



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

"Организация и содержание
противоэпидемических мероприятий в очагах
туберкулеза. Методические указания N
2000/185"
(утв. Минздравом РФ 28.04.2001)

Документ предоставлен [КонсультантПлюс](#)

www.consultant.ru

Дата сохранения: 17.08.2013

Утверждаю
Первый заместитель
Министра здравоохранения
Российской Федерации
Г.Г.ОНИЩЕНКО
28 апреля 2001 г.

Согласовано
Начальник Управления
научно-исследовательских
медицинских учреждений
С.Б.ТКАЧЕНКО
28 апреля 2001 г.

Согласовано
Руководитель
Департамента государственного
санитарно-эпидемиологического
надзора
С.И.ИВАНОВ
27 апреля 2001 г.

ОРГАНИЗАЦИЯ И СОДЕРЖАНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА

МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ N 2000/185

АННОТАЦИЯ

Показаны основные направления работы в очагах туберкулеза антропонозного и зоонозного происхождения в изменившихся социально-эпидемиологических условиях. Представлена современная классификация очагов и соответствующий ей комплекс противоэпидемических мероприятий.

Методические указания предназначены для специалистов противотуберкулезных учреждений, общей лечебной сети, центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора, дезинфекционных станций.

Методические указания разработаны сотрудниками Санкт-Петербургского научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Минздрава России - д.м.н., профессором Левашевым Ю.Н., Гришко А.Н., к.м.н. Нечаевой Н.Е., к.м.н. Гращенковой О.В., к.м.н. Галкиным В.Б.; Научно-исследовательского института фтизиопульмонологии Московской медицинской академии им. Сеченова - д.м.н., профессором Шиловой М.В., к.м.н. Хрулевой Т.С., д.м.н. Фроловой О.П., профессором Аксеновой В.А., к.м.н. Мейснером А.Ф.; Санкт-Петербургского научно-исследовательского института эпидемиологии и микробиологии им. Пастера - д.м.н., профессором Шляхтенко Л.И.; кафедры эпидемиологии Санкт-Петербургской академии последипломного образования - к.м.н. Клепацкой С.Б.; Санкт-Петербургского городского противотуберкулезного диспансера - к.м.н. Жемковым В.Ф., Шпаковской Л.Р., Петровой Л.И., Захаровой О.П.; Отделения туберкулеза Ленинградского областного онкологического диспансера - д.м.н. Голубевой Т.М.; Противотуберкулезного диспансера г. Вышнего Волочка Тверской обл. - Миляевым А.А.; Городского центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Санкт-Петербурге - Парковым О.В., Лариной О.О.; Областного центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора в Ленинградской области - Малеванным И.Н., Слесаренко Л.Н.; Санкт-Петербургской городской дезинфекционной станции - Богделем И.С., Сливинской С.Ф.; кафедры эпизоотологии Санкт-Петербургской Государственной

академии ветеринарной медицины - доктором ветеринарных наук Широбоковой М.М.

ВВЕДЕНИЕ

Туберкулез в современный период представляет серьезную медико-социальную проблему для России. Наступившее в стране с начала 90-х годов ухудшение эпидемической ситуации продолжается в настоящее время. За последние 7-8 лет заболеваемость туберкулезом в стране возросла более чем в 2 раза и составила в 1999 г. 85,2 на 100 тыс. населения. Эпидемическое неблагополучие подтверждается продолжающимся ростом заболеваемости детей: с 7,4 в 1989 г. до 17,9 - в 1999 г. на 100 тыс. детского населения. В изменившихся условиях, наряду с повсеместно увеличивающейся заболеваемостью туберкулезом, существенно возросло число скрытых источников инфекции. На этом фоне изменился медико-социальный статус бактериовыделителей. Это, прежде всего, мужчины работоспособного возраста (свыше 70%), страдающие распространенными, деструктивными формами туберкулеза, с низким материальным доходом и нередко с социальной дезадаптированностью.

Клиническая и социальная отягощенность источников инфекции повышает риск заражения в очагах туберкулеза. Этому способствует и нарастание в последние годы агрессивных свойств возбудителя - высокой вирулентности, лекарственной устойчивости, особенно - ее полирезистентности. Высокую эпидемическую опасность источников инфекции туберкулеза в современный период подтверждает высокая заболеваемость туберкулезом лиц, общавшихся с бактериовыделителями, в первую очередь - детей и подростков. Заболеваемость "контактных" в десятки раз превышает таковую среди всего населения.

В создавшихся условиях в России пересмотрены вопросы профилактики заболевания. Так, Федеральным [законом](#) от 17.09.98 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" предусмотрено обязательное проведение профилактических прививок против девяти инфекционных заболеваний, в том числе и туберкулеза. В соответствии с ним определен новый [календарь](#) вакцинопрофилактики против туберкулеза, отличающийся от существующего ранее (приказ Минздрава РСФСР от 29.05.1980 г. N 324, приложение N 10) сроками первичной вакцинации и ревакцинации. Изменены показания и противопоказания к проведению прививок против туберкулеза. В связи с ранней выпиской из акушерских стационаров, предусмотренной [приказом](#) Минздрава России от 26.11.97 г. за N 345 "О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах", возникает необходимость определения мероприятий по предупреждению заболевания новорожденного из очага туберкулеза и разработки показаний для вакцинации новорожденных в данных случаях. Традиционно проводимые противоэпидемические мероприятия не контролируют в полной мере эпидемический процесс в очагах туберкулеза. Работа в очагах не отражается в унифицированных документах и трудно поддается оценке. При проведении противоэпидемических мероприятий не учитываются специфические особенности очагов, расположенных на территориях с различной плотностью населения (городской, сельский очаг и т.д.). В действующих директивных документах не нашла четкого отражения работа в очагах зоонозного происхождения. Методика профилактического лечения в очагах туберкулеза также требует пересмотра в связи с новыми подходами к антибактериальному лечению туберкулезной инфекции.

Накопленный научный и практический опыт указывает на необходимость пересмотра существовавших ранее критериев оценки очагов туберкулеза, в связи с чем требуются новые подходы к работе в очагах, адекватные изменившимся социально-экономическим условиям жизни и современным эпидемиологическим тенденциям.

ОПИСАНИЕ МЕТОДА

Формула метода. Предложен комплекс противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза, основанный на использовании современных критериев для характеристики очагов и дифференцированном подходе к проведению противоэпидемических мероприятий в них на различных территориях с учетом особенностей очагов антропонозного и зоонозного происхождения; предложена "Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза", позволяющая в динамике не только описывать, но и оценивать очаги туберкулеза и проводимые в них мероприятия.

Показания и противопоказания к применению. Предлагаемую систему организации и содержания

противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза целесообразно применять для унификации деятельности всех специалистов страны, участвующих в проведении эпидемиологического обследования очагов и реализации мер по их оздоровлению. Противопоказаний к применению метода нет. Условием эффективного использования этого метода является адекватная медицинская подготовка специалистов.

Материально-техническое обеспечение. Для применения метода требуется стандартное оборудование учреждений противотуберкулезной службы и общей лечебной сети, центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора (ЦГСЭН) и дезинфекционных станций. Из дополнительных средств необходимо обеспечение всех специалистов достаточным тиражом "Карт эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза".

ОПИСАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕТОДА

1. Общие положения

Под эпидемическим очагом туберкулеза понимается место пребывания источника микобактерий туберкулеза вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний.

Источниками микобактерий туберкулеза являются больные люди и животные, выделяющие во внешнюю среду возбудителей человеческого вида (антропонозный туберкулез) или бычьего вида (зоонозный туберкулез). Если заболевание вызвано нетуберкулезными микобактериями, его относят к микобактериозам.

По степени эпидемической опасности источники микобактерий туберкулеза неоднородны. Целесообразно выделять несколько категорий больных, в окружении которых должен проводиться комплекс противоэпидемических мероприятий.

Основную наиболее опасную для окружающих и многочисленную категорию источников инфекции составляют больные активным туберкулезом органов дыхания, у которых выделение возбудителя установлено любым из обязательных при обследовании методов (бактериоскопия, посев).

Источниками инфекции являются и больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного указанными методами бактериовыделения. Ввиду выделения незначительного количества микобактерий, они опасны в основном для высоковосприимчивых детей, подростков и других лиц со сниженным иммунитетом.

