

**КОММЕНТАРИЙ К ФЕДЕРАЛЬНОМУ ЗАКОНУ
ОТ 18 ИЮНЯ 2001 Г. N 77-ФЗ
"О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА
В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ"**

Материал подготовлен с использованием правовых актов
по состоянию на 10 июля 2007 года

Н.И. АЛЬЖЕВА

Альжева Наталья Ивановна, специалист по социальным вопросам ГУ "Центр социальной помощи семье и детям" г. Саратова.

В издании дается постатейный комментарий к Федеральному [закону](#) от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации".

Текст данного [Закона](#) приведен со всеми последними изменениями и дополнениями.

Настоящий комментарий подробнейшим образом раскрывает и поясняет положения каждого пункта статей [Закона](#). Комментарий предназначен для работников юридической сферы деятельности: юрисконсультов организаций, адвокатов, работников судебной системы. Он также будет интересен студентам, аспирантам и преподавателям юридических вузов и факультетов.

При подготовке настоящего издания использованы акты законодательства и нормативные правовые акты по состоянию на 10 июля 2007 года.

18 июня 2001 года

N 77-ФЗ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ЗАКОН

**О ПРЕДУПРЕЖДЕНИИ РАСПРОСТРАНЕНИЯ
ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

(в ред. Федерального [закона](#) от 22.08.2004 N 122-ФЗ)

Комментарий к [преамбуле](#)

Комментируемый [Закон](#) определяет основные направления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации как на федеральном уровне, так и на уровне субъектов РФ. Целью установления правовых основ осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации является охрана здоровья граждан и санитарно-эпидемиологическое благополучие населения (состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности).

Глава I. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 1. Основные понятия

Комментарий к [статье 1](#)

Комментируемой [статьей](#) даны следующие основные понятия.

Туберкулез - инфекционное заболевание, вызываемое микобактериями туберкулеза (палочка Коха, бацилла Коха). Микобактерия туберкулеза (*Micobacterium tuberculosis*) - это палочкообразная бактерия, известная также под названием туберкулезной бациллы (бактерия определенной формы, обладающая капсулой). В отличие от других микробов, микобактерии обладают очень своеобразной капсулой из молекул жирных кислот, структура и функция которых до конца не изучены. Эта оболочка позволяет микобактериям выдерживать весьма суровые условия окружающей среды и выживать внутри клеток иммунной системы человека (макрофагов),

где все другие микробы погибают, будучи растворены с помощью ферментов. Помимо этого, капсула микобактерий кислотоустойчива и не пропускает обычные антибиотики. Погибнуть она может лишь под длительным воздействием прямых солнечных лучей, высоких температур и хлорсодержащих веществ.

Инструкцией по применению клинической классификации туберкулеза, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения от 21 марта 2003 г. N 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ", определена клиническая классификация туберкулеза. В основу клинической классификации туберкулеза, используемой в РФ, положены несколько принципов - это клинико-рентгенологические особенности туберкулезного процесса (в том числе локализация и распространенность), его течение (т.е. фазы), наличие бактериовыделения.

Классификация состоит из четырех основных разделов: клинические формы туберкулеза, характеристика туберкулезного процесса, осложнения туберкулеза, остаточные изменения после излеченного туберкулеза.

Клинические формы туберкулеза различаются по локализации и клинико-рентгенологическим признакам с учетом патогенетической и патоморфологической характеристики туберкулезного процесса.

1. Основными клиническими формами туберкулеза являются:

Туберкулезная интоксикация у детей и подростков.

Диагноз туберкулезной интоксикации устанавливают на основании данных туберкулинодиагностики (впервые положительные, усиливающиеся в процессе наблюдения и гиперергические реакции на туберкулин), клинических признаков заболевания при отсутствии локальных проявлений, определяемых рентгенологическими и другими методами исследований.

Туберкулезная интоксикация характеризуется активностью туберкулезной инфекции и сопровождается ухудшением общего состояния ребенка (подростка): периодическим повышением температуры тела до субфебрильных цифр, ухудшением аппетита, появлением нейровегетативных расстройств (повышенной нервной возбудимости или ее угнетения, головной боли, тахикардии), склонностью к интеркуррентным заболеваниям. При осмотре ребенка может определяться небольшое увеличение групп периферических лимфатических узлов (микрополиадения) с явлениями периаденита; незначительное увеличение печени, реже селезенки, остановка физиологической прибавки или дефицит массы тела. У больных с туберкулезной интоксикацией в периферической крови определяется нерезко выраженное ускорение СОЭ, сдвиг нейтрофилов влево, эозинофилия, лимфопения. Изменяется иммунный статус (снижение числа Т-лимфоцитов и их функциональной активности).

Специфичность описанных функциональных нарушений должна быть подтверждена тщательным обследованием ребенка (подростка) для исключения неспецифических заболеваний. При обследовании следует использовать современные лучевые методы диагностики, включая, при возможности, компьютерную томографию, бронхоскопию, комплексную туберкулинодиагностику, а также бактериологическое исследование.

Диагноз туберкулезной интоксикации устанавливается только после обследования в условиях специализированного противотуберкулезного учреждения.

Туберкулез органов дыхания:

1) первичный туберкулезный комплекс. Первичный туберкулезный комплекс характеризуется развитием воспалительных изменений в легочной ткани, поражением регионарных внутригрудных лимфатических узлов и лимфангитом. Он преимущественно наблюдается в детском возрасте. Клинические проявления первичного комплекса зависят от фазы процесса, особенностей течения и реактивности организма. Он может протекать малосимптомно, но чаще имеют место признаки туберкулезной интоксикации. При рентгенологическом исследовании выявляются характерные изменения в легких.

Различают неосложненное и осложненное течение первичного туберкулезного комплекса. При осложненном течении наблюдается обширный инфильтрат с поражением сегмента или доли легкого, распад с образованием первичной каверны, поражение бронхов, развитие ателектаза, лимфогенная и гематогенная диссеминация, а также переход в хронически текущий первичный туберкулез;

2) туберкулез внутригрудных лимфатических узлов. Туберкулез внутригрудных лимфатических узлов (ВГЛУ) развивается у детей, подростков и взрослых (18 - 25 лет) в результате первичного заражения туберкулезом. Реже возникает вследствие эндогенной реактивации имевшихся туберкулезных изменений во внутригрудных лимфатических узлах. Процесс эндогенной реактивации у взрослых характерен для больных с выраженным иммунодефицитом (например, у больных ВИЧ-инфекцией).

Различают инфильтративный, опухолевидный и малые варианты туберкулеза ВГЛУ.

Инфильтративный туберкулез ВГЛУ характеризуется не только их увеличением, но и развитием инфильтративных изменений в прикорневых отделах. В клинической картине заболевания преобладают симптомы интоксикации.

Малые варианты туберкулеза ВГЛУ характеризуются их незначительным увеличением. Рентгенодиагностика малых вариантов туберкулеза ВГЛУ в фазе инфильтрации возможна только по косвенным признакам (снижение структуры тени корня, двойной контур срединной тени и обогащение легочного рисунка в прикорневой зоне на ограниченном участке). Клинически проявляется умеренными симптомами интоксикации. Для подтверждения диагноза показана компьютерная томография.

Опухолевидный (туморозный) туберкулез ВГЛУ представляет собой вариант первичного туберкулеза, при котором преобладает казеозное поражение лимфатических узлов. Он проявляется увеличением размера отдельных лимфатических узлов или их групп, выраженной клинической симптоматикой и склонностью к осложненному течению (поражение бронхов, бронхолегочные поражения, очаги бронхогенной, лимфогенной и гематогенной диссеминации, плеврит). Контуры лимфатических узлов на рентгенограмме и томограммах четкие.

В случаях позднего выявления и неэффективного лечения возможен переход в хронически текущий первичный туберкулез, характеризующийся длительным волнообразным течением и полиморфизмом морфологических изменений в лимфатических узлах (кальцинированные, фиброзные, свежие воспалительные). В таких случаях периодически возникают различные клинические проявления гиперсенсibilизации, описанные как "маски" хронического первичного туберкулеза (узловатая эритема, фликтены, полиартрит и др.).

При всех вариантах туберкулеза ВГЛУ, но чаще всего при хроническом его течении, возможны осложнения в виде воспалительной реакции плевры, специфического поражения бронхов с развитием сегментарных или долевого ателектазов, диссеминации в легкие и различные органы (бронхолегочные формы процесса);

3) диссеминированный туберкулез легких. Диссеминированный туберкулез легких объединяет процессы различного генеза, развившиеся в результате распространения микобактерий туберкулеза гематогенными, бронхогенными и лимфогенными путями, с чем связано многообразие клинических и рентгенологических проявлений.

Трудность определения генеза туберкулезных диссеминаций обусловила необходимость объединения их под общим названием.

Диссеминированный туберкулез протекает как острый, подострый и хронический.

Острый диссеминированный туберкулез гематогенного генеза характерен для милиарного туберкулеза (см. ниже).

Острое течение диссеминированного туберкулеза с развитием фокусов казеозной пневмонии и формированием каверн в обоих легких возможно в условиях иммунодефицита.

Подострый диссеминированный туберкулез развивается постепенно, характеризуется выраженными симптомами интоксикации. При гематогенном генезе подострого диссеминированного туберкулеза однотипная очаговая диссеминация локализуется в верхних и кортикальных отделах легких, при лимфобронхогенном генезе очаги располагаются группами в прикорневых и нижних отделах легких на фоне выраженного лимфангита с вовлечением в процесс как глубокой, так и периферической лимфатической сети легкого. На фоне очагов при подостром диссеминированном туберкулезе могут определяться тонкостенные каверны со слабо выраженным перифокальным воспалением. Чаще они располагаются на симметричных участках легких, эти полости называют "штампованными" кавернами.

Хронический диссеминированный туберкулез чаще всего гематогенного генеза. Для него характерно апикокаудальное распространение процесса. При хроническом диссеминированном туберкулезе могут последовательно поражаться различные органы и системы. Хронический диссеминированный туберкулез характеризуется волнообразным течением, при котором симптомы интоксикации в период ремиссии менее выражены, при вспышке процесса имеют место явления интоксикации, а также локальные проявления легочного и внелегочного туберкулезного процесса. Рентгенологически выявляются очаги различной величины и плотности, при этом более плотные очаги локализуются в вышележащих отделах. На любом этапе болезни могут образоваться каверны в одном или обоих легких. Очаговые и деструктивные изменения определяются на фоне деформированного легочного рисунка, признаков пневмосклероза, бронхоэктазов и эмфиземы. Несвоевременно распознанный, а также неэффективно леченный, хронический диссеминированный туберкулез может привести к развитию фиброзно-кавернозного туберкулеза легких;

4) милиарный туберкулез. Милиарный туберкулез характеризуется острым течением с быстрой диссеминацией (генерализацией) процесса с поражением легких, печени, селезенки, кишечника, мозговых оболочек, других органов и тканей.

Туберкулезные бугорки имеют преимущественно продуктивный характер.

В клинической картине на первый план выступают явления выраженной интоксикации.

При рентгенологическом исследовании легких определяется двухсторонняя мелкоочаговая диссеминация по всем полям;

5) очаговый туберкулез легких. Очаговый туберкулез легких характеризуется наличием немногочисленных очагов, преимущественно продуктивного характера, локализующихся в ограниченном участке одного или обоих легких и занимающих 1 - 2 сегмента, и малосимптомным клиническим течением. К очаговым формам относятся как недавно возникшие, свежие (мягко-очаговые) процессы с размером очагов менее 10 мм, так и более давние (фиброзно-очаговые) образования с явно выраженными признаками активности процесса. Свежий очаговый туберкулез характеризуется наличием слабоконтурированных (мягких) очаговых теней со слегка размытыми краями.

При рентгенологическом выявлении фиброзно-очаговых изменений необходимо провести тщательное обследование больных для исключения активности процесса. При отсутствии признаков активности фиброзно-очаговые изменения расцениваются как остаточные изменения излеченного туберкулеза;

6) инфильтративный туберкулез легких. Инфильтративный туберкулез легких характеризуется наличием в легких воспалительных изменений, преимущественно экссудативного характера с казеозным некрозом и наличием или отсутствием деструкции легочной ткани.

Клинические проявления инфильтративного туберкулеза зависят от распространенности и выраженности воспалительных изменений в легких, которые могут быть сходными с неспецифическими воспалительными заболеваниями органов дыхания.

У большинства больных имеет место острое и подострое начало заболевания;

7) казеозная пневмония. Казеозная пневмония характеризуется развитием в легочной ткани воспалительной реакции с преобладанием казеификации, причем казеозно-пневмонические очаги по величине занимают до доли и более. Клиническая картина характеризуется тяжелым состоянием больного, выраженными симптомами интоксикации. При обследовании больного определяются лейкоцитоз, резкий сдвиг лейкоцитарной формулы влево, бактериовыделение.

При быстром разжижении казеозных масс происходит формирование гигантской полости или множественных небольших каверн;

8) туберкулема легких. Туберкулема легких - понятие, объединяющее разнообразные по генезу инкапсулированные казеозные фокусы величиной более 1,0 см в диаметре. Различают туберкулемы инфильтративно-пневмонического типа, гомогенные, слоистые, конгломератные и так называемые псевдотуберкулемы - заполненные каверны. На рентгенограмме туберкулемы выявляются в виде тени округлой формы с четкими контурами. В фокусе может определяться серповидное просветление за счет распада, иногда перифокальное воспаление и небольшое количество бронхогенных очагов, а также участки обызвествления. Туберкулемы бывают одиночные и множественные. Различают мелкие туберкулемы (до 2 см в диаметре), средние (2 - 4 см) и крупные (более 4 см в диаметре).

Выделены три клинических варианта течения туберкулем:

а) регрессирующее - медленное уменьшение туберкулемы с последующим образованием на ее месте очага или группы очагов, индурационного поля или сочетания этих изменений;

б) стабильное - отсутствие рентгенологической динамики изменений в процессе наблюдения за больным;

в) прогрессирующее - наличие распада туберкулемы, перифокального воспаления и бронхогенного обсеменения окружающей легочной ткани;

9) кавернозный туберкулез легких. Кавернозный туберкулез легких характеризуется наличием сформированной каверны с отсутствием выраженных фиброзных изменений в окружающей каверну легочной ткани. Развивается кавернозный туберкулез у больных инфильтративным, диссеминированным, очаговым туберкулезом, при распаде туберкулем, при позднем выявлении заболевания, когда фаза распада завершается формированием каверн, а признаки исходной формы исчезают;

10) фиброзно-кавернозный туберкулез легких. Фиброзно-кавернозный туберкулез легких характеризуется наличием фиброзной каверны, развитием фиброзных изменений в окружающей каверну легочной ткани. Для него характерны очаги бронхогенного отсева различной давности. Как правило, поражается дренирующий каверну бронх. Развиваются и другие морфологические изменения в легких: пневмосклероз, эмфизема, бронхоэктазы. Формируется фиброзно-кавернозный туберкулез из инфильтративного, кавернозного или диссеминированного процесса при прогрессирующем течении заболевания. Протяженность изменений в легких может быть различной; процесс бывает односторонним и двусторонним с наличием одной или множества каверн.

Клинические проявления фиброзно-кавернозного туберкулеза многообразны, они обусловлены самим туберкулезным процессом, а также развившимися осложнениями.

Различают два клинических варианта течения фиброзно-кавернозного туберкулеза легких:

а) ограниченный и относительно стабильный фиброзно-кавернозный туберкулез, когда благодаря химиотерапии наступает определенная стабилизация процесса и обострение может отсутствовать в течение нескольких лет;

б) прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез, характеризующийся сменой обострений и ремиссий, причем периоды между ними могут быть разными. В период обострения могут появляться новые участки воспаления с образованием новых каверн, вплоть до полного разрушения легкого. Прогрессирующий фиброзно-кавернозный туберкулез нередко сопровождается развитием неспецифической инфекции и различных осложнений, что усугубляет течение заболевания;

11) цирротический туберкулез легких. Цирротический туберкулез легких характеризуется разрастанием грубой соединительной ткани в легких и плевре в результате инволюции фиброзно-кавернозного, хронического диссеминированного, инфильтративного туберкулеза легких, поражений плевры, туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов, осложненного бронхолегочными поражениями. К цирротическому туберкулезу должны быть отнесены процессы, при которых сохраняются туберкулезные изменения в легких с клиническими признаками активности процесса, склонностью к периодическим обострениям и спорадическому скудному бактериовыделению.

От цирротического туберкулеза необходимо отличать цирроз легких, который представляет собой посттуберкулезные изменения без признаков активности. В классификации цирроз легких отнесен к остаточным изменениям после клинического излечения;

12) туберкулезный плеврит (в том числе эмпиема). Диагноз плеврита устанавливают по совокупности клинических и рентгенологических признаков, а характер плеврита - по результатам исследования диагностического материала, полученного при пункции плевральной полости или биопсии плевры. Характер выпота при туберкулезных плевритах бывает серозным, серозно-фибринозным, гнойным, реже - геморрагическим.

Туберкулез плевры, сопровождающийся накоплением гнойного экссудата, представляет собой особую форму экссудативного плеврита - эмпиему. Она развивается при распространенном казеозном поражении плевры, а также в результате перфорации каверны или субплеврально расположенных очагов.

Морфологически изменения в плевре проявляются рубцовым перерождением, развитием специфической грануляционной ткани в толще утратившей свою функцию плевры. Эмпиема должна быть обозначена в диагнозе;

13) туберкулез бронхов, трахеи, верхних дыхательных путей.

Все эти локализации туберкулеза встречаются как в самостоятельной форме, так и в сочетании с другими формами туберкулеза органов дыхания.

