



МІНІСТЭРСТВА
АХОВЫ ЗДАРОЎЯ
РЭСПУБЛІКІ БЕЛАРУСЬ

МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ЗАГАД

ПРИКАЗ

13.01.2011 № 15

г. Мінск

г. Минск

Об утверждении Инструкции по организации работы в очагах туберкулезной инфекции и выявлению контактных лиц

На основании Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011г. №1446 и в целях совершенствования профилактической работы в очагах туберкулезной инфекции,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемую Инструкцию по организации работы в очагах туберкулезной инфекции и выявлению контактных лиц (далее Инструкция).

2. Начальникам управлений здравоохранения облисполкомов, председателю комитета по здравоохранения Мингорисполкома, руководителям организаций здравоохранения республиканского подчинения обеспечить в подведомственных организациях выполнение мероприятий, изложенных в Инструкции.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на первого заместителя Министра здравоохранения Республики Беларусь Пиневица Д.Л.

Министр

В.И. Жарко

УТВЕРЖДЕНО
приказ Министерства
здравоохранения
Республики Беларусь
13.01.2014 г. № 15

ИНСТРУКЦИЯ по организации работы в очагах туберкулезной инфекции и выявлению контактных лиц

1. ОСНОВНЫЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ И ТЕРМИНЫ

1.1. Очаг туберкулезной инфекции (далее - ОТИ) или эпидемический очаг туберкулеза – это место пребывания источника микобактерий туберкулеза (далее - МБТ), как правило бактериовыделителя вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний.

1.2. Бактериовыделитель – это пациент, больной туберкулезом (далее - ТБ), выделяющий во внешнюю среду возбудитель данного заболевания, который выявляется любым из доступных лабораторных методов (микроскопия мокроты¹, бактериологическое или культуральное исследование, молекулярно-генетическая диагностика).

1.3. Индексный случай (индексный пациент) – первично установленный новый случай или повторный случай ТБ у человека в конкретном месте его пребывания или других сопоставимых условиях, где существует риск заражения для других людей.

Индексный пациент представляет собой случай, в отношении которого проводится расследование контактных лиц (далее – контактов). Поскольку расследование контактов обычно нацелено на определенную группу потенциального инфицирования контактных лиц, где могут быть выявлены другие (вторичные) случаи, индексный пациент обычно представляет собой первоначально выявленный случай, хотя этот человек может не быть источником инфекции. Например: туберкулез без бактериовыделения был выявлен вначале у ребенка в семье (индексный пациент), а только затем установлен источник инфекции – отец, который

¹ Положительные результаты микроскопии мокроты должны быть подтверждены бактериологическими и/или молекулярно-генетическими исследованиями.

заболел туберкулезом. В этом случае расследование контактов может быть нацелено на вторичные случаи, среди группы контактных лиц источника, а не индексного пациента.

1.4. Контакт (контактное лицо) – любое лицо, которое имело контакт с индексным пациентом.

Контакт может быть интенсивным или случайным, легко определяемым или неясным. Тесный контакт, например проживание или работа в одном пространстве, обычно легко выявляется и определяется в количественной форме, в то время как случайный контакт, например в общественном транспорте или в общественных местах, может оказаться неидентифицируемым.

1.5. Латентная туберкулезная инфекция (ЛТБИ) – состояние здоровья человека, когда он инфицирован микобактериями туберкулеза, но не имеет клинико-лабораторных и рентгенологических признаков активного туберкулеза.

1.6. Множественная лекарственная устойчивость (МЛУ) – устойчивость МБТ как минимум к изониазиду и рифампицину. В случае развития или заражения пациента возбудителем туберкулеза с МЛУ к противотуберкулезным лекарственным средствам (ПТЛС) эпидемическое значение такого бактериовыделителя значительно возрастает, так как проводимое лечение является малоэффективным.

1.7. Расследование контактов – систематический процесс, направленный на выявление ранее недиагностированных случаев ТБ среди лиц, контактировавших с индексным пациентом, а также выявление лиц с латентной туберкулезной инфекцией с целью возможного назначения им профилактического лечения изониазидом.

Расследование контактов включает два компонента: выявление и приоритизацию, а также их клиническую оценку.

2. ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИОРИТЕТНОСТЬ ИНДЕКСНЫХ ПАЦИЕНТОВ

2.1. По степени эпидемиологической опасности индексные случаи (пациенты), в окружении которых должен проводиться комплекс противоэпидемических мероприятий, исследование и приоритизация контактов, существенно различаются друг от друга. Целесообразно выделять несколько категорий индексных пациентов, больных туберкулезом, в зависимости от клинических признаков заболевания, результата исследования мокроты, рентгенологических изменений, течения и исхода туберкулезного процесса, а также качества выполнения данным пациентам противоэпидемического режима.

При этом ОТИ формируют только пациенты с туберкулезом легких, а также бронхов, гортани, в то время как пациенты с остальными формами внелегочного туберкулеза не представляют эпидемической опасности.