Очаги туберкулеза формируют также больные внелегочными локализациями процесса, которые выделяют возбудителя через свищевые ходы, с мочой, испражнениями, выделениями из полости матки и влагалища и менструальной кровью. Эти больные представляют меньшую эпидемическую опасность для окружающих, чем больные туберкулезом органов дыхания.

Животные создают особую категорию источников микобактерий.

Эпидемические очаги туберкулеза имеют пространственные и временные границы. В пространственные границы антропонозного очага входят жилище больного, место его работы, обучения, воспитания, лечения, а также коллективы и группы людей, с которыми он общается постоянно, периодически или временно. Очагом может оказаться квартира, дом, общежитие, учреждение социального обеспечения, детское учреждение, лечебно-профилактическое учреждение, подразделение предприятия, весь небольшой населенный пункт (деревня, поселок), если его жители тесно общаются между собой.

Временные границы существования очага включают два срока: весь период общения с источником микобактерий и продолжительность инкубации у контактных. Вероятность повышенной заболеваемости контактных в очаге сохраняется еще год после снятия больного с бактериологического учета.

Опасность больного туберкулезом как источника инфекции и риск возникновения в очагах новых заболеваний зависят от следующих основных факторов:

- локализации процесса у больного, так как поражение органов дыхания формирует наиболее мощный аэрогенный механизм передачи возбудителя, сопровождающийся интенсивным обсеменением очага;

- массивности выделения больным микобактерий, их жизнеспособности, лекарственной устойчивости и вирулентности;

- качества выполнения больным и контактными противоэпидемического режима;
- наличия в окружении больного детей, подростков, беременных женщин и других лиц с повышенной восприимчивостью к туберкулезной инфекции;
- характера жилища (общежитие, коммунальная, отдельная квартира, индивидуальный дом, учреждение закрытого типа), определяющего возможность изоляции больного, теснота общения с контактными, их количество, а также - уровня санитарно-коммунального благоустройства жилища (горячее и холодное водоснабжение и т.д.);
- социального статуса больного, влияющего на невыполнение режима терапии и противоэпидемического режима в очаге.

Конкретное сочетание указанных факторов и различный уровень их выраженности и определяют степень эпидемической опасности очага.

В различных коллективах, группах населения, вследствие интенсивной миграции населения при значительном количестве не выявленных источников инфекции могут возникнуть групповые заболевания туберкулезом, то есть вспышки. Вспышкой называется ограниченное по масштабам и времени возникновение группы этиологически однородных заболеваний, объединенных общим источником, путями передачи и условиями заражения. Они могут возникать в детских коллективах, по месту работы, учебы, в учреждениях социального обеспечения, лечебно-профилактических учреждениях с продолжительным пребыванием больных (психиатрические и др. учреждения), в небольших относительно изолированных населенных пунктах, где имеются условия для частого и тесного общения людей.

Очаги туберкулеза со вспышечным характером эпидемического процесса требуют особенно глубокого, комиссионного изучения специалистами фтизиатрической и противоэпидемической служб и разработки с участием администрации учреждения и администрации населенного пункта плана мероприятий по их локализации и ликвидации.

Если эпидемический процесс с групповыми заболеваниями туберкулезом принимает в границах очага затяжной характер, такой тип процесса относят к эндемическому. В этих случаях в населенном пункте или коллективе имеются устойчивые условия, способствующие развитию эпидемического процесса, поэтому требуется комиссионное обследование очага специалистами. В разработке и реализации плана противотуберкулезных мероприятий в подобных очагах, кроме фтизиатров и эпидемиологов, обязательно участвует администрация территории или учреждения.

2. Классификация очагов туберкулеза

Очаги туберкулеза по своей эпидемиологической характеристике крайне неоднородны. В зависимости от риска возникновения новых заболеваний их следует разделить на 5 групп: очаги с наибольшим риском заражения туберкулеза, с меньшим риском, минимальным и потенциальным риском. Особое место среди них составляют очаги зоонозного типа ([приложение 1](#)).

К первой группе относят очаги, сформированные больными туберкулезом органов дыхания, у которых установлено выделение микобактерий туберкулеза (МБТ). В этих очагах сочетаются все или большая часть неблагоприятных факторов: проживают дети и подростки, имеют место грубые нарушения больным противоэпидемического режима, тяжелые бытовые условия. Такие условия чаще всего встречаются в общежитиях, коммунальных квартирах, учреждениях закрытого типа, в которых невозможно выделить для больного отдельную комнату. Это социально отягощенные очаги. Среди них необходимо выделять "территориальные" очаги туберкулеза. Территориальный очаг туберкулеза - это квартира, в которой проживает больной туберкулезом органов дыхания с обильным бактериовыделением (МБТ определяются методом бактериоскопии мазка мокроты или дают сплошной рост при посеве на питательные среды), лестничная клетка и подъезд этого дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором.

Во вторую группу включают очаги, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания, выделяющие МБТ, но проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков, где больной соблюдает санитарно-гигиенический режим. Это социально благополучные очаги.

К третьей группе относят очаги, где проживают больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного при взятии на учет выделения МБТ, но проживающие с детьми и подростками. Эту группу очагов формируют также больные с внелегочными локализациями туберкулеза с выделением

МБТ и без выделения МБТ с наличием язв и свищей.

Четвертая группа формируется из очагов, в которых у больных активным туберкулезом органов дыхания установлено прекращение выделения МБТ в результате лечения (условные бактериовыделители), проживающие без детей и подростков и не имеющие отягощающих факторов.

К этой же группе относят очаги, где больной, выделяющий МБТ, выбыл (умер). Это контрольная группа очагов.

Пятую группу составляют очаги зоонозного происхождения.

Принадлежность очага туберкулеза к той или иной группе определяет участковый фтизиатр при обязательном участии врача-эпидемиолога. Этот порядок сохраняется при переводе очага из одной эпидемиологической группы в другую в случае изменения в очаге условий, повышающих или понижающих риск заражения или заболевания.

3. Регистрация и учет очагов туберкулеза

На каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, в т.ч. посмертно, по месту его выявления в каждом медицинском учреждении, независимо от ведомственной подчиненности, врачом заполняется учетная форма N 089/у-00 "Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза...". Диагноз туберкулеза устанавливается только врачом-фтизиатром. При наличии у больного двух локализаций туберкулеза, например, туберкулез легких и туберкулез коленного сустава, в извещении указываются обе локализации. На первое место ставится более тяжелое поражение. Извещение на выявленного больного в трехдневный срок направляется в территориальный орган Госсанэпиднадзора. Дубликат извещения высылается в противотуберкулезное учреждение (кабинет, диспансер) по месту жительства больного (Приказ Минздрава РФ от 07.08.00 N 315), см. Приложение 4 - не приводится.

На больных, у которых установлено выделение МБТ, кроме указанной ф. 089/у-00, составляется "Экстренное извещение" по ф. 058-у, которое в течение 24 часов пересылается в районный (городской) ЦГСЭН и противотуберкулезное учреждение по месту прописки, по месту фактического проживания и работы больного.

Извещение по ф. 058-у заполняется не только на больных с впервые диагностированным туберкулезом, сопровождающимся выделением МБТ, но и при выявлении МБТ у больных, не выделявших их ранее, а также в случае смерти от туберкулеза больных, не состоявших при жизни на учете тубдиспансера. На лиц, не имеющих постоянного места жительства и прописки, извещение составляется диспансером по месту выявления заболевания. В крупных городах для более оперативного и исчерпывающего проведения противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза регистрация больных активным туберкулезом с информацией в объеме ф. 058-у в течение 24 часов может передаваться по телефону в отделы учета и регистрации инфекционных больных дезинфекционных станций с последующей экстренной передачей сведений в противотуберкулезные диспансеры и территориальные центры Госсанэпиднадзора по месту жительства, работы и учебы больного.

В районном (городском) центре Госсанэпиднадзора вся поступившая информация по форме N 089/у-00 и форме 058-у вносится в "Журнал учета инфекционных заболеваний" (ф. N 60-у), домовую картотеку, картотеку предприятий и учреждений.

При возникновении в очаге групповых заболеваний или случаев смерти от туберкулеза (2 и более случая) противотуберкулезные диспансеры и центры Госсанэпиднадзора должны информировать об этом вышестоящие учреждения.

