



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, прикрытие 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 (выраж туберкулиновой реакции);</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.