Различают три основные формы туберкулеза бронхов и трахеи: инфильтративную, язвенную и свищевую (лимфобронхиальные, бронхоплевральные свищи). Из их осложнений следует отметить стенозы разной степени, грануляции, бронхолиты;

14) туберкулез органов дыхания, комбинированный с профессиональными пылевыми заболеваниями легких (кониотуберкулез). В эту группу включаются все формы туберкулеза легких при одновременном наличии пылевых профессиональных заболеваний: силикоза, асбестоза и др. При формулировании диагноза следует вначале указать кониотуберкулез, а затем дать развернутую характеристику кониоза и туберкулезного процесса.

Туберкулез других органов и систем:

1) туберкулез мозговых оболочек и центральной нервной системы.

Туберкулезный менингит (туберкулез мозговых оболочек головного мозга, туберкулез мозговых оболочек спинного мозга, туберкулезный лептоменингит). Развитие процесса чаще связывают с гематогенным распространением микобактерий туберкулеза или с прорывом казеозного очага мозга в субарахноидальное пространство.

Процесс развивается преимущественно на основании мозга, распространяясь по ходу сосудов и борозд больших полушарий. Характерны нарушения микроциркуляции крови и лимфы, повышенное внутричерепное давление, гидроцефалия, отек, инфаркты мозга. Клиническая картина складывается из общих явлений (раздражительность, утомляемость, угнетение активности, головные боли и др.) и неврологических признаков: менингеальных симптомов, а также локальных неврологических симптомов, вплоть до децеребрационной ригидности. Распространение инфекции на оболочки спинного мозга приводит к развитию спинального арахноидита с характерными неврологическими нарушениями.

Туберкулема мозга, туберкулема мозговых оболочек - осумкованный очаг творожистого некроза в субкортикальных отделах ткани головного мозга или в мозговых оболочках. Клинически она проявляется повышением внутричерепного давления и локальными неврологическими нарушениями;

2) туберкулез кишечника, брюшины и брыжеечных лимфатических узлов.

Туберкулез кишечника. Чаще локализуется в илеоцекальной области, характеризуется бугорковыми высыпаниями на слизистой кишки. Инфильтративно-язвенный процесс характеризуется слиянием бугорков с образованием язв. Распространение процесса идет как по протяженности, так и в глубину, с казеозно-некротическим и язвенным поражением всех слоев

стенки кишки. Клинически характеризуется интоксикацией, болями, локализующимися в области поражения кишки, диспепсией, признаками ограниченного перитонита, кишечным кровотечением, непроходимостью кишки. Наиболее тяжелым осложнением является перфорация язвы кишки с развитием разлитого перитонита.

Туберкулез брюшины. Заболевание выраженной гематогенной природы, реже - осложнение локальных форм лимфаденита, туберкулеза других органов брюшной полости и таза. В начальном периоде образуются бугорковые высыпания на брюшине. Клинические симптомы не выражены, отсутствует интоксикация. В дальнейшем при появлении экссудата - явления интоксикации, диспепсия, потеря массы тела.

Туберкулез брыжеечных лимфатических узлов. В инфильтративной фазе характеризуется воспалительной инфильтрацией в мезентериальных лимфатических узлах без выраженных перифокальных явлений и симптомов интоксикации; в казеозно-некротической фазе - увеличением лимфатических узлов, перифокальной реакцией, вовлечением в процесс брюшины;

3) туберкулез костей и суставов.

Туберкулез костей и суставов, позвоночного столба. Первично спондилит характеризуется поражением тела позвонка без распространения туберкулезного процесса за его пределы; проявляется неопределенными болезненными ощущениями; рентгенологически при томографическом исследовании выявляют очаг деструкции в теле позвонка. Прогрессирование спондилита приводит к распространению туберкулезного процесса за пределы тела позвонка. Рентгенологически выявляется сужение межпозвоночного пространства, деструкция тел прилежащих позвонков, искривление позвоночного столба, появление абсцессов. Клинически процесс характеризуется постоянными болями в позвоночнике, ограничением подвижности, образованием свищей, спинномозговыми расстройствами.

Туберкулез костей и суставов конечностей. Первично околоуставной остит характеризуется формированием очага специфического воспаления в метафизе, реже - в эпифизе трубчатой кости с нарушением функции сустава и выпотом в нем (реактивным синовитом). При определенных метафизарных локализациях остита возможно распространение процесса на внесуставную поверхность кости с поражением прилежащих мягких тканей, образованием натечных абсцессов и свищей. Рентгенологически определяется наличие пристеночного очага деструкции, нередко с кортикальным секвестром, или краевой деструкции с маловыраженной периостальной реакцией. В разгар туберкулезного артрита воспалительные и деструктивные явления в суставе вызывают сильные боли, ограничение движений с образованием контрактур, развиваются абсцессы и свищи. Рентгенологически определяется выраженный остеопороз, сужение суставной щели, нечеткость, неровность контуров суставных поверхностей, более глубокая деструкция суставных концов костей. Хронический деструктивный артрит - тяжелое поражение сустава с субтотальным или тотальным разрушением суставных поверхностей, грубой деформацией, контрактурой. Метатуберкулезный артроз является заключительным этапом болезни, переходит в неактивную фазу с преобладанием изменений дегенеративного характера.

Туберкулез плоских костей и суставов таза и грудной клетки. При первичном поражении плоских костей таза и грудной клетки процесс возникает обычно в губчатом веществе кости и развивается по типу туберкулезного остита с образованием секвестров и свищей. Туберкулез ребра и ключицы проявляется вначале характерным вздутием кости.

Туберкулез костей и суставов черепа и лица. Чаще поражается лобная, теменная, скуловая кости и верхняя челюсть. При туберкулезе костей черепа наблюдается ограниченная и разлитая формы деструкции с преимущественным поражением внутренней пластинки.

Туберкулезно-аллергические синовиты и артриты являются результатом параспецифических аллергических поражений синовиальной оболочки сустава; проявляются выпотом в суставах, нарушением функции, характеризуются упорным волнообразным течением с ремиссиями и обострениями, часто сезонного характера. В детском возрасте они могут быть проявлением первичного инфицирования туберкулезом;

4) туберкулез мочевых, половых органов. Туберкулез почек.

Начальная стадия заболевания связана с гематогенным распространением инфекции из активных очагов туберкулеза других органов. Развитие специфического процесса проходит все этапы морфологической эволюции - от специфических очагов с преимущественной локализацией в корковом веществе до полного разрушения почки и мочевыводящих путей. Кавернозный туберкулез почки характеризуется прорывом и опорожнением через почечную лоханку творожистого некроза с образованием полости, стенки которой имеют типичное строение туберкулезной каверны. Протекающие параллельно деструктивные и фиброзно-склеротические процессы способствуют распространению процесса с прогрессирующим разрушением паренхимы и полостной системы почек (поликаверноз, рубцовые стенозы и пр.) с переходом в фиброзно-кавернозный туберкулез. Заключительной стадией прогрессирующего туберкулеза почки является тотальное поражение с формированием пионефроза и ряда местных и общесистемных осложнений.

Туберкулез мочевыводящих путей. Как правило, эта форма туберкулеза является сопутствующей или осложнением активного туберкулеза почки. Характер процесса определяется распространенностью, глубиной и степенью поражения стенок мочевыводящих путей: от очагового воспаления на слизистой и в подслизистом слое на начальном этапе до глубокого язвенно-некротического деструктивного поражения с исходом в фиброз, рубцовые деформации и стриктуры.

Туберкулез мужских половых органов. Заболевание имеет двойственную патогенетическую природу: выступает и как частная форма гематогенно-диссеминированного туберкулеза, и как осложнение туберкулеза почек и мочевыводящих путей.

Туберкулез женских половых органов. Чаще проявляется в виде туберкулеза маточных труб (сальпингит) или придатков матки (сальпингоофорит). Реже встречается поражение эндометрия и миометрия, иногда процесс распространяется на цервикальный канал и наружные половые органы;

5) туберкулез кожи и подкожной клетчатки. К первичным формам относится "первичный аффект" (возникающий в случае инфицирования через кожные покровы), острый милиарный туберкулез кожи и первичная гематогенная скрофулодерма, а также вторичная скрофулодерма (при туберкулезе периферических лимфатических узлов). К вторичным формам туберкулеза кожи относят хронический прогрессирующий туберкулез (волчанку) в различных вариантах;

6) туберкулез периферических лимфатических узлов. В инфильтративной фазе характеризуется воспалительной инфильтрацией лимфатического узла (одного или нескольких), проявляется увеличением лимфоузлов без выраженных перифокальных явлений и симптомов интоксикации. В фазе казеозного некроза без размягчения или распада проявляется болями в увеличенных лимфоузлах, перифокальной реакцией, нерезко выраженной интоксикацией. В фазе казеозного некроза с распадом при пальпации выявляется воспалительный конгломерат с флюктуацией, отмечается выраженная интоксикация. Процесс может заканчиваться развитием фиброза или обызвествлением лимфатических узлов;

7) туберкулез глаз. Наиболее распространенной формой туберкулеза глаз являются гематогенно-диссеминированные увеиты, которые подразделяются на передние увеиты (ириты, циклиты, иридоциклиты), периферические увеиты (задние циклиты), хориоидиты (хориоретиниты). Туберкулезные поражения придаточного аппарата глаза встречаются значительно реже, возникают в результате гематогенной диссеминации или распространения по протяжению с кожи лица, изредка - путем экзогенного инфицирования. Туберкулезно-аллергические заболевания глаз характеризуются рецидивирующим течением с острым началом каждого рецидива, бурным и относительно коротким течением. Различают следующие варианты: фликтенулезные кератиты, конъюнктивиты, кератоконъюнктивиты, скрофулезный паннус, эписклерит, иридоциклит, хориоретинит;

8) туберкулез прочих органов. Туберкулез прочих органов - все прочие, редко встречающиеся изолированные туберкулезные поражения.

2. Характеристика туберкулезного процесса. Основными элементами характеристики туберкулезного процесса являются локализация и протяженность процесса, его фаза, бактериовыделение.

Локализация и протяженность определяются в легких по долям или сегментам с указанием их в диагнозе. В других органах и системах указывается локализация поражения (туберкулез верхнего сегмента правой почки, туберкулез маточных труб, фликтенулезный кератоконъюнктивит правого глаза и т.п.).

Фазы процесса:

1) инфильтрация, распад, обсеменение. Они характеризуют активность туберкулезных изменений у вновь выявленных больных или больных с обострением процесса (во время или после проведенного лечения) либо с рецидивом после клинического излечения;

2) рассасывание, уплотнение, рубцевание, обызвествление. Отражают в динамике затихание активного туберкулеза.

К бактериовыделителям (МБТ+) относятся больные, у которых МБТ найдены в выделяемых во внешнюю среду биологических жидкостях или патологическом отделяемом одним из стандартных лабораторных методов исследования при наличии клинико-рентгенологических данных, свидетельствующих об активности процесса. При отсутствии явного источника бактериовыделения необходимо двукратное обнаружение МБТ.

При выделении культуры микобактерий проводится лабораторное исследование чувствительности к противотуберкулезным лекарственным препаратам.

При формулировке диагноза после указания наличия бактериовыделения в обязательном порядке отмечается лекарственная устойчивость к конкретным препаратам.

Пример: инфильтративный туберкулез 1 - 2 сегмента правого легкого в фазе распада. МБТ+. Лекарственная устойчивость к изониазиду и стрептомицину.

3. К осложнениям относятся легочное кровотечение и кровохарканье, спонтанный пневмоторакс, ателектаз, легочно-сердечная недостаточность, свищи бронхиальные, торакальные и др.

4. Остаточные изменения после излеченного туберкулеза.

Остаточные изменения констатируются при излечении туберкулеза (клинико-рентгенологическая стабилизация) после эффективной химиотерапии или хирургических вмешательств, а также при спонтанном излечении туберкулеза. Они характеризуются наличием фиброза различной протяженности - индуратов, рубцов (звездчатых, линейных или другой формы), образующихся на месте заживления каверны, и других изменений, кальцинатов в легких и лимфатических узлах, плевропневмосклероза, цирроза, бронхоэктазов и др.

Активная форма туберкулеза - туберкулез, признаки активности процесса которого установлены в результате проведения клинических, лабораторных, рентгенологических исследований. К таким исследованиям относятся: микроскопия мокроты, бактериологическое или культуральное исследование, кожная туберкулиновая проба и рентгенологическое исследование грудной клетки.

Микроскопия мокроты - достаточно быстрый и простой способ диагностики, основанный на визуализации под микроскопом микобактерий туберкулеза в мазке мокроты, окрашенной специальным методом (например, по Цилю-Нильсену).

Бактериологическое (культуральное) исследование - самый высокочувствительный и достоверный метод диагностики туберкулеза в настоящее время. Он заключается в посеве биологического материала от пациента (мокроты, патологического отделяемого свищей и пр.) на специальные питательные среды для выявления роста микобактерий. Помимо простого подтверждения туберкулезной природы заболевания, бактериологическое исследование также позволяет точно установить тип возбудителя и выявить его чувствительность к противотуберкулезным препаратам.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки (флюорография, рентгеноскопия, рентгенография и пр.) позволяет выявлять в легких и некоторых лимфатических узлах патологические изменения, характерные для туберкулеза. В дальнейшем, исследуя мокроту, медики выясняют, имеет ли заболевание туберкулезную природу.

Туберкулиновая проба. Туберкулин - комплекс антигенов, полученный из туберкулезных микобактерий, который используют для оценки наличия в организме антител к возбудителю. При проведении туберкулиновой пробы производится внутрикожное введение малой дозы туберкулина. Возникающее в месте инъекции воспаление считается положительной реакцией на туберкулин. Положительная туберкулиновая проба свидетельствует о том, что данный индивид в прошлом был инфицирован туберкулезными микобактериями, но не указывает на активность процесса в данный момент. Обычно туберкулиновую пробу применяют при обследовании лиц из группы риска для выявления тех, кому требуется последующее рентгенологическое обследование.

Заразная форма туберкулеза - активная форма туберкулеза, при которой происходит выделение микобактерий туберкулеза.

Больной туберкулезом - больной активной формой туберкулеза. Больной активной формой туберкулеза может передавать микобактерии окружающим во время кашля, разговора и пр. Наиболее существенным фактором развития активного туберкулеза является ослабление иммунной системы человека, причиной которого могут быть внешние условия (недостаточное питание, плохие условия жизни, стрессы) или другие заболевания, например ВИЧ-инфекция. При развитии активного туберкулеза у больного в основном поражаются легкие, однако возможно вовлечение и иных органов.

Противотуберкулезная помощь - совокупность социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение, в том числе обязательные обследование и лечение, диспансерное наблюдение и реабилитацию больных туберкулезом, и проводимых в стационаре и (или) амбулаторно в порядке, установленном комментируемым Федеральным [законом](#), другими федеральными законами и иными нормативными правовыми актами РФ, а также законами и иными нормативными правовыми актами субъектов РФ.

В соответствии с комментируемым Федеральным законом, противотуберкулезная помощь регулируется [главой 3](#), в которой определены следующие мероприятия: организация и оказание противотуберкулезной помощи ([ст. ст. 7 и 8](#)), диспансерное наблюдение ([ст. 9](#)), обязательное обследование и лечение больных туберкулезом ([ст. 10](#)), а также ведение государственного статистического наблюдения в области предупреждения распространения туберкулеза ([ст. 11](#)).

В соответствии со [ст. 20](#) Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях граждане имеют право на медико-социальную помощь, которая включает профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также

меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами, включая выплату пособия по временной нетрудоспособности.

Медико-социальная помощь оказывается медицинскими, социальными работниками и иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Граждане имеют право на бесплатную медицинскую помощь в государственной и муниципальной системах здравоохранения в соответствии с законодательством РФ, законодательством субъектов РФ и нормативными правовыми актами органов местного самоуправления.

Гарантированный объем бесплатной медицинской помощи предоставляется гражданам в соответствии с [Программой](#) государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

Граждане имеют право на дополнительные медицинские и иные услуги на основе программ добровольного медицинского страхования, а также за счет средств предприятий, учреждений и организаций, своих личных средств и иных источников, не запрещенных законодательством РФ.

Граждане имеют право на медицинскую экспертизу, в том числе независимую, которая производится по их личному заявлению в специализированных учреждениях в соответствии с [Основами законодательства](#) РФ об охране здоровья граждан.

Работающие граждане имеют право на пособие при карантине в случае отстранения их от работы вследствие заразного заболевания лиц, окружавших их. Если карантину подлежат несовершеннолетние или граждане, признанные в установленном законом порядке недееспособными, пособие выдается одному из родителей (иному законному представителю) или иному члену семьи в порядке, установленном законодательством РФ.

В соответствии со [ст. 33](#) Федерального закона от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством РФ.

Лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, если они могут явиться источниками распространения инфекционных заболеваний в связи с особенностями производства, в котором они заняты, или выполняемой ими работой, при их согласии временно переводятся на другую работу, не связанную с риском распространения инфекционных заболеваний. При невозможности перевода на основании постановлений главных государственных санитарных врачей и их заместителей они временно отстраняются от работы с выплатой пособий по социальному страхованию.

Все случаи инфекционных заболеваний и массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) подлежат регистрации организациями здравоохранения по месту выявления таких заболеваний (отравлений), государственному учету и ведению отчетности по ним органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Порядок ведения государственного учета указанных случаев заболеваний (отравлений), а также порядок ведения отчетности по ним устанавливается федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

В соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 25 марта 1993 г. N 50 "Об организации дневного туберкулезного стационара" целью организации стационара (отделения, палаты) дневного пребывания в противотуберкулезных диспансерах, туберкулезных больницах, ЦРБ и дневного стационара (дневной туберкулезный стационар) при диспансерных отделениях противотуберкулезных диспансеров является создание благоприятного, щадящего режима лечения больных туберкулезом, не нуждающихся в обязательном круглосуточном медицинском наблюдении и не являющихся опасными в эпидемиологическом отношении для окружающих.

