

УДК 616-002.5:614.44

ОРГАНИЗАЦИЯ И ПРОВЕДЕНИЕ ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКОЙ РАБОТЫ В ОЧАГАХ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ. Часть 1

Е.М. Богородская^{1,2}, Г.С. Оганезова^{1,2}, И.В. Ноздревых¹

Нормативные документы, регламентирующие работу в очагах туберкулезной инфекции

Противоэпидемическая работа в очагах туберкулезной инфекции регламентирована нормативными документами: федеральными законами, санитарными правилами, приказами Минздрава России, методическими рекомендациями, региональными нормативными документами. Ниже представлены основные регламентирующие документы, обязывающие проведение этой важной работы, направленной на предотвращение передачи инфекции от человека человеку и профилактику заболевания у инфицированных.

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (в редакции от 28.12.2022 № 569-ФЗ)

Статья 12. «Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем:

- 2) осуществления санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий;
- 3) осуществления мероприятий по предупреждению и раннему выявлению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними;
- 4) проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статья 13. «Соблюдение врачебной тайны».

«4. Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается: 2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений».

Статья 18. «Право на охрану здоровья».

«1. Каждый имеет право на охрану здоровья.
2. Право на охрану здоровья обеспечивается охраной окружающей среды, созданием безопасных условий труда, благоприятных условий труда, быта, отдыха, воспитания и обучения граждан, производством и реализацией продуктов питания соответствующего качества, качественных, безопасных и доступных лекарственных препаратов, а также оказанием доступной и качественной медицинской помощи».

Статья 23. «Информация о факторах, влияющих на здоровье».

«Граждане имеют право на получение достоверной и своевременной информации о факторах, способствующих сохра-

нению здоровья или оказывающих на него вредное влияние, включая информацию о санитарно-эпидемиологическом благополучии района проживания, состоянии среды обитания, рациональных нормах питания, качестве и безопасности продукции производственно-технического назначения, пищевых продуктов, товаров для личных и бытовых нужд, потенциальной опасности для здоровья человека выполняемых работ и оказываемых услуг».

Статья 27. «Обязанности граждан в сфере охраны здоровья».

«1. Граждане обязаны заботиться о сохранении своего здоровья.

2. Граждане в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинские осмотры, а граждане, страдающие заболеваниями, представляющими опасность для окружающих, в случаях, предусмотренных законодательством Российской Федерации, обязаны проходить медицинское обследование и лечение, а также заниматься профилактикой этих заболеваний.

3. Граждане, находящиеся на лечении, обязаны соблюдать режим лечения, в том числе определенный на период их временной нетрудоспособности, и правила поведения пациента в медицинских организациях».

Статья 30. «Профилактика заболеваний и формирование здорового образа жизни».

«1. Профилактика инфекционных заболеваний осуществляется органами государственной власти, органами местного самоуправления, работодателями, медицинскими организациями, общественными объединениями путем разработки и реализации системы правовых, экономических и социальных мер, направленных на предупреждение возникновения, распространения и раннее выявление таких заболеваний, в том числе в рамках программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, программы иммунопрофилактики инфекционных болезней в соответствии с национальным календарем профилактических прививок и календарем профилактических прививок по эпидемическим показаниям».

Федеральный закон от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации» (в редакции от 5 декабря 2022 г.) устанавливает правовые основы осуществления государственной политики

¹ БУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы».

² ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования Минздрава России, г. Москва.

в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

В статье 8, главе 3 данного закона определено, что «лица, находящиеся или находившиеся в контакте с источником туберкулеза, а также лица с подозрением на туберкулез по назначению врача проходят медицинское обследование в целях выявления туберкулеза».

В статье 9 «Диспансерное наблюдение» указано, что «диспансерное наблюдение за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза (далее – лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом) проводится в порядке, установленном уполномоченным Правительством Российской Федерации федеральным органом исполнительной власти. Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных или их законных представителей».

В статье 10 «Обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом» определены обязанности вышеуказанных лиц проходить «по назначению врача медицинской противотуберкулезной организации медицинское обследование и профилактические мероприятия, в том числе путем применения лекарственных препаратов; находиться под наблюдением в медицинской противотуберкулезной организации и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за лицами, находящимися под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом; соблюдать государственные санитарно-эпидемиологические правила и гигиенические нормативы, установленные для указанной категории лиц, не препятствовать проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусмотренных законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения».

В главе 6, статье 16 определены виды ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза – дисциплинарную, гражданско-правовую, административную и уголовную ответственность в соответствии с законодательством.

СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» от 28.01.2021 г., глава VIII «Профилактика туберкулеза»

В п. 791 определена классификация очагов туберкулеза (см. Главу 2 модуля).

В п. 793 определены обязанность и срок явки в противотуберкулезное учреждение для лиц с подозрением на туберку-

лез при получении направления от медицинского работника (обязаны явиться в диспансер для обследования в течение 10 рабочих дней).