Между центрами Госсанэпиднадзора, противотуберкулезными диспансерами и лечебно-профилактическими учреждениями должна быть постоянная и оперативная взаимная информация о больных туберкулезом.

Для учета контингентов больных с установленным выделением МБТ и с распадом легочной ткани в центрах Госсанэпиднадзора ежегодно по состоянию на 1 января уточняются сведения о больных, оставшихся с прошлых лет, и о новых больных. Для унификации учета центры Госсанэпиднадзора ежемесячно осуществляют сверку с противотуберкулезными диспансерами сведений на вновь зарегистрированных и снятых с учета больных, остальные данные уточняются 2 раза в год.

В соответствии с требованиями статистической отчетной формы 2 "Сведения об инфекционных и

паразитарных заболеваниях", утвержденной Постановлением Госкомстата РФ 05.05.99 N 30 районные и городские противотуберкулезные диспансеры страны ежемесячно до 2-го числа после отчетного месяца сообщают в районные и городские центры Госсанэпиднадзора сведения обо всех выявленных первичных больных активными формами туберкулеза.

При первом посещении очага туберкулезной инфекции совместно эпидемиологом и фтизиатром заполняется "Карта эпидемиологического обследования и наблюдения очага инфекционного заболевания" (ф. 357/у, утвержденная 04.10.1980 г. в приложении к приказу МЗ СССР N 1030). Она ведется при дальнейшем наблюдении очага в противотуберкулезных диспансерах и центрах ГСЭН. Этой картой рекомендуется пользоваться до разработки и утверждения новой "Карты эпидемиологического обследования и наблюдения очага туберкулезной инфекции".

4. Первичное эпидемиологическое обследование очага и проведение в нем противоэпидемических мероприятий

4.1. Цель и задачи противоэпидемической работы в очагах туберкулеза

Целью противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза является предупреждение новых случаев инфицирования МБТ и заболеваний в окружении больного. Важным является также привитие больному таких навыков, которые снижают его опасность как источника инфекции для окружающих не только в очаге по месту жительства, но и за его пределами.

В работе в очаге туберкулеза можно выделить 3 периода:

1. Первичное обследование и проведение первичных мероприятий.
2. Динамическое наблюдение за очагом.
3. Подготовка к снятию с учета и исключение его из числа очагов туберкулеза.

Основную часть противоэпидемической работы в очагах осуществляет фтизиатрическая служба. В обязанности фтизиатрической службы по разделу работы в очагах входят:

- Эпидемиологическое обследование очага, оценка риска заражения в очаге в соответствии с факторами риска (раздел 2 и приложение 1), разработка плана мероприятий, динамическое наблюдение за очагом; первичное обследование очага антропонозного туберкулеза целесообразно проводить со специалистом территориального Центра Госсанэпиднадзора, а очага зоонозного туберкулеза - специалистами фтизиатрической, санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб.

- Госпитализация и лечение больного.
- Изоляция больного в пределах очага, если он не госпитализирован, и изоляция детей.
- Заказ и организация заключительной дезинфекции, организация текущей дезинфекции и обучение ее методам больного и контактных.
- Первичное обследование контактных.
- Наблюдение за контактными и их динамическое обследование (проведение флюорографического обследования, проб Манту, бактериологического обследования, общих клинических анализов).
- Проведение профилактического лечения, ревакцинация БЦЖ неинфицированных контактных.
- Работа с больным и контактными по обучению их здоровому образу жизни и гигиеническим навыкам.

- Представление документов на улучшение жилищных условий в отдел учета и распределения жилой площади территориального управления административного района (города).

- Определение условий, при которых очаг может быть снят с эпидемиологического учета.
- Заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага и проводимых в нем мероприятий.

В небольших населенных пунктах, отдаленных от диспансера, эти мероприятия выполняют специалисты участковой амбулаторно-поликлинической сети при методической помощи фтизиатра диспансера и эпидемиолога центра Госсанэпиднадзора.

В обязанности центра Государственного санитарно-эпидемиологического надзора по разделу работы в очагах туберкулеза входят:

- Проведение первичного эпидемиологического обследования очага, завершающегося определением его границ и разработкой плана оздоровления, обязательно совместно с фтизиатром.
- Ведение необходимой учетной и отчетной документации (ф. 060-у, домовая картотека, картотека

учреждений, "Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза", отчеты по [ф. 1](#) и [2](#)).

- Оказание фтизиатрам помощи в организации и проведении противоэпидемических мероприятий в очаге.

- Динамическое наблюдение в очагах, внесение дополнений и изменений в план мероприятий.

- Эпидемиологический анализ ситуации по району в целом в очагах туберкулеза, оценка эффективности работы в очагах на обслуживаемой территории и обсуждение совместно с фтизиатрами результатов этой работы.

- Контроль за своевременностью, качеством и полнотой проведения в очагах всего комплекса противоэпидемических мероприятий.

Важнейшим условием успешной работы в очагах является постоянный контакт фтизиатра и эпидемиолога и согласованность в их действиях.

О каждом случае впервые выявленного туберкулеза органов дыхания у сельского жителя территориальный ЦГСЭН ставит в известность ветеринарную службу, представители которой обследуют на туберкулез домашних животных в хозяйстве больного. В тоже время ветеринарная служба сообщает в центры Госсанэпиднадзора о всех случаях выявления животных, положительно реагирующих на туберкулин. Специалист ветеринарной службы принимает обязательное участие в определении комплекса мероприятий в очагах зоонозного туберкулеза.

4.2. Содержание первичного обследования очага и первичных противоэпидемических мероприятий по месту жительства больного

Первичное посещение очага по месту жительства больного проводится участковым фтизиатром и эпидемиологом не позднее 3-х дней от момента его регистрации. При этом уточняют место жительства, профессию больного, возможность его проживания по другим адресам; выявляются контактные по семье, квартире, с другими родственниками и лицами. Крайне важно уточнить сведения о месте работы (обучения), в т.ч. по совместительству (адрес, район и т.д.), где также формируется очаг. При посещении очага заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за туберкулезным очагом по единой форме для противотуберкулезных диспансеров и центров Госсанэпиднадзора ([Приложение 2](#)). В очаге детально оцениваются условия быта, уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи и других контактных. Со всеми контактными проводится беседа о состоянии их здоровья, о сроках и содержании их обследования, характере дальнейшего наблюдения, обсуждается план оздоровительных мероприятий. Детально обсуждаются вопросы противоэпидемических мероприятий. Врач отвечает на все вопросы. Разрабатывается план оздоровления очага. Содержание обследования, бесед и рекомендаций должно обязательно отвечать требованиям медицинской этики. Это особенно важно при возвращении больного из стационара.

В ходе первичного эпидемиологического обследования очага следует решить вопрос о максимально возможной изоляции больного в домашних условиях - выделить больному отдельную комнату или часть ее, отгороженную ширмой, кровать, вешалку, полотенце, посуду, белье.

Заключительная дезинфекция осуществляется по заявке противотуберкулезного диспансера (кабинета) не позднее суток с момента госпитализации или выбытия больного. Договоренность о времени ее проведения и беседа о содержании дезинфекционных мероприятий реализуется фтизиатром в процессе обследования очага до госпитализации больного.

Не позднее 3-х дней после установления диагноза туберкулеза, подлежащего регистрации в центре Госсанэпиднадзора, противотуберкулезный диспансер сообщает о больном по месту его работы или учебы, в детское дошкольное учреждение, школу, в поликлинику, женскую консультацию, а также - в районное жилищно-эксплуатационное управление для исключения вселения в квартиру больного новых жильцов или вселения в коммунальные квартиры больных туберкулезом. В поликлиниках и женских консультациях проводится обмен информацией о больных, маркировка историй болезни больных и лиц, находящихся в контакте с больным. Женские консультации сообщают в противотуберкулезные диспансеры информацию о беременных, состоящих на учете в ПТД, включая контактных с больными.