Дневные туберкулезные стационары создаются приказом главного врача лечебного учреждения, которым часть имеющегося коечного фонда переводится в фонд стационара (отделения, палат) дневного пребывания больных туберкулезом. Дневной туберкулезный стационар является структурным подразделением учреждения, в котором он создан. Наряду с этим Приказом главного врача дневные туберкулезные стационары могут организовываться при диспансерных отделениях противотуберкулезных диспансеров и ЦРБ.

Туберкулезные дневные стационары в целях поддержания эпидемиологического режима должны располагаться в отдельном корпусе или в изолированном крыле, части здания основного стационара.

Показания для пребывания больных в дневном стационаре. Клинические показания. В дневной туберкулезный стационар могут быть направлены больные, по состоянию здоровья не требующие медицинского наблюдения в вечернее и ночное время, из числа:

1) впервые выявленных больных с ограниченными формами туберкулеза, не выделяющие микобактерий туберкулеза;

2) больных после эффективного курса химиотерапии, в результате которого наступило прекращение выделения микобактерий туберкулеза или абациллирования.

Эпидемиологические показания. Обязательно сочетание наличия следующих условий:

1) хорошие жилищные условия, приравненные к туберкулезному очагу третьей группы;

2) проживание больного недалеко от стационара (отсутствие отрицательного влияния на здоровье от поездки из дома и обратно);

3) формирование у больного твердой установки на излечение, им соблюдаются меры личной и общественной эпидемиологической безопасности.

Направление больного в дневной стационар решается индивидуально в каждом конкретном случае лечащим врачом и согласовывается с заведующим отделением.

Задачи дневного туберкулезного стационара:

1) проведение контролируемой химиотерапии больным туберкулезом, продолжающим основной курс лечения;

2) контрольное диагностическое обследование;

3) проведение противорецидивного и профилактического лечения.

Финансирование дневного туберкулезного стационара осуществляется в пределах ассигнований, выделенных по смете лечебного учреждения, в составе которого организован дневной стационар.

В соответствии с [главой 7](#) Санитарно-эпидемиологических правил "Профилактика туберкулеза. СП 3.1.1295-03", утвержденных Главным государственным санитарным врачом РФ 18 апреля 2003 г., целью проведения противоэпидемических мероприятий в эпидемическом очаге туберкулеза, где пребывает источник микобактерий туберкулеза вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний, является предупреждение новых случаев инфицирования микобактериями туберкулеза и заболеваний в окружении больного.

Эпидемиологическое обследование очага больного с установленным выделением микобактерий туберкулеза или в стадии распада проводят совместно специалисты центров госсанэпиднадзора и лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждений (отделений, кабинетов) в течение 3 дней с момента получения экстренного извещения.

Для выявления возможных источников распространения туберкулезной инфекции устанавливают лиц, контактировавших с заболевшим в семье, квартире, доме, уточняют место фактического проживания и возможность его проживания по другим адресам, сведения о месте работы (обучения) больного туберкулезом, в том числе по совместительству, уточняют профессию больного.

С целью разработки комплекса санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий при обследовании очага оценивают условия быта, уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи и других лиц, контактировавших с больным туберкулезом. По результатам обследования заполняют карту эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза по единой форме для противотуберкулезного учреждения и центра госсанэпиднадзора, утвержденную в установленном порядке.

Медицинские организации, граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью, органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы осуществляют взаимный обмен информацией о выявленных больных туберкулезом и лицах, находящихся в контакте с больным.

В очагах туберкулеза с целью его локализации и предупреждения распространения заболевания специалисты лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждений (отделений, кабинетов) проводят санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

1) разработку планов оздоровительных мероприятий, динамическое наблюдение за очагом;

2) госпитализацию и лечение больного туберкулезом;

3) изоляцию больного в пределах очага (если он не госпитализирован);

4) изоляцию из очага детей;

5) проведение контролируемой химиопрофилактики;

6) заказ и организацию заключительной дезинфекции, организацию текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;

7) первичное обследование лиц, контактировавших с больным в течение 14 дней с момента выявления больного;

8) наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование (проведение флюорографического обследования, туберкулинодиагностики, бактериологического обследования, общих клинических анализов);

9) проведение профилактического лечения;

10) обучение больных и контактных лиц гигиеническим навыкам;

11) определение условий, при которых очаг может быть снят с эпидемиологического учета;

12) заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага и проводимых в очаге мероприятий.

В населенных пунктах, отдаленных от противотуберкулезного диспансера, санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия выполняют специалисты участковой амбулаторно-поликлинической сети при методической помощи фтизиатра диспансера и эпидемиолога центра госсанэпиднадзора.

В очагах туберкулеза с целью локализации очага и предупреждения распространения заболевания специалисты центров госсанэпиднадзора проводят следующие санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия:

1) определение границ эпидемического очага при первичном его обследовании;

2) разработку совместно с фтизиатром плана оздоровления очага;

3) ведение необходимой учетной и отчетной документации (форма 060-у, картотека учреждений, "Карта эпидемиологического обследования очага инфекционного заболевания" ф. N 357/у, отчеты по форме 1 и 2 "Сведения об инфекционных и паразитарных заболеваниях");

4) оказание помощи фтизиатру в организации и проведении противоэпидемических мероприятий;

5) контроль за динамическим наблюдением в очагах с внесением дополнений и изменений в план мероприятий при изменении группы диспансерного учета больного и группы эпидемиологической опасности очага;

6) контроль своевременности, качества и полноты проведения в очаге всего комплекса противоэпидемических мероприятий, включая дезинфекционные;

7) эпидемиологический анализ ситуации по туберкулезной инфекции по территории в целом, оценка эффективности работы в очагах и обсуждение совместно с фтизиатрами результатов этой работы.

Профилактика туберкулеза - совокупность мероприятий, направленных на раннее выявление туберкулеза в целях предупреждения его распространения.

В соответствии с Федеральным [законом](#) от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний" к мероприятиям, направленным на выявление, относятся:

1) получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;

2) бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения.

Национальный календарь профилактических прививок включает профилактические прививки против туберкулеза, гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, эпидемического паротита и гриппа. В национальном календаре профилактических прививок устанавливаются сроки проведения указанных прививок и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации.

Сроки проведения профилактических прививок против гриппа и категории граждан, подлежащих обязательной вакцинации, устанавливаются ежегодно с учетом прогнозируемой заболеваемости.

Профилактические прививки по эпидемическим показаниям проводятся гражданам при угрозе возникновения инфекционных болезней, перечень которых устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения. Решения о проведении профилактических прививок по эпидемическим показаниям принимают Главный государственный санитарный врач РФ, главные государственные санитарные врачи субъектов РФ. Сроки и порядок проведения профилактических прививок по эпидемическим показаниям устанавливает федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения;

3) медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках [Программы](#) государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи;

4) социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений. Согласно [ст. 18](#) Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных

заболеваний" при возникновении поствакцинальных осложнений граждане имеют право на получение государственных единовременных пособий, ежемесячных денежных компенсаций, пособий по временной нетрудоспособности.

При возникновении поствакцинального осложнения гражданин имеет право на получение государственного единовременного пособия в размере 10000 рублей. В случае смерти гражданина, наступившей вследствие поствакцинального осложнения, право на получение государственного единовременного пособия в размере 30000 рублей имеют члены его семьи.

Гражданин, признанный инвалидом вследствие поствакцинального осложнения, имеет право на получение ежемесячной денежной компенсации в размере 1000 рублей.

Гражданин, у которого временная нетрудоспособность связана с поствакцинальным осложнением, имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности в размере 100 процентов среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы. Один из родителей либо иной законный представитель несовершеннолетнего имеет право на получение пособия по временной нетрудоспособности за все время болезни несовершеннолетнего, связанной с поствакцинальным осложнением, в размере 100 процентов от среднего заработка независимо от непрерывного стажа работы.

Финансовое обеспечение выплаты государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций является расходным обязательством РФ.

Российская Федерация передает органам государственной власти субъектов РФ полномочия по реализации прав граждан на социальную поддержку по выплате государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций при возникновении поствакцинальных осложнений.

Средства на реализацию передаваемых полномочий по предоставлению указанных мер социальной поддержки предусматриваются в составе Федерального фонда компенсаций, образованного в федеральном бюджете, в виде субвенций.

Объем средств, предусмотренный бюджету субъекта РФ, определяется исходя из числа лиц, имеющих право на указанные меры социальной поддержки, а также из размеров государственных единовременных пособий и ежемесячных денежных компенсаций, установленных [статьями 19 и 20](#) Федерального закона "Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний".

Субвенции зачисляются в установленном для исполнения федерального бюджета порядке на счета бюджетов субъектов РФ.

Порядок расходования и учета средств на предоставление субвенций устанавливается Правительством РФ.

Органы государственной власти субъектов РФ ежеквартально представляют в федеральный орган исполнительной власти, осуществляющий выработку единой государственной финансовой, кредитной, денежной политики, отчет о расходовании предоставленных субвенций с указанием числа лиц, имеющих право на указанные меры социальной поддержки, категорий получателей, а также с указанием объема произведенных расходов. В случае необходимости дополнительные отчетные данные представляются в порядке, определяемом Правительством РФ.

Средства на реализацию указанных полномочий носят целевой характер и не могут быть использованы на другие цели.

В случае использования средств не по целевому назначению уполномоченный федеральный орган исполнительной власти вправе осуществить взыскание указанных средств в порядке, установленном законодательством РФ.

Контроль за расходованием средств осуществляется федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в финансово-бюджетной сфере, федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по контролю и надзору в сфере здравоохранения и социального развития, Счетной палатой РФ.

В соответствии со [ст. 29](#) Федерального закона от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) должны своевременно и в полном объеме проводиться предусмотренные санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами РФ санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, в том числе мероприятия по осуществлению санитарной охраны территории РФ, введению ограничительных мероприятий (карантина), осуществлению производственного контроля, мер в отношении больных инфекционными заболеваниями, проведению медицинских осмотров, профилактических прививок, гигиенического воспитания и обучения граждан.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия подлежат включению в разрабатываемые федеральные целевые программы охраны и укрепления здоровья населения, обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия проводятся в обязательном порядке гражданами, индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в соответствии с осуществляемой ими деятельностью.

Согласно ст. 30 Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" санитарная охрана территории РФ направлена на предупреждение заноса на территорию РФ и распространения на территории РФ инфекционных заболеваний, представляющих опасность для населения, а также на предотвращение ввоза на территорию РФ и реализации на территории РФ товаров, химических, биологических и радиоактивных веществ, отходов и иных грузов, представляющих опасность для человека (далее - опасные грузы и товары). Ввоз на территорию РФ опасных грузов и товаров осуществляется в специально оборудованных и предназначенных для этих целей пунктах пропуска через Государственную границу РФ. Перечень таких пунктов пропуска определяется в порядке, установленном Правительством РФ.

Для санитарной охраны территории РФ в пунктах пропуска через Государственную границу РФ на основании решения федерального органа исполнительной власти, уполномоченного осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор, вводится санитарно-карантинный контроль.

Порядок и условия осуществления санитарной охраны территории РФ, а также мероприятия по санитарной охране территории РФ устанавливаются федеральными законами, санитарными правилами и иными нормативными правовыми актами РФ.

Согласно ст. 31 Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" ограничительные мероприятия (карантин) вводятся в пунктах пропуска через Государственную границу РФ, на территории РФ, территории соответствующего субъекта РФ, муниципального образования, в организациях и на объектах хозяйственной и иной деятельности в случае угрозы возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Ограничительные мероприятия (карантин) вводятся (отменяются) на основании предложений, предписаний главных государственных санитарных врачей и их заместителей решением Правительства РФ или органа исполнительной власти субъекта РФ, органа местного самоуправления, а также решением уполномоченных должностных лиц федерального органа исполнительной власти или его территориальных органов, структурных подразделений, в ведении которых находятся объекты обороны и иного специального назначения.

Согласно ст. 32 Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" производственный контроль, в том числе проведение лабораторных исследований и испытаний, за соблюдением санитарных правил и выполнением санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в процессе производства, хранения, транспортировки и реализации продукции, выполнения работ и оказания услуг осуществляется индивидуальными предпринимателями и юридическими лицами в целях обеспечения безопасности и (или) безвредности для человека и среды обитания таких продукции, работ и услуг.

Производственный контроль осуществляется в порядке, установленном санитарными правилами и государственными стандартами. Лица, осуществляющие производственный контроль, несут ответственность за своевременность, полноту и достоверность его осуществления.

Согласно ст. 34 Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний, массовых неинфекционных заболеваний (отравлений) и профессиональных заболеваний работники отдельных профессий, производств и организаций при выполнении своих трудовых обязанностей обязаны проходить предварительные при поступлении на работу и периодические профилактические медицинские осмотры (далее - медицинские осмотры).

В случае необходимости на основании предложений органов, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор, решениями органов государственной власти субъектов РФ или органов местного самоуправления в отдельных организациях (цехах, лабораториях и иных структурных подразделениях) могут вводиться дополнительные показания к проведению медицинских осмотров работников.

Индивидуальные предприниматели и юридические лица обязаны обеспечивать условия, необходимые для своевременного прохождения медицинских осмотров работниками.

Работники, отказывающиеся от прохождения медицинских осмотров, не допускаются к работе.

Данные о прохождении медицинских осмотров подлежат внесению в личные медицинские книжки и учету лечебно-профилактическими организациями государственной и муниципальной систем здравоохранения, а также органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Порядок проведения обязательных медицинских осмотров, учета, ведения отчетности и выдачи работникам личных медицинских книжек определяется федеральным органом

исполнительной власти, уполномоченным осуществлять государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Согласно [ст. 35](#) Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" профилактические прививки проводятся гражданам в соответствии с законодательством Российской Федерации для предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.

Согласно [ст. 36](#) Федерального закона "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" гигиеническое воспитание и обучение граждан обязательны, направлены на повышение их санитарной культуры, профилактику заболеваний и распространение знаний о здоровом образе жизни.

Гигиеническое воспитание и обучение граждан осуществляются:

1) в процессе воспитания и обучения в дошкольных и других образовательных учреждениях;

2) при подготовке, переподготовке и повышении квалификации работников посредством включения в программы обучения разделов о гигиенических знаниях;

3) при профессиональной гигиенической подготовке и аттестации должностных лиц и работников организаций, деятельность которых связана с производством, хранением, транспортировкой и реализацией пищевых продуктов и питьевой воды, воспитанием и обучением детей, коммунальным и бытовым обслуживанием населения.

В соответствии с [п. 1.2](#) Санитарно-эпидемиологических правил "Профилактика туберкулеза. СП 3.1.1295-03", утвержденных Главным государственным санитарным врачом РФ 18 апреля 2003 г., санитарные правила устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, полное и своевременное проведение которых обеспечивает раннее выявление, предупреждение распространения заболеваний туберкулезом среди населения.

Выявление больных туберкулезом осуществляют врачи всех специальностей, средние медицинские работники лечебно-профилактических и оздоровительных организаций, независимо от ведомственной принадлежности и форм собственности, а также врачи и средние медицинские работники, занимающиеся частной медицинской деятельностью. При обращении в медицинскую организацию пациентов с симптомами, указывающими на возможное заболевание туберкулезом, им проводят полное клиническое обследование с обязательным проведением рентгенологического и бактериологического (микроскопия мазка мокроты и другого патологического материала) исследований.

При обнаружении во время обследования пациента признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, в целях постановки диагноза в течение 3 дней его направляют в противотуберкулезный диспансер (отделение, кабинет) по месту жительства.

Контроль проведения своевременного и полного обследования осуществляют направивший специалист и специалист учреждения противотуберкулезной службы.

Лиц без определенного места жительства при подозрении на заболевание туберкулезом госпитализируют в противотуберкулезный стационар для завершения обследования и лечения.

Противотуберкулезная медицинская организация информирует специалиста, направившего больного, о результатах проведенного обследования.

Медицинские противотуберкулезные организации - медицинские организации, оказывающие противотуберкулезную помощь и осуществляющие профилактику туберкулеза. К данным организациям относятся государственные и муниципальные учреждения здравоохранения и медицинские организации и граждане, занимающиеся частной медицинской деятельностью.

Согласно [Приказу](#) Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 7 октября 2005 г. N 627 "Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения" к медицинским организациям, оказывающим противотуберкулезную помощь и осуществляющим профилактику туберкулеза, относятся:

- 1) больничные учреждения - туберкулезные больницы, в том числе детские;
- 2) диспансеры - противотуберкулезные;
- 3) амбулаторно-поликлинические учреждения - поликлиники, в том числе городские (в том числе детские) и центральные районные;
- 4) центры, в том числе научно-практические - по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями;
- 5) санаторно-курортные учреждения и другие государственные и муниципальные учреждения, предусмотренные [Приказом](#) от 7 октября 2005 г. N 627.

Деятельность дневного стационара в противотуберкулезных учреждениях регулируется Положением, утвержденным Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 г. N 109 "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ". Согласно данному Положению об организации деятельности дневного стационара в противотуберкулезных учреждениях отделение дневного стационара создается как структурное подразделение

противотуберкулезного учреждения (диспансера, больницы), клиники медицинского образовательного и научно-исследовательского учреждения.

Порядок направления и госпитализации в отделение дневного стационара, выписки или перевода в другое учреждение утверждаются руководителем противотуберкулезного учреждения. Вопрос о направлении больного в дневной стационар решается индивидуально в каждом конкретном случае лечащим врачом и согласовывается с заведующим.