«При обнаружении во время обследования пациента признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях постановки окончательного диагноза, он направляется в медицинскую противотуберкулезную организацию.

Медицинский работник, оформляющий направление в медицинскую противотуберкулезную организацию, информирует пациента об обязанности явиться на обследование в противотуберкулезную медицинскую организацию в течение 10 рабочих дней с момента получения направления и делает отметку в медицинской документации пациента о его информировании, которая заверяется подписью пациента.

Лица с подозрением на туберкулез, получившие направление медицинского работника в профильную лечебно-профилактическую медицинскую организацию (диспансер противотуберкулезный; специализированную больницу туберкулезную, в том числе детскую) (далее – медицинская противотуберкулезная организация), обязаны в течение десяти рабочих дней с момента получения указанного направления явиться на обследование в медицинскую противотуберкулезную организацию в целях уточнения диагноза. Посещение медицинской противотуберкулезной организации детьми, получившими направление медицинского работника в указанную организацию в связи с подозрением на туберкулез для обследования в целях уточнения диагноза, должны обеспечивать их родители или иные законные представители».

В п. 811 определено внеочередное обследование на туберкулез.

«Во внеочередном порядке профилактический медицинский осмотр на туберкулез проходят: ...

– лица из окружения детей, у которых выявлена измененная чувствительность к туберкулину при проведении туберкулиновой пробы Манту с 2 туберкулиновыми единицами (ТЕ) очищенного туберкулина в стандартном разведении и к аллергенам туберкулезным, если с момента последнего обследования прошло более 6 месяцев; ...

– лица, в отношении которых имеются данные, полученные в ходе эпидемиологического обследования очага туберкулеза, о наличии контакта с больным туберкулезом».

П. 840. «Учету и регистрации при ведении федерального государственного статистического наблюдения подлежат:

- 1) граждане Российской Федерации: ...
- лица, находящиеся в контакте с больными туберкулезом людьми;
- специалисты в области ветеринарии; работники хозяйств, неблагополучных по заболеваемости туберкулезом животных; другие категории населения, имеющие контакт с больными туберкулезом животными;

– дети, впервые инфицированные микобактериями туберкулеза, с гиперергическими и нарастающими реакциями на туберкулин;

– дети с измененными результатами иммунодиагностики туберкулезной инфекции;

– дети, у которых возникли осложнения на введение противотуберкулезной вакцины...».

П. 843. На каждый очаг туберкулеза специалистами медицинских противотуберкулезных организаций и органами, осуществляющими федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза в двух экземплярах. Один экземпляр должен находиться в территориальной медицинской организации по профилю «фтизиатрия», второй – в территориальном органе (или организации), осуществляющем федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, для оформления результатов динамического наблюдения за очагом.

В пунктах 846-873 регламентирована работа в очагах туберкулеза.

П. 846. Эпидемиологическое обследование очага туберкулеза с установленным у больного выделением микобактерий туберкулеза и (или) фазы распада туберкулезного процесса проводится совместно специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор и (или) специалистами учреждений, обеспечивающих их деятельность, и специалистами территориальных медицинских организаций по профилю «фтизиатрия» в течение 3 календарных дней с момента получения экстренного извещения.

П. 847. Для выявления возможных источников распространения туберкулезной инфекции устанавливаются лица, контактировавшие с заболевшим в семье, квартире, доме, уточняется место фактического проживания и возможность проживания заболевшего по другим адресам, сведения о месте работы (обучения) больного туберкулезом, в том числе по совместительству, род деятельности больного.

П. 848. С целью разработки комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при обследовании очага оценивается степень его эпидемиологической опасности (риск заражения для находящихся в нем людей), условия быта, уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи и других лиц, контактировавших с больным туберкулезом, наличие в очаге детей, подростков, беременных женщин, лиц, страдающих алкоголизмом, наркоманией, больных ВИЧ-инфекцией.

П. 849. Принадлежность очага туберкулеза к той или иной группе риска заражения определяется участковым врачом-фтизиатром при участии эпидемиолога.

П. 850. Перевод очага из одной эпидемиологической группы в другую в случае изменения в очаге условий, повышающих или понижающих риск заражения или заболевания, осуществляется участковым врачом-фтизиатром при участии эпидемиолога.

П. 851. По результатам обследования заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза.

П. 852. Медицинские организации, граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью, органы, уполномоченные осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, осуществляют обмен информацией о выявленных больных туберкулезом и лицах, находящихся в контакте с больным.