Особых подходов к определению границ и выявлению контактных лиц требует очаг туберкулеза в крупных городах. "Городской" очаг не ограничивается семьей, квартирой, производством, а имеет

размытые контуры, определяемые многочисленными связями больного - бытовыми, родственными, транспортными (миграционными), случайными или возможными. В связи с этим резко возрастает число контактных лиц и составляет в течение дня более 30 человек. С учетом транспортных контактов оно может достигать 50 человек, хотя официально на одного бактериовыделителя учитывается в среднем не многим более 3-х человек - членов семьи и соседей по квартире. В связи с этим значительная часть городских очагов является "территориальными" (см. [классификацию](#) очагов). В этом случае в квартире больного проводится полный комплекс противоэпидемических мероприятий. На лестничной клетке и в подъезде дома, где находится квартира бактериовыделителя, дезинфекционные мероприятия проводятся 1 раз в квартал в течение всего периода бактериовыделения. Дети и подростки, проживающие в территориальном очаге, учитываются как контактные (по IV группе диспансерного учета) с проведением целенаправленных профилактических мероприятий (обследование 1 раз в 6 месяцев и проведение курса превентивной терапии в первый год). Следовательно, при эпидемиологическом обследовании городского очага необходимо определять его границы с обязательным учетом и обследованием не только семейных, квартирных и производственных контактных, но и родственников, друзей и знакомых, общающихся с больным.

Сведения обо всех учтенных контактных диспансер передает в поликлинику, диспансер по месту жительства контактных, в детское учреждение, которое ребенок посещает, в здравпункт или медсанчасть по месту работы, в медицинский кабинет по месту обучения. Сведения на каждого контактного ребенка и подростка, выявленного в очаге, отделение диспансера для взрослых передает в детское отделение. В детском отделении тубдиспансера должны быть картотеки на все очаги больных с активными формами туберкулеза (1-2 группа диспансерного учета), контактных с ними детьми, проживающих совместно с больным и подлежащих обследованию в тубдиспансере.

Срок полного первичного обследования контактных лиц не должен превышать 14 дней с момента выявления больного. При обследовании проводятся: осмотр фтизиатра, флюорографическое обследование органов грудной клетки, туберкулиновые пробы, клинические анализы крови, мочи, мокроты, отделяемого из свищей и другого диагностического материала на МБТ.

Эпидемиологическое обследование в общежитиях проводится при участии представителя администрации. Особенно большое внимание следует уделять выявлению и обследованию контактных лиц, так как проживающие в общежитии относятся к группам повышенного риска заболевания в связи с более тесным общением между собой. При обследовании выясняются также организация вселения, учет проживающих, качество проведения барьерных осмотров, в том числе флюорографических, регулярность и результаты обследования на туберкулез проживающих и сотрудников. При выдаче санитарных паспортов на общежитие центры Госсанэпиднадзора должны контролировать все вышеперечисленные вопросы.

Детям, подросткам и взрослым, находящимся в контакте с бактериовыделителями, проводится профилактическое лечение, в соответствии с действующими инструкциями и [приказом](#) Минздрава России N 33 от 02.02.98 "Об утверждении стандартов (модели протоколов) лечения больных туберкулезом (приложение N 4).

Дети и подростки, неинфицированные туберкулезом и инфицированные более года без дополнительных медико-социальных факторов риска из семейных, родственных, квартирных контактов с бациллярными больными или животными, а так же с бактериовыделителями, выявленными в детских и подростковых учреждениях получают 3-х месячный курс одним противотуберкулезным препаратом. По окончании курса лечения, если сохраняется отрицательная реакция на туберкулин (2 ТЕ ППД-Л) дети могут прекратить лечение и находиться под наблюдением диспансера. Если выявляется "вираж" туберкулиновых проб или гиперергическая чувствительность к туберкулину лечение должно быть продолжено до 6-и месяцев 2-мя противотуберкулезными препаратами (с учетом лекарственной устойчивости выделяемых бактериовыделителем МБТ) с проведением углубленного рентгено-томографического обследования органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, ан. мочи на БК и др. по показаниям.

Дети и подростки, с гиперергической реакцией на туберкулин или (и) "виражом" туберкулиновых проб, или с нарастанием чувствительности на туберкулин более 6 мм, находящиеся в контакте с больными туберкулезом выделяющим МБТ, должны получать контролируемую превентивную терапию двумя противотуберкулезными препаратами с учетом лекарственной чувствительности микобактерий.

Повторные курсы профилактического лечения проводятся ежегодно в весенне-осенние периоды.

Длительность и объем проводимого лечения решается индивидуально с учетом характера чувствительности к туберкулину и длительности контакта с больным туберкулезом.

Новорожденному ребенку от матери больной активной формой туберкулеза, независимо от выделения МБТ, при рождении делают прививку БЦЖ в родильном доме. При этом необходимо полностью изолировать ребенка от больной матери не менее чем на 8 недель, для чего новорожденного помещают в специализированное отделение или (по показаниям) ребенок выписывается домой к родственникам. Перед выпиской проводится обследование будущего окружения новорожденного и дезинфекция всех помещений. Мать на этот период госпитализируют для лечения. Ребенок переводится на искусственное вскармливание. Если новорожденный был в тесном контакте с больной матерью до введения вакцины БЦЖ (рождение ребенка вне медицинского учреждения и др.), вакцинация против туберкулеза не проводится. Ему назначается курс химиопрофилактики на 3 месяца и только после этого при отрицательной реакции на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л прививают вакциной БЦЖ-М. Если туберкулез у матери новорожденного установлен после введения вакцины БЦЖ и не был известен тубдиспансеру, профилактическое лечение ребенку проводится независимо от сроков введения вакцины БЦЖ. Данные дети находятся под тщательным наблюдением диспансера как наиболее уязвимая группа риска по заболеванию.

Контроль и выдача лекарственных средств среди контактных осуществляется медицинским персоналом детских учреждений и здравпунктов по месту работы или учебы контактных, для чего противотуберкулезный диспансер передает туда препараты и процедурные листы. В отношении неработающих взрослых лиц и детей, не посещающих детские учреждения, профилактические мероприятия обеспечивает противотуберкулезный диспансер.

В карте эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом против фамилии контактного лица фиксируется название, дата начала и окончания курса и общее количество принятых противотуберкулезных препаратов.

При возникновении очагов с 2-мя и более случаями туберкулеза необходимо установить: причину очаговости, взаимосвязь и очередность их возникновения, проанализировать сроки заболевания и сопоставить с изменениями в легких на рентгенограмме у каждого больного, определить их давность, изучить плотность популяции и чувствительность МБТ к противотуберкулезным препаратам.

4.3. Первичное обследование очага и противоэпидемические мероприятия по месту работы или учебы больного

В целях борьбы с туберкулезом на промышленных предприятиях администрация и медицинские работники должны осуществлять весь комплекс оздоровительных, профилактических и лечебных мероприятий, предусмотренными директивными документами. Не позднее 7 дней после получения сообщения о больных, выделяющих МБТ, фтизиатром и эпидемиологом проводится эпидемиологическое обследование предприятия. При необходимости привлекается специалист по промышленной гигиене.

Выясняются причины и своевременность выявления заболевания. Выявляется возможный по месту работы (учебы) источник заражения, определяется круг контактных с больным лиц, обсуждается объем их обследования и содержание других мероприятий.

К числу контактных по производству относят рабочих и служащих, находящихся в окружении больного активной формой туберкулеза с бактериовыделением в условиях цеха, бригады, смены и др. Особое внимание уделяется лицам, находившимся в тесном контакте. К ним относят работающих на расстоянии 1,5-2 м от больного, а также пользующихся одним и тем же производственным инструментом. Уточняются имеющиеся контакты больного вне цеха. Все контактные по производству обследуются противотуберкулезным диспансером по месту расположения предприятия.

Вместе с гигиенистом обязательно обследуется рабочее место больного, определяются условия труда, профессиональные вредности, микроклиматические условия, продолжительность рабочего дня, сменность, режим питания и др. Выясняется санитарная грамотность и выполнение больным гигиенических навыков (наличие индивидуальной посуды, полотенца, спецодежды и др.). Составляется акт обследования очага по месту работы больного, который вклеивается в амбулаторную карту больного в здравпункте предприятия и санитарный журнал учреждения.

На предприятии уточняют полноту и регулярность профилактических флюорографических

осмотров: общее количество работающих по сведениям отдела кадров и табеля на зарплату, количество обследованных в текущий и предыдущие годы в целом по предприятию, отдельно по цехам, где выявлены больные туберкулезом, результаты последних осмотров заболевших и др.