Отделение дневного пребывания осуществляет следующие функции:

1) оказание квалифицированной медицинской помощи больным в рамках компетенции специалистов лечебно-профилактического учреждения;

2) проведение профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий больным, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении, с применением современных медицинских технологий в соответствии со стандартными протоколами ведения больных;

3) оказание экстренной медицинской помощи больным при угрожающих жизни состояниях;

4) обеспечение лабораторного и инструментального обследования;

5) осуществление диспансерного наблюдения за больными туберкулезом;

6) проведение экспертизы временной нетрудоспособности пациентов и направление на медико-социальную экспертизу;

7) ведение учетной и отчетной документации;

8) соблюдение принципа преемственности в работе с другими лечебно-профилактическими учреждениями в процессе лечения и обследования больных.

Ликвидация отделения дневного стационара осуществляется по решению руководителя лечебно-профилактического учреждения при согласовании с соответствующим органом управления здравоохранением.

Показания к пребыванию в отделении дневного стационара для взрослых больных.

1. Клинические показания.

В дневной стационар могут быть направлены больные, по состоянию здоровья не нуждающиеся в медицинском наблюдении в вечернее и ночное время, в том числе:

1) впервые выявленные больные активным туберкулезом органов дыхания;

2) больные с рецидивом туберкулеза органов дыхания или повторным заболеванием;

3) больные с хроническим течением туберкулеза органов дыхания;

4) больные туберкулезом внелегочной локализации;

5) больные, нуждающиеся в углубленном комплексном диагностическом обследовании.

2. Социальные и бытовые показания:

1) больные, отказывающиеся от лечения в условиях круглосуточного стационара;

2) больные, проживающие недалеко от расположения дневного стационара.

Показания к пребыванию в отделении дневного стационара для детей и подростков.

1. Клинические показания.

В отделение дневного стационара могут быть направлены больные дети и подростки, по состоянию здоровья не нуждающиеся в медицинском наблюдении в вечернее и ночное время, в том числе:

1) впервые выявленные больные активным туберкулезом органов дыхания с малыми и ограниченными формами;

2) больные с туберкулезом в фазе рассасывания и уплотнения для проведения противорецидивного курса или продолжения лечения после интенсивной фазы;

3) больные туберкулезом с ограниченными процессами внелегочной локализации;

4) больные, нуждающиеся в углубленном комплексном диагностическом обследовании;

5) дети и подростки из групп риска по заболеванию туберкулезом для проведения превентивной химиотерапии и химиопрофилактики;

6) больные с впервые выявленным туберкулезом в фазе кальцинации для определения активности процесса.

Наличие у больного ребенка или подростка бактериовыделения является противопоказанием для лечения в условиях дневного стационара.

2. Социальные и бытовые показания:

1) больные, отказывающиеся от лечения в условиях круглосуточного стационара;

2) больные, проживающие недалеко от расположения дневного стационара;

3) удовлетворительные жилищно-бытовые условия в семье ребенка;

4) прочная обратная связь между лечащим врачом, медицинским персоналом ЛПУ по месту жительства и родителями ребенка.

В отделении дневного стационара противопоказано лечение больных, состояние которых оценивается как тяжелое и средней тяжести.

Вопрос о лечении больного в дневном стационаре при наличии бактериовыделения решается лечебно-контрольной комиссией учреждения с учетом степени эпидемической опасности.

Деятельность бактериологических лабораторий противотуберкулезных учреждений регулируется Инструкцией, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения от 21 марта 2003 г. N 109. Согласно данной Инструкции по организации деятельности бактериологических лабораторий противотуберкулезных учреждений микробиологические исследования являются неотъемлемой частью при постановке диагноза туберкулеза, контроле динамики бактериовыделения, выборе рациональных схем лечения и коррекции химиотерапевтической тактики, оценке эффективности и результатов лечения, прогнозировании течения процесса.

Целями микробиологического исследования являются:

- 1) выявление этиологического агента заболевания;
- 2) верификация специфической этиологии заболевания и идентификация возбудителя;
- 3) определение степени активности специфического процесса;
- 4) динамическое наблюдение за эффективностью лечения;
- 5) динамическое наблюдение за лекарственной чувствительностью микобактериальной популяции;
- 6) подтверждение абациллирования больного по окончании курса химиотерапии;
- 7) эпидемиологический надзор за распространением лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза при оценке эффективности национальной программы борьбы с туберкулезом;
- 8) обследование лиц из групп повышенного риска, имеющих туберкулезную симптоматику;
- 9) динамическое микробиологическое наблюдение за диспансерными группами.

В связи со значительным ростом объема микробиологических исследований, выполняемых в целях лабораторной диагностики туберкулеза, повышением их медицинской и социальной значимости перед органами управления здравоохранением встают следующие первоочередные задачи:

- 1) сформировать многоуровневую структуру бактериологических лабораторий;
- 2) внедрить принцип этапности диагностики туберкулеза, регламентировав функции лабораторных подразделений противотуберкулезных учреждений и общей лечебной сети (ОЛС) по выявлению больных туберкулезом;
- 3) внедрить унифицированные методы микробиологических исследований, используемые при диагностике и лечении туберкулеза, в лабораториях лечебно-профилактических учреждений, в том числе ведомственных;
- 4) ввести единые отчетно-учетные формы и систему ежегодных отчетов;
- 5) обеспечить регулярное осуществление контроля качества (внутрилабораторного и внешнего) микробиологических исследований, выполняемых при диагностике и лечении туберкулеза.

С целью повышения эффективности лабораторной диагностики, унификации применяемых методов и обеспечения качества микробиологических исследований при выявлении, диагностике и лечении туберкулеза на территории РФ вводится единая система проведения лабораторных исследований, включающая три этапа:

- 1) первичное исследование диагностического материала в учреждениях ОЛС и в противотуберкулезных учреждениях. Целью данного этапа является определение наличия/отсутствия кислотоустойчивых микобактерий в мокроте или другом диагностическом материале методом прямой микроскопии среди лиц с подозрением на туберкулез по клиническим и/или рентгенологическим симптомам. На данном этапе выявляется наиболее эпидемически опасная категория пациентов.

По решению местных органов управления здравоохранением, принимаемому с учетом географических особенностей, плотности населения, транспортных возможностей и других социально-экономических факторов, микробиологические исследования могут проводиться централизованно на базе лабораторий центральных районных больниц. При этом необходимо предусмотреть организацию регулярной и своевременной доставки диагностического материала из прикрепленных учреждений, а также обеспечить адекватную организацию мест сбора диагностического материала с соблюдением необходимых санитарно-эпидемических норм. Централизация исследований способствует лучшему управлению контролем качества выполнения исследований;

- 2) диагностику микобактерий туберкулезного комплекса культуральными методами в противотуберкулезных учреждениях. На этом этапе осуществляются верификация положительных или сомнительных результатов первичного лабораторного исследования, а также диагностика случаев туберкулеза с отрицательными результатами первичного исследования диагностического материала методами микроскопии. Этот этап обеспечивают бактериологические лаборатории противотуберкулезных учреждений;

3) определение лекарственной устойчивости к противотуберкулезным препаратам и идентификацию выделенного возбудителя в бактериологических лабораториях противотуберкулезных учреждений (II - IV уровень) - сложные и затратные исследования, требующие соответствующего лабораторного оснащения и обученного персонала.

На бактериологические лаборатории противотуберкулезных учреждений возлагаются обязанности по оказанию организационно-методической помощи КДЛ ОЛС, обучению их персонала и внешнему контролю качества выполняемых КДЛ микроскопических исследований путем повторного исследования части препаратов.

К работе с материалом, зараженным туберкулезными и нетуберкулезными микобактериями (III - IV группы), допускаются лаборатории, имеющие специальное разрешение в соответствии с федеральными санитарными правилами, нормами и гигиеническими нормативами.

Бактериоскопическое исследование является первым, наиболее быстрым, простым и дешевым методом выявления кислотоустойчивых микобактерий. Однако метод даже при использовании самой совершенной микроскопической техники (люминесцентной) не позволяет обнаружить микобактерии при содержании их менее 5000 - 10000 микробных тел в 1 мл материала. Такое количество микобактерий в мокроте коррелирует с далеко зашедшими прогрессирующими формами процесса, тогда как на начальной стадии заболевания количество выделяемых больными микобактерий ниже предела обнаружения этим методом.

Микроскопическое обнаружение кислотоустойчивых микобактерий не позволяет дифференцировать микобактерии комплекса *Mycobacterium tuberculosis* (возбудители туберкулеза) от нетуберкулезных (атипичных) и сапрофитических микобактерий.

Культуральный метод выявления микобактерий позволяет выявлять микобактерии туберкулеза при наличии в исследуемом патологическом материале нескольких десятков жизнеспособных особей возбудителя. Это особенно важно при исследовании олигобациллярного диагностического материала от впервые выявленных или уже леченных больных, выделяющих малое количество микобактерий.

В вопросах диагностики и лечения больных туберкулезом бактериологические лаборатории противотуберкулезных учреждений должны обеспечить решение следующих задач:

- 1) подтвердить туберкулезную природу заболевания;
- 2) определить таксономическую принадлежность возбудителя;
- 3) определить его лекарственную чувствительность;
- 4) внедрить систему внутрилабораторного и внешнего контроля качества лабораторных исследований;
- 5) осуществлять персонифицированный учет больных туберкулезом и мониторинг состояния микобактериальной популяции;
- 6) осуществлять совместно с лечащими врачами интерпретацию данных микробиологических исследований.

При формировании клинического диагноза и оценке эффективности лечения больного должны учитываться результаты микроскопических и культуральных исследований, включающие микроскопическое исследование мазка осадка диагностического материала, выделение возбудителя (посев), дифференциацию выделенной культуры, определение ее лекарственной чувствительности. В качестве методов, альтернативных классическому культуральному исследованию, возможно использование автоматизированных и полуавтоматизированных систем ускоренной культуральной диагностики, основанной на использовании жидких питательных сред и различных способах индикации роста микобактерий.

С целью быстрой идентификации микобактерий туберкулезного комплекса в качестве дополнительных допускается использование методов, основанных на амплификации фрагментов генома микобактерий (полимеразная цепная реакция ПЦР), других молекулярно-генетических методов. ПЦР-анализ может быть применен для исследования мокроты, промывных вод бронхов, мочи и спинномозговой жидкости, а также культур микроорганизмов. Технология проведения ПЦР приводится в описаниях и инструкциях по применению соответствующих наборов (тест-систем). Лаборатории, использующие такие методы, должны быть устроены соответствующим образом для исключения кросс-контаминации образцов.

Алгоритм первичного лабораторного обследования описан в приложениях N 10 и N 11 к данному Приказу. Унифицированные методики и учетно-отчетные формы используются лечебно-профилактическими учреждениями независимо от ведомственной принадлежности.

Кратность и сроки микробиологических исследований в ходе лечения и наблюдения различных групп пациентов определены в инструкциях по химиотерапии больных туберкулезом и по организации диспансерного наблюдения и учету контингентов противотуберкулезных учреждений.

Бактериологические лаборатории противотуберкулезных учреждений имеют следующую структуру:

- 1) бактериологические лаборатории (I уровень).

Основной задачей бактериологических лабораторий первого уровня является проведение микроскопических и культуральных исследований диагностического материала, поступающего от больных с клиническо-рентгенологической симптоматикой туберкулеза на этапе выявления, диагностики и лечения (контроль эффективности химиотерапии по бактериовыделению).

В функции бактериологических лабораторий I уровня входит:

- а) оценка качества, отбор и регистрация образцов пригодного для исследования диагностического материала;
 - б) предварительная обработка материала;
 - в) посев осадка диагностического материала на стандартные питательные среды, инкубация; еженедельный просмотр посевов;
 - г) приготовление, окраска и микроскопия мазков из осадка;
 - д) передача выделенных культур кислотоустойчивых микобактерий для дальнейших исследований в курирующую микробиологическую лабораторию;
 - е) соблюдение техники безопасности при выполнении лабораторных процедур и обеспечение персонала индивидуальными средствами защиты;
 - ж) внутрилабораторный контроль и обеспечение качества выполняемых исследований;
 - з) участие в Федеральной системе внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;
 - и) предоставление годовых статистических отчетов в курирующую лабораторию;
 - к) предоставление списков выявленных больных для полицейского учета;
- 2) бактериологические лаборатории (II уровень).

Бактериологические лаборатории второго уровня - это лаборатории районных, городских, областных, краевых и республиканских противотуберкулезных учреждений, осуществляющие микробиологические исследования при выявлении, диагностике, дифференциальной диагностике и лечении больных туберкулезом.

Функции этих лабораторий включают функции бактериологических лабораторий I уровня, а также исследования, связанные с дифференциацией выделенных культур и контролем эффективности химиотерапии по бактериовыделению и оценке лекарственной чувствительности возбудителя.

В функции микробиологической лаборатории II уровня входит:

- а) оценка качества, отбор и регистрация образцов пригодного для исследования диагностического материала;
 - б) предварительная обработка материала;
 - в) посев на стандартные питательные среды, инкубация;
 - г) еженедельный просмотр посевов;
 - д) приготовление, окраска и микроскопия мазков из осадка;
 - е) выделение чистых культур микобактерий;
 - ж) определение лекарственной устойчивости выделенных в лаборатории и полученных из бактериологических пунктов культур микобактерий:
 - в лабораториях районных и городских противотуберкулезных учреждений - к препаратам основного ряда;
 - в лабораториях областных, краевых, окружных и республиканских противотуберкулезных учреждений - к препаратам основного и резервного ряда;
 - з) дифференциация микобактерий комплекса *M. tuberculosis*; передача культур нетуберкулезных микобактерий для идентификации в бактериологические лаборатории III или IV уровней;
 - и) внутрилабораторный контроль и обеспечение качества выполняемых лабораторных исследований;
 - к) участие в Федеральной системе внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;
 - л) курация и участие в контроле работы клинико-диагностических лабораторий ОЛС бактериологических лабораторий I уровня, включенных в зону их курации;
 - м) подготовка кадров для бактериологических лабораторий I уровня и клинико-диагностических лабораторий ОЛС;
 - н) организационно-методическая работа;
 - о) предоставление ежегодных статистических отчетов;
 - п) полицейской (персонифицированный) учет обследуемых больных;
- 3) бактериологические лаборатории (III уровень) - референс-лаборатории федеральных округов.

Бактериологические лаборатории третьего уровня - референс-лаборатории федеральных округов - являются ведущими лабораториями соответствующего федерального округа, обеспечивающими полный спектр микробиологических исследований, реализующими научно-

практические, организационно-методические и информационные задачи в области лабораторной диагностики туберкулеза, контроля качества исследований.

В их функции входят:

а) бактериоскопия, культуральная диагностика и идентификация выделенных кислотоустойчивых микобактерий; дифференциация микобактерий комплекса *Mycobacterium tuberculosis* и определение таксономической принадлежности нетуберкулезных микобактерий;

б) определение лекарственной чувствительности выделенных микобактерий к противотуберкулезным препаратам основного и резервного ряда;

в) видовая идентификация, определение лекарственной чувствительности переданных из бактериологических лабораторий II уровня культур кислотоустойчивых микобактерий, в том числе нетуберкулезных;

г) проведение экспертных и консультативных лабораторных исследований материала, предоставляемого лечебно-профилактическими учреждениями регионов федерального округа для решения спорных вопросов диагностики туберкулеза;

д) курация, участие в инспекционном контроле и организационно-методическая работа в бактериологических лабораториях II уровня;

е) предоставление экспертных заключений и внесение в территориальные органы управления здравоохранения предложений по совершенствованию деятельности клинико-диагностических лабораторий по лабораторной диагностике туберкулеза;

ж) повышение квалификации врачей, лаборантов, биологов и технологов регионов России в области лабораторной диагностики туберкулеза;

з) систематическое проведение и совершенствование методов внутрилабораторного контроля качества микробиологических исследований;

и) участие в Федеральной системе внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;

к) участие в организации мероприятий по внешнему контролю качества лабораторной диагностики туберкулеза в лабораторных подразделениях противотуберкулезных учреждений и общей лечебной сети, осуществляемых Федеральной системой внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;

л) контроль уровня квалификации персонала лабораторий противотуберкулезных учреждений курируемых федеральных округов на основе ежегодных статистических отчетов, представление в территориальные органы управления здравоохранением предложений по рациональному использованию, повышению квалификации, аттестации, подготовке и переподготовке специалистов;

м) взаимодействие с комитетами по лицензированию медицинской деятельности субъектов РФ, а также с другими заинтересованными ведомствами для координации усилий по совершенствованию лабораторной диагностики туберкулеза;

н) сбор и анализ ежегодной отчетной документации по установленной форме;

о) подготовка материалов и участие в совещаниях (коллегиях) территориальных органов управления здравоохранения по вопросам оказания противотуберкулезной помощи населению;

п) экспертиза проектов и программ противотуберкулезных мероприятий (в части лабораторной диагностики туберкулеза), поступающих в территориальные органы управления здравоохранением;

р) организация и проведение совещаний, тематических конференций и семинаров для специалистов лабораторной службы курируемых регионов;

4) бактериологические лаборатории (IV уровень) - федеральная референс-лаборатория Минздрава России.

Федеральная референс-лаборатория Минздрава России является ведущим лабораторным учреждением, определяющим и реализующим научно-практические, организационно-методические и информационные задачи, координирующим деятельность лабораторий в области лабораторной диагностики туберкулеза в Российской Федерации.