П. 853. В очагах туберкулеза с целью его ранней локализации и предупреждения распространения заболевания специалистами медицинских организаций по профилю «фтизиатрия» (отделений, кабинетов) проводятся санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

– первичное обследование очага и лиц, контактировавших с больным в течение 14 календарных дней с момента выявления больного;

– разработка планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

– изоляция и лечение больного туберкулезом;

– изоляция из очага детей (в том числе изоляция новорожденных от бактериовыделителей на период формирования поствакцинного иммунитета не менее чем на 2 месяца), подростков, беременных женщин (в случае если больной туберкулезом не госпитализирован), с указанием в карте эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза;

– проведение контролируемой химиотерапии или превентивного лечения контактным лицам, динамическое обследование контактных лиц (проведение флюорографического обследования, туберкулинодиагностики, бактериологического обследования, общих клинических анализов);

– организация заключительной дезинфекции, текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;

– контроль текущей дезинфекции в очаге (1 раз в квартал);

– первичное обследование лиц, контактировавших с больным в течение 14 календарных дней с момента выявления больного, динамическое наблюдение за контактными лицами;

– обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;

– определение условий, при которых очаг туберкулеза может быть снят с эпидемиологического учета;

– заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага туберкулеза и весь комплекс проводимых в очаге мероприятий с указанием сроков их проведения.

П. 854. Руководителями медицинских организаций по профилю «фтизиатрия» организуется в ежемесячном режиме

контроль правильности, полноты и своевременности ведения карт, отражающих характеристику очагов туберкулеза, и выполнения комплекса проводимых в очаге туберкулеза санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий.

П. 855. Кратность обследования очагов туберкулеза специалистами медицинской организации по профилю «фтизиатрия» (отделений, кабинетов) совместно со специалистами-эпидемиологами при динамическом наблюдении составляет:

- для очагов 1 группы – 4 раза в год;
- для очагов 2 группы – 2 раза в год;
- для очагов 3 группы – 1 раз в год.

В населенных пунктах, отдаленных от медицинской организации по профилю «фтизиатрия», санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия выполняются специалистами участковой амбулаторно-поликлинической сети при методической помощи врача-фтизиатра диспансера и специалиста органа, уполномоченного осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

П. 856. В очагах туберкулеза с целью ранней локализации очага и предупреждения распространения заболевания специалистами органов, уполномоченных осуществлять федеральный государственный санитарно-эпидемиологический надзор, проводятся следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

- определение границ эпидемического очага при первичном его обследовании, оценку регулярности и результатов профилактических флюорографических осмотров контактных лиц;
- разработка совместно с врачом-фтизиатром плана оздоровления очага;
- ведение необходимой учетной и отчетной документации;
- оказание помощи врачу-фтизиатру в организации противоэпидемических и дезинфекционных мероприятий в очаге;
- динамический контроль за своевременностью, качеством и полнотой проведения в очаге комплекса противоэпидемических мероприятий, предусмотренных планом оздоровления очага, включая дезинфекционные, при необходимости внесение дополнений и изменений в план оздоровления очага, в том числе при изменении группы диспансерного учета больного и группы эпидемиологической опасности очага;
- эпидемиологический анализ ситуации по туберкулезной инфекции на территории по месту возникновения очага, оценку эффективности работы в очагах туберкулезной инфекции, разработку предложений по совершенствованию работы с целью предупреждения распространения туберкулеза на территории по месту возникновения очага.

П. 858. Лица, больные туберкулезом, в целях предупреждения распространения туберкулезной инфекции обязаны:

– проходить лечение и соблюдать режим лечения в соответствии с назначениями врача медицинской противотуберкулезной организации;

– соблюдать правила личной гигиены и предписания врача-фтизиатра в целях профилактики распространения туберкулезной инфекции (минимизации рисков по распространению туберкулезной инфекции), в том числе в части мероприятий, предусмотренных Санитарными правилами;

– находиться под наблюдением в медицинской противотуберкулезной организации и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с Порядком диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза;

П. 859. Новорожденный, родившийся от матери, больной активной формой туберкулеза с бактериовыделением, с согласия матери изолируется от нее на срок не менее двух месяцев после вакцинации ребенка против туберкулеза.

П. 860. Лица с ВИЧ-инфекцией должны изолироваться от больных активным туберкулезом.

П. 861. Лица, находящиеся или находившиеся в контакте с источником туберкулеза, лица с подозрением на туберкулез обязаны:

– проходить по назначению врача медицинской противотуберкулезной организации медицинское обследование в целях выявления туберкулеза и выполнять профилактические мероприятия, в том числе путем применения лекарственных препаратов;

– находиться под наблюдением в медицинской противотуберкулезной организации и соблюдать периодичность диспансерных приемов (осмотров, консультаций) в соответствии с порядком диспансерного наблюдения за лицами, находящимися под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом;

– выполнять назначения врача-фтизиатра, в том числе по соблюдению правил личной гигиены, проведению текущей дезинфекции в очаге;

– не препятствовать проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, предусмотренных законодательством в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

П. 862. Перевозка граждан с активной формой туберкулеза осуществляется в условиях, исключающих инфицирование других лиц. Условия организации безопасных условий проезда определяются врачом-фтизиатром.

П. 863. Медицинской службой учреждений исполнения наказаний представляется информация в органы исполнительной власти соответствующих субъектов Российской Федерации в области охраны здоровья граждан о больных туберкулезом лицах, освободившихся из учреждений исполнения наказаний,

при убытии их на постоянное место жительства с целью постановки на учет, лечения и профилактики заболеваний туберкулезом среди контактных лиц».