В результате изучения очага составляется план мероприятий, куда включают вопросы дезинфекции, трудоустройства больного, обследования, профилактического лечения и ревакцинации контактных. На всех находящихся в контакте лиц составляются списки с указанием даты, номера и результата флюорографического обследования и других обследований на туберкулез. Лицам, находящимся в тесном контакте проводится анализ крови, мочи, проба Манту, по показаниям - исследование мокроты на МБТ и осмотр фтизиатра. Контактным, у которых от момента предыдущего обследования прошло свыше 6 месяцев, флюорографическое обследование и туберкулиновые пробы проводятся в обязательном порядке. Фтизиатр по показаниям назначает профилактическое лечение; процедурный лист и препараты для контролируемого лечения передаются диспансером в медпункт предприятия. Лицам молодого возраста, отрицательно реагирующим на пробу Манту 2 ТЕ, осуществляется ревакцинация БЦЖ.

Принципы обследования очагов, организация и проведение противоэпидемических мероприятий в высших и средних специальных учебных заведениях не отличаются от таковых на предприятиях. Однако при этом учитывается профиль учреждения, организация учебного процесса, возраст коллектива, эпидемическая опасность источника инфекции и степень общения контактных с ним лиц (курс, группа, поток, цикл). В учебных заведениях педагогического, медицинского и т.п. профиля решается проблема, связанная с прохождением практики, и другие вопросы учебного процесса.

4.4. Противоэпидемические мероприятия в детских и других приравненных к ним учреждениях

В детских, подростковых и других приравняемых к ним учреждениях, перечень которых определен п. 13 приложения 2 приказа МЗ СССР от 29.09.89 г. N 555 и [инструкцией](#) МЗ СССР от 27.12.73 N 1142"а"-73 (см. приложение 4), где проверочные флюорографические осмотры являются обязательными для персонала, эпидемиологическое обследование проводится в каждом случае регистрации больных активными формами туберкулеза. Оно проводится эпидемиологом и фтизиатром с участием медицинского работника, обслуживающего данное учреждение и его руководителем. При необходимости привлекается врач соответствующего гигиенического подразделения ЦГСЭН. При этом сверяется списочный состав работающих с табелем на зарплату, списочный состав детей и подростков, проверяются даты и результат флюорографических обследований за предыдущий и текущий год. В ходе обследования определяются границы очага, разрабатывается план мероприятий.

К контактными лицам следует относить всех тех, кто в течение 6 месяцев до выявления больного общался с ним, обязательно учитываются контактные, которые на момент выявления больного уже не работают или не посещают эти учреждения. Сведения обо всех контактных передаются в поликлинику и противотуберкулезный диспансер по месту жительства для привлечения к обследованию. Эта работа особенно тщательно проводится в родильных домах, отделениях для недоношенных и ослабленных детей, а также в домах ребенка. Проводимый комплекс противоэпидемических мероприятий включает: отстранение больного от работы, лечение его, проведение дезинфекционных мероприятий, обследование и наблюдение за контактными, и проведение им превентивной терапии. В показанных случаях осуществляется ревакцинация БЦЖ.

При установлении диагноза активного туберкулеза у больных, находящихся на лечении в соматических и психоневрологических стационарах, первичный комплекс противоэпидемических мероприятий осуществляется персоналом этих учреждений. Диагноз туберкулеза обязательно должен быть подтвержден и зарегистрирован фтизиатром. Не позднее 3-х дней фтизиатром и эпидемиологом проводится углубленное эпидемиологическое обследование. В перечень необходимых для выполнения мероприятий входят: регистрация больного в областном диспансере и Центре ГСЭН (см. [раздел 3](#)), перевод больного в туберкулезный стационар (лиц из психоневрологических учреждений в случае их заболевания туберкулезом переводят в специализированный стационар или отделение для больных туберкулезом с психическими отклонениями), назначение и проведение дезинфекции в очаге, определение круга контактных для первичного обследования, проведение им превентивной терапии, наблюдение за ними и передача в дальнейшем всех сведений о контактных по основному месту их

жительства. В стационарах с длительным пребыванием больных при возникновении взаимосвязанных 2-х и более случаев туберкулеза требуется комиссионное обследование и разработка мероприятий, гарантирующих локализацию очага и его оздоровление.

4.5. Особенности противоэпидемических мероприятий на территориях с небольшой плотностью населения (сельская местность, отдаленные поселки)

Очаги туберкулеза, расположенные на территориях с небольшой плотностью населения, имеют свои специфические особенности, которые необходимо учитывать при обследовании очагов и их оздоровлении.

В современных социальных условиях наиболее пристального внимания требует определение границ очага. На территориях с низкой плотностью населения следует считать правомочным введение таких понятий, как единый поселковый или сельский очаг и единое эпидемиологическое пространство.

Единый поселковый (сельский) очаг - это небольшой поселок, село или деревня, насчитывающие до 400-500 человек, имеющие единую социальную и коммунально-бытовую структуру, где проживает один или несколько больных туберкулезом на 100 жителей. В этих условиях больные тесно общаются в повседневной жизни с другими его жителями, в том числе - с детьми.

Поселки, расположенные на значительном отдалении от других территориальных образований (сотни и тысячи километров), в силу нерегулярных транспортных связей оказавшиеся изолированными в эпидемиологическом плане определяются как "изоляты". В них, даже при появлении одного бактериовыделителя, формируются контакты очень высокой плотности. В число контактных здесь должны входить все жители поселка, насчитывающие иногда более тысячи человек. Поселки (села)-изоляты часто встречаются на Крайнем Севере, что отражает специфику расселения его жителей, а также - на отдаленных территориях Сибири и Дальнего Востока. Подобные условия могут встречаться и на Европейской территории РФ в тех случаях, когда деревня удалена от крупных населенных пунктов.

Для сельских поселений Северо-Запада и Центра России характерен другой вариант: наличие большого числа мелких населенных пунктов (сел, деревень), расположенных на небольшом расстоянии друг от друга (2-3 км) и тесно связанных общностью производственной и бытовой сферы деятельности (магазины, почта, центральная усадьба колхоза, совхоза и т.д.). В этих случаях применяется понятие "единое эпидемиологическое пространство", которое должно быть полностью охвачено противоэпидемическими мероприятиями. Такие территории могут включать местные муниципальные образования, крупный совхоз, предприятие по переработке сельскохозяйственных продуктов, в ряде случаев - относящихся к отдельным районам.

При обнаружении в поселке (или более крупной территории) бактериовыделителя, фтизиатром и эпидемиологом ЦГСЭН проводится эпидемиологическое обследование. Оно включает все разделы, представленные в 4.1, 4.2 и 4.3. К числу контактных следует относить не только членов семьи больного, но и жителей поселка или другого территориального образования. Наряду с заполнением карты эпидемиологического обследования, необходимым и доступным разделом эпидемиологического обследования здесь является картографирование поселка, населенного пункта. На карте-схеме поселка с порядковой нумерацией домов отмечаются семьи с проживающими в них бактериовыделителями, указывается дата заболевания, наносятся регулярные контакты больного с жителями в виде линий, соединяющих квартиры (дома). Сведения о контактных устанавливаются с помощью работников местной администрации, фельдшеров, самих больных и членов их семей. На основании полученной карты-схемы определяется и верифицируется список лиц, относящихся к различным категориям контактных. В больших населенных пунктах или в поселках с единичными бактериовыделителями поквартирный список контактных может составляться и без картографирования.

Вся эта работа проводится с обязательным соблюдением требований медицинской этики, щадящей психику больного, членов его семьи и других жителей.

После проведения эпидемиологического обследования фтизиатром и эпидемиологом разрабатывается комплексный план противоэпидемических мероприятий. Определяются лица, ответственные за это мероприятие, составляются списки населения, подлежащего обследованию, выборочной превентивной терапии, назначаются сроки и схемы ее проведения, ввозится необходимое

количество антибактериальных препаратов. Профилактическое лечение должно проводиться под непосредственным контролем медицинского работника (прием в его присутствии) или другого уполномоченного лица. Решается вопрос об объеме дезинфекции, о проведении сплошного или выборочного клинико-рентгенологического обследования, о назначении профилактического лечения.

В условиях изолированного поселка ("изолят"), где рациональным является бригадный метод медицинского обслуживания населения, эпидемиологическое обследование очагов туберкулеза, проведение комплекса противоэпидемических мероприятий в очагах осуществляется передвижной специализированной бригадой. В состав бригады включаются фтизиатр, рентгенолог, фтизиопедиатр, рентгенолаборант, медицинская сестра - вакцинатор, эпидемиолог или его помощник. План-график работы бригады утверждается решением органов областной (окружной) администрации, которая обязывает все местные органы власти оказывать бригаде помощь в проведении обследования населения, включая эпидемиологическое обследование очагов туберкулеза, и оказании медицинской помощи.

4.6. Особенности противоэпидемических мероприятий в очагах зоонозного туберкулеза

В очагах туберкулеза зоонозного происхождения источником инфекции являются больные животные, из организма которых выделяются микобактерии с молоком, фекалиями и другими выделениями. При поражении коров возбудитель туберкулеза всегда выделяется с молоком.

Диагноз туберкулеза у животных ставится на основании комплексного метода диагностики - анализа эпизоотологических данных, клинических признаков и результатов аллергического (туберкулиновые пробы), серологического (РСК с туберкулезным антигеном), патологоанатомического, гистологического, бактериологического и биологических исследований. Обо всех случаях подтвержденного диагноза туберкулеза у животных ветеринарная служба сообщает в центры Госсанэпиднадзора.

При возникновении туберкулеза у животных хозяйство (ферму) объявляют неблагополучными, устанавливают решением Администрации района карантин и составляют план мероприятий по локализации болезни. План противоэпидемических мероприятий составляется комиссионно с обязательным участием специалистов центров Госсанэпиднадзора, фтизиатрической службы и утверждается Администрацией района.

Проведение противоэпидемических мероприятий в очагах зоонозного происхождения осуществляется в соответствии с Санитарными [правилами](#) СП 3.1.093-96; Ветеринарными правилами ВП 13.3.1325-96. Раздел 3.1. Профилактика инфекционных болезней. Подраздел "Профилактика и борьба с инфекционными болезнями общими для человека и животных", п. 10 "Туберкулез". Правила утверждены Госкомсанэпиднадзором и Минсельхозпродом России, Москва, 1996 (приложение 4).

5. Динамическое наблюдение за очагами и снятие их с эпидемиологического учета

Объем мероприятий в очаге и частота его патронажа при динамическом наблюдении зависят от степени его эпидемической опасности ([приложение 1](#)).

Очаги с наибольшим риском заражения (I группа эпидемической опасности) требуют особенно пристального внимания со стороны медицинских работников. Врач-фтизиатром они посещаются не реже 1 раза в квартал, медицинской сестрой - не реже 1 раза в месяц. Врач-эпидемиолог или его помощник очаги этой группы посещают не реже 1 раза в полгода. С учетом характера очага посещения могут быть более частыми, особенно на первом этапе его оздоровления. Очаги с меньшим риском заражения (II группа эпидемической опасности) тоже посещаются по показаниям, но не реже 1 раза в полгода врачом-фтизиатром, 1 раза в квартал - медицинской сестрой и 1 раза в год - специалистом центра Госсанэпиднадзора. Минимальный риск заражения (III группа эпидемической опасности) позволяет врачу-фтизиатру посещать очаги 1 раз в год, медицинской сестрой - 1 раз в полгода. Эпидемиолог или его помощник работу в этих очагах контролируют 1 раз в год. Очаги с потенциальным риском распространения инфекции (IV группа эпидемической опасности) после первичного обследования специалистами фтизиатрической службой и центрами Госсанэпиднадзора посещаются по

показаниям.

Очаги, где источником инфекции являются больные туберкулезом животные врачом-фтизиатром и врачом-эпидемиологом посещаются 1 раз в полгода, а медицинской сестрой противотуберкулезного учреждения - по показаниям. Очаги зоонозного туберкулеза до снятия их с эпидемиологического учета наблюдаются совместно со специалистом ветеринарной службы.

Перед повторным патронажем очага по медицинским документам диспансера необходимо проверить все изменения, происшедшие с момента первичного обследования очага (характер бактериовыделения у больного и диагноз туберкулеза, результаты обследования контактных). В очаге уточняется состав контактных и их здоровье, выполнение дезинфекционных мероприятий и санитарно-гигиенических правил больным и его родственниками.

При динамическом наблюдении за очагом в соответствии с изменяющейся характеристикой, но не реже 1 раза в год, составляется план проведения противоэпидемических мероприятий, направленных на оздоровление очага туберкулеза и повышение сопротивляемости организма контактных. План оздоровления очага обязательно предусматривает указания о характере и длительности лечения больного, его изоляции, сроках проведения заключительной дезинфекции, оптимизации мер текущей дезинфекции, обследовании контактных, проведении им таких профилактических мероприятий, как ревакцинация БЦЖ и превентивная терапия, по показаниям - изоляция детей и подростков из очага в санаторные или оздоровительные учреждения, улучшение жилищно-бытовых условий семьи больного.

Противотуберкулезной службой в жилищно-эксплуатационные управления подаются списки больных туберкулезом выделяющих МБТ.

Результаты динамического наблюдения за очагом и проведения в нем необходимых противоэпидемических мероприятий фиксируются в дневнике наблюдения за очагом карты эпидемиологического обследования.

Во всех случаях должны выполняться требования, предъявляемые к снятию больного с учета бактериовыделителей. Оно запускается после эффективного основного курса химиотерапии, но не ранее, чем через 12 месяцев после прекращения бактериовыделения, доказанного не менее чем двумя последовательными отрицательными бактериоскопическими и культуральными исследованиями с промежутком в 2-3 месяца и заживлением полости распада, подтвержденного томографическим обследованием.

Задержка бактериовыделителей на эпидемиологическом учете на 6-12 месяцев сверх указанного срока необходима при наличии отягощающих факторов: неблагоприятные условия быта, алкоголизм, наркомания, психические заболевания у больного, наличие в очаге детей, подростков, беременных женщин, неудовлетворительное выполнение противоэпидемического режима.

Наблюдение за контактными осуществляется в течение всего срока выделения МБТ, а также в течение 1 года после снятия бактериовыделителя с эпидемиологического учета или выезда и 2 года после смерти больного. Эти требования касаются и больных, ранее неизвестных диспансеру, у которых деструктивный туберкулез обнаружен только на вскрытии.

Очаги в детских, учебных, лечебных учреждениях, на промышленных предприятиях и других учреждениях снимаются с учета через 1 год после прекращения выделения МБТ, обоснованного так, как указано выше, при выполнении всех намеченных планом противоэпидемических мероприятий.

Лица, находящиеся в контакте с больными животными наблюдаются до оздоровления хозяйства от туберкулеза.

Лица, находящиеся в периодическом контакте с больным, выделяющим МБТ, обследуются не реже 1 раза в 6 месяцев. При кратковременных и случайных контактах - родственники больного и другие лица обследуются после установления контакта выявление больным, затем через 6 месяцев и 1 год после прекращения контакта. Внеочередные обследования проводятся по показаниям: ухудшении состояния здоровья после гриппа или в связи с другими заболеваниями.

Дети в возрасте до 3-х лет из контакта с больными активным туберкулезом наблюдаются до снятия с учета. Дети старшего возраста и подростки - до перевода больного в III группу диспансерного учета. Наблюдению подлежат также дети из семей животноводов, работающих на неблагополучных по туберкулезу фермах.

Если у детей окончание наблюдения приходится на препубертатный возраст (12-13 лет), то срок наблюдения продлевается до 15-летнего возраста. Контактные лица с больными животными наблюдаются в течение года после полного оздоровления хозяйства от туберкулеза.

При наблюдении за поселковым очагом все жители поселка или нескольких мелких населенных пунктов (единое эпидемиологическое пространство) кроме текущего медицинского наблюдения, подлежат ежегодному обследованию: дети - двукратно с помощью туберкулинодиагностики; с 15-летнего возраста (при отсутствии противопоказаний) - методом флюорографии. Жители, имеющие противопоказания к проведению регламентированного обследования или не прошедшие его по другим причинам, а так же относящиеся к группам риска, обследуются дополнительными методами (бактериологическим, иммуноферментным). В течение не менее 2-х лет все население такого очага подлежит ежегодной двукратной химиопрофилактике (по регламенту IV группы диспансерного учета).

При констатации в поселке очага с групповыми заболеваниями туберкулезом поселок (или территория) остается под усиленным наблюдением на срок не менее 5 лет после ликвидации последнего случая заболевания.

6. Дезинфекционные мероприятия в очагах туберкулеза

Хроническое течение инфекционного процесса при туберкулезе сопровождается непрерывным или перемежающимся выделением во внешнюю среду возбудителя, который обладает высокой устойчивостью во внешней среде.

Основным средством, направленным на разрыв механизма передачи возбудителя, является дезинфекция. В настоящих методических указаниях и приложениях к ним приводятся сведения о самых распространенных и доступных методах, технологиях и средствах, применяемых при дезинфекции в очагах туберкулеза.

Дезинфекцию в очаге подразделяют на текущую и заключительную. Текущую дезинфекцию в очаге осуществляют в окружении инфекционного больного с момента его выявления. Заключительную дезинфекцию проводят после каждого убытия больного из очага на длительный срок, но не реже 1 раза в год.

6.1. Текущая дезинфекция в очагах туберкулеза

Больной и члены его семьи, другие лица, общающиеся с ним в местах общего пользования дома и на работе, должны быть обучены навыкам гигиены и методам, позволяющим снизить обсемененность возбудителем внешней среды. Все это должно предотвратить появление в очаге вторичных случаев заболевания. Обучение навыкам проведения текущей дезинфекции в очаге проводят сотрудники диспансера, начиная с первого посещения очага и затем при каждом его патронаже.

Частота профилактических посещений очага эпидемиологом и фтизиатром, объем дезинфекционных мероприятий зависит от степени эпидемической опасности очага.

Дезинфекционные средства для проведения текущей дезинфекции в очаге и плевательница для сбора мокроты выдаются в диспансере больному или лицам с ним проживающим. Дата и количество выданных дез. средств фиксируется в карте эпидемиологического наблюдения за очагом.

В комнате больного необходимо ограничить число предметов повседневного пользования: убирают ковры, оставляют только вещи, легко поддающиеся мытью, очистке, обеззараживанию. Мягкую мебель закрывают чехлами. Кровать больного устанавливают на расстоянии не менее 0,5 м от стены, а от кроватей других членов семьи - не менее 1,5 м.

Для уборки помещения, где проживает больной, обеззараживания посуды, остатков пищи и т.д. родственникам больного следует рекомендовать переодеваться в специальную для этой цели выделенную одежду (халат), косынку, перчатки, при смене постельного белья необходимо надевать маску из 4-х слоев марли.

В пользовании у больного должно быть 2 плевательницы - одна для сбора мокроты, вторая, уже использованная, в это время подлежит обработке ([приложение 2](#)).

После приема пищи посуду больного следует сначала обеззаразить, как показано в [Приложении 2](#), затем промыть в проточной воде. Грязное белье больного, спецодежду собирают в бак с плотно закрытой крышкой отдельно от белья членов семьи и обеззараживают (см. [приложение 2](#)).

Квартиру больного ежедневно убирают ветошью, смоченной в мыльно-содовом или дезинфицирующем растворе, при открытых дверях и окнах. При наличии в помещении мух до дезинфекции проводят дезинсекционные мероприятия.

Предметы ухода за больным и уборочный инвентарь обеззараживают в отдельных емкостях после каждого их использования.

В ситуациях, когда нет возможности пользоваться специальными дезсредствами, рекомендуется широко применять кипячение (посуда, пищевые отходы, белье и т.д.); мягкую мебель, постельные принадлежности, ковры, меха необходимо периодически выколачивать через мокрые простыни, которые после уборки следует прокипятить. Рекомендуется отпаривание одежды (костюм, брюки) 1 раз в неделю. Летом вещи больного, постель, ковры, меха следует, по возможности, долго держать под открытыми лучами солнца.

6.2. Заключительная дезинфекция в очагах туберкулеза

Заключительную дезинфекцию проводят сотрудники дезинфекционной станции, дезинфекционного отдела (отделения) центра Госсанэпиднадзора не позднее суток с момента получения заявки от противотуберкулезного диспансера и госпитализации больного.

Заключительную дезинфекцию осуществляют во всех случаях выбытия больного из домашнего очага в больницу, санаторий и пр.; при перемене места жительства. В последнем случае обработка проводится до переезда больного, когда обрабатываются квартира или комната с вещами, и повторно - после переезда: обработка пустой комнаты, квартиры. Внеочередная дезинфекция по типу заключительной осуществляется перед возвращением родильниц из роддомов; перед сносом старых домов, где проживали больные туберкулезом; в случае смерти больного от туберкулеза на дому, в том числе и в случаях, когда умерший не состоял на учете в туберкулезном диспансере.

В тех случаях, когда больной не покидал очаг в течение года, частота проведения заключительной дезинфекции в присутствии больного регламентируется группой эпидемической опасности.

В ходе каждой заключительной дезинфекции постельные принадлежности, верхняя одежда больного, ковры и пр. подвергаются камерной дезинфекции.

Заключительная дезинфекция в учреждениях проводится во всех случаях выявления больного активной формой туберкулеза среди детей и подростков, а также - сотрудников детских дошкольных учреждений, школ и др. учебных заведений для детей и подростков. Она обязательна в непрофилированных под туберкулез роддомах и других лечебных учреждениях при выявлении туберкулеза у рожениц и родильниц, а также у медицинских работников и лиц из числа обслуживающего персонала, у пациентов и сотрудников соматических стационаров и учреждений психоневрологического профиля.

Режим камерной дезинфекции

| Нормы загрузки на 1 кв. м полезной площади камеры | | Температура по наружному термометру | Расход формалина на 1 куб. м камеры (мл) | Экспозиция, мин. |
|---|------|-------------------------------------|--|------------------|
| в комплектах | в кг | | | |
| Параформалиновый метод | | | | |
| I вариант | | | | |
| 5 | 30 | 57-59 град. С | 100 | 120 |
| II вариант | | | | |
| 5 | 30 | 57-59 град. С | 150 | 60 |
| III вариант | | | | |
| 3 | 18 | 49-51 град. С | 250 | 240 |

| | | | | |
|---------------------|----|---------------|---|----|
| Паровоздушный метод | | | | |
| 10 | 60 | 80-90 град. С | - | 30 |

Примечание: 1. По пароформалиновому методу обеззараживают вещи, которые портятся при +60 град. С: кожаные, меховые, резиновые, обувь и следующие виды синтетических тканей (по I варианту): триацетатные, ацетатные, вискозные, полипропиленовые, лавсановые, нитроновые, капроновые, хлориновые, ацетохлориновые, поливинилхлориновые.

2. По паровоздушному методу обеззараживают вещи, которые не портятся при +50 град. - +60 град. С: шерстяные, хлопчатобумажные, клеенчатые, вещи из бархата, шелка натурального, синтетического, а также подушки, одеяла, матрацы. По этому методу обрабатывают синтетические ткани: триацетатные, ацетатные, вискозные, полипропиленовые, лавсановые, нитроновые, а также различные их сочетания с натуральными волокнами (хлопок, лен, шерсть).

Книги дезинфицируют в камерах увлажненным нагретым воздухом при +70 град. - +75 град. С, относительной влажности от 60-70% до 100% при трехчасовой экспозиции и загрузке из расчета 650-700 книг на 1 куб. м объема камеры.

КонсультантПлюс: примечание.

В официальном тексте документа, видимо, допущена опечатка: "Дезинфицирующие средства, технология их применения в очагах туберкулеза, формы и методы контроля за эффективностью дезинфекции, включая и камерную", приведены в приложении 2 настоящих Методических указаний, а не в приложении 3.

Дезинфицирующие средства, технология их применения в очагах туберкулеза, формы и методы контроля за эффективностью дезинфекции, включая и камерную, приведены в [приложении 3](#) настоящих Методических указаний.

7. Эффективность использования метода

Комплекс противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза, адекватный изменившимся социально-экономическим и эпидемиологическим условиям, отработан при проведении крупномасштабных исследований в 80-90 гг. в Санкт-Петербурге, сельских районах Новгородской, Ленинградской, Вологодской, Самарской и Московской областей, Республике Саха (Якутия) и автономных округах Крайнего Севера.

Дифференцированное проведение противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза в зависимости от их конкретной характеристики снижает риск заражения туберкулезом в 10-30 раз, а в очагах-"изоляциях" приводит к полному оздоровлению очага инфекции.

Приложение N 1
к Указаниям

КЛАССИФИКАЦИЯ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗА, ЧАСТОТА ИХ ПАТРОНАЖА И ОБЪЕМ ДЕЗИНФЕКЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ

| Группа очагов | Характеристика источников микобактерий туберкулеза | Периодичность посещения очагов | Объем текущей дезинфекции | Кратность заключительной дезинфекции |
|---------------|--|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|
|---------------|--|--------------------------------|---------------------------|--------------------------------------|

| 1 | 2 | фтизиатрической службой | | 5 | 6 | 7 | |
|--|--|--|---|--|---|----------------|---------------------|
| | | (МБТ) и очага туберкулеза | | | | | Специалистами ЦГСЭН |
| | | врачом-фтизиатром | медицинской сестрой | | | | |
| I. Очаги с наибольшим риском заражения | 1. Больные туберкулезом органов дыхания с выделением МБТ: 1.1. проживающие с детьми и подростками; 1.2. не соблюдающие санитарно-гигиенических правил; 1.3. проживающие в тяжелых бытовых условиях (общежитие, многонаселенная коммунальная квартира и т.д.); 1.4. пребывающие в детских, подростковых учреждениях, домах интернатах и других учреждениях закрытого типа | по показаниям, но не реже 1 раза в квартал | по показаниям, но не реже 1 раза в месяц | по показаниям, но не реже 1 раза в полгода | Обеззараживание объектов: плевательниц посуды, мокроты, белья, предметов уборки помещений. Ежедневная влажная уборка помещений с обязательным использованием дезинфицирующих средств при обработке мест общего пользования, а по показаниям - всей квартиры | 1-2 раза в год | |
| II. Очаги с меньшим риском заражения | Больные туберкулезом органов дыхания с выделением МБТ, проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков и выполняющие санитарно-гигиенический режим | по показаниям, но не реже 1 раза в полгода | по показаниям, но не реже 1 раз в квартал | по показаниям, но не реже 1 раз в год | Обеззараживание объектов (как в первой группе). Ежедневная влажная уборка помещений, а по показаниям - с использованием дезинфицирующих растворов при обработке мест общего пользования | 1 раз в год | |
| III. Очаги с минимальным риском | 1. Больные активным туберкулезом | 1 раз в год | 1 раз в полгода | 1 раз в год | Ежедневная влажная уборка | По показаниям | |

| | | | | | | |
|--|--|---------------------------|---------------|---------------------------|---|--|
| заражения | органов дыхания без установленного выделения МБТ при взятии на учет, проживающие с детьми и подростками. 2. Больные внелегочными локализациями туберкулеза с выделением МБТ и без выделения МБТ с наличием язв и свищей. | | | | помещений | |
| IV. Очаги с потенциальным риском заражения | 1. Больные активным туберкулезом органов дыхания, у которых в результате лечения прекратилось выделение МБТ (условные бактерио-выделители), проживающие без детей и подростков и не имеющие отягощающих факторов. 2. Больные, выделяющие МБТ, выжившие (умершие). | по показаниям | по показаниям | по показаниям | Ежедневная влажная уборка помещений. Детям выделяется отдельная посуда, все предметы личной гигиены, постель. Ежедневная влажная уборка помещений. | Не проводится |
| V. Очаги зоонозного туберкулеза | Больные туберкулезом животные | не менее 1 раза в полгода | по показаниям | не менее 1 раза в полгода | В соответствии с ветеринарными правилами | В соответствии с ветеринарными правилами |

Приложение N 2
к Указаниям

ДЕЗИНФИЦИРУЮЩИЕ СРЕДСТВА, ТЕХНОЛОГИЯ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ
В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗА, ФОРМЫ И МЕТОДЫ КОНТРОЛЯ
ЗА ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ДЕЗИНФЕКЦИИ

1. Дезинфицирующие средства и приготовление растворов

Краткая характеристика дезинфицирующих средств

| NN п/п | Название препарата | Характеристика препарата | Перечень документов |
|--------|--------------------|--|---|
| 1. | Хлорная известь | Белый порошок, содержащий 28-30% активного хлора | "Методические указания по применению хлорной извести для целей дезинфекции" от 21.10.75 N 1360-75 МЗ СССР |
| 2. | Хлорамин Б или АБ | Белый, мелкокристаллический порошок (иногда желтоватого оттенка), содержащий 26% активного хлора | "Методические указания по применению хлорамина для целей дезинфекции" от 21.10.75 N 1359-75 МЗ СССР |
| 3. | Пресепт | Таблетки, в состав которых входят соли дихлоризоциануровой кислоты, адениновая кислота и карбонат натрия. Хорошо растворимы в воде. Водные растворы прозрачны, имеют запах хлора | "Методические указания по применению средства "Пресепт" для целей дезинфекции (компания Джонсон и Джонсон Медикал, США)" от 30.06.93 N 01-19/38-11 |
| 4. | Лизофин | Жидкий концентрат желтоватого цвета, содержит четвертичные аммонийные соединения, глутаровый альдегид, кликоксо́ль, спирт и др. | "Методические указания по применению средства Лизофина ЗАО "Петроспирт" (Россия) для дезинфекции и предстерилизационной очистки" от 26.08.99 N 1000/2328-99-113 |
| 5. | Амоцид | Жидкий концентрат зеленого цвета, хорошо смешивается с водой, содержит в качестве активнoдействующих веществ 2-дифенилон | "Методические указания по применению дезинфицирующего средства Амоцид фирмы "Лизоформ дезинфекшн АГ/Швейцария", производимого "Лизоформ", Германия от 10.02.94 N 01-19/3-11 |
| 6. | ДТСГК | Белый сухой кристаллический порошок с содержанием активного хлора от 47 до 52% | "Инструкция по применению ДТСГК основной соли гипохлоритов кальция для дезинфекции" от 02.12.69 N 8262-69 МЗ СССР |
| 7. | Велтолен | Прозрачный жидкий водно-спиртовой концентрат с цитрусовым запахом. Содержит клатрат дидецилдиметиламмонийный бромид с мочевиной | "Методические указания по применению средства "Велтолен" (ЗАО "Велт", Россия) для целей дезинфекции и предстерилизационной очистки" N 231-113 от 29.10.98, МЗ РФ |
| 8. | Аламинол | Прозрачный жидкий концентрат синего цвета, имеет слабый запах отдушки. В состав входят катамин АБ и кликоксо́ль. | "Методические указания по применению для дезинфекции и предстерилизационной очистки средства "Аламинол" ГНУ РФ "НИОПИК" (Россия)" N 98-113 от 04.10.98, МЗ РФ. |

ПЕРЕЧЕНЬ ДИРЕКТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ

[Закон](#) Российской Федерации "О санитарно-эпидемиологическом благополучии". Принят Государственной думой 25.12.98.

[Закон](#) Российской Федерации "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", 1998 г.

[Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 07.03.97 N 260 "О мерах по предупреждению распространения туберкулеза в Российской Федерации".

[Постановление](#) Государственной Думы Российской Федерации от 15.12.96 N 920-II ГД "О мерах по борьбе с туберкулезом в Российской Федерации".

[Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 05.11.97. N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации".

[Постановление](#) Правительства Российской Федерации от 11.06.98. N 582 "О федеральной целевой программе "Неотложные меры борьбы с туберкулезом в России на 1998-2004 гг.".

Приказ Министерства здравоохранения СССР от 29.09.89 N 555 "О совершенствовании системы медицинских осмотров трудящихся..." (п. 13 приложения 2).

[Приказ](#) Минздравмедпрома России от 22 ноября 1995 года N 324 "О совершенствовании противотуберкулезной помощи населению Российской Федерации".

[Приказ](#) Минздрава России от 15.04.97 N 116 "О мерах по предупреждению распространения туберкулеза в Российской Федерации".

[Приказ](#) Минздрава России N 375 от 18.12.97 "О календаре профилактических прививок".

[Приказ](#) Минздрава России от 04.08.98. N 233 "О мерах по реализации Федеральной целевой Программы "Неотложные меры борьбы с туберкулезом на 1998-2004 гг.".

[Приказ](#) Минздрава России от 07.08.2000 N 315 "Об утверждении медицинской учетной документации".

[Инструкция](#) Министерства здравоохранения СССР от 27.12.73 N 1142"а"-73 "О проведении обязательных профилактических медицинских осмотров на туберкулез и порядке допуска к работе в некоторых профессиях лиц, больных туберкулезом".