В ее функции входит:

а) бактериоскопия, культуральная диагностика и видовая идентификация выделенных кислотоустойчивых микобактерий, включая комплекс *Mycobacterium tuberculosis* и нетуберкулезных микобактерий;

б) определение лекарственной чувствительности выделенных микобактерий к противотуберкулезным препаратам основного и резервного ряда;

в) экспертные исследования по видовой идентификации, определение лекарственной чувствительности переданных из бактериологических лабораторий II и III уровней культур кислотоустойчивых микобактерий, в том числе нетуберкулезных;

г) экспертные и консультативные лабораторные исследования материала, предоставляемого лечебно-профилактическими учреждениями регионов России для решения спорных вопросов диагностики туберкулеза;

- д) курация, участие в инспекционном контроле и организационно-методическая работа в бактериологических лабораториях II и III уровней;
- е) предоставление экспертных заключений и внесение в органы управления здравоохранением предложений по совершенствованию деятельности клинико-диагностических лабораторий по лабораторной диагностике туберкулеза;
- ж) повышение квалификации врачей, лаборантов, биологов и технологов регионов России в области лабораторной диагностики туберкулеза;
- з) систематическое проведение и совершенствование методов внутрилабораторного контроля качества микробиологических исследований;
- и) участие в Федеральной системе внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;
- к) участие в организации мероприятий по внешнему контролю качества лабораторной диагностики туберкулеза в лабораторных подразделениях противотуберкулезных учреждений и общей лечебной сети, осуществляемых Федеральной системой внешней оценки качества клинических лабораторных исследований;
- л) контроль уровня квалификации персонала лабораторий противотуберкулезных учреждений на основе ежегодных статистических отчетов, представление в территориальные органы управления здравоохранением предложений по рациональному использованию, повышению квалификации, аттестации, подготовке и переподготовке специалистов;
- м) взаимодействие с комитетами по лицензированию медицинской деятельности субъектов РФ, а также с другими заинтересованными ведомствами для координации усилий по совершенствованию лабораторной диагностики туберкулеза;
- н) подготовка материалов и участие в совещаниях (коллегиях) территориальных органов управления здравоохранением по вопросам оказания противотуберкулезной помощи населению;
- о) экспертиза проектов и программ противотуберкулезных мероприятий (в части лабораторной диагностики туберкулеза), поступающих в территориальные и федеральные органы управления здравоохранением;
- п) организация и проведение совещаний, тематических конференций и семинаров для специалистов лабораторной службы регионов России;
- р) курация и инспекционный контроль региональных референс-лабораторий;
- с) ведение федерального музея культур микобактерий;
- т) разработка и апробация новых методов лабораторной диагностики туберкулеза;
- у) экспертиза и разработка нормативных и методических документов, учетно-отчетных форм;
- ф) сбор и анализ ежегодной отчетной документации по установленной форме;
- х) мониторинг деятельности бактериологических лабораторий противотуберкулезных учреждений;
- ц) бактериологический мониторинг распространения штаммов *M. tuberculosis* на территории РФ.

Штатные нормативы персонала бактериологических лабораторий I, II, III и IV уровней противотуберкулезных учреждений устанавливаются в соответствии с утвержденным объемом практических, организационно-методических и контрольных функций.

Контроль качества лабораторных исследований осуществляется в нескольких направлениях:

- 1) внутрилабораторный контроль качества выполняемых исследований;
- 2) внешний контроль качества микроскопических и культуральных лабораторных исследований, включая:
 - а) заочную оценку качества с использованием контрольных образцов;
 - б) повторный анализ клинических образцов и препаратов в лабораториях более высокого уровня;
 - в) инспекционный контроль, осуществляемый в рамках лицензирования и аккредитации, в том числе кураторские визиты.

Федеральная система внешней оценки качества клинических лабораторных исследований (ФСВОК) совместно с федеральными и региональными референс-лабораториями контролирует клинико-диагностические и бактериологические лаборатории путем заочной оценки качества с использованием контрольных образцов.

Участие в ФСВОК является одним из основных и обязательных видов деятельности клинико-диагностических и бактериологических лабораторий по обеспечению требуемого качества выполняемых исследований.

Внешняя оценка качества лабораторных исследований позволяет своевременно выявить недостатки в работе лабораторий, оказать им организационно-методическую и консультативную помощь, выработать адекватные рекомендации по устранению обнаруживаемых ошибок и совершенствованию используемых методик.

Внешнюю оценку качества лабораторных исследований в рамках ФСВОК осуществляют лаборатории II, III и IV уровней совместно с Центром внешнего контроля качества клинических лабораторных исследований Минздрава России.

Федеральная и региональные референс-лаборатории совместно с Центром внешнего контроля качества клинических лабораторных исследований Минздрава России участвуют в:

1) разработке методов внешней оценки качества микробиологических исследований при выявлении, диагностике и лечении туберкулеза;

2) подготовке сопроводительной документации к контрольным образцам для участников ФСВОК;

3) анализе результатов внешней оценки качества, мониторинге и повышении качества лабораторной диагностики туберкулеза;

4) определении производственной базы, размещении заказов на изготовление контрольных образцов и выполнении их экспертного анализа;

5) информировании лабораторий о результатах оценки выполненных исследований, оказании консультативно-методической помощи отдельным лабораториям;

6) подготовке информации для органов управления здравоохранением о качестве лабораторной диагностики туберкулеза в отдельных регионах и в Российской Федерации в целом.

Согласно Положению об организации деятельности консультативно-диагностических реабилитационных центров для детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции, утвержденному Приказом Министерства здравоохранения России от 21.03.2003 г. N 109, функциональные возможности детской фтизиатрической службы могут быть значительно расширены за счет создания консультативно-диагностических центров по детскому туберкулезу и реабилитационных центров для детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции (на базе детских туберкулезных санаториев).

Решение об организации данных центров рекомендуется принимать органу управления здравоохранением субъекта РФ с учетом географических условий, возможностей материально-технической базы, наличия кадров и других особенностей территории.

Возможно открытие одного крупного центра по детскому туберкулезу, в котором отдельными подразделениями будут включены консультативно-диагностический и реабилитационный центры.

Целью создания консультативно-диагностического центра (КДЦ) является повышение эффективности обследования, дифференциальной диагностики и лечения детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции в амбулаторных условиях.

Организация лечения детей в амбулаторных условиях позволит:

1) избежать формирования у детей явлений "госпитализма", неврологических и психологических нарушений;

2) обеспечить более качественное лечение различной соматической патологии у детей.

Задачами КДЦ являются:

1) углубленное обследование детей, направленных ПТД и учреждениями ОЛС с подозрением на наличие локальной формы туберкулеза.

Обследование в КДЦ включает: клиническое, рентгеномографическое (рентгенография, томография, при возможности компьютерная томография, контрастные методы исследования) обследование, лабораторные (биохимическое, цитологическое, морфологическое), иммунологические исследования, клиническую туберкулинодиагностику (определение порога чувствительности к туберкулину, проба Коха, кожная градуированная проба Пирке), ультразвуковое исследование, ЭКГ, функциональную диагностику. При наличии материально-технической базы и кадров возможно проведение в амбулаторных условиях и эндоскопических исследований, а также малых оперативных вмешательств (пункционные исследования, иссечение и удаление пораженных периферических лимфатических узлов).

При необходимости специалисты КДЦ осуществляют консультацию детей с выездом в соматические детские стационары;

2) выявление и лечение сопутствующей патологии у детей из групп повышенного риска заболевания туберкулезом, наблюдаемых ПТД.

С этой целью рекомендуется предусмотреть в штатном расписании центра ставки специалистов, которые могут обеспечить квалифицированное обследование и лечение детей в период их наблюдения в ПТД. Перечень специалистов, их нагрузку (и, соответственно, количество ставок) рекомендуется определять исходя из местных условий, объективной потребности в данных специалистах и возможностей материально-технической базы КДЦ в проведении необходимых исследований.

Рекомендуемый перечень специалистов КДЦ: педиатр-фтизиатр, ортопед, офтальмолог, уролог, пульмонолог, невропатолог, рентгенолог, специалист по ультразвуковой диагностике;

3) организация амбулаторного лечения детей с локальными и активными формами туберкулеза различной локализации.

Наличие в штате КДЦ высококвалифицированных врачей-фтизиатров и технических возможностей динамического наблюдения за течением туберкулезного процесса позволяет осуществлять в условиях КДЦ амбулаторное лечение детей с малыми и неосложненными формами туберкулеза различных локализаций;

4) координация деятельности противотуберкулезных учреждений и ОЛС.

Сотрудники КДЦ совместно с ПТД, оргметодкабинетом по туберкулезу данной административной территории разрабатывают организационно-методические мероприятия с учетом местных условий. КДЦ является учебным центром для врачей ПТД и общей лечебной сети по вопросам раннего выявления, профилактики, диагностики и лечения туберкулеза у детей;

5) материально-техническая база.

КДЦ рекомендуется открывать на базе существующих республиканских, областных, краевых, городских детских туберкулезных стационаров или, при их отсутствии, на базе многопрофильной больницы с современной лечебно-диагностической базой.

Для функционирования центра необходимо:

а) наличие отдельного входа, желательно с улицы, минуя территорию больницы;

б) наличие возможности полной изоляции помещений КДЦ от клинических подразделений стационара и организации маршрута-графика движения посетителей, исключая их контакт с пациентами больницы;

в) наличие помещений, достаточных для организации приема в 2 смены фтизиатрами и узкими специалистами, процедурного кабинета и перевязочной (малой операционной).

Дополнительные помещения (лаборатория, кабинет УЗИ, бронхоскопический кабинет) могут выделяться при возможности устойчивого функционирования данных служб КДЦ. Для проведения рентгенологического исследования целесообразно использовать рентгенкабинет стационара, на базе которого располагается КДЦ.

Целесообразно привлекать к работе консультантов КДЦ, квалифицированных специалистов из числа сотрудников кафедр, НИИ и ведущих клиник данной административной территории. На должность заведующего КДЦ назначается высококвалифицированный фтизиатр, имеющий опыт организационно-методической работы.

Организация работы КДЦ состоит из следующих составляющих:

1) диагностика туберкулеза.

Консультации в КДЦ подлежат дети, направленные ПТД или учреждениями общей лечебной сети (ОЛС) с подозрением на наличие локальных форм туберкулеза, включая внелегочный туберкулез. Для повышения эффективности работы КДЦ при направлении на консультацию прилагаются результаты предварительного обследования (клинико-рентгенологические данные со всем рентгеноархивом, данные туберкулинодиагностики, лабораторных, биохимических, цитологических исследований и др.).

В КДЦ проводятся следующие исследования: углубленное рентгенологическое обследование, эндоскопические исследования, УЗИ, пункционная биопсия, цитологические, биохимические и иммунологические исследования. Для проведения данных исследований используются возможности как самого КДЦ, так и других подразделений стационара, являющихся базой КДЦ.

По данным обследования оформляют медицинское заключение с диагнозом и рекомендациями, которое подписывают заведующий КДЦ и врач-консультант. Все случаи установления диагноза локальных форм туберкулеза или туберкулезной интоксикации подлежат рассмотрению на лечебно-контрольной подкомиссии (ЛКП) учреждения, на базе которого работает КДЦ. Возглавляет ЛКП главный врач детского туберкулезного учреждения или его заместитель по лечебной работе или по детству (в случае если базой КДЦ является многопрофильная больница). Заключение ЛКП является основанием для утверждения диагноза на республиканской, краевой, областной, городской ЦВКК;

2) диспансеризация в условиях КДЦ детей из контингентов ПТД.

Направление на консультацию узких специалистов в КДЦ осуществляют фтизиатры ПТД. Целесообразно не ограничиваться консультацией ребенка каким-то одним специалистом, а проводить полную диспансеризацию всеми врачами КДЦ. Лечение выявленной соматической патологии проводится специалистами КДЦ с использованием как возможностей стационара, являющегося базой КДЦ, так и в учреждениях ОЛС по месту жительства;

3) организация контроля за амбулаторным лечением детей с различными формами туберкулеза.

Решение о проведении лечения амбулаторно принимается ЛКК и утверждается ЦВКК на основании заявления родителей и анализа объективных возможностей амбулаторного лечения пациента.

Необходимыми условиями для проведения амбулаторного лечения под контролем КДЦ являются:

а) изоляция ребенка от источника туберкулезной инфекции;

- б) отсутствие эпидемиологической опасности ребенка для окружающих (отсутствие выделения МБТ);
- в) удовлетворительные жилищно-бытовые условия;
- г) соблюдение требований к проведению лечебных процедур, санитарно-противоэпидемического режима;
- д) устойчивая обратная связь между лечащим врачом, мед. персоналом ЛПУ по месту жительства и родителями ребенка;
- е) возможность транспортировки ребенка в стационар в случае необходимости экстренной госпитализации.

Проведение амбулаторного лечения в условиях КДЦ.

Если родители имеют возможность обеспечить посещение ребенком КДЦ с периодичностью 2 - 5 раз в неделю, амбулаторное лечение может быть организовано на базе КДЦ. На ребенка заполняется карта амбулаторного больного, к ведению которой предъявляются те же требования, как и к ведению истории болезни в стационаре. КДЦ выписывает и выдает на руки специфические АБП. В первые 2 - 4 недели лечения необходимо добиваться ежедневного посещения ребенком КДЦ и приема препаратов под контролем медперсонала, при отсутствии побочных реакций на терапию препараты могут приниматься больными на дому.

Объем и периодичность лечебно-диагностических мероприятий при амбулаторном лечении в КДЦ не должны отличаться от мероприятий, проводимых в стационарных условиях. При технической возможности целесообразно в КДЦ выделить специальное помещение под дневной стационар, в котором дети могли бы находиться после приема лекарств, инвазивных манипуляций, бронхоскопии и пр.

Заключение об установленном клиническом диагнозе и все этапные эпикризы с результатами контрольных обследований и анализом эффективности лечения передаются в ПТД по месту жительства. Решение о завершении лечения и тактике диспансерного наблюдения определяется на ЛКП КДЦ с привлечением фтизиатров из ПТД по месту жительства ребенка.

КДЦ может также осуществлять помощь фтизиопедиатам диспансеров при проведении амбулаторного лечения детей в ПТД по месту жительства. Функция КДЦ в этом случае заключается в проведении углубленных контрольных обследований (1 раз в 1 - 3 месяца), определении тактики лечения и его длительности. Результаты всех контрольных обследований, эффективность завершеного основного курса лечения и дальнейшая тактика диспансерного наблюдения рассматриваются ЛКП с участием лечащего врача ПТД.

При любой из двух форм участия КДЦ в организации лечения детей с активными формами туберкулеза фтизиопедиатры ПТД будут иметь полную информацию о результатах обследований и эффективности лечения детей, что позволит им активно участвовать в лечебно-реабилитационных и профилактических мероприятиях, определять тактику диспансерного наблюдения этих детей;

- 4) организация работы дневного стационара.

При наличии соответствующего материально-технического и кадрового обеспечения возможно открытие в КДЦ дневного стационара, на базе которого будут проводиться диагностические, лечебно-профилактические и реабилитационные мероприятия пациентам КДЦ;

- 5) координация КДЦ деятельности противотуберкулезных учреждений и ОЛС.

Концентрация в КДЦ высококвалифицированных врачей различных специальностей и наличие информации об абсолютном большинстве детей с локальными и активными формами туберкулеза создают предпосылки для функционирования на базе КДЦ методического и учебного центра по детскому туберкулезу.

Функции КДЦ в данном разделе работы сводятся к следующему:

- а) организация и проведение анализа случаев заболевания туберкулезом детей;
- б) разработка предложений по совершенствованию диагностики и профилактики туберкулеза в учреждениях ОЛС;
- в) организация и проведение научно-практических, клинико-анатомических конференций по вопросам детского туберкулеза на базе КДЦ и ЛПУ педиатрической сети;
- г) организация постоянного действующего семинара по диагностике, профилактике и лечению туберкулеза у детей для фтизиатров и педиатров;
- д) организация постоянно действующей школы первичной подготовки среднего медицинского персонала по вопросам туберкулинодиагностики и иммунизации против туберкулеза;
- е) организация работы ЛКП с последующим представлением материалов для утверждения на ЦВКК.

Центры реабилитации детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции на базе туберкулезного санатория.

Направлению в центр подлежат дети из групп риска по заболеванию туберкулезом в сочетании с другими неблагоприятными (соматическими, социальными, психологическими) факторами, а также дети, получившие основной курс лечения в стационаре (для проведения

реабилитационных мероприятий и противорецидивных курсов), и дети, получившие инвалидность в связи с заболеванием туберкулезом.

Целью создания центров является комплексная реабилитация детей из контингентов ПТД, которая включает в себя лечение различных проявлений туберкулезной инфекции, соматических заболеваний, а также психологическую коррекцию, социальную адаптацию и раннюю профессиональную ориентацию. Реабилитационные центры возглавляют работу по организации в данном субъекте Российской Федерации санаторного этапа лечения и реабилитации детей из контингентов ПТД.

Центр осуществляет следующие функции:

1) обследование и комплексную реабилитацию детей из контингентов ПТД, нуждающихся в санаторном лечении по фтизиатрическому, соматическим и социальным показаниям;

2) проведение детям из контингентов ПТД мероприятий по социальной адаптации и ранней профориентации с учетом особенностей течения туберкулезной инфекции, соматического статуса и психологических характеристик;

3) осуществление организационно-методической помощи детским туберкулезным санаторным учреждениям, обеспечение преемственности и последовательности выполнения лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий при переводе детей из одного лечебного противотуберкулезного учреждения в другое;

4) обеспечение постоянного функционирования школы здоровья, разработку и внедрение мероприятий, направленных на формирование у пациентов ПТД навыков здорового образа жизни;

5) проведение научной и педагогической работы, направленной на разработку и внедрение современных методик лечения и реабилитации детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции.

Материально-техническая база.

Реабилитационные центры рекомендуется организовывать на базе республиканских, областных, городских детских туберкулезных санаториев, располагающих современной лечебно-диагностической аппаратурой, достаточным набором помещений и удовлетворительными бытовыми условиями.