В пунктах 874–884 представлена организация противоэпидемических мероприятий в медицинских противотуберкулезных организациях.

П. 874. При проектировании или реконструкции зданий и помещений медицинских противотуберкулезных организаций в целях обеспечения биологической безопасности, способствующей снижению содержания в воздухе аэрозоля возбудителя туберкулеза, должны быть предусмотрены отдельные системы вентиляции в палатах больных, кабинетах сотрудников и бактериологических лабораториях, преобладание вытяжки над притоком, вытяжные вентиляционные системы должны быть оборудованы устройствами обеззараживания воздуха или фильтрами тонкой очистки.

П. 875. Медицинские противотуберкулезные организации оснащаются медицинским оборудованием, обеспечивающим снижение риска распространения туберкулезной инфекции при работе с инфекционным материалом, в том числе ламинарными шкафами, утилизаторами медицинских отходов, кабинетами для сбора мокроты.

П. 876. В медицинских противотуберкулезных организациях обеспечивается разделение потоков больных (впервые выявленные больные активным туберкулезом, больные с хроническими формами туберкулеза, больные активным туберкулезом, устойчивым к противотуберкулезным препаратам, больные туберкулезом в сочетании с ВИЧ-инфекцией), раздельное питание этих групп больных.

П. 877. Заключительная дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится специализированными организациями, осуществляющими деятельность по профилю «дезинфектология», с последующим косметическим ремонтом.

Заключительную дезинфекцию в медицинских противотуберкулезных организациях проводят не менее 1 раза в год, а также перед сносом или перепрофилированием здания.

Текущая дезинфекция в медицинских противотуберкулезных организациях проводится персоналом этих учреждений.

П. 878. Отходы медицинских противотуберкулезных организаций, относящиеся к медицинским отходам класса Б и В, обеззараживаются и удаляются в соответствии с санитарно-эпидемиологическими требованиями (глава X СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»).

П. 879. Пациенты во время нахождения на лечении в медицинских противотуберкулезных организациях обязаны соблюдать режим и правила поведения и личной гигиены для пациентов таких организаций, выполнять назначения и не препятствовать проведению обследования и лечения. Пациенты с бактериовыделением при выходе из палат должны надевать индивидуальные средства защиты органов дыхания, медицинские маски, препятствующие попаданию возбудителей туберкулеза в окружающую среду.

П. 880. Сотрудники медицинских противотуберкулезных организаций должны использовать при работе с пациентами специальную рабочую и защитную одежду, средства индивидуальной защиты, в том числе сертифицированные респираторы класса защиты FFP 2 и FFP 3, а также должны быть обеспечены необходимыми санитарно-бытовыми помещениями, в том числе душевыми.

П. 881. Не допускается стирка специальной одежды работников медицинских противотуберкулезных организаций на дому.

П. 882. Больным ВИЧ-инфекцией с подозрением на заболевание туберкулезом медицинская помощь должна оказываться амбулаторно в кабинетах противотуберкулезной помощи для больных ВИЧ-инфекцией медицинских организаций, в условиях стационара – в боксированных отделениях инфекционного стационара или в специализированных отделениях для больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией медицинских противотуберкулезных организаций.

П. 883. Руководителями медицинских организаций осуществляется:

- проведение мероприятий по профилактике возникновения и распространения внутрибольничных случаев туберкулеза;
- проведение противоэпидемических (профилактических) мероприятий при регистрации случая туберкулеза в медицинской организации;
- организация своевременного проведения плановых и периодических медицинских осмотров сотрудников на туберкулез.

П. 884. Пациенты во время нахождения на лечении в медицинских противотуберкулезных организациях обязаны соблюдать режим, установленный в данной организации, выполнять назначения и не препятствовать проведению обследования и лечения».

Приказ Минздрава России от 13 марта 2019 г. № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза и признании утратившими силу пунктов 16–17 Порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом, утвержденного приказом Министерства здраво-

охранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н» устанавливает правила организации диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, а также лицами с подозрением на туберкулез и излеченными от туберкулеза (далее соответственно – диспансерное наблюдение, пациенты).

«Диспансерное наблюдение за лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником туберкулеза, лицами, которые по месту жительства, месту пребывания (нахождения), месту работы или учебы, месту отбывания наказания либо в месте содержания под стражей, состоят или состояли в контакте с больным туберкулезом или с больным туберкулезом сельскохозяйственным животным, организуется при наличии информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство, данного с соблюдением требований, установленных статьей 20 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ. При отсутствии информированного добровольного согласия диспансерное наблюдение за контактными лицами не организуется¹. В случае подозрения на туберкулез или при наличии заболевания туберкулезом диспансерное наблюдение организуется независимо от наличия согласия пациента.

Приказ Минздрава России от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

В приказе представлены рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза (см. Приложение 1), регистрация и учет очагов, первичное эпидемиологическое расследование в очагах и противоэпидемические мероприятия, динамическое наблюдение за очагом и снятие с учета, дезинфекционные мероприятия в очаге, классификация очагов, карта эпидемиологического расследования и наблюдения за очагом туберкулеза, наблюдение за контактными в семье и квартире, рекомендации по технологии применения дезинфицирующих средств в очаге туберкулеза, формы и методы контроля за эффективностью дезинфекции.

Приказ Минздравсоцразвития России от 29 октября 2009 г. № 855 «О внесении изменения в приложение № 4 к приказу Минздрава России от 21 марта 2003 г. № 109» определяет принципы организации обследования иммунологическими методами на туберкулез и группы риска взрослого и детского населения, подлежащие обследованию на туберкулез с применением иммунологического обследования.

Аллерген туберкулезный рекомбинантный (Диаскинтест®) применяют в противотуберкулезных учреждениях или, при отсутствии таковых, по назначению врача-фтизиатра и при

его методическом обеспечении. Факторами высокого риска заболевания туберкулезом являются:

1) эпидемиологические (контакт с больным туберкулезом человеком или животным)».

Дисциплинарная, административная, гражданско-правовая и уголовная ответственность за нарушение санитарного законодательства в части, касающейся туберкулеза.

Дисциплинарная ответственность предусмотрена трудовым законодательством и является следствием совершения дисциплинарного проступка, то есть неисполнения или ненадлежащего исполнения работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. Виды дисциплинарного взыскания предусмотрены ст. 192. Трудового кодекса Российской Федерации. К ним относятся замечание, выговор, увольнение работника по соответствующим основаниям (за неоднократное неисполнение работником своих трудовых обязанностей, однократное грубое нарушение трудовых обязанностей, совершение работником, выполняющим воспитательные функции, аморального поступка, несовместимого с продолжением данной работы и т.д.).

Например, дисциплинарное взыскание может быть возложено при установлении нарушений требований Федерального закона от 18 июня 2001 г. № 77-ФЗ «О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации», когда работниками медицинской противотуберкулезной организации длительное время не принимались своевременные меры по принудительной госпитализации больных заразными формами туберкулеза.

К грубым нарушениям законодательства о предупреждении распространения туберкулеза могут быть отнесены следующие пункты работы, которые не были выполнены, когда: состоящие на диспансерном учете больные туберкулезом в течение длительного времени не наблюдались врачом-фтизиатром; по всем выявленным очагам туберкулеза в районе не велась карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом; не осуществлялось первичное посещение очага туберкулеза по месту жительства; не устанавливался круг лиц, находящихся в контакте с больным; не разрабатывались планы оздоровительных мероприятий; не проводилась контролируемая химиопрофилактика, не заполнялись и не велись динамические карты, отражающие характеристику очага и проводимые во всех выявленных очагах мероприятий.

Административная ответственность

За нарушение законодательства о предупреждении распространения туберкулеза предусмотрена административная ответственность, которая является следствием совершения

¹ Однако пациенту необходимо дать письменное разъяснение в отношении возможной угрозы здоровью и пригласить его для обследования в контрольные сроки вне диспансерного наблюдения.

административного правонарушения (административного проступка). Под административным правонарушением в соответствии со ст. 2.1 Кодекса Российской Федерации об административных правонарушениях (далее – КоАП РФ) понимается противоправное, виновное действие (бездействие) физического или юридического лица, за которое законодательством РФ или законодательством субъектов РФ установлена административная ответственность. Юридическое лицо признается виновным в совершении административного правонарушения, если будет установлено, что у него имелась возможность для соблюдения правил и норм, за нарушение которых законодательством предусмотрена административная ответственность, но данным лицом не были приняты все зависящие от него меры по их соблюдению.

Следует обратить внимание, что законодательство об административных правонарушениях не содержит нормы, предусматривающей административную ответственность конкретно за нарушение законодательства о предупреждении распространения туберкулеза. Ответственность за указанные нарушения рассматриваются как частный случай ответственности за нарушения законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, которая установлена в ст. 6.3 КоАП РФ. Каждое административное правонарушение характеризуется объектом, субъектом, объективной и субъективной стороной. Административные нарушения в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения могут носить характер активных действий или бездействия.

К ним могут быть отнесены действия или бездействия, характеризующие следующее:

- невыполнение санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения и распространения заболевания туберкулезом среди населения;
- уклонение пациента от обследования на туберкулез в случае подозрения на заболевание или уклонение от лечения различного больного активной формой туберкулеза;
- несвоевременное оказание медицинской помощи;
- создание условия для распространения туберкулеза;
- нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, выразившееся в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов;
- невыполнение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, в том числе в сфере предупреждения распространения туберкулеза.

Административная ответственность за обезвреживание и утилизацию отходов также определена КоАП РФ:

Ст. 8.2.1. Несоблюдение требований в области охраны окружающей среды при сборе, накоплении, транспортировании,

обработке, утилизации или обезвреживании отходов производства и потребления, за исключением случаев, предусмотренных статьей 8.2.3. настоящего Кодекса,

– влечет наложение административного штрафа на граждан в размере от одной тысячи до двух тысяч рублей; на должностных лиц – от десяти тысяч до тридцати тысяч рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от тридцати тысяч до пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц – от ста тысяч до двухсот пятидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Ст. 8.2.3. Действия (бездействие), предусмотренные частью 1 настоящей статьи, повлекшие причинение вреда здоровью людей или окружающей среде либо возникновение эпидемии или эпизоотии, если эти действия (бездействие) не содержат уголовно наказуемого деяния,

– влекут наложение административного штрафа на граждан в размере от трех тысяч до четырех тысяч рублей; на должностных лиц – от сорока тысяч до пятидесяти тысяч рублей; на лиц, осуществляющих предпринимательскую деятельность без образования юридического лица, – от семидесяти тысяч до восьмидесяти тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток; на юридических лиц – от четырехсот тысяч до пятисот тысяч рублей или административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Гражданско-правовая ответственность наступает в случае причинения вреда вследствие нарушения санитарного законодательства, предусмотренной ст. 57 Федерального закона от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», в соответствии с которой вред, причиненный личности или имуществу гражданина, а также вред, причиненный имуществу юридического лица вследствие нарушения санитарного законодательства, подлежит возмещению гражданином или юридическим лицом, причинившими вред, в полном объеме в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Статьей 151 Гражданского кодекса Российской Федерации установлено, что в случае причинения гражданину морального вреда, то есть физических или нравственных страданий, действиями, нарушающими его личные неимущественные права либо посягающими на принадлежащие гражданину нематериальные блага, а также в других случаях, предусмотренных законом, суд может возложить на нарушителя обязанность денежной компенсации указанного вреда.

Гражданско-правовая ответственность возмещения вреда, причиненного здоровью и имуществу граждан в результате нарушений норм санитарного законодательства и, в частности,

законодательства о предупреждении распространения туберкулеза, является гарантией реализации конституционного права граждан на охрану здоровья и права на санитарно-эпидемиологическое благополучие.

Уголовная ответственность, возникающая в случае нарушения санитарных правил, в том числе при нарушениях при работе в очагах туберкулезной инфекции, обозначена в Уголовном кодексе Российской Федерации (УК РФ):

- нарушение санитарно-эпидемиологических правил, повлекшее по неосторожности массовое заболевание или отравление людей, – наказывается штрафом от 100 до 200 МРОТ либо лишением права заниматься определенной деятельностью на срок до 3 лет, либо лишением свободы до двух лет (статья 236 УК РФ);

- сокрытие или искажение информации о событиях, фактах или явлениях, создающих опасность для жизни или здоровья людей, наказывается штрафом от 500 до 700 МРОТ либо лишением свободы на срок до двух лет с лишением права заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет (статья 237 УК РФ).

Выявление и первичное обследование очага туберкулезной инфекции.

Определение очага туберкулезной инфекции. Понятие границ очага. Групповая заболеваемость. Вспышка туберкулеза.

Под **очагом туберкулеза** понимается место пребывания больного туберкулезом вместе с окружающими его людьми и предметами внешней среды (обстановкой) в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых случаев заражения и заболевания туберкулезом.

Очаги туберкулеза имеют пространственные и временные границы, в пределах которых возможно заболевание и заражение туберкулезом контактных лиц.

В *пространственные границы очага* входят жилище больного, место его нахождения (пребывания), работы, учебы, воспитания, лечения, а также коллективы и группы людей, с которыми он общается регулярно, периодически или временно. Очагом туберкулеза может оказаться квартира, подъезд, многоквартирный дом, частный дом, группа домов, общежитие, учреждение социального обеспечения, образовательное учреждение, лечебно-профилактическое учреждение, подразделение предприятия, а также небольшой населенный пункт (деревня, поселок) и др., если его жители имеют между собой бытовые или социально-производственные контакты.

Разделяют три круга эпидемиологической опасности в границах очага: близкий, подъездный (внутридомовой), территориальный (см. главу 3).

Границы очага во времени (будущие) определяются сроком инкубационного периода при туберкулезе у нулевого пациента и у последнего больного, выявленного в очаге. Временные границы очага туберкулеза варьируют в широких пределах (от двух месяцев до 10 лет и более и могут превышать период жизни нулевого пациента). Оценивают также *ретроспективные границы эпидемиологической опасности очага во времени* на основании клинической формы туберкулеза у нулевого пациента, объема поражения легких, наличия полости распада и бактериовыделения, возможного пропуска патологии при предыдущих флюорографических (рентгенологических, КТ) обследованиях органов грудной клетки, а также ретроспективных случаев туберкулеза по указанному адресу.

Наблюдение за очагом включает первичное обследование очага, определения контактных лиц (текущих и ретроспективных, а также вновь обнаруженных в процессе наблюдения за очагом), проведение необходимых профилактических мероприятий и динамическое обследование контактных лиц на предмет выявления нового случая заболевания.

В связи с тем, что наблюдение за очагами туберкулеза (и контактными лицами) в течение 10 лет и более не даст эпидемиологического эффекта (более половины очагов будут наблюдаться неоправданно долго), длительность наблюдения за контактными лицами определена *приказом Минздрава России от 13 марта 2019 года № 127н* и ориентируется на срок излечения источника инфекции (больного туберкулезом), возраст контактного лица, наличие ВИЧ-инфекции и составляет не менее 1 года и не более 5 лет.

При появлении новых случаев заболевания туберкулезом в очаге срок наблюдения за очагом продлевают. Также он может быть продлен решением врачебной комиссии противотуберкулезной медицинской организации при наличии дополнительных обстоятельств или по требованию врача-эпидемиолога (например, противоэпидемические мероприятия не завершены).

В случае формирования территориального очага с групповыми заболеваниями в сельской местности (поселок, территория) такой территориальный очаг должен оставаться под наблюдением на срок не менее 5 лет после излечения (смерти, выбытия) последнего случая заболевания 2.

Перевод очага из одной группы эпидемиологической опасности в другую производится при изменении условий в очаге, повышающих или понижающих риск заражения или заболевания туберкулезом, осуществляет врач-фтизиатр участковый совместно с врачом-эпидемиологом.

Очаг туберкулеза может образоваться как один больной, так и несколько. Помимо первого больного, по которому

² Раздел V, Приложение № 12 к Приказу Минздрава России от 21 марта 2003 года № 109 «О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в Российской Федерации».

идентифицирован очаг, другие больные туберкулезом могут быть выявлены как при первичном обследовании очага, так и при обследовании контактных лиц в контрольные сроки.

Групповая заболеваемость – два и более больных туберкулезом, выявленных при первичном обследовании очага по одному адресу, если врачам-фтизиатрам и врачам-эпидемиологам **не удается установить взаимосвязь между случаями заболевания у пациентов**, основываясь на эпидемиологическом анамнезе, форме туберкулеза, наличии полости распада и бактериовыделения, других заболеваний, влияющих на течение туберкулезного процесса, иных факторов.

Например, если в одном очаге одновременно выявлено два и более больных, которые недавно приехали в очаг из разных мест и ранее не имели между собой контактов. Или если у трех больных из одного очага туберкулеза выявлено заболевание туберкулезом легких, ограниченное двумя сегментами без распада и бактериовыделения, то судить о том, какой из трех пациентов стал источником инфекции, представляется затруднительным.

Вспышка туберкулеза – это групповая заболеваемость, все случаи которой связаны с общим источником возбудителя инфекции и/или с общим фактором передачи инфекции и где выявлено 5 и более больных (заболевших в течение периода между предыдущим лучевым обследованием и выявлением как больного) при первичном обследовании одного адреса очага, в том числе в многоквартирных домах с уточнением адреса до подъезда.

О вспышках туберкулеза необходимо готовить донесение в орган управления здравоохранением субъекта РФ, территориальное управление Роспотребнадзора, Минздрав России.

Классификация очагов туберкулеза

Классификация по степени эпидемической опасности³

1 группа (с наибольшим риском заражения) – очаги с высоким риском заражения туберкулезом, отягощенные неблагоприятными факторами (социально отягощенные).

Такие очаги образованы больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими МБТ, при наличии одного или нескольких факторов риска:

1. Проживание в очаге детей или лиц с иммунодефицитом различного генеза.
2. Тяжелые бытовые условия, отсутствие возможности выделения отдельного помещения для проживания больного.
3. Нарушение противоэпидемического режима, нарушение больным правил личной гигиены.

Пространственные границы такого бытового очага включают квартиру, лестничную клетку, подъезд дома и группу близлежащих домов, объединенных общим двором.

Пространственные границы производственного очага определяют с учетом помещений, в которых находился и которые посещал больной туберкулезом во время осуществления трудовой деятельности.

2 группа (с высоким риском заражения, социально благополучные). Образованы больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими микобактерии туберкулеза, но проживающими в отдельных квартирах без детей, с соблюдением санитарно-гигиенического режима и выполнением мероприятий по текущей дезинфекции.

3 группа (очаги с риском заражения) – образованы больными туберкулезом органов дыхания без установленного при взятии на учет бактериовыделения, но проживающими вместе с детьми и подростками. К ним также относятся очаги, образованные больными туберкулезом с внелегочными локализациями с выделением МБТ или без выделения МБТ, но с наличием язв и свищей.

4 группа (очаги с потенциальным риском заражения), в которых:

- у больных туберкулезом органов дыхания достигнуто прекращение выделения МБТ в процессе лечения (условные бактериовыделители), больные проживают без детей и не имеют отягощенных факторов;
- где больной бактериовыделитель выбыл или умер.

5 группа – очаги зоонозного происхождения.

Принадлежность очага туберкулеза к той или иной группе определяет участковый фтизиатр при обязательном участии врача-эпидемиолога.

Классификация очагов по месту обнаружения (рис. 1)

Классификация очагов по продолжительности функционирования

Постоянный – очаг в противотуберкулезной медицинской организации, где больные туберкулезом находятся на лечении или наблюдаются.

Хронический (эндемический) – очаг туберкулезной инфекции, в котором случаи заболевания туберкулезом выявляют последовательно на протяжении двух и более лет.

Острый – очаг туберкулезной инфекции, в котором при наблюдении за ним в течение от 1 до трех лет не выявлено ни одного случая заболевания контактных лиц после проведения первичных профилактических мероприятий.

Классификация по количеству очагов, образованных одним больным: *единичные* (не более двух), *множественные* (три и более очага).

³ Пункт 791, СанПиН 3.3686–21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней».

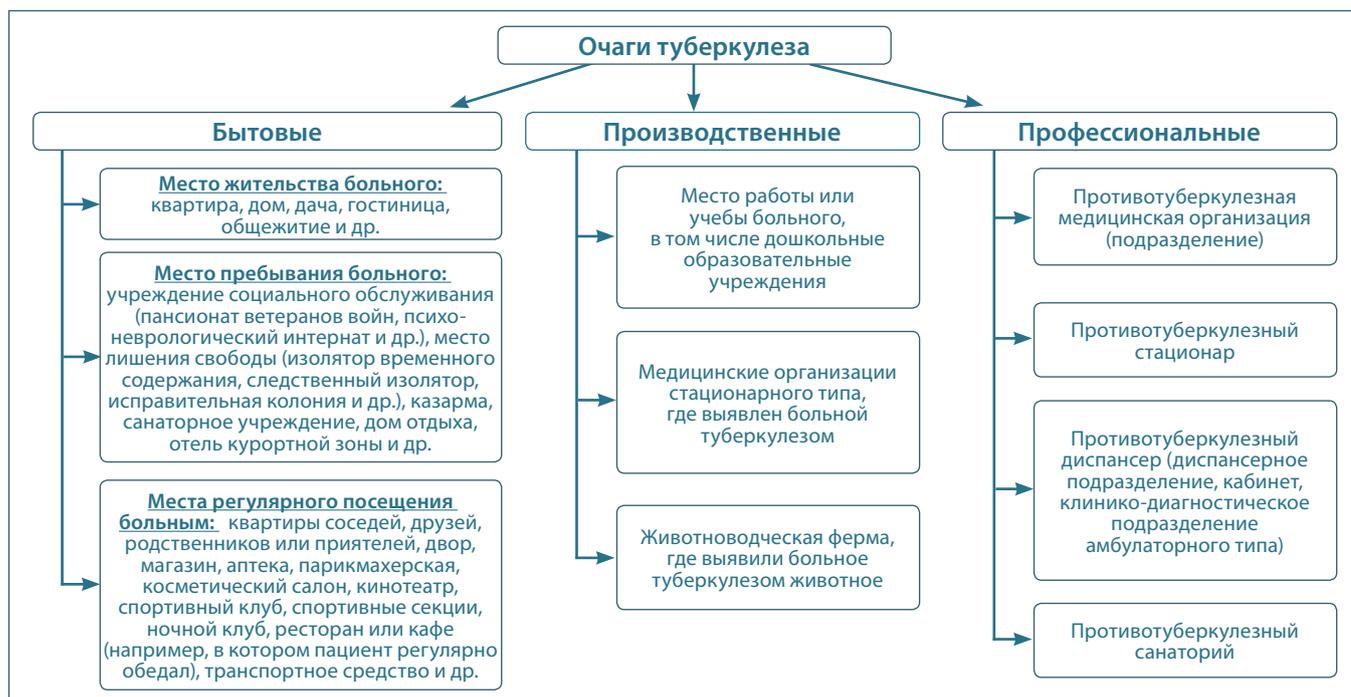


Рис. 1. Классификация очагов по месту обнаружения

Об авторах

Богородская Елена Михайловна – директор ГБУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», заведующая кафедрой фтизиатрии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Стромынка, д. 10

Тел. +7 (925) 381-02-18

e-mail: el_bogorodskaya@mail.ru

Оганезова Гульнара Саидовна – заведующая филиалом по Южному административному округу ГБУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», доцент кафедры фтизиатрии ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» Минздрава России, кандидат медицинских наук

Адрес: 115407, г. Москва, ул. Речников, д. 25

Тел. +7 (903) 545-73-92

e-mail: gulsadog@yandex.ru

Ноздревых Игорь Васильевич – заместитель главного врача по санитарно-эпидемиологическим вопросам ГБУЗ города Москвы «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы», доктор медицинских наук

Адрес: 107014, г. Москва, ул. Стромынка, д. 10

Тел. +7 (916) 582-77-69

e-mail: nozdr27@yandex.ru