Дата выявления больного	Дата передачи очага	ФИО принявшего очаг	подпись
---	----------------------------	---------------------	-----------------------	--------------	-------------	-------------------------------	---------------------------	---------------------------	---------

Приложение Б5

Чек-лист (критерии снятия очага с эпидемиологического учета)

Критерий	Отметка о выполнении	
	Да	Нет
Проведено первичное обследование очага		
Первичное обследование очага проведено с участием специалистов органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и (или) специалистов учреждений, обеспечивающих их деятельность		
Оформлена Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза		
Составлен План оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции		
Источник заражения установлен		
Случай туберкулеза в очаге один		
Случаев туберкулёза в очаге 2 и более		
Изолирован источник туберкулёзной инфекции		
Дети из контакта с больным туберкулезом разобщены		
Проведена заключительная дезинфекция		
Проведена заключительная дезинфекция в течение 24 часов с момента получения заявки		
Проведена внеочередная заключительная дезинфекция		
Проводится текущая дезинфекция		
План оздоровительных мероприятий в очаге туберкулезной инфекции выполнен в полном объеме		
Наблюдение за контактными лицами осуществляется в полном объеме		
Длительность наблюдения за очагом соответствует требованиям		
В очаге туберкулезной инфекции отсутствуют повторные случаи заболевания		
Очаг туберкулезной инфекции подлежит снятию с наблюдения		