Для функционирования центра необходимо:

1) наличие специализированных помещений, набора медицинского оборудования и аппаратуры, позволяющих проводить углубленное клиническое, рентгенологическое, лабораторное, функциональное и электрофизиологическое обследование детей;

2) наличие специализированных помещений, набора оборудования и аппаратуры, позволяющих проводить полноценную реабилитацию детей;

3) наличие помещений и набора оборудования, позволяющих осуществлять качественное проведение учебного процесса по полной программе средней общеобразовательной школы;

4) наличие оборудованных игровых комнат, спортплощадок, тренажерного зала;

5) наличие благоприятных природно-климатических факторов.

Главными требованиями к организации работы центра являются:

1) комплексность в проведении медицинских, педагогических, психологических реабилитационных мероприятий;

2) этапность проведения лечебных и реабилитационных мероприятий.

Программа лечебно-реабилитационных мероприятий и их последовательность формируются отдельно для каждого центра; ее содержание зависит от особенностей контингента детей (возрастных, соматических, социальных, фтизиатрических), материально-технической базы и штатов центра.

Организационно-методическая помощь детским туберкулезным санаторным учреждениям со стороны реабилитационного центра включает курацию всей санаторной туберкулезной службы данной административной территории. С этой целью сотрудниками центра регулярно проводится анализ эффективности работы других санаторных учреждений. На основании анализа функциональных возможностей конкретных учреждений и характеристик детских контингентов специалисты центра оказывают помощь в разработке и внедрении в данные учреждения комплексных программ лечения и реабилитации детей.

Работа школы здоровья.

Основной целью функционирования школы здоровья является проведение санитарно-просветительной работы среди детей из контингентов ПТД и их родителей (лекции, семинары, практические занятия с отработкой и закреплением навыков здорового образа жизни, наглядная агитация).

Научно-педагогическая работа.

Центры для реабилитации являются базой для проведения научных исследований, посвященных повышению эффективности лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий в детских туберкулезных санаториях. При этом могут использоваться как

фактический материал самого центра, так и сведения, полученные сотрудниками центра в других санаторных учреждениях данной административной территории.

Полученные в ходе научных исследований результаты внедряются в практику в форме методических документов, проведения сотрудниками центра семинаров и лекций для врачей и среднего медицинского персонала санаторных детских учреждений.

В соответствии со [ст. 15](#) Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в соответствии с законодательством РФ.

В соответствии со [ст. 17](#) Федерального закона от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" лицензированию подлежит медицинская деятельность.

[Постановление](#) Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности" определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории РФ юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями. Лицензирование медицинской деятельности осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития или органами исполнительной власти субъектов РФ, которым Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения и социального развития передала по соглашениям с ними свои полномочия по лицензированию указанной деятельности.

Медицинская деятельность включает выполнение медицинских работ и услуг по оказанию доврачебной, скорой и неотложной, амбулаторно-поликлинической, санаторно-курортной, стационарной (в том числе дорогостоящей специализированной) медицинской помощи по соответствующим медицинским специальностям, включая проведение профилактических медицинских, диагностических и лечебных мероприятий и медицинских экспертиз, применение методов традиционной медицины, а также заготовку органов и тканей в медицинских целях.

Статья 2. Правовое регулирование в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации

Комментарий к [статье 2](#)

1. В комментируемой [статье](#) определен перечень источников: федеральные законы, иные нормативно-правовые акты РФ, законы и иные нормативно-правовые акты субъектов РФ.

Настоящий Федеральный [закон](#) устанавливает основные направления осуществления государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза в РФ в целях охраны здоровья граждан и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения.

[Основы законодательства](#) РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 устанавливают правовые, организационные и экономические принципы в области охраны здоровья, в том числе охраны здоровья граждан от распространения туберкулеза в Российской Федерации.

Федеральный [закон](#) от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" направлен на обеспечение санитарно-эпидемиологического благополучия населения (т.е. состояние здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности) как одного из основных условий реализации конституционных прав граждан на охрану здоровья и благоприятную окружающую среду.

Федеральный [закон](#) от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных заболеваний" устанавливает правовые основы государственной политики в области иммунопрофилактики инфекционных болезней, осуществляемой в целях охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ.

Постановление Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" утверждает [Порядок](#) и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения в целях выявления туберкулеза, [Порядок](#) диспансерного наблюдения за больными туберкулезом, [Порядок](#) ведения государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулеза.

Постановление Правительства РФ от 17 ноября 2004 г. N 645 "Об утверждении Правил обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях" утверждает [Правила](#) обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и

больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 г. N 109 "О совершении противотуберкулезных мероприятий в РФ" утверждает Инструкцию по централизованному контролю за диспансерным наблюдением больных туберкулезом, Инструкцию по применению клинической классификации туберкулеза, Инструкцию по применению МКБ-10 для статистического учета туберкулеза, Инструкцию по применению туберкулиновых проб, Инструкцию по вакцинации и ревакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ и БЦЖ-М, Инструкцию по химиотерапии больных туберкулезом; Инструкцию по организации диспансерного наблюдения и учету контингентов противотуберкулезных учреждений, Положение об организации деятельности дневного стационара в противотуберкулезных учреждениях, Инструкцию по организации деятельности бактериологических лабораторий противотуберкулезных учреждений, Инструкцию по унифицированным методам микроскопических исследований для выявления кислотоустойчивых микобактерий в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений, Инструкцию по унифицированным методам микробиологических исследований при выявлении, диагностике и лечении туберкулеза, Рекомендации по противозидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза, Положение об организации деятельности консультативно-диагностических и реабилитационных центров для детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 25 марта 1993 г. N 50 "Об организации дневного туберкулезного стационара" устанавливает благоприятный, щадящий режим лечения больных туберкулезом, не нуждающихся в обязательном круглосуточном медицинском наблюдении и не являющихся опасными в эпидемиологическом отношении для окружающих.

Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 июля 1997 г. N 193 устанавливает Положение о Центре информационных медицинских технологий в составе Российского НИИ фтизиопульмонологии, которое распределило территорию Российской Федерации по зонам курации при проведении работ по созданию и внедрению Государственной системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза, Положение о системе эпидемиологического мониторинга туберкулеза территориального уровня.

Санитарно-эпидемиологические [правила](#) "Профилактика туберкулеза. СП 3.1.1295-03", утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ 18 апреля 2003 г., которые устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противозидемических (профилактических) мероприятий, полное и своевременное проведение которых обеспечивает раннее выявление, предупреждение распространения заболеваний туберкулезом среди населения.

2. Согласно [Конституции](#) РФ государство обязуется гарантировать гражданам право на здоровье независимо от расы, пола, национальности, языка и социального происхождения, а также места жительства. Каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом. Таким образом, федеральные законы и иные нормативные правовые акты РФ, а также законы и иные нормативные правовые акты субъектов РФ должны обеспечивать права граждан на защиту от туберкулеза и гарантии получения противотуберкулезной помощи.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 5 ноября 1997 г. N 1387 "О мерах по стабилизации и развитию здравоохранения и медицинской науки в Российской Федерации" государственные гарантии по предоставлению бесплатной медицинской помощи должны быть обеспечены за счет средств соответствующих бюджетов, платежей по обязательному медицинскому страхованию и других поступлений. Для этого необходимо принять программу государственных гарантий по предоставлению гражданам РФ бесплатной медицинской помощи, которая должна содержать:

- 1) перечень соответствующих видов медицинской помощи;
- 2) объемы медицинской помощи;
- 3) базовую программу обязательного медицинского страхования как составную часть программы государственных гарантий;
- 4) подушевой норматив финансирования здравоохранения, обеспечивающий предоставление гарантированных объемов медицинской помощи.

В целях обеспечения прав граждан на охрану здоровья требуется принятие закона о правах пациента.

Статья 3. Применение настоящего Федерального закона

Комментарий к [статье 3](#)

1. Действие настоящего Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза" распространяется на граждан РФ при оказании им социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение, в том числе обязательные обследование и лечение, диспансерное наблюдение и реабилитацию больных туберкулезом и проводимых в стационаре и (или) амбулаторно.

Перечисленные выше мероприятия, оказываемые юридическими лицами и физическими лицами (т.е. государственными или муниципальными учреждениями здравоохранения и медицинскими организациями или гражданами, занимающимися частной медицинской деятельностью) на территории РФ, должны предоставляться без нарушений норм настоящего Федерального закона.

2. Согласно ст. 2 настоящего Федерального закона никакой нормативно-правовой акт не может ограничивать права граждан на защиту от туберкулеза и гарантии получения противотуберкулезной помощи, предусмотренные настоящим Федеральным законом, в том числе иностранных граждан и лиц без гражданства.

Согласно Федеральному закону от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно или временно проживающие на территории Российской Федерации, пользуются правами и несут обязанности, которые установлены настоящим Федеральным законом. Так, в соответствии со ст. 5 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ иностранные граждане и лица без гражданства при осуществлении иммунопрофилактики имеют право на:

1) получение от медицинских работников полной и объективной информации о необходимости профилактических прививок, последствиях отказа от них, возможных поствакцинальных осложнениях;

2) выбор государственных, муниципальных или частных организаций здравоохранения либо граждан, занимающихся частной медицинской практикой;

3) бесплатные профилактические прививки, включенные в национальный календарь профилактических прививок, и профилактические прививки по эпидемическим показаниям в государственных и муниципальных организациях здравоохранения;

4) медицинский осмотр, а при необходимости и медицинское обследование перед профилактическими прививками, получение квалифицированной медицинской помощи в государственных и муниципальных организациях здравоохранения при возникновении поствакцинальных осложнений в рамках Программы государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи;

5) социальную поддержку при возникновении поствакцинальных осложнений (государственные единовременные пособия, ежемесячные денежные компенсации, пособия по временной нетрудоспособности);

6) отказ от профилактических прививок.

Отсутствие профилактических прививок влечет:

1) запрет для иностранных граждан и лиц без гражданства на выезд в страны, пребывание в которых в соответствии с международными медико-санитарными правилами либо международными договорами Российской Федерации требует конкретных профилактических прививок;

2) временный отказ в приеме иностранных граждан и лиц без гражданства в образовательные и оздоровительные учреждения в случае возникновения массовых инфекционных заболеваний или при угрозе возникновения эпидемий;

3) отказ в приеме иностранных граждан и лиц без гражданства на работы или отстранение граждан от работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями.

Перечень работ, выполнение которых связано с высоким риском заболевания инфекционными болезнями и требует обязательного проведения профилактических прививок, устанавливается Правительством РФ.

При осуществлении иммунопрофилактики иностранные граждане и лица без гражданства обязаны:

1) выполнять предписания медицинских работников;

2) в письменной форме подтверждать отказ от профилактических прививок.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. N 892 "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" в целях выявления туберкулеза проводят профилактические медицинские осмотры граждан РФ, а также иностранных граждан и лиц без гражданства. Профилактические медицинские осмотры проводятся не реже 1 раза в 2 года.

Кроме того, иностранные граждане и лица без гражданства при выявлении у них активной формы туберкулеза впервые подлежат учету и регистрации при ведении государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулеза.

Глава II. ПОЛНОМОЧИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, СУБЪЕКТОВ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Статья 4. Полномочия Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза в Российской Федерации

Комментарий к [статье 4](#)

В комментируемой [статье](#) установлен перечень полномочий (т.е. официально предоставленное право) Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза (т.е. инфекционного заболевания, вызываемого микобактериями туберкулеза) в РФ (далее - предупреждение распространения туберкулеза).

1. Проведение в Российской Федерации государственной политики в области предупреждения распространения туберкулеза, которая направлена на охрану здоровья граждан РФ, иностранных граждан и лиц без гражданства, а также обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения (т.е. состояния здоровья населения, среды обитания человека, при котором отсутствует вредное воздействие факторов среды обитания на человека и обеспечиваются благоприятные условия его жизнедеятельности ([ст. 1](#) Федерального закона от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"))).

2. Разработка и принятие федеральных законов и иных нормативных правовых актов, направленных на предупреждение распространения туберкулеза. К федеральным законам относятся настоящий Федеральный [закон](#) от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ и Федеральный [закон](#) от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения". К иным нормативно-правовым актам относятся: [Постановление](#) Правительства РФ "О реализации Федерального закона от 25 декабря 2001 г. N 892 "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", [Постановление](#) Правительства РФ от 17 ноября 2004 г. N 645 "Об утверждении Правил обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях", Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 21.07.2006 N 557 "Об утверждении Стандарта медицинской помощи больным туберкулезом позвоночника", Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 г. "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ" и другие нормативно-правовые акты.

3. Установление порядка оказания противотуберкулезной помощи гражданам на территории РФ. Порядок оказания противотуберкулезной помощи гражданам на территории РФ определяется: настоящим Федеральным [законом](#) от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ, [Постановлением](#) Правительства "О реализации Федерального закона от 25 декабря 2001 г. N 892 "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 г. "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ", который утвердил:

а) Инструкцию по централизованному контролю за диспансерным наблюдением больных туберкулезом;

б) Инструкцию по применению туберкулиновых проб;

в) Инструкцию по вакцинации и ревакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ и БЦЖ-М;

г) Инструкцию по химиотерапии больных туберкулезом;

д) Инструкцию по организации диспансерного наблюдения и учету контингентов противотуберкулезных учреждений;

е) Положение об организации деятельности дневного стационара в противотуберкулезных учреждениях;

ж) Инструкцию по организации деятельности бактериологических лабораторий противотуберкулезных учреждений;

з) Инструкцию по унифицированным методам микроскопических исследований для выявления кислотоустойчивых микобактерий в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений;

и) Инструкцию по унифицированным методам микробиологических исследований при выявлении, диагностике и лечении туберкулеза;

к) Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза;

л) Положение об организации деятельности консультативно-диагностических и реабилитационных центров для детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции.

4. Одним из направлений в полномочиях РФ является осуществление надзора за реализацией законодательства РФ в области предупреждения распространения туберкулеза.

5. Осуществление государственного санитарно-эпидемиологического надзора в области предупреждения распространения туберкулеза и организация мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза.

Согласно Санитарно-эпидемиологическим [правилам](#) "Профилактика туберкулеза. СП 3.1.1295-03" в целях предупреждения распространения туберкулеза и организации мероприятий по предупреждению распространения туберкулеза органы и учреждения санитарно-эпидемиологической службы РФ обеспечивают:

а) подготовку совместно с фтизиатрической службой региональных программ по борьбе с туберкулезом;

б) государственный учет и отчетность о прививках и контингентах, привитых против туберкулеза;

в) методическую и консультативную помощь организациям здравоохранения в планировании прививок и туберкулиновых проб, определении потребности в вакцине БЦЖ и туберкулине;

г) действенный надзор за транспортированием, хранением и учетом вакцины БЦЖ и туберкулина;

д) контроль за своевременностью проведения периодических профилактических медицинских осмотров граждан, своевременной госпитализацией бациллярных больных, проведением текущей дезинфекции в очагах туберкулеза, соблюдением санитарно-противоэпидемического режима в медицинских противотуберкулезных организациях;

е) подготовку совместно с противотуберкулезными организациями предложений о направлении документов в суд о госпитализации больных заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающих санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющихся от обследований в целях выявления и лечения туберкулеза;

ж) контроль за соблюдением правил допуска лиц к обслуживанию животных в неблагополучных по туберкулезу хозяйствах, проведением профилактического лечения животноводов и охраной труда работников животноводства, выполнением обязательных профилактических мероприятий в хозяйствах и на фермах.

6. Создание системы государственного эпидемиологического мониторинга туберкулеза и ее осуществление. До 2 марта 2007 г. действовал Приказ Министерства здравоохранения РФ от 3 июля 1997 г. N 193, 2 марта 2007 г. Министерство здравоохранения РФ издало Приказ от 2 марта 2007 г. N 143 "О создании Федерального центра мониторинга противодействия распространению туберкулеза в Российской Федерации", согласно которому создается Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ на базе Федерального государственного учреждения "Центральный научно-исследовательский институт организации и информации здравоохранения Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию", а также Приказ от 2 марта 2007 г. N 144 "О признании утратившим силу Приказа Министерства здравоохранения РФ от 3 июля 1997 г. N 193".

Министерство здравоохранения и социального развития РФ в связи с изданием Приказа от 2 марта 2007 г. N 143 и Приказа от 2 марта 2007 г. N 144 письмом N 3390-РХ разъясняет, что Федеральный центр мониторинга противодействия распространению туберкулеза в РФ создан для развития и продолжения деятельности центра информационных медицинских технологий, который функционировал на базе НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова Росздрава. Основой для развития национальной системы мониторинга туберкулеза является преемственность, сохранение накопленной базы данных, полицейских регистров и иерархической системы сбора информации.

Основной структурной единицей национальной системы мониторинга туберкулеза остаются противотуберкулезные диспансеры, в которых в соответствии с Приказом Министерства здравоохранения РФ от 3 июля 1997 г. N 193 были организованы подразделения с соответствующим штатным и материально-техническим обеспечением, в том числе централизованно приобретенным оборудованием за счет средств федерального бюджета.

До введения новых регламентирующих документов по организации национальной системы мониторинга туберкулеза с учетом произошедшего разграничения полномочий и предметов ведения в сфере здравоохранения, деятельность подразделений мониторинга туберкулеза в медицинских организациях осуществлять в соответствии с приложением N 3 Положения о системе эпидемиологического мониторинга туберкулеза территориального уровня к Приказу Минздрава России от 03.07.1997 N 193 "О создании государственной системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза".

Согласно Положению о системе эпидемиологического мониторинга туберкулеза территориального уровня основной задачей системы является обеспечение длительного

автоматизированного эпидемиологического мониторинга туберкулеза на основе использования многоуровневых межтерриториальных баз данных и персонифицированного учета лиц с впервые в жизни установленным диагнозом туберкулеза, а также лиц, состоящих на диспансерном учете в противотуберкулезных учреждениях.