2.2. Категории индексных пациентов:

2.2.1. Индексные пациенты с активным туберкулезом органов дыхания с полостью распада, у которых выделение возбудителя установлено методом бактериоскопии, и которые не принимают ПТЛС (еще не находятся на лечении). Это относится как к новым, так и к повторным случаям ТБ.

2.2.2. Индексные пациенты, у которых бактериовыделение определяется только методами посева и/или молекулярно-генетическими методами на порядок менее опасны для окружающих, однако будут требовать расследования контактов, особенно, если у них определяются лекарственно-устойчивые формы туберкулеза.

2.2.3. Индексные пациенты с активным туберкулезом органов дыхания без установленного указанными методами бактериовыделения. Ввиду выделения незначительного количества микобактерий, они опасны в основном для высоко восприимчивых детей, подростков, людей живущих с ВИЧ (ЛЖВ) и других лиц со сниженным иммунитетом.

2.2.4. Индексные пациенты с МЛУ-ТБ или ШЛУ-ТБ. Данные пациенты представляют большую эпидемическую опасность из-за длительности заболевания и возможности распространения трудно курируемых случаев МЛУ/ШЛУ-ТБ.

2.2.5. Индексные пациенты с ВИЧ-инфекцией, которые представляют большую эпидемиологическую опасность для близких (сексуальных) контактов.

2.2.6. Индексные пациенты с легочной локализацией туберкулезной инфекции, несоблюдающие правила личной гигиены и рекомендации медицинского персонала по соблюдению противоэпидемического режима (ношение маски, закрытие рта при кашле, пользование плевательницей, проветривание, проживание в отдельном помещении и т.д.), злоупотребляющие алкоголем и не приверженные к излечению, представляют повышенную эпидемиологическую опасность в отношении заражения туберкулезом контактных лиц.

2.2.7. Индексные пациенты с внелегочными локализациями туберкулезного процесса, в том числе те, которые выделяют МБТ через свищевые ходы, с мочой, испражнениями, выделениями из полости матки и влагалища, не формируют ОТИ и не представляют эпидемиологической опасности. Однако обследование их контактов проводится.

2.3. Дети в большинстве случаев не имеют заразных форм ТБ. Если у ребёнка в возрасте до 5 лет развивается туберкулез, возможно заражение произошло от другого лица дома. Поэтому исследование контактов для

ребёнка в возрасте менее 5 лет проводится, главным образом, для определения источника инфекции, а не для выявления вторичного случая.

2.4. Смерть пациента от туберкулеза является косвенным свидетельством высокой эпидемиологической опасности данного индексного случая (и, соответственно, ОТИ), независимо от того, устанавливалось ли бактериовыделение ранее или нет.

3. ХАРАКТЕРИСТИКА И ПРИОРИТЕТНОСТЬ КОНТАКТОВ

Все контакты с индексным пациентом по приоритетности можно разделить на 3 категории или круга.

3.1. I круг контактов:

3.1.1. Домашний контакт (или тесный бытовой контакт) включает контактных лиц в домохозяйстве (очаге), которые:

проживают вместе с индексным пациентом, ведут общее хозяйство и круглосуточно дышат тем же воздухом, что и индексный пациент (в квартире, доме, общежитии, учреждении социального обеспечения, детском учреждении и т. д.);

и/или пользуются одним закрытым пространством для жилья в течение одной или нескольких ночей или в течение часто повторяющихся или длительных периодов в течение суток на протяжении 3 месяцев² до наступления текущего эпизода лечения или выявления данного случая (например, члены семьи, сожители или приходящие наемные работники).

3.1.2. Тесный не бытовой контакт включает контактных лиц из внесемейного окружения, которые не являются членами домохозяйства, но которые пользовались общим замкнутым пространством с индексным пациентом, например местом работы, обучения, воспитания, лечения (квартира, дом, общежитие, учреждение социального обеспечения, детское учреждение, лечебно-профилактическое учреждение) на протяжении длительных периодов в течение суток в течение 3 месяцев до наступления текущего эпизода лечения или выявления данного случая. Пороговым значением для данной категории контактов является нахождение вместе с индексным пациентом в одном помещении (комнате, классе, палате) не менее 40 часов и/или в тесном (узком) пространстве (например, в салоне автомобиля) в течение не менее 8 часов.

²Трехмесячный период является общей рекомендацией; фактический период инфекционности может быть длиннее или короче. Например, длительный период инфекционности может ассоциироваться с невыполнением схемы лечения (если не используется лечение под прямым наблюдением) или с неустановленным или нелеченным МЛУ-ТБ или ШЛУ-ТБ.

3.1.3. В детских коллективах, где выявлен индексный пациент, в I круг входит обслуживающий персонал.

3.2. II круг контактов:

Данный круг включает случайные контакты, в частности гостей, знакомых, родственников, соседей, коллег по работе, которые находились в контакте с индексным пациентом, а также членов коллектива и групп людей, с которыми он общается постоянно, периодически или временно в закрытом помещении (менее 8 часов для случая с положительным результатом микроскопии мокроты или менее 40 часов для пациента с положительными результатами культурального исследования). Сюда же могут быть отнесены пассажиры самолета или автобуса с соседних кресел при контакте более 8 часов.

3.3. III круг контактов:

Данный круг включает спорадические контакты в обществе, в частности людей, которые могут иметь случайные контакты с источником инфекции (в местах свободного проведения времени и других местах общего пользования). Сюда же относятся все сотрудники подразделения предприятия, где работал индексный пациент или жители небольшого населенного пункта (деревни, поселка), где он проживал в случае, если все эти люди тесно общались между собой.

4. ВИДЫ ФАКТОРОВ РИСКА У КОНТАКТНЫХ ЛИЦ

4.1. Первоочередное внимание следует уделять контактными лицам с наличием дополнительных факторов риска по заболеванию туберкулезом, представленным в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика факторов риска контактов по туберкулезу

Виды факторов риска	Описание
Эпидемиологические факторы риска	<p>контакт с бактериовыделителем с легочным туберкулезом, с положительным результатом микроскопии, с наличием каверны, у которого продолжительное время не был диагностирован туберкулез (не получал лечения);</p> <p>контакт с бактериовыделителем, у которого установлена множественная лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза;</p> <p>контакт с лицом, умершим от туберкулеза.</p>

Виды факторов риска	Описание
Медико- биологические факторы риска	<p>возраст до 5 лет;</p> <p>период первичного тубинфицирования у ребенка (выражена туберкулиновой реакцией);</p> <p>гиперергическая чувствительность к туберкулину (папула 17 мм и более или наличие везикулы, некроза, лимфангита);</p> <p>тубинфицирование с нарастанием туберкулиновой чувствительности (увеличение размера папулы на 6 мм и более) или наличием хронических заболеваний органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы, сахарного диабета, анемии;</p> <p>наличие ВИЧ-инфицирования, включая перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции;</p> <p>отсутствие вакцинации БЦЖ или постпрививочных рубчиков;</p> <p>длительная терапия (более месяца) кортикостероидными, цитостатическими препаратами или иммунодепрессантами по поводу различных заболеваний у инфицированных или перенесших туберкулез детей.</p>
Социальные факторы риска	<p>алкоголизм или наркомания источника инфекции или контакта;</p> <p>отбывание наказания в пенитенциарных учреждениях и работа в пенитенциарных учреждениях;</p> <p>проживание в малообеспеченных многодетных семьях;</p> <p>неблагоприятные жилищные условия, миграционный анамнез.</p>

5. ВИДЫ И ПРИОРИТЕТНОСТЬ ОЧАГОВ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

5.1. Эпидемические очаги туберкулеза имеют пространственные и временные границы.

5.1.1. В пространственные границы очага туберкулеза входят жилище пациента, 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.

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

5.2. Конкретное сочетание степени эпидемиологической опасности индексного пациента, наличия и числа лиц, бывших в тесном (бытовом и не бытовом) контакте с индексным пациентом, наличия и выраженности факторов риска у контактных лиц определяет степень эпидемиологической опасности очага, объем и первоочередность проведения оздоровительных мероприятий в ОТИ.

5.3. В зависимости от риска возникновения новых заболеваний ТБ после контакта с индексным пациентом все очаги туберкулезной инфекции следует разделить на 4 группы: очаги с наибольшим риском заражения туберкулезом, с меньшим риском, минимальным и потенциальным риском.

5.3.1. К первой группе очагов с наибольшим риском заражения относят очаги, сформированные индексными пациентами с туберкулезом органов дыхания, у которых установлено выделение микобактерий туберкулеза методом бактериоскопии, МБТ с множественной (широкой) лекарственной устойчивостью к ПТЛС, а также пациентами с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом и детьми. К этой же группе очагов относится жилище, где проживал пациент, умерший от нераспознанного при жизни туберкулеза.

Как правило, в этих очагах сочетаются все или большая часть неблагоприятных факторов: проживают дети, имеют место грубые нарушения пациентом противоэпидемического режима, тяжелые бытовые условия. Это социально отягощенные очаги.

5.3.2. Во вторую группу очагов с меньшим риском заражения включают очаги, в которых проживают пациенты с туберкулезом органов дыхания, выделяющие МБТ, выявленные только методами посева и/или молекулярно-генетическими методами. Пациенты проживают в отдельных квартирах без детей, где пациент соблюдает санитарно-гигиенический режим. Это социально благополучные очаги.

5.3.3. К третьей группе относят очаги с минимальным риском заражения, где проживают пациенты с активным туберкулезом органов дыхания без установленного выделения МБТ при взятии на учет, но проживающие с детьми.

5.3.4. Четвертая группа формируется очагами, в которых у пациентов с активным туберкулезом органов дыхания установлено прекращение выделения МБТ в результате лечения (условные бактериовыделители), проживающие без детей и не имеющие отягощающих факторов.

К этой же группе относят очаги, где индексный пациент, выделяющий МБТ, выбыл. Это контрольная группа очагов.

6. НЕОБХОДИМОСТЬ И СУЩНОСТЬ РАССЛЕДОВАНИЯ КОНТАКТОВ

6.1. Расследование контактов – это систематический процесс, направленный на выявление ранее недиагностированных случаев ТБ среди лиц, контактировавших с индексным пациентом, а также выявление лиц с латентной туберкулезной инфекцией с целью возможного назначения им профилактического лечения изониазидом.

6.2. Необходимость расследования контактов обусловлена наличием достоверных научных данных о повышенном риске развития туберкулеза в течение 1-2 лет после инфицирования. При этом у 20-50% лиц, состоявших в тесном контакте с индексным пациентом с бактериовыделением, в этот период развивается ЛТБИ и в 1-5% случаев – активные формы туберкулеза. Расследованию подлежат все три круга контактов. Особенно важно исследовать детей в возрасте до 5 лет, так как в этой возрастной группе находят большинство инфицированных и больных детей.

6.3. Расследование контактов включает два компонента: выявление и приоритизацию, а также клиническое исследование (оценка).

6.4. Выявление и приоритизация контактов – систематический процесс, направленный на выявление контактных лиц с повышенным риском развития ТБ.

6.4.1. Приоритизация контактов для их последующее клинического обследования основана на оценке:

риска, который представляет индексный случай, условий, в которых происходила экспозиция и ее продолжительность,

наличия отягощающих факторов у контактных лиц и характера контакта.

6.4.2. Максимально полное и быстрое расследование контактов необходимо проводить в очагах первой группы при наличии индексных пациентов с наличием отягощающих факторов.

6.4.3. Приоритет дается контактам:

имеющим клинические симптомы ТБ;

детям, в особенности – в возрасте до 5 лет, в связи с их высокой восприимчивостью к инфекции и возможным развитию тяжелых форм ТБ;

с наличием ВИЧ-инфекции и/или иммуносупрессией, обусловленной лейкемией, лимфомой, приемом иммуносупрессивных лекарственных средств (например, высоких доз кортикостероидов ингибиторов TNF- α);

из очагов МЛУ/ШЛУ-ТБ (даже при наличии подозрения на наличие МЛУ-ТБ у индексного пациента)³;

из очагов I группы при наличии положительного результата микроскопии мокроты у индексного пациента.

6.4.4. Детям кроме стандартных клинических обследований проводят иммунологические пробы (проба Манту, диаскинтест, гамма-интерфероновые тесты).

6.4.5. Контактные лица, у которых в результате проведенного выявления и приоритизации выявлена высокая вероятность наличия или развития ТБ, подлежат обязательной клинической оценке или исследованию.

6.5. Клиническая оценка (исследование) контактов – систематический процесс, направленный на диагностику или исключение активного ТБ среди контактных лиц с целью раннего выявления активного туберкулеза или латентной туберкулезной инфекции и определения показаний к профилактическому лечению изониазидом для групп риска.

6.5.1. Клиническое исследование домашних и тесных контактов с целью выявления активного туберкулеза рекомендуется, как приоритетное обследование на основе их риска развития заболевания или последствий для себя и окружающих лиц в случае заболевания.

6.5.2. Клинической оценке подлежат:

в очагах I группы контакты всех трех категорий (кругов);

в очагах II группы – контакты из I и II категорий (кругов);

в очагах III и IV группы – контакты I категории (круга).

6.5.3. Сроки обследования зависят от приоритетности контактов.

7. ОРГАНИЗАЦИЯ РАССЛЕДОВАНИЯ КОНТАКТОВ

7.1. Ответственным за организацию расследования контактов является врач-фтизиатр (или другой специалист организации здравоохранения, назначенный главным врачом), который проводит данную работу совместно с медицинской сестрой противотуберкулезного диспансера (кабинета) и с врачом-эпидемиологом (помощником врача-эпидемиолога) территориального центра гигиены и эпидемиологии.

7.2. Выявление и приоритизация контактов.

7.2.1. Для выявления и приоритизации контактов необходимо:

посетить ОТИ (в течение 3-х дней от момента выявления индексного пациента);

провести собеседование (интервью) с индексным пациентом и лицами с ним проживающими, его знакомыми и ближайшими

³Ввиду особой опасности распространения мультirezистентного туберкулеза, клиническое исследование этих контактов должно проводиться в максимально короткие сроки.

родственниками с целью наиболее полного установления имен/фамилий и возраста контактных лиц (в течение 5 дней);

провести собеседование с контактными лицами (начиная с I круга) с целью предварительной оценки риска наличия (обычно исходя из присутствия симптомов, совместимых с ТБ) или развития ТБ и отбора лиц для последующей клинической оценки (в течение 10-14 дней от момента выявления индексного пациента с ТБ).

7.2.2. В процессе интервью необходимо получить максимально подобную информацию о лицах, с которыми индексный пациент контактировал в течение, по крайней мере, последних трех месяцев до момента установления диагноза. Этот срок может быть заменен более точным временным интервалом, например, с момента возникновения клинических жалоб или выявления рентгенологических изменений в легких. В зависимости от конкретной ситуации, расследуемые сроки контактов могут увеличиваться до 6 месяцев и более (если пациент длительное время имел жалобы, но не был диагностирован с ТБ). Для опроса индексного пациента заполняется анкета «Определение круга контактных лиц» (Приложение 1).

7.2.3. Дополнительная информация, получаемая при обследовании индексных пациентов, должна включать описание их места жительства и, возможно, других мест, где могла произойти передача инфекции.

7.2.4. Копия анкеты определения круга контактных лиц предоставляется участковому врачу терапевту или врачу общей практики, в территориальный ЦГЭ по месту жительства индексного пациента и/или контактных лиц для информации и помощи в обследовании контактов.

7.2.5. По результатам определения круга контактных лиц следующим шагом является приглашение выявленных контактов для прохождения клинической оценки. Оно осуществляется либо лично во время посещения очага инфекции, либо приглашение отправляется по почте. Важным условием является соблюдение конфиденциальности приглашения и информирования.

7.3. Клиническое исследование (оценка) контактов.

7.3.1. Необходимо взять на учет и провести клиническую оценку контактов в течение 10-14 дней от момента выявления индексного пациента с ТБ). Приоритетные контакты, описанные в разделе 2.2.2., должны быть обследованы в 10-дневный срок.

7.3.2. При проведении клинической оценки контактов в первую очередь проводится опрос на наличие симптомов активного туберкулеза (кашель более 2 недель, снижение веса, потливость в ночное время, увеличение лимфоузлов, повышение температуры).

7.3.3. Клиническое обследование контактов включает:

2-х кратную бактериоскопию мокроты, при возможности – молекулярно-генетическое исследование с использованием системы Xpert MTB/RIF (для пациентов с симптомами кашля и с выделением мокроты); рентгено-флюорографическое исследование органов грудной клетки; проведение пробы Манту и/или Диаскин-теста⁴ (лицам в возрасте до 30 лет).

7.3.4. При исследовании контактов очень важно знать их ВИЧ статус. Поэтому необходимо очень тщательно проводить оценку клинических признаков и выполнить тест на ВИЧ. В случае установления ВИЧ-инфицирования необходимо более тщательно исследовать пациента и назначить профилактическое лечение изониазидом.

8. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ ПРИ «ВСПЫШКАХ» ТУБЕРКУЛЕЗА

8.1. «Вспышка» туберкулеза – выявление 2-х и более случаев активного туберкулеза за пределами одного места пребывания бактериовыделителя с установлением эпидемиологической и/или молекулярно-генетической связи между штаммами, вызвавшими активное заболевание в течение инкубационного периода.

8.2. Информация о выявлении «вспышки» представляется:

из организации здравоохранения в территориальный центр гигиены и эпидемиологии и управление здравоохранения облисполкома, комитет по здравоохранению Минского горисполкома в течение 6 часов с момента выявления;

из территориального центра гигиены и эпидемиологии в областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья и Минский городской центр гигиены и эпидемиологии в течение 6 часов с момента поступления информации;

из областного центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья и Минского городского центр гигиены и эпидемиологии в Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в течение 6 часов с момента получения информации;

из управления здравоохранения облисполкома, комитета по здравоохранению Минского горисполкома в Министерство здравоохранения Республики Беларусь и Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии в течение 6 часов с момента получения информации;

⁴ Следует учитывать, что кожные пробы необходимо повторить через 8-10 недель после предполагаемого случая инфицирования (период окна, необходимый для конверсии проб после факта инфицирования).

из Республиканского центра гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в Министерство здравоохранения Республики Беларусь в течение 6 часов с момента получения информации.

8.3. Для расследования «вспышки» туберкулеза приказом начальника управления здравоохранения облисполкома, председателя комитета по здравоохранению Минского горисполкома создается рабочая группа, включающая врача-фтизиатра, врача-эпидемиолога и специалиста по лабораторной диагностике.

8.4. Для коммуникации и информирования населения при выявлении значительной «вспышки» туберкулезной инфекции с целью уменьшения негативного влияния искаженных сообщений в средствах массовой информации необходимо заранее подготовить пресс-релиз для местных СМИ. Общие принципы информирования заключаются в том, чтобы как можно скорее предоставить объективную информацию о происходящем и успокоить население, сообщив о сути проводимой работы по выявлению контактов. При необходимости сообщить о круге расследования контактных лиц и принципах назначения профилактического лечения для части контактов.

8.5. Управлением здравоохранения облисполкома, комитетом по здравоохранению Минского горисполкома представляется информация о результатах расследования «вспышки» с указанием причин её возникновения и проведенных организационных, санитарно-противоэпидемических мероприятий по её локализации и ликвидации в Министерство здравоохранения Республики Беларусь, Республиканский научно-практический центр пульмонологии и фтизиатрии и Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в течение 5 дней с момента ликвидации «вспышки».

9. УЧЕТ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ОЧАГОМ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

9.1. Эпидочаги берутся на учет с момента регистрации выявленного бактериовыделителя. В случае смерти (выезда) бактериовыделителя или в случае впервые установленного диагноза туберкулеза (как причины смерти) на секции ОТИ ставятся и находятся на учете в течение года после смерти (выезда) пациента. При наличии в очаге детей срок наблюдения после смерти источника необходимо удлинить до 5 лет.

9.2. На каждый ОТИ врачом-эпидемиологом (помощником врача-эпидемиолога) совместно с врачом-фтизиатром (врачом-инфекционистом, пульмонологом) заполняется медицинский документ по форме №085/у «Карта наблюдения за очагом туберкулезной инфекции», утвержденный приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от

09.10.2006 г. №759 «Об утверждении форм первичной медицинской документации по туберкулезу».

9.3. С момента выявления индексного пациента противотуберкулезный диспансер должен принять меры по привлечению его к лечению и к расследованию контактов (см. раздел 7).

9.4. Если пациент зарегистрирован в районе обслуживания, а фактически проживает по другому адресу, то наблюдение ОТИ, регистрация в регистре «Туберкулез» и лечение осуществляется тем диспансером, в зоне обслуживания которого пациент фактически проживает.

9.5. Динамическое наблюдение за ОТИ и контактами обеспечивается контролем за происходящими в очаге изменениями и своевременной коррекцией проводимых противоэпидемических мероприятий.

9.6. Кратность посещения ОТИ в зависимости от группы его эпидопасности представлена в таблице 2.

Таблица 2. Кратность посещения бытового ОТИ в зависимости от его эпидопасности

Группа наблюдения	Участковый фтизиатр	Участковая медсестра	Эпидемиолог
Первая	1 раз в 3 месяца	1 раз в месяц	1 раз в 3 месяца
Вторая	1 раз в 6 месяцев	1 раз в месяц	1 раз в 6 месяцев
Третья	1 раз в 6 месяцев	1 раз в 3 месяца	1 раз в 6 месяцев
Четвертая	1 раз в год	1 раз в 6 месяцев	1 раз в год

Примечание: в период изоляции бактериовыделителя в стационар ОТИ может посещать только медсестра.

9.7. При посещении очага особое внимание следует обращать на соблюдение пациентом и членами семьи правил инфекционного контроля: изоляция индексного пациента в отдельное помещение, исключение тесного контакта с детьми, использование плевательницы, проветривание помещений, влажная уборка и др.

9.8. Дети и взрослые контакты наблюдаются диспансером (тубкабинетом) в течение всего срока контакта с бактериовыделителем, а в случае смерти источника взрослые наблюдаются еще 1 год, а дети – 5 лет. Дети, находящиеся в контакте с пациентом с активным туберкулезом без бактериовыделения, наблюдаются до его перевода в неактивную группу учета.

9.9. Перевод очага туберкулезной инфекции из одной эпидемической группы в другую осуществляют участковый фтизиатр совместно с врачом-эпидемиологом при появлении в очаге условий проживания или других факторов, изменяющих его опасность.

9.10. Снятие бытовых ОТИ с эпидемиологического учета должно четко согласовываться с требованиями снятия пациента с учета бактериовыделителей.

9.11. Очаги в детских, учебных, лечебных учреждениях, на промышленных предприятиях снимаются с учета через 1 год после снятия пациента с учета бактериовыделителей.

10. РАЗОБЩЕНИЕ ИСТОЧНИКА ИНФЕКЦИИ И КОНТАКТОВ

10.1. С целью разобщения источника туберкулезной инфекции и контактных лиц в ОТИ фтизиатрическая служба и территориальный центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья должны предпринять меры, направленные на:

госпитализацию (изоляция) и лечение бактериовыделителя;
изоляцию пациента в пределах очага, если он не госпитализирован;
изоляцию и оздоровление контактов (особенно детей).

10.2. Обязательному отстранению от работы подлежат пациенты, больные туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением, 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.)

10.3. Пациенты, больные туберкулезом органов дыхания с бактериовыделением, работающие и проживающие в общежитиях и интернатах, коммунальных квартирах (в условиях, не обеспечивающих изоляцию от детей), а также пациенты из очага, в который поступает родильница с новорожденным, подлежат обязательной госпитализации.

10.4. В случае отказа пациента от госпитализации и сохраняющейся угрозе заражения туберкулезом контактирующих с ним здоровых лиц должна быть использована процедура оформления на принудительное лечение пациента по решению суда в соответствии с Законом Республики Беларусь «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека».

10.5. В целях максимальной изоляции пациента в пределах очага ему по возможности выделяют отдельную комнату.

10.6. С целью разобщения с источником туберкулезной инфекции, проведения контролируемого профилактического лечения и оздоровления

дети направляются в специализированные или общие детские санаторные учреждения (при согласии родителей).

10.7. В плане оздоровления контактов предусматриваются меры, направленные на повышение естественной сопротивляемости организма к туберкулезу (правильный режим труда и отдыха, занятие физической культурой, лечение сопутствующих заболеваний).

11. ПРОВЕДЕНИЕ ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

11.1. Информационно-образовательная работа среди пациентов и членов их семей является необходимой составляющей эффективной профилактики в ОТИ. Уже в процессе первого посещения ОТИ фтизиатр и эпидемиолог должны обучить пациента правилам личной гигиены, методам текущей дезинфекции, правилам пользования контейнерами для сбора мокроты, повысить его общую санитарную и медицинскую грамотность и формировать стойкую мотивацию строгого выполнения всех правил и рекомендаций. Кроме того, они должны проинформировать лиц, контактировавших с источником инфекции, о сроках и содержании предстоящего обследования на туберкулез и необходимых для исполнения оздоровительных и противоэпидемических мероприятиях.

11.2. При первом посещении очага контактными лицам вручается памятка с краткой информацией о туберкулезе и мерах по его профилактике (приложение 2).

11.3. Важно обсудить с пациентами меры по предупреждению передачи инфекции окружающим, такие как ношение хирургической маски при выходе из комнаты, прикрывание рта и носа платком при кашле или чихании. Необходимо объяснить пациенту и членам его семьи, что проветривание и хорошая вентиляция удаляют капельную взвесь из воздуха помещения, а прямые солнечные лучи быстро убивают МБТ. Необходимо также рекомендовать проводить в помещении ежедневную влажную уборку.

11.4. Следует проинформировать пациента о его обязанностях, предусмотренных Законом Республики Беларусь от 7 января 2012г. «О предупреждении распространения заболеваний, представляющих опасность для здоровья населения, вируса иммунодефицита человека». В частности, пациент обязан принимать меры по предотвращению распространения туберкулеза, предложенные медицинскими работниками; соблюдать меры предосторожности при контакте с иными лицами; информировать медицинских работников о ранее выявленных медицинских противопоказаниях к применению лекарственных средств, наследственных и перенесенных заболеваниях.

12. НАЗНАЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗОНИАЗИДОМ

12.1. После исключения активного туберкулеза у контактных лиц необходимо определить показания для профилактического лечения изониазидом. При наличии положительной реакции на пробу Манту (папула 5 мм и выше) у детей до 14 лет, а также независимо от результатов пробы Манту у всех ВИЧ-положительных лиц рекомендовано назначение профилактического лечения изониазидом в дозировке 10 мг на кг в течение 6 месяцев в режиме самостоятельного приема с периодическим контролем у участкового врача фтизиатра (1 раз в 10 дней первый месяц, в последующем 1 раз в месяц).

12.2. В отличие от лечения активного ТБ, профилактическое лечение изониазидом назначается для самостоятельного приема, поэтому мотивация пациента является определяющей. Применение Диаскин и/или гамма-интерфероновых тестов позволяют более точно выделить группы пациентов для проведения профилактического лечения изониазидом.

12.3. При наличии МЛУ-ТБ у индексного пациента изониазид не рекомендуется для профилактического лечения. Контакты из очагов МЛУ-ТБ подлежат динамическому наблюдению в течение 2-х лет с целью ранней диагностики симптомов заболевания.

13. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ВАКЦИНАЦИЯ

Новорожденным из тубочагов, не вакцинированным БЦЖ в роддоме, через 8-10 недель после предполагаемого случая инфицирования ставится проба Манту с 2 ТЕ и при отрицательной туберкулиновой реакции проводится вакцинация БЦЖ-М.

14. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ РАБОТЫ В ОЧАГЕ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

Для оценки качества работы медицинских работников в ОТИ используют следующие показатели:

удельный вес контактных лиц первого круга, привлеченных к обследованию фтизиатрами (должен быть 100%);

удельный вес контактных детей, получающих химиопрофилактику;

удельный вес контактных лиц, заболевших туберкулезом в отчетном году.

Приложение 1
к Инструкции по организации
работы в очагах туберкулезной
инфекции и выявлению
контактных лиц

Определение круга контактных лиц.

Индексный пациент _____, г.р. _____

Место жительства (адрес) _____

(Предполагаемый) диагноз _____

Характеристика индексного пациента

Приблизительное время возникновения жалоб (кашля)	<input type="checkbox"/> До 3 месяцев назад <input type="checkbox"/> От 3 до 6 месяцев назад <input type="checkbox"/> Более 6 месяцев назад
Бактериовыделение	<input type="checkbox"/> Микроскопия <input type="checkbox"/> Культура <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Статус неизвестен
Наличие полости распада	<input type="checkbox"/> Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Неизвестно
Устойчивость	<input type="checkbox"/> ТБ <input type="checkbox"/> МЛУ-ТБ <input type="checkbox"/> ШЛУ-ТБ <input type="checkbox"/> Не известна Подозрение <input type="checkbox"/> МЛУ-ТБ <input type="checkbox"/> ШЛУ-ТБ
ВИЧ статус	<input type="checkbox"/> ВИЧ положительный <input type="checkbox"/> ВИЧ отрицательный <input type="checkbox"/> ВИЧ статус не известен

Список контактных лиц из контактных лиц внутри домохозяйства (первый круг) за последние месяцев

ФИО	Почтовый адрес, телефон	Примечания
1		
2		
3		
4		
5		

При необходимости дописать на отдельной странице

Список контактных лиц, относящихся к тесным контактам (первый круг) за последние месяцев

Тесный контакт: лица, проживающие вне одного домохозяйства, но у которых за последние 3 месяца был контакт (нахождение в одной комнате, автомобиле с индексным пациентом не менее 8 часов для индексного пациента с положительной микроскопией или не менее 40 часов для пациентов, положительных по культуре).

ФИО	Почтовый телефон	адрес,	Примечания
1			
2			
3			
4			
5			

При необходимости дописать на отдельной странице

Список контактных лиц, относящихся к периодическим контактам (второй круг), друзья, знакомые, коллеги по работе, соседи, посещающие дом, вместе отдыхающие, пассажиры самолета с соседних кресел при перелете более 8 часов. Отдельное внимание для групп риска (дети до 5 лет, ВИЧ-инфицированные, пациенты, получающие иммуносупрессивное лечение)

ФИО	Почтовый телефон	адрес,	Примечания
1			
2			
3			
4			
5			

При необходимости дописать на отдельной странице

Дата заполнения

Врач

Приложение 2
к Инструкции по организации
работы в очагах туберкулезной
инфекции и выявлению
контактных лиц

ИНФОРМАЦИЯ

для предоставления контактными лицам
после проведения клинической оценки

Уважаемый пациент,

Понимая Вашу обеспокоенность в отношении проведенного медицинского осмотра по поводу нахождения в контакте с пациентом с инфекционной формой туберкулеза хотим предоставить Вам следующую краткую информацию.

Туберкулез – инфекция, которая передается только аэрогенным путем (через инфицированный воздух) от пациента с инфекционной формой туберкулеза, выделяющего микобактерии туберкулеза при разговоре, кашле, чихании. Как правило, заболевание вызывают наиболее мелкие микрочастицы, содержащие микобактерии (менее 5 микрон) при из массивном вдыхании в составе аэрогенной взвеси, которая сохраняется в воздухе в плохо вентилируемом помещении при нахождении с пациентом с инфекционной формой легочного туберкулеза. В отличие от предыдущих представлений, в настоящее время установлено, что туберкулез **не передается** другими контактными путями: через контакт с посудой, загрязненными поверхностями, одеждой, при рукопожатии.

Наиболее инфекционно опасна легочная форма заболевания при обнаружении микобактерий туберкулеза в микроскопии мокроты, когда пациент еще не знает, что у него туберкулез и еще не начато лечение. В среднем этот период может составлять от 1 до 6 месяцев. Если в это время вы находились в контакте с человеком с инфекционной формой туберкулеза, то вы могли быть инфицированы микобактериями туберкулеза. Наличие инфицирования микобактериями туберкулеза, как правило, не приводит к заболеванию активным туберкулезом, но требует клинического обследования.

Инфицирование микобактериями туберкулеза не вызывает никаких жалоб и ни в коем случае не представляет инфекционной опасности для

Ваших близких. Вероятность заболеть активным туберкулезом у контактных лиц составляет порядка 5% в течение первых двух лет, затем по прошествии времени вероятность заболевания снижается до обычного уровня. Туберкулезом может заболеть любой человек, хотя чаще заболевают дети, люди с ослабленным иммунитетом. Если после клинического обследования Ваш лечащий врач установил, что вероятность заболеть активной формой у Вас выше средней, то Вам будет предложено профилактическое лечение противотуберкулезным препаратом изониазидом в течение 6 месяцев, которое на 60-70% снижает вероятность заболевания активным туберкулезом.

Необходимо знать, что если у Вас появятся симптомы, такие как кашель (в том числе в течение более 2 недель), повышение температуры, потливость в ночное время, снижение массы тела, то с учетом возможности недавнего контакта с инфекционным случаем туберкулеза Вам необходимо незамедлительно обратиться к своему лечащему врачу для повторной клинической оценки и обследования.

Помните, что туберкулез является излечимым заболеванием при раннем обращении за медицинской помощью и при полном приеме всего курса назначенного лечения.