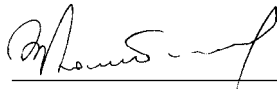


**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра здравоохранения



В.В. Колбанов

29 ноября 2004 г.

Регистрационный № 69-0804

**ОПТИМИЗАЦИЯ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ
В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Инструкция по применению

Учреждения-разработчики: НИИ пульмонологии и фтизиатрии, Белорусский государственный медицинский университет, Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья

Авторы: В.В. Борщевский, Г.Л. Гуревич, Ж.И. Кривошеева, А.С. Позднякова, Л.А. Горбач, В.П. Шиманович

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВНЫХ ТЕРМИНОВ

Основные термины

Под *эпидемическим очагом туберкулеза*, или *очагом туберкулезной инфекции* (ОТИ) понимается место пребывания источника микобактерий туберкулеза (МБТ) вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний.

Источниками МБТ, или *бактериовыделителями* являются больные туберкулезом люди и животные, выделяющие во внешнюю среду возбудителей человеческого (антропонозный туберкулез) или бычьего вида (зоонозный туберкулез).

Возбудитель туберкулеза, выделяемый бактериовыделителями, может быть чувствительным и устойчивым к одному или нескольким противотуберкулезным препаратам (ППП). *Множественная лекарственная устойчивость* (МЛУ) — устойчивость МБТ как минимум к изониазиду и рифампицину. В случае развития или заражения больного возбудителем туберкулеза с МЛУ эпидемическое значение такого бактериовыделителя значительно возрастает, так как проводимое лечение является малоэффективным.

Лица, постоянно проживающие (проживавшие) или контактирующие (контактировавшие) с бактериовыделителем (для детей и подростков — с больным активным туберкулезом) или пораженными туберкулезом сельскохозяйственными животными, обозначаются термином «*контакты*».

Характеристика и виды ОТИ

Как видно из определения, 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. В зависимости от места нахождения бактериовыделителя различают бытовые и производственные ОТИ.

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

Характеристика источников МБТ (бактериовыделителей)

По степени эпидемической опасности источники МБТ 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 пациенты с 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.

На учет как бактериовыделителей берут больных с впервые выявленным туберкулезом или состоящих на учете противотуберкулезного диспансерного учреждения, которые выделяют МБТ, обнаруженные в биологическом материале (мокроте, промывных водах бронхов, промывных водах желудка, моче, отделяемом свищей, слезной жидкости и т.д.):

– микроскопически и/или культуральным методом исследования, даже однократно, при наличии клинико-рентгенологических данных, свидетельствующих о явной активности туберкулезного

процесса, а также у больных с затихающим активным туберкулезом или туберкулезом сомнительной активности;

– двукратно культуральным методом при наличии клинико-рентгенологически неактивного туберкулезного процесса в легких или бронхах;

– двукратно культуральным методом при отсутствии клинико-рентгенологических признаков туберкулеза органов дыхания, но при наличии в семье случаев первичного инфицирования или заболевания туберкулезом контактов.

Источником бактериовыделения в последних двух случаях может быть эндобронхит, прорыв казеозного лимфоузла в просвет бронха или распад небольшого очага, трудно определяемого рентгенологическим методом.

В любом случае однократное обнаружение возбудителя туберкулеза у лиц без клинико-рентгенологической симптоматики требует углубленного клинического, рентгенологического (в том числе компьютерно-томографического), лабораторного и инструментального обследования с целью установления источника бактериовыделения и доказательства наличия активного туберкулеза. При неблагоприятной эпидемической обстановке в очаге (наличие детей и подростков), обнаружении новых случаев инфицирования или заболевания контактов, а также в случаях, когда больные представляют эпидемическую опасность по месту их работы (в учреждениях для детей и подростков, общественного питания, коммунальных учреждений и др.), такие лица должны наблюдаться в диспансере (по «0» группе ДУ, возможно, с назначением тест-терапии 2–3 ПТП) до получения результатов комплексного обследования, в том числе многократного повторного бактериологического обследования.

Больные, имеющие положительный результат исследования на туберкулез только методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) или только выделяющие L-формы, не берутся на учет как бактериовыделители.

УЧЕТ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ И ИЗОЛЯЦИЯ БАКТЕРИОВЫДЕЛИТЕЛЕЙ

На каждого больного с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза, в том числе посмертно, по месту

его выявления в каждом медицинском учреждении, независимо от ведомственной подчиненности, врачом заполняется учетная форма № 089–1/у «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом активного туберкулеза». Диагноз туберкулеза устанавливается только врачом-фтизиатром. Извещение на выявленного больного в трехдневный срок направляется в территориальный центр гигиены и эпидемиологии. Дубликат извещения высылается в противотуберкулезное учреждение (кабинет, диспансер) по месту жительства больного.

В соответствии с п. 2.4 приказа МЗ РБ № 143 (1992 г.) по месту жительства больных с установленным диагнозом активного туберкулеза органов дыхания до подтверждения бактериовыделения (еще до взятия на учет данного очага туберкулезной инфекции) проводится заключительная дезинфекция.

Вопрос о взятии на учет или снятии с учета больного как бактериовыделителя решается участковым врачом-фтизиатром совместно с заведующим отделением, главным врачом (или его заместителем по лечебной работе) противотуберкулезного диспансера.

При выявлении бактериовыделителя, в том числе прибывшего из другой местности, или факта бактериовыделения, установленного посмертно, фтизиатр обязан заполнить «Экстренное извещение об острозаразном заболевании» (форма 58-у) и направить в территориальный центр гигиены и эпидемиологии не позже чем через 24 ч момента получения результатов выявления МБТ (бактериоскопически и/или культуральными методами). При выявлении туберкулеза животных в частном домовладении ветеринарная служба направляет сообщение в территориальный центр гигиены и эпидемиологии и районному фтизиатру не позже чем через 72 ч с момента регистрации. Извещение по форме 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. На лиц, не имеющих постоянного места жительства и прописки, извещение составляется диспансером по месту выявления заболевания.

Эпидемические очаги берутся на учет с момента регистрации выявленного бактериовыделителя или больного животного. В слу-

чае смерти (выезда) больного бактериовыделителя от туберкулеза или в случае впервые установленного диагноза туберкулеза (как причины смерти) на секции ОТИ ставятся на учет и находятся на учете в течение года после смерти больного. При наличии в очаге детей или подростков срок наблюдения после смерти источника необходимо продлить до 2 лет.

С момента выявления больного открытой формой туберкулеза противотуберкулезный диспансер должен принять меры к его изоляции и лечению. Изоляция осуществляется путем помещения больного в противотуберкулезный стационар.

Обязательной госпитализации подлежат лица, профессия которых предполагает контакт с большими группами населения в условиях, допускающих быструю передачу туберкулеза (работники детских учреждений, в том числе начальных, средних специальных учебных заведений, лечебно-профилактических учреждений, работники предприятий общественного питания, пищевой промышленности, торговли и транспорта, библиотекари, парикмахеры и т.д.), лица, работающие и проживающие в общежитиях и интернатах, коммунальных квартирах (в условиях, не обеспечивающих изоляции от детей), а также больные из очага, в который поступает родильница с новорожденным.

Хронические бактериовыделители должны ежегодно проходить стационарное или санаторное лечение и изолироваться, особенно в случаях наличия высокой опасности заболевания детей и подростков в очаге (плохие жилищные условия, санитарная неграмотность больного и т.п.).

В случае, если больной с бактериовыделением отказывается от госпитализации и лечения, нарушает больничный режим или не принимает назначенные ему ПТП, он подлежит оформлению и направлению на принудительное лечение в соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь № 2012 от 30.12.1998 г. и Постановлением МВД и Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 127/23 от 30.06.2000 г.

Снятие бактериовыделителей с учета осуществляется после успешно проведенного курса химиотерапии и перевода больного в неактивную группу диспансерного наблюдения.

Пациенты с хроническими формами туберкулеза (фиброзно-кавернозным и цирротическим туберкулезом) должны находиться на эпидемическом учете в качестве бактериовыделителей не более года после последнего бактериовыделения.

Если больной прописан в районе обслуживания, а фактически проживает по другому адресу, то эпидемический очаг наблюдается тем диспансером, в зоне обслуживания которого пациент фактически проживает.

КРИТЕРИИ И ГРУППЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОЙ ОПАСНОСТИ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

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;

- характера течения заболевания и его исхода (в частности, смерть больного от туберкулеза является косвенным свидетельством высокой эпидемиологической опасности данного ОТИ независимо от того, устанавливалось ранее бактериовыделение или нет);

- качества выполнения больным и контактными лицами противоэпидемического режима;

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

- 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 различных уровней их выраженности определяют степень эпидемической опасности очага, объем и первоочередность проведения оздоровительных мероприятий в ОТИ. В зависимости от риска возникновения новых заболеваний ОТИ следует разделить на 4 группы: очаги с наибольшим риском заражения туберкулеза, минимальным, потенциальным риском и очаги зоонозного типа (см. Приложение).

К первой группе относят *очаги с большим риском заражения*, сформированные больными туберкулезом органов дыхания, у которых установлено выделение МБТ. В этих очагах имеет место хотя бы один неблагоприятный фактор или их сочетание: проживают дети и подростки, отмечаются 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. Кроме того, к данной категории относят очаги, где проживают больные с МЛУ возбудителя туберкулеза и очаги смерти, что, как правило, характерно для острого или хронически прогрессирующего течения болезни.

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

К третьей группе относят *очаги с потенциальным риском заражения*, 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 пациенты с внелегочными локализациями туберкулеза с выделением и без выделения МБТ, с наличием язв и свищей, а также больные активным туберкулезом органов дыхания, у которых установлено прекращение выделения МБТ в результате лечения (условные бактериовыделители), проживающие без детей и подростков и не имеющие отягощающих факторов. Это контрольная группа очагов.

Четвертую 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.

БЫТОВЫЕ ОЧАГИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Бытовым ОТИ или эпидемическим очагом является жилище (комната, квартира) больного туберкулезом, выделяющего МБТ, а также жилище, где произошел случай смерти от туберкулеза с бактериовыделением, не распознанным при жизни. К бытовым очагам относят также домовладения частного сектора, где выявлен туберкулез у сельскохозяйственных животных.

Основные направления работы в бытовых очагах туберкулезной инфекции

Основную часть противоэпидемической работы в очагах осуществляет фтизиатрическая служба. В обязанности фтизиатрической службы по разделу работы в очагах входит эпидемиологическое обследование очага, проводимое совместно с эпидемиологом, оценка риска заражения в очаге в соответствии с факторами риска, разработка плана мероприятий, динамическое наблюдение за очагом. Первичное обследование очага антропонозного туберкулеза целесообразно проводить со специалистами территориального центра гигиены и эпидемиологии, а очага зоонозного туберкулеза — со специалистами санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб.

В обязанности фтизиатрической службы по разделу работы в очагах входят:

- 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 методам дезинфекции больного и контактов;

- первичное обследование контактов;
- наблюдение за контактами, их динамическое обследование (проведение флюорографического обследования, проб Манту, бактериологического обследования, общих клинических анализов);
- проведение профилактического лечения, ревакцинация БЦЖ неинфицированных контактов;
- работа с больным и контактами по обучению принципам здорового образа 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 обязанности специалистов территориальных центров гигиены и эпидемиологии по разделу работы в очагах туберкулеза входят:

- проведение первичного эпидемиологического обследования очага, завершающееся определением его границ и разработкой плана оздоровления, обязательно совместно с фтизиатром;
- ведение необходимой учетной и отчетной документации;
- проведение заключительной дезинфекции;
- оказание фтизиатрам помощи в организации и проведении противоэпидемических мероприятий в очаге;
- динамическое наблюдение в очагах, внесение дополнений и изменений в план мероприятий;
- контроль своевременности, качества и полноты проведения в очагах всего комплекса противоэпидемических 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.

В первые три дня после выявления ОТИ его посещает участковый врач-фтизиатр и медицинская сестра противотуберкулезного диспансера, эпидемиолог территориального центра гигиены и эпидемиологии.

На каждый ОТИ эпидемиологом заполняется «Карта эпидемиологического обследования очага», медицинской сестрой — «Карта участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера» (учетная форма № 085/у), утвержденная приказом МЗ РБ № 210 от 30.07.2001 г. В карте эпидемиологического обследования указываются сведения о больном, контактах, дается санитарно-гигиеническая характеристика очага, обоснование группы эпидемической опасности, включается план оздоровления очага. В этой карте указываются сведения о больном, его изоляции и лечении, изоляции и оздоровлении контактов, сроки и методы проведения текущей и заключительной дезинфекции, необходимость в улучшении жилищных условий, соблюдении санитарно-гигиенических правил, указывается группа эпидемической опасности.

Перевод ОТИ из одной эпидемической группы в другую осуществляют участковый фтизиатр совместно с врачом-эпидемиологом при изменении в очаге условий проживания или других факторов, повышающих его опасность.

Профилактические мероприятия среди бытовых контактов

К бытовым контактам относятся:

1. Взрослые лица, дети и подростки, состоящие в семейном контакте или проживающие в общей квартире с бактериовыделителем.
2. Дети и подростки, проживающие в одной квартире с больным активным туберкулезом
3. Взрослые, подростки и дети из семей, где выявлены сельскохозяйственные животные, больные туберкулезом.

Контакты должны быть взяты на учет диспансера и обследованы в течение 14 дней после установления у больного открытой формы туберкулеза, а для детей и подростков — активной формы туберкулеза, независимо от наличия или отсутствия бактериовыделения.

Частота и объем обследований контактных лиц должны соответствовать инструкции по диспансерной группировке контингентов противотуберкулезных диспансеров.

С целью предупреждения заражения и заболевания туберкулезом контактов предусматриваются мероприятия по их изоляции и оздоровлению. Дети и подростки, не инфицированные МБТ, подлежат изоляции в общих, а тубинфицированные — в специализированных санаторных учреждениях, куда они принимаются вне очереди.

В плане оздоровления контактов предусматриваются меры, направленные на повышение естественной сопротивляемости организма к туберкулезу (правильный режим труда и отдыха, лечение сопутствующих заболеваний, проведение прививок БЦЖ неинфицированным лицам, иммунокоррекция). Ежегодно фтизиатры подают списки детей и подростков, проживающих в условиях контакта с больными хроническими формами туберкулеза, нуждающихся в первоочередном направлении на оздоровление, в территориальные отделы образования и контролируют выделение им путевок.

Контактам проводится контролируемая химиопрофилактика одним или двумя ПТП с учетом спектра чувствительности к препаратам у источника бактериовыделения.

Химиопрофилактика проводится при взятии контактов на учет, а затем детям и подросткам из I группы эпидемической опасности ОТИ — в последующие 2 года 2 раза в год по 2–3 мес., детям и подросткам из III группы ОТИ — в течение 1 года 2 раза в год по 2–3 мес.

Контактным детям и подросткам из IV группы ОТИ химиопрофилактика назначается при взятии на учет однократно в течение 3 мес. Увеличение сроков наблюдения и химиопрофилактики проводится по показаниям.

Новорожденным из туберкулезных очагов, не вакцинированным БЦЖ в роддоме, проводится химиопрофилактика в течение 2–3 мес., затем ставится проба Манту с 2 ТЕ и при отрицательной туберкулиновой реакции проводится вакцинация.

Новорожденные, а также не инфицированные туберкулезом контакты всех возрастов подлежат обязательной изоляции после вакцинации и ревакцинации БЦЖ сроком на 2 мес. Более подробно данный раздел работы приведен в инструкции по применению: «Дифференцированные методы химиопрофилактики туберкулеза у детей и подростков IV и VI групп диспансерного наблюдения» (№ 82–0603 от 01.10.2003 г.).

Контроль качества вакцинации и ревакцинации проводится путем учета поствакцинального знака и поствакцинальной аллергии. Если после введения БЦЖ поствакцинальный рубчик не сформировался (отсутствует), проводится повторная вакцинация БЦЖ через

2 года после вакцинации и через 1 год после ревакцинации при отрицательной туберкулиновой реакции.

Взрослым химиопрофилактика проводится при взятии на учет, а в дальнейшем — по показаниям.

Дети, подростки и взрослые наблюдаются диспансером в течение всего срока контакта с бактериовыделителем и в течение еще 1 года после снятия с эпидемического учета, выезда. В случае смерти источника сроки наблюдения детей и подростков продлеваются до 2 лет. Лица, находившиеся в контакте с больными туберкулезом животными, наблюдаются в течение года после забоя животного.

Заключительная дезинфекция в бытовых ОТИ

Заключительную дезинфекцию проводят сотрудники дезинфекционной станции, дезинфекционного отдела (отделения) территориального центра гигиены и эпидемиологии в течение 6 ч в городской и 12 ч в сельской местности со времени получения заявки из противотуберкулезного диспансера (кабинета).

Заключительную дезинфекцию проводят:

– при первичном выявлении больного активным туберкулезом (Приложение 1 Приказа Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 165 от 25.11.2002 г.);

– при перемене его места жительства (после переезда);

– при возвращении родильницы в эпидемический очаг (в случае сохранения бактериовыделения и отказа бактериовыделителя от госпитализации);

– в случае смерти больного туберкулезом, нераспознанным при жизни;

– плановую — 1 раз в год, если у больного сохраняется бактериовыделение и он постоянно проживает в очаге.

Перед началом работы в очаге сотрудники дезинфекционной станции надевают специальную одежду, дезинфицирующими растворами обеззараживают плевательницы с мокротой, посуду, белье. Собирают вещи, подлежащие камерному обеззараживанию, оформляют документы на обработку их в дезинфекционной камере.

При обработке помещений обращают внимание на места скопления пыли (плинтусы, карнизы, отопительные батареи и др.). Обеззараживание проводится путем орошения из распылительной аппара-

туры стен, пола, переходя от наиболее удаленных от двери объектов к выходу. По окончании работы снимают спецодежду, собирают ее в отдельные мешки, которые подвергают камерной обработке.

Текущая дезинфекция в бытовых ОТИ

Для проведения текущей и заключительной дезинфекции в очагах туберкулеза разрешается использовать только дезинфицирующие препараты, зарегистрированные Министерством здравоохранения Республики Беларусь в установленном порядке, согласно инструкциям по их применению, используя режим туберкулоцидного действия. Запрещается использование препаратов, которые не обладают туберкулоцидным действием.

При проведении дезинфекционных мероприятий персонал должен строго соблюдать меры предосторожности, указанные в инструкциях по применению на каждый конкретный препарат.

В случае отсутствия дезинфекционных препаратов для обеззараживания отдельных объектов в эпидемическом очаге применяется кипячение в 2% растворе соды в течение 15 мин с момента закипания.

Контроль качества текущей и заключительной дезинфекции проводится визуально при посещении очага врачом-фтизиатром и врачом-эпидемиологом.

Необходимость лабораторного контроля качества дезинфекции определяется врачом-эпидемиологом территориального центра гигиены и эпидемиологии.

Медицинский персонал противотуберкулезного диспансера (кабинета) обучает больного и членов семьи, ухаживающих за ним, правилам личной гигиены, методам текущей дезинфекции. Постоянно текущую дезинфекцию в домашнем очаге проводит сам больной или взрослые члены семьи.

Результаты наблюдения за очагом туберкулезной инфекции и проведенные в нем мероприятия фиксируются в карте участковой медицинской сестры противотуберкулезного диспансера (учетная форма № 085/у), а также в карте эпидемиологического обследования очага туберкулеза в территориальном центре гигиены и эпидемиологии.

При посещении очага особое внимание следует обращать на соблюдение больным и членами семьи правил личной гигиены:

чистоту рук, своевременную смену белья и т.д. В целях максимальной изоляции больному выделяют отдельную комнату или часть ее, отгороженную ширмой, кровать, вешалку для верхней одежды, полотенце, посуду, белье.

В комнате больного убирают ковры, максимально ограничивают число предметов повседневного пользования. Оставляются вещи и предметы, легко поддающиеся мытью, чистке и обеззараживанию, мягкую мебель закрывают чехлами. Кровать больного устанавливают на расстоянии не менее 0,5 м от стены и не менее 1,5 м от кроватей других членов семьи.

Во время ухода за больным и проведения обеззараживания объектов надевают резиновые перчатки, халат, косынку или колпак, а при сборе белья — четырехслойную марлевую повязку.

Мокроту больной собирает поочередно в две плевательницы, одной он пользуется, вторая обеззараживается.

Остатки пищи собирают в емкости, закрывают крышкой и обеззараживают. Посуду с остатками пищи без предварительного мытья обеззараживают после каждого приема пищи, затем моют в проточной воде.

Грязное белье больного, спецодежду (халат, косынку или колпак) помещают в бак с плотной крышкой или матерчатый мешок из прочной ткани (отдельно от белья членов семьи) и обеззараживают в емкостях из расчета 5 л дезинфицирующего раствора или воды (при кипячении) на 1 кг сухого белья. Затем прополаскивают и стирают.

Уборку в квартире больного проводят ежедневно, при открытых окнах и дверях, используя ветошь, смоченную в мыльно-содовом или дезинфицирующем растворе. 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.

При наличии в эпидемическом очаге скота запрещается продажа из этого подворья молочных и мясных продуктов. Ветеринарная служба должна оформить документ, запрещающий продажу молочных и мясных продуктов, и сообщить о данном факте руководителю хозяйства.

Критерии оценки работы фтизиатрической и санитарно-эпидемиологической службы в бытовых ОТИ

В качестве критериев оценки качества работы медицинских работников в бытовых ОТИ можно использовать следующие:

1. Показатель, характеризующий процент контактных лиц, привлеченных к обследованию фтизиатрами (должен составлять 100%).
2. Удельный вес контактных лиц, получающих химиопрофилактику.
3. Удельный вес контактных лиц, заболевших туберкулезом в отчетном году.
4. Удельный вес «виражных» среди контактных лиц по истечении года.
5. Процент проведения заключительной дезинфекции (должен составлять 100%).
6. Удельный вес бактериовыделителей из ОТИ, улучшивших жилищные условия.

ПРОИЗВОДСТВЕННЫЕ ОЧАГИ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Среди производственных ОТИ выделяют:

- противотуберкулезные учреждения;
- детские коллективы, где выявлен больной активным туберкулезом;
- производственные, трудовые коллективы, в том числе ЛПУ, где выявлен или работает больной заразной формой туберкулеза;
- животноводческие фермы, хозяйства, неблагополучные по туберкулезу.

В каждом производственном ОТИ проводятся необходимые профилактические и оздоровительные мероприятия.

Противотуберкулезные учреждения

В связи с возможной опасностью заражения микобактериями в противотуберкулезных учреждениях должны строго соблюдаться санитарно-гигиенический и противоэпидемический режимы и проводиться карантинные мероприятия:

1. Территория учреждения должна быть огорожена, запрещен выход больных, являющихся бактериовыделителями, за пределы территории.

2. Запрещается отпускать больных-бактериовыделителей домой (в том числе на выходные и праздничные дни) до получения отрицательных результатов культурального исследования на МБТ.

3. Больной за время нахождения в стационаре обучается правилам личной гигиены. Посетители, приходящие к больным, должны соблюдать меры личной профилактики (при входе надевать халат, не садиться на кровать больного, не брать домой необеззараженных вещей больного и т.д.).

4. Больные с МЛУ возбудителя должны изолироваться в отдельные отделения (палаты). В данные помещения должен быть ограничен вход других больных, посетителей. Медицинский персонал должен входить в эти помещения в защитных масках. Данные помещения необходимо оборудовать отдельной системой вентиляции.

5. Бактериологические лаборатории противотуберкулезных учреждений должны быть оборудованы автономной системой вентиляции и ламинарными боксами.

6. В помещениях противотуберкулезного учреждения систематически проводится текущая дезинфекция, которая включает:

– ежедневную двукратную влажную уборку помещений и предметов обстановки с использованием моющих средств; в местах нахождения больных (палаты, места общего пользования, кабинеты, столовая) или проведения работ с заразным материалом (бельевая, бактериологическая лаборатория и т.д.) — с применением дезинфицирующих средств;

– ежедневный сбор и обеззараживание мокроты и плевательниц (специально подготовленный персонал сначала раздает больным чистые заполненные на одну треть водой плевательницы, затем надевает спецодежду, перчатки и собирает в тару с крышкой использованные плевательницы с мокротой и дезинфицирует их);

– сбор и обеззараживание грязной посуды и остатков пищи (грязная посуда собирается в перчатках на специально промаркированный стол, освобождается от остатков пищи и обеззараживается без предварительного мытья, затем моется и сушится; после сбора грязной посуды столы протирают тряпкой, смоченной в дезинфицирующем растворе; при наличии локальных очистных сооружений с хлораторной посуду сначала моют, а затем обеззараживают

в сушильно-стерилизационном шкафу; остатки пищи засыпают дезинфицирующим препаратом или заливают дезинфицирующим раствором в отдельной емкости; если остатки пищи идут на корм скоту, ее кипятят в отдельных пароварочных котлах);

– сбор и обеззараживание грязного белья (сбор и сортировку грязного белья проводят в специальной комнате в спецодежде, респираторах, перчатках, резиновой обуви; в комнате по сбору белья должна быть вытяжная вентиляция, стены выложены кафелем на высоту 1,5 м; белье собирают в мешки из плотной ткани и направляют в прачечную, где его вначале обеззараживают, а затем стирают; помещение после сортировки грязного белья обрабатывают дезинфицирующим раствором);

– обеззараживание носильных вещей госпитализированных больных в дезинфекционной камере и хранение их в отдельной комнате (если больной своими носильными вещами пользуется, то они должны быть повторно обеззаражены в дезинфекционной камере перед выпиской);

– обязательное обеззараживание вещей больного в случае их выдачи родственникам (посуда, носильные вещи и др.);

– обеззараживание постельных принадлежностей (одеяло, подушка, матрац) в дезинфекционной камере после выписки больного из стационара или после его смерти;

– наличие в регистратуре, справочной барьера, отделяющего больного от персонала, причем стол сотрудника должен находиться на расстоянии 1,0–1,5 м от барьера;

– наличие в рентгеновском кабинете во время рентгеноскопии за экраном аппарата целлулоидной пленки, которая ежедневно после окончания работы должна протираться дезинфицирующим раствором.

7. Для персонала противотуберкулезных учреждений создаются благоприятные и безопасные условия работы.

7.1. На работу не должны приниматься лица, моложе 18 лет (лицам 18 лет и старше при наличии эндогенных факторов риска следует рекомендовать не поступать на работу в противотуберкулезные учреждения).

7.2. Все принятые на работу лица должны проходить полное клиническое обследование с целью установления факта инфицирова-

ния, наличия перенесенного в прошлом туберкулеза и имеющих остаточных изменений. Это необходимо, чтобы оценить состояние специфического иммунитета, а также в дальнейшем, в случае развития у работника туберкулеза, дать заключение, является ли это реактивацией ранее перенесенного процесса или профессиональным заболеванием.

7.3. Все принятые на работу лица должны находиться на диспансерном наблюдении как имеющие профессиональную вредность (повторные обследования 1 раз в год с обязательной рентгенографией грудной клетки).

7.4. Если у вновь поступившего на работу реакция на пробу Манту с 2 ТЕ отрицательная и его возраст до 30 лет, он должен быть вакцинирован БЦЖ. Допуск к работе осуществляется через 8 недель после БЦЖ, а на этот период предоставляется работа без тесного контакта с бактериовыделителями или заразным материалом.

7.5. Персонал должен обеспечиваться специальным санитарно-гигиеническим режимом (отдельный гардероб с индивидуальными шкафами на два отделения — для верхнего платья и спецодежды; специальное помещение для отдыха и приема пищи, где необходимо находиться без спецодежды; туалетные комнаты только для сотрудников; умывальники для мытья рук в рабочих помещениях и в туалете; душевая комната для мытья после окончания работы; выдача спецодежды — халата, шапочки или косынки, тапочек и своевременная ее смена).

7.6. В отдельных случаях работники, перенесшие общее заболевание, ослабляющее организм, по решению руководителя противотуберкулезного учреждения должны временно переводиться на работу, где нет тесного контакта с бактериовыделителями; им должна проводиться химиопрофилактика.

8. В противотуберкулезном учреждении должны постоянно проводиться дезинсекционные и дератизационные работы, должен быть запрещен доступ на территорию бродячих и домашних животных.

Детские коллективы, где выявлен больной активным туберкулезом

Детское и подростковое учреждение (школа, детский сад, ясли и др.), где выявлен больной активным туберкулезом, считается эпи-

демическим очагом туберкулеза, и там проводятся следующие профилактические мероприятия:

1. Выявленный больной активным туберкулезом немедленно изолируется.

2. Обслуживающий персонал учреждения обследуется на туберкулез.

3. Дети и подростки, находившиеся в контакте с больным, берутся на учет фтизиатра как контакты, и им в течение года проводятся профилактические мероприятия, предусмотренные для данной диспансерной группы наблюдения.

К контактными лицам в данной ситуации следует относить тех, кто в течение 6 мес. до выявления больного общался с ним, при этом обязательно учитывают лиц, которые на момент выявления больного уже не работают или не посещают эти учреждения. Сведения обо всех контактных лицах передают в поликлинику и противотуберкулезный диспансер по месту жительства для привлечения их к обследованию. В показанных случаях осуществляется ревакцинация БЦЖ.

Производственные, трудовые коллективы, где выявлен или работает больной заразной формой туберкулеза

Больным активным туберкулезом запрещается работать в детских и подростковых коллективах, пищевых предприятиях, в ряде предприятий по бытовому обслуживанию населения, большинстве медицинских учреждений в соответствии с Приложением 3 к постановлению Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 33 от 08.08.2000 г. «О порядке проведения медицинских осмотров работников».

В трудовом коллективе, где выявлен бактериовыделитель, проводятся следующие профилактические мероприятия:

1. Больной немедленно изолируется.

2. Лица, находившиеся в контакте с больным, берутся на учет как производственные контакты и подлежат наблюдению и флюорографическому обследованию.

Профилактическая работа в трудовых коллективах, где выявлены или работают больные-бактериовыделители, организуется фтизиатрической службой совместно с центром гигиены и эпидемио-

логии, а проводится силами ЛПУ (поликлиниками, медсанчастями, здравпунктами, территориальными объединениями, врачебными амбулаториями, ФАПами и т.д.).

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 дней фтизиатром и эпидемиологом проводится углубленное эпидемиологическое обследование. В перечень необходимых для выполнения мероприятий входят: регистрация больного в противотуберкулезном диспансере и территориальном центре гигиены и эпидемиологии, 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 лиц для первичного обследования, проведение им превентивной терапии, наблюдение за ними и передача в дальнейшем всех сведений о контактах по основному месту их жительства. В стационарах с длительным пребыванием больных при возникновении взаимосвязанных двух и более случаев туберкулеза требуется комиссионное обследование фтизиатром, эпидемиологом, гигиенистом, администрацией ЛПУ и разработка мероприятий, гарантирующих локализацию очага и его оздоровление.

Эта работа особенно тщательно проводится в родильных домах, отделениях для недоношенных и ослабленных детей, детских больницах, а также домах ребенка.

Животноводческие фермы, хозяйства, неблагополучные по туберкулезу

В очагах туберкулеза зоонозного происхождения источником инфекции являются больные животные, из организма которых выделяются микобактерии с молоком, фекалиями и другими выделениями.

Проведение противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза зоонозного происхождения осуществляется в соответствии с ветеринарно-санитарными правилами.

**Классификация очагов туберкулеза, частота их патронажа
и объем дезинфекционных предприятий**

| Группа очагов | Характеристика источников МБТ и очага туберкулеза | Периодичность посещения очагов | | | Объем текущей дезинфекции | Кратность заключительной дезинфекции |
|--|--|---|---|---|--|--------------------------------------|
| | | фтизиатрической службой | | специалистами ЦГиЭ | | |
| | | врачом-фтизиатром | медицинской сестрой | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| I. Очаги с наибольшим риском заражения | <p>1. Больные туберкулезом органов дыхания с выделением МБТ:</p> <p>1.1. Проживающие с детьми, подростками и другими лицами с повышенной восприимчивостью к туберкулезу.</p> <p>1.2. Не соблюдающие санитарно-гигиенических правил.</p> <p>1.3. Проживающие в тяжелых бытовых условиях (общежитие, многонаселенная коммунальная квартира и т.д.).</p> <p>1.4. Пребывающие в детских, подростковых учреждениях, домах-интернатах и других учреждениях закрытого типа.</p> <p>1.5. С МЛУ к ПТП.</p> <p>1.6. Умершие вследствие туберкулеза</p> | По показаниям, но не реже одного раза в квартал | По показаниям, но не реже одного раза в месяц | По показаниям, но не реже одного раза в полгода | Обеззараживание объектов: плевательниц, посуды, белья, мокроты, 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 |

Продолжение приложения

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---------------|
| II. Очаги с минимальным риском заражения | Больные туберкулезом органов дыхания, выделяющие МБТ, проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков и выполняющие санитарно-гигиенический режим | По показаниям, но не реже одного раза в полгода | По показаниям, но не реже одного раза в квартал | По показаниям, но не реже одного раза 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 потенциальным риском заражения | 1. Больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного выделения МБТ при взятии на учет, проживающие с детьми и подростками. 2. Больные с внелегочными локализациями туберкулеза, выделяющие и не выделяющие МБТ, с наличием язв и свищей. 3. Больные активным туберкулезом органов дыхания, у которых в результате лечения прекратилось выделение МБТ (условные бактериовыделители), проживающие без детей и подростков и не имеющиеотягчающих факторов. 4. Больные, выделяющие МБТ, выбывшие из очага в связи с изменением места жительства | 1 раз в год | 1 раз в полгода | 1 раз в год | Ежедневная влажная уборка помещений. Детям выделяется отдельная посуда, все предметы личной гигиены, постель | По показаниям |

Окончание приложения

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|----------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|---------------|-------------------------------|--|--|
| IV. Очаги зоонозного туберкулеза | Больные туберкулезом животные | Не реже одного раза в полгода | По показаниям | Не реже одного раза в полгода | В соответствии с ветеринарно-санитарными правилами | В соответствии с ветеринарными правилами |