Система эпидемиологического мониторинга туберкулеза предназначена для:

а) эпидемиологических исследований, имеющих целью изучение характера, структуры, уровней, динамики и тенденций распространения туберкулеза на территории РФ;

б) наблюдения за больными туберкулезом с оценкой эффективности организации диспансерного слежения и лечения (на районном уровне обслуживания больных);

в) улучшения качества качества организации и оценки эффективности профилактики (вакцинации и ревакцинации) и раннего выявления больных туберкулезом;

г) оценки основных параметров, характеризующих состояние специализированной противотуберкулезной службы;

д) обеспечения обмена информацией с другими базами данных по туберкулезу и организации совместных исследований на национальном и международном уровнях;

е) формирования государственной отчетности по туберкулезу в соответствии с учрежденными официальными формами;

ж) формирования по запросам пользователей информационно-справочных данных, хранящихся в базах данных системы;

з) использования информации, хранящейся в базах данных системы, для оперативной разработки материалов о потребностях туберкулезной службы в материально-техническом обеспечении, кадрах, ресурсах специализированных учреждений, что необходимо для создания оптимальной модели планирования управления противотуберкулезной службой.

Комплексы программ включают в себя наборы связанных программ, при разработке которых используется принцип разделения собираемой и анализируемой информации на два типа: данные об отдельных физических лицах (полицевой учет) и территориальные данные (потерриториальный учет). Причем территориальные базы данных формируются частично на основе подчиненных локальных полицевых баз данных. Такой подход обеспечивает гибкую систему сбора и анализа данных по туберкулезу, состоящую из нескольких объединенных программных систем, каждая из которых отвечает своим локальным и территориальным задачам.

В территориальном диспансере как в структурной единице системы существуют следующие службы: организационно-методическая, диспансерная, стационарная, педиатрическая, бактериологическая.

Соответственно, программный комплекс для территориального диспансера содержит разделы, отвечающие задачам каждой из них. Различные программы комплекса, с одной стороны, автономны, а с другой стороны, связаны в единую региональную информационную систему, позволяющую проводить анализ эпидемиологической ситуации и работы службы для принятия управленческих решений.

В комплекс, устанавливаемый в территориальном диспансере, в зависимости от особенностей организации территориальной противотуберкулезной службы должны входить программы, обеспечивающие:

а) сбор и обработку территориальных данных (вплоть до районов и крупных городов территории) о контингентах больных туберкулезом;

б) анализ территориальной заболеваемости туберкулезом на основе картотеки извещений о впервые выявленных больных;

в) диспансерное слежение за контингентами больных туберкулезом;

г) диспансерное слежение за детско-подростковыми контингентами;

д) клинико-статистический анализ эффективности работы стационара и санатория фтизиопульмонологического профиля;

е) сбор и обработку территориальных данных (вплоть до отдельных учреждений ОЛС) по вакцинации БЦЖ;

ж) сбор и обработку территориальных данных, связанных с вопросами раннего выявления туберкулеза (туберкулинодиагностика, работа рентгеновской и флюорографической аппаратуры);

з) анализ работы бактериологической службы.

На низшем структурном звене системы эпидемиологического мониторинга туберкулеза проводится внедрение программ диспансерного слежения за больными туберкулезом на уровне районов и включение в программное обеспечение общелечебной сети фрагментов по учету профилактической и диагностической работы для анализа ее качества и разработки административных мер повышения эффективности профилактики и раннего выявления туберкулеза.

7. Создание, утверждение и осуществление федеральных целевых программ в области предупреждения распространения туберкулеза.

8. Создание и утверждение правил, нормативов, требований и государственных стандартов в области предупреждения распространения туберкулеза.

С 25 июля 2003 г. на территории РФ действуют Санитарно-эпидемиологические [правила](#) "Профилактика туберкулеза. СП 3.1.1295-03", утвержденные Главным государственным санитарным врачом РФ 18 апреля 2003 г.

Данные Санитарно-эпидемиологические [правила](#) разработаны в соответствии с Федеральными законами от 30 марта 1999 г. [N 52-ФЗ](#) "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения", от 17 сентября 1998 г. [N 157-ФЗ](#) "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней", от 18 июня 2001 г. [N 77-ФЗ](#) "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", [Постановлением](#) Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001 г. [N 892](#) "О реализации Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации", [Положением](#) о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденным [Постановлением](#) Правительства РФ от 24 июля 2000 г. [N 554](#).

Указанные Санитарно-эпидемиологические [правила](#) устанавливают основные требования к комплексу организационных, лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий, полное и своевременное проведение которых обеспечивает раннее выявление, предупреждение распространения заболеваний туберкулезом среди населения.

Соблюдение указанных Санитарно-эпидемиологических [правил](#) является обязательным для физических лиц, в том числе индивидуальных предпринимателей и юридических лиц, независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Организационно-методическое руководство по планированию и проведению мероприятий по профилактике туберкулеза осуществляют медицинские противотуберкулезные организации и учреждения здравоохранения общей лечебной сети.

Планирование и проведение мероприятий по профилактике туберкулеза осуществляют учреждения здравоохранения общей лечебной сети.

Контроль за выполнением санитарных правил осуществляют органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы РФ.

9. Разработка и организация системы оказания противотуберкулезной помощи федеральными специализированными медицинскими учреждениями.

Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 г. "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ" утверждены:

а) Инструкция по централизованному контролю за диспансерным наблюдением больных туберкулезом;

б) Инструкция по применению туберкулиновых проб;

в) Инструкция по вакцинации и ревакцинации против туберкулеза вакциной БЦЖ и БЦЖ-М;

г) Инструкция по химиотерапии больных туберкулезом;

д) Инструкция по организации диспансерного наблюдения и учету контингентов противотуберкулезных учреждений;

е) Положение об организации деятельности дневного стационара в противотуберкулезных учреждениях;

ж) Инструкция по организации деятельности бактериологических лабораторий противотуберкулезных учреждений;

з) Инструкция по унифицированным методам микроскопических исследований для выявления кислотоустойчивых микобактерий в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений;

и) Инструкция по унифицированным методам микробиологических исследований при выявлении, диагностике и лечении туберкулеза;

к) Рекомендации по противоэпидемическим мероприятиям в очагах туберкулеза;

л) Положение об организации деятельности консультативно-диагностических и реабилитационных центров для детей с различными проявлениями туберкулезной инфекции.

Согласно Инструкции по химиотерапии больных туберкулезом, утвержденной Приказом Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 г. "О совершенствовании противотуберкулезных мероприятий в РФ", целью лечения взрослых больных туберкулезом является ликвидация клинических проявлений туберкулеза и стойкое заживление туберкулезных изменений с восстановлением трудоспособности и социального статуса. Целью лечения детей, больных туберкулезом, является излечение без остаточных изменений или с минимальными изменениями.

У части больных достичь этих целей невозможно, т.к. существуют объективные пределы возможности лечения. В этих случаях следует добиваться продления жизни больного, улучшения состояния, по возможности прекращения или уменьшения бактериовыделения, сохранения частичной трудоспособности.

Критериями эффективности лечения больных туберкулезом являются:

- а) исчезновение клинических и лабораторных признаков туберкулезного воспаления;
- б) стойкое прекращение бактериовыделения, подтвержденное микроскопическим и культуральным исследованиями;
- в) регрессия рентгенологических проявлений туберкулеза (очаговых, инфильтративных, деструктивных);
- г) восстановление функциональных возможностей и трудоспособности.

Лечение больных туберкулезом проводят комплексно. Оно включает химиотерапию (этиотропную противотуберкулезную терапию), хирургическое лечение и коллапсотерапию, а также патогенетическую терапию и лечение сопутствующих заболеваний.

Содержание лечения определяется стандартами, которые представляют схемы лечения определенных групп больных с учетом формы и фазы туберкулезного процесса. В пределах стандартов проводят индивидуализацию лечебной тактики с учетом особенностей динамики заболевания, лекарственной чувствительности возбудителя, фармакокинетики применяемых препаратов и их взаимодействия, переносимости препаратов и наличия фоновых и сопутствующих заболеваний. Такой принцип позволяет сочетать стандарт лечения болезни и индивидуальную тактику лечения больного.

Основные принципы химиотерапии больных туберкулезом:

1) химиотерапия является основным компонентом лечения туберкулеза и заключается в применении лекарственных препаратов, подавляющих размножение микобактерий туберкулеза (бактериостатический эффект) или уничтожающих их в организме больного (бактерицидный эффект);

2) химиотерапия должна быть начата в возможно ранние сроки после установления/подтверждения диагноза в противотуберкулезном учреждении и быть комбинированной (полихимиотерапия). Несколько противотуберкулезных препаратов применяют одновременно в течение достаточно длительного времени;

3) курс химиотерапии состоит из двух фаз с разными задачами.

Фаза интенсивной терапии направлена на ликвидацию клинических проявлений заболевания, максимальное воздействие на популяцию микобактерий туберкулеза с целью прекращения бактериовыделения и предотвращения развития лекарственной устойчивости, уменьшения инфильтративных и деструктивных изменений в органах. Фаза интенсивной терапии может быть составляющей частью подготовки к хирургической операции.

Фаза продолжения терапии направлена на подавление сохраняющейся микобактериальной популяции. Она обеспечивает дальнейшее уменьшение воспалительных изменений и инволюцию туберкулезного процесса, а также восстановление функциональных возможностей больного.

Противотуберкулезные препараты подразделяют на основные и резервные:

а) основные препараты: изониазид, рифампицин, пиперазид, этамбутол, стрептомицин. Их назначают в виде отдельных или комбинированных лекарственных форм;

б) резервные препараты: протионамид (этионамид), канамицин, амикацин, капреомицин, циклосерин, рифабутин, ПАСК, фторхинолоны.

Резервные препараты применяют под наблюдением противотуберкулезного учреждения, в котором осуществляется централизованный контроль качества микробиологической диагностики и лечения туберкулеза.

Режим химиотерапии - комбинацию противотуберкулезных препаратов, длительность их приема, сроки и содержание контрольных обследований, а также организационные формы проведения лечения - определяют в зависимости от группы, к которой относится больной туберкулезом.

В процессе химиотерапии важен непосредственный контроль медицинского персонала за приемом противотуберкулезных препаратов. Необходимо постоянное сотрудничество больного и медицинского персонала, формирование ответственного отношения к лечению со стороны взрослого больного и родителей ребенка.

Стандартные режимы химиотерапии:

1) первый (I) режим химиотерапии назначают впервые выявленным больным с бактериовыделением и/или распространенным либо осложненным поражением различных органов.

В фазе интенсивной терапии назначают 4 основных препарата: изониазид, рифампицин, пиперазид и стрептомицин или этамбутол. Последний лучше назначать в регионах с частой устойчивостью микобактерий туберкулеза к стрептомицину. Интенсивную фазу химиотерапии продолжают не менее 2 месяцев. За этот срок больной должен принять 60 доз комбинации из 4 основных препаратов. В случае пропуска приема полных доз длительность фазы интенсивной терапии увеличивают до приема 60 доз.

Через 2 месяца от начала лечения вопрос о переходе ко второму этапу решает клинико-экспертная комиссия (КЭК) на основании данных клинико-рентгенологического и микробиологического исследования.

При сохраняющемся после 2 месяцев химиотерапии бактериовыделении (по микроскопии мокроты) фазу интенсивной терапии можно продолжить еще на 1 месяц (30 доз) до получения данных о лекарственной чувствительности возбудителя. В зависимости от результата проводят коррекцию химиотерапии и продолжают (по решению КЭК) фазу интенсивной терапии. При невозможности исследования лекарственной чувствительности и/или при отрицательной клинико-рентгенологической динамике процесса после 3 месяцев химиотерапии больного направляют в вышестоящее учреждение для исследования лекарственной чувствительности и определения дальнейшей тактики ведения. В ожидании результатов лечение проводят в соответствии с интенсивной фазой терапии.

При тяжелом и осложненном течении туберкулеза любой локализации продолжительность фазы интенсивной терапии может быть увеличена по решению КЭК.

При отрицательных результатах микроскопии мокроты после 2 месяцев химиотерапии и положительной клинико-рентгенологической динамике переходят к фазе продолжения химиотерапии.

В фазе продолжения терапии назначают 2 основных препарата - изониазид и рифампицин - в течение 4 месяцев (при туберкулезе органов дыхания) или в течение 6 месяцев (при внелегочном туберкулезе) ежедневно или в интермиттирующем режиме (3 раза в неделю) (интермиттирующий режим назначают больным при амбулаторном проведении фазы продолжения терапии, при хронической почечной и печеночной недостаточности, у больных с токсическими реакциями и неудовлетворительной переносимостью лечения, у больных преклонного возраста). Другим режимом в фазе продолжения может быть ежедневный прием изониазида и этамбутола в течение 6 мес. При туберкулезном менингите у взрослых фаза продолжения лечения длится 8 - 12 месяцев.

Детям и подросткам в фазе продолжения лечения назначают в течение 6 мес. изониазид и рифампицин или изониазид, пиразинамид и этамбутол ежедневно или в интермиттирующем режиме (3 раза в неделю). Фаза продолжения может быть увеличена до 9 месяцев у детей и подростков с генерализованным туберкулезом, туберкулезным менингитом, при сохраняющейся более 6 месяцев деструкции легочной ткани без бактериовыделения, а также у детей в возрасте до 3 лет включительно. Эти больные в фазе продолжения могут получать 3 препарата: изониазид, рифампицин и пиразинамид или этамбутол;

2) второй А (IIa) режим химиотерапии назначают при повторном курсе химиотерапии после перерыва в лечении или по поводу рецидива при невысоком риске лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза.

В фазе интенсивной терапии назначают 5 основных препаратов: изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол и стрептомицин. Через 2 месяца (60 принятых суточных доз) терапию продолжают 4 препаратами (изониазид, рифампицин, пиразинамид, этамбутол) в течение еще 1 месяца (30 доз). Общая длительность интенсивной фазы - не менее 3 месяцев (90 суточных доз комбинации лекарств). В случае пропуска приема полных доз длительность интенсивной фазы увеличивают до приема 90 доз.

Через 3 месяца от начала фазы интенсивной терапии вопрос о переходе ко второму этапу лечения решает КЭК на основании данных клинико-рентгенологического и микробиологического исследования.

При сохранении бактериовыделения и невозможности исследования лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза и/или при отрицательной клинико-рентгенологической динамике процесса через 3 месяца больного направляют в вышестоящее учреждение для исследования лекарственной чувствительности и определения дальнейшей тактики ведения. До получения результатов лечение проводят как в интенсивной фазе терапии.

При отрицательных результатах микроскопии мокроты через 3 месяца химиотерапии и положительной клинико-рентгенологической динамике приступают к фазе продолжения химиотерапии. К этому сроку, как правило, получают данные о лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза, которые могут потребовать коррекции химиотерапии.

При чувствительности микобактерий туберкулеза к основным химиопрепаратам в фазу продолжения терапии еще в течение 5 месяцев назначают изониазид, рифампицин и этамбутол ежедневно или в интермиттирующем режиме (3 раза в неделю) (интермиттирующий режим назначают больным при амбулаторном проведении фазы продолжения терапии, при хронической почечной и печеночной недостаточности, больным с токсическими реакциями и неудовлетворительной переносимостью лечения, больным преклонного возраста). Общая продолжительность терапии - 8 месяцев. Для детей и подростков фаза продолжения лечения составляет 6 месяцев, общая продолжительность терапии - 9 месяцев;

3) второй Б (IIб) режим химиотерапии назначают больным с высоким риском лекарственной устойчивости микобактерий до получения результатов микробиологического исследования. К их числу относятся:

а) больные, у которых отсутствует эффект от химиотерапии либо имеет место обострение или прогрессирование процесса на фоне лечения;

б) больные, не получавшие ранее противотуберкулезные препараты, но у которых имеются веские основания для предположений о лекарственной устойчивости по анамнестическим и/или клиническим данным (контакт с больными, выделяющими микобактерии туберкулеза с множественной лекарственной устойчивостью, остропрогрессирующее течение).

В фазе интенсивной терапии в течение 3 месяцев назначают комбинацию из 4 основных препаратов (изониазид, рифампицин/рифабутин, пипразинамид, этамбутол) и 2 - 3 резервных (в зависимости от данных о лекарственной устойчивости по региону).

Дальнейшее лечение корректируют на основании данных о лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза и проводят в соответствии с первым (I), вторым А (IIа) или четвертым (IV) режимами.

Данный режим лечения может быть использован в противотуберкулезных учреждениях, имеющих лабораторную службу с действующим механизмом контроля качества и возможностью определения лекарственной устойчивости к препаратам резерва;

4) третий (III) режим химиотерапии назначают впервые выявленным больным без бактериовыделения, с малыми (ограниченными) и неосложненными формами туберкулеза.

В фазе интенсивной терапии назначают 4 основных препарата: изониазид, рифампицин, пипразинамид, этамбутол. Детям назначают 3 основных препарата: изониазид, рифампицин и пипразинамид или стрептомицин, или этамбутол (последний не назначают детям дошкольного возраста). Интенсивную фазу продолжают 2 месяца. За этот срок больной должен принять 60 доз комбинации из 4 (у детей - из 3) основных препаратов. В случае пропуска приема полных доз длительность фазы интенсивной терапии увеличивают до приема 60 доз.

Через 2 месяца от начала интенсивной фазы терапии вопрос о переходе ко второму этапу лечения решает КЭК на основании данных клинико-рентгенологического и микробиологического исследования.

При появлении бактериовыделения (по микроскопии мокроты) и/или в случае отрицательной клинико-рентгенологической динамики процесса после 2 месяцев лечения необходимы определение лекарственной чувствительности микобактерий туберкулеза и соответствующая коррекция химиотерапии. В ожидании результатов лечение не меняют в течение 1 месяца. При невозможности исследования лекарственной чувствительности больного направляют в вышестоящее учреждение. Режим дальнейшего лечения определяют с учетом лекарственной чувствительности возбудителя. У детей при замедленной положительной клинико-рентгенологической динамике процесса интенсивную фазу лечения можно продлить на 1 месяц.

При положительной клинико-рентгенологической динамике и отсутствии микобактерий туберкулеза по данным микроскопии мокроты переходят ко второму этапу лечения - фазе продолжения.

В фазе продолжения терапии назначают 2 основных препарата - изониазид и рифампицин - в течение 4 месяцев ежедневно или в интермиттирующем режиме (3 раза в неделю) (интермиттирующий режим назначают больным при амбулаторном проведении фазы продолжения терапии, при хронической почечной и печеночной недостаточности, больным с токсическими реакциями и неудовлетворительной переносимостью лечения, больным преклонного возраста). Другим режимом в фазе продолжения может быть прием изониазида и этамбутола в течение 6 месяцев;

5) четвертый (IV) режим химиотерапии назначают больным с выделением микобактерий, устойчивых к изониазиду и рифампицину одновременно.

В фазе интенсивной терапии подросткам и взрослым назначают комбинацию как минимум из 5 противотуберкулезных препаратов, чувствительность к которым сохранена, например: пипразинамид, препарат из группы фторхинолонов, канамицин/амикацин или капреомицин, протионамид/этионамид и этамбутол. Назначение препаратов резервного ряда зависит от данных исследования лекарственной чувствительности выделяемых больным микобактерий туберкулеза, причем необходимо также учитывать данные о лекарственной устойчивости микобактерий по региону.

При положительной клинико-рентгенологической динамике и отрицательных результатах культурального исследования мокроты после 6 мес. химиотерапии переходят к фазе продолжения.

В фазе продолжения назначают не менее 3 препаратов из числа тех, чувствительность к которым сохранена. Длительность фазы продолжения - не менее 12 месяцев. Общую длительность курса химиотерапии определяют на основании микробиологического и клинико-рентгенологического обследования, а также в соответствии с утвержденной в установленном порядке максимально допустимой для данного препарата продолжительностью курса лечения.

Если через 6 месяцев лечения сохраняется бактериовыделение, решение о дальнейшей тактике принимает КЭК с участием хирурга.

У детей химиотерапию резервными препаратами проводят только под наблюдением специалистов федеральных научно-исследовательских институтов.

Химиотерапия различных групп больных туберкулезом.

Группы больных туберкулезом определяют в зависимости от трех критериев:

1) эпидемическая опасность больного (микроскопическое исследование и посев мокроты или иного диагностического материала);

2) сведения об истории заболевания (впервые установленный диагноз или ранее лечившийся больной);

3) форма, распространенность, тяжесть туберкулезного процесса.

Лечение каждой группы больных осуществляют по принятому стандарту. Оно должно приводить к определенным результатам в конкретные сроки. Подразделение больных туберкулезом на группы и подгруппы облегчает планирование химиотерапии, обеспечивает единство подходов к ее проведению, облегчает контроль и учет результатов лечения.

Химиотерапию в соответствии с режимом I получают:

1) больные туберкулезом любой локализации с выделением кислотоустойчивых бактерий, обнаруженных при микроскопии мокроты или иного диагностического материала;

2) больные распространенным туберкулезом легких (поражение более 2 сегментов), внутригрудных лимфатических узлов (поражение более 2 групп лимфатических узлов), плевры (обширный экссудативный или двусторонний плеврит), верхних дыхательных путей, трахеи, бронхов даже при отрицательных результатах микроскопии мокроты;

3) больные тяжелыми формами внелегочного туберкулеза (менингит, осложненный туберкулез позвоночника, осложненный туберкулез костей и суставов, распространенный и/или осложненный туберкулез мочеполовой системы, распространенный и/или осложненный туберкулез женских гениталий, распространенный и/или осложненный абдоминальный туберкулез, осложненный туберкулезный перикардит, туберкулез надпочечников с гормональной недостаточностью);

4) больные с сочетанием активного внелегочного туберкулеза любой локализации и туберкулеза органов дыхания любой активности.

Химиотерапию в соответствии с режимом IIa получают больные, принимавшие ранее противотуберкулезные препараты в течение 1 месяца и более, но имеющие невысокий риск лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза:

1) при рецидивах туберкулеза любой локализации;

2) больные туберкулезом любой локализации при возобновлении лечения после перерыва длительностью 2 месяца и более при отсутствии микробиологических и клинко-рентгенологических признаков прогрессирования процесса.

Химиотерапию в соответствии с режимом IIб получают больные, имеющие высокий риск лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза:

1) больные туберкулезом любой локализации, принимавшие ранее противотуберкулезные препараты в течение 1 месяца и более:

а) у которых лечение в соответствии со стандартными режимами (I, II, III) оказалось неэффективным (сохранилось или появилось бактериовыделение и/или рентгенологически обнаружено прогрессирование);

б) которые ранее получали неадекватную химиотерапию (неправильная комбинация препаратов, недостаточные дозы, принято менее 80% запланированных доз);

2) больные туберкулезом любой локализации (в возрасте 12 лет и старше), даже если они не принимали ранее противотуберкулезные препараты:

а) при достоверном контакте с больными туберкулезом, выделяющими микобактерии, устойчивые по крайней мере к изониазиду и рифампицину одновременно (так называемая множественная лекарственная устойчивость);

б) при остро прогрессирующем туберкулезе.

Химиотерапию в соответствии с режимом III получают:

1) больные малыми формами туберкулеза легких (поражение 1 - 2 сегментов), внутригрудных лимфатических узлов (поражение 1 - 2 групп лимфатических узлов), ограниченным плевритом при отсутствии кислотоустойчивых бактерий при микроскопии мазка мокроты или иного диагностического материала;

2) больные менее тяжелыми формами внелегочного туберкулеза (неосложненный туберкулез позвоночника, неосложненный туберкулез костей и суставов, неосложненный туберкулез мочеполовой системы, ограниченный и неосложненный туберкулез женских гениталий, туберкулез периферических лимфатических узлов, ограниченный и неосложненный абдоминальный туберкулез, туберкулез кожи, туберкулез глаз, ограниченный и неосложненный

туберкулезный перикардит, туберкулез надпочечников без явлений гормональной недостаточности).

Химиотерапию в соответствии с режимом IV получают:

1) больные туберкулезом любой локализации, у которых были обнаружены микобактерии туберкулеза, устойчивые по крайней мере к изониазиду и рифампицину одновременно (так называемая множественная лекарственная устойчивость).

Коррекция химиотерапии в зависимости от лекарственной чувствительности возбудителя туберкулеза.

При выявлении в процессе лечения устойчивости микобактерий туберкулеза к одному или нескольким противотуберкулезным препаратам необходима коррекция лечения.

При прекращении бактериовыделения (по данным микроскопии мокроты) и положительной клинико-рентгенологической динамике через 3 месяца после начала лечения возможны следующие варианты фазы продолжения химиотерапии:

1) при исходной устойчивости к изониазиду (в т.ч. в сочетании с устойчивостью к стрептомицину) терапию в фазе продолжения проводят рифампицином, пиразинамидом и этамбутолом в течение 6 месяцев или рифампицином и этамбутолом в течение 9 месяцев. Общая продолжительность терапии - до 12 месяцев;

2) при исходной устойчивости к рифампицину (в т.ч. в сочетании с устойчивостью к стрептомицину) терапию в фазе продолжения проводят изониазидом, пиразинамидом, этамбутолом в течение 6 месяцев или изониазидом и этамбутолом до 9 месяцев. Общая продолжительность лечения - до 12 месяцев;

3) при исходной устойчивости к этамбутолу (в т.ч. в сочетании с устойчивостью к стрептомицину) терапию в фазе продолжения проводят изониазидом и рифампицином в течение 4 - 5 месяцев. Общая продолжительность лечения - до 8 месяцев.

При отсутствии клинико-рентгенологического улучшения и/или сохранении бактериовыделения по данным микроскопии мокроты через 3 мес. после начала лечения продлевают интенсивную фазу химиотерапии со следующими коррективами:

1) при устойчивости к изониазиду (в т.ч. в сочетании с устойчивостью к стрептомицину), но сохранении чувствительности к рифампицину вместо изониазида назначают 2 резервных препарата;

2) при устойчивости к рифампицину (в т.ч. в сочетании с устойчивостью к стрептомицину), но сохранении чувствительности к изониазиду вместо рифампицина назначают 2 резервных препарата.

При выявлении лекарственной устойчивости одновременно к изониазиду и рифампицину лечение продолжают в соответствии с режимом IV.

Коррекция химиотерапии при плохой переносимости.

При неустраняемых побочных реакциях токсического характера на изониазид или рифампицин, но сохранении к ним чувствительности микобактерий туберкулеза показана замена препарата его аналогом, а не на другой противотуберкулезный препарат. Изониазид можно заменять фтивазидом, метазидом, а рифампицин - рифабутином.

При неустраняемых аллергических реакциях замена на аналоги не показана и препараты данной группы исключают из режима химиотерапии. При этом изониазид, а также и рифампицин заменяют на 2 резервных препарата.

Организация химиотерапии больных туберкулезом.

1. Лечение больных туберкулезом проводят под наблюдением врача-фтизиатра, который обеспечивает правильность и эффективность лечения.

2. Весь курс лечения или его отдельные этапы можно проводить в стационаре с круглосуточным или только дневным пребыванием, в санатории, в амбулаторных условиях. Организационную форму лечения определяют с учетом тяжести течения заболевания, эпидемической опасности больного, материально-бытовых условий его жизни, психологических особенностей больного, степени социальной адаптации и местных условий.

3. Независимо от организационной формы лечения должны быть соблюдены стандарт лечения и контроль за его проведением, а также преемственность между лечебными учреждениями при переходе больного от одной организационной формы лечения к другой.

4. Результат лечения оценивают с использованием всех критериев эффективности и оформлением соответствующей документации. Контроль эффективности лечения осуществляет вышестоящее противотуберкулезное учреждение.

5. Для оценки эффективности каждого курса химиотерапии необходим квартальный когортный анализ с использованием стандартных определений исхода лечения:

5.1. "Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный клинически, микробиологически и рентгенологически".

Больной, выделявший микобактерии туберкулеза до начала лечения, полностью прошел курс лечения, и у него при положительной клинико-рентгенологической динамике подтверждено

отсутствие бактериовыделения при посеве и микроскопии не менее чем двукратно (на 5 месяце и в конце курса химиотерапии).

5.2. "Эффективный курс химиотерапии, подтвержденный клинически и рентгенологически".

Больной с исходно отсутствовавшим бактериовыделением полностью прошел курс химиотерапии, и у него достигнута положительная клинико-рентгенологическая динамика.

5.3. "Неэффективный курс химиотерапии".

У больного сохраняется или появляется бактериовыделение на 5-ом месяце химиотерапии и позже.

У больного с исходно отсутствовавшим бактериовыделением имеет место отрицательная клинико-рентгенологическая динамика.

5.4. "Досрочное прекращение химиотерапии".

Больной прервал лечение на 2 месяца и более.

5.5. "Смерть".

Больной умер во время курса химиотерапии от любой причины.

5.6. "Больной выбыл из-под наблюдения".

Больной выбыл из-под наблюдения проводившего химиотерапию учреждения (в другую административную территорию или ведомство), и результат курса химиотерапии неизвестен.

Обследование больных туберкулезом при химиотерапии.

1. Обследование больных перед началом лечения:

- а) определение формы, распространенности и фазы процесса;
- б) определение бактериовыделения и лекарственной чувствительности возбудителя;
- в) выявление нарушений функции пораженного органа;
- г) выявление осложнений туберкулеза;
- д) выявление сопутствующих заболеваний и контроль их течения;
- е) выявление противопоказаний к назначению лекарственных препаратов.

2. В обязательный комплекс обследования больных при всех локализациях туберкулеза перед началом лечения входит следующее:

- а) сбор жалоб и анамнеза;
- б) физикальное обследование;
- в) исследование мокроты (промывных вод бронхов) и иного доступного диагностического материала на микобактерии туберкулеза (прямая бактериоскопия, люминесцентная микроскопия, посев на питательные среды с определением лекарственной чувствительности) не менее чем трехкратно;
- г) рентгенография органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях, включая рентгенотомографическое исследование на оптимальных срезах;
- д) клинические анализы крови, мочи, кала;
- е) серологическое исследование на сифилис;
- ж) исследование крови на антитела к ВИЧ;
- з) исследование крови на антитела к вирусам гепатита;
- и) определение содержания билирубина, АЛТ, АСТ в крови;
- к) определение содержания общего белка крови и его фракций;
- л) определение содержания глюкозы/сахара в крови;
- м) ЭКГ;
- н) осмотр окулиста (перед назначением этамбутола);
- о) осмотр лор-врача (перед назначением аминогликозидов);
- п) у детей - туберкулинодиагностика (определение порога чувствительности к туберкулину, накожная градуированная проба).

В случае наличия сопутствующих заболеваний в комплекс обследования включают консультации соответствующих специалистов и необходимый комплекс обследования.

3. Контрольные обследования больных туберкулезом служат для определения динамики бактериовыделения и инволюции туберкулезных изменений в органах, контроля эффективности курса лечения и его переносимости, а также для контроля сопутствующих заболеваний.

4. Обязательными компонентами контрольного лабораторного обследования являются:

- а) клинические анализы крови и мочи, проводимые в интенсивной фазе лечения не реже 1 раза в месяц, а в фазе продолжения - 1 раз в 3 месяца;
- б) определение содержания билирубина, АЛТ, АСТ в крови, проводимое в интенсивной фазе лечения не реже 1 раза в месяц, а в фазе продолжения - 1 раз в 3 месяца;
- в) исследование на микобактерии туберкулеза диагностического материала в соответствии с локализацией процесса (прямая бактериоскопия, люминесцентная микроскопия и посев на питательные среды с определением лекарственной чувствительности). В интенсивной фазе лечения исследование производят не реже 1 раза в месяц, а в фазе продолжения - в конце 2-го месяца (20-я неделя от начала лечения) и по завершении лечения;

г) рентгенологические исследования пораженного органа (органов), проводимые в интенсивной фазе лечения не реже 1 раза в 2 месяца, а также при решении вопроса о переходе к фазе продолжения химиотерапии и в конце фазы продолжения;

д) у детей - комплексная туберкулинодиагностика по завершении каждого этапа лечения.

5. При осложнениях туберкулезного процесса или необходимости обсуждения показаний к хирургическому вмешательству показано внеочередное проведение необходимых исследований.

6. Для контроля динамики сопутствующих заболеваний и коррекции побочных эффектов химиотерапии при необходимости привлекают консультантов-специалистов.

К полномочиям РФ также относится обеспечение государственного контроля за реализацией (производством, хранением и транспортировкой) противотуберкулезных вакцин и иммунобиологических лекарственных средств для ранней диагностики туберкулеза, их качеством, эффективностью и безопасностью.

Согласно ст. 13 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" хранение и транспортировка медицинских иммунобиологических препаратов осуществляются в соответствии с требованиями санитарных правил. Контроль за хранением и транспортировкой медицинских иммунобиологических препаратов обеспечивают органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Государственный контроль качества, эффективности и безопасности медицинских иммунобиологических препаратов, используемых для иммунопрофилактики, осуществляет федеральный орган, уполномоченный Правительством Российской Федерации на осуществление контроля медицинских иммунобиологических препаратов (ст. 14 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней").

Согласно ст. 15 Федерального закона от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" обеспечение государственных и муниципальных организаций здравоохранения медицинскими иммунобиологическими препаратами для проведения профилактических прививок, включенных в национальный календарь профилактических прививок, и профилактических прививок по эпидемическим показаниям осуществляют федеральный орган исполнительной власти в области здравоохранения и органы управления здравоохранением субъектов Российской Федерации.

Организация государственного статистического наблюдения в области предупреждения распространения туберкулеза.

Постановлением Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. N 892 был утвержден [Порядок](#) ведения государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулеза. Государственное статистическое наблюдение за распространением туберкулеза предполагает ведение обязательного учета, регистрации и контроля за достоверностью результатов профилактических мероприятий, диагностики, лечения, диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и представление этих сведений лечебно-профилактическими специализированными противотуберкулезными учреждениями в противотуберкулезный диспансер органа исполнительной власти субъекта РФ по здравоохранению в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Учету и регистрации при ведении государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулеза подлежат:

1) граждане РФ, иностранные граждане и лица без гражданства при выявлении у них активной формы туберкулеза впервые;

2) граждане РФ:

а) лица, больные активной формой туберкулеза;

б) лица, нуждающиеся в уточнении активности туберкулезного процесса или в дифференциальной диагностике туберкулеза;

в) лица с неактивной формой туберкулеза в течение первых 3 лет после излечения;

г) лица, находящиеся в контакте с больными туберкулезом людьми или животными;

д) дети и подростки, впервые инфицированные микобактериями туберкулеза, с гиперергическими и нарастающими реакциями на туберкулин;

е) дети, у которых возникли осложнения на введение противотуберкулезной вакцины.

Учету и регистрации при ведении государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулеза подлежат все случаи смерти больных туберкулезом.

Ведение государственного статистического наблюдения за распространением туберкулеза на территории РФ осуществляется в соответствии с действующей статистической методологией сплошного наблюдения с использованием форм государственной статистической отчетности, утверждаемых Государственным комитетом РФ по статистике по представлению Министерства здравоохранения РФ.

Контроль за достоверностью диагноза туберкулеза при выявлении заболевания у больного впервые и принятие на основании заключения врачебной комиссии окончательного решения о необходимости учета и регистрации нового случая заболевания туберкулезом в данной местности осуществляет противотуберкулезный диспансер органа исполнительной власти по здравоохранению субъекта РФ.

Исполнение иных полномочий, предусмотренных законодательством РФ в области предупреждения распространения туберкулеза. Данный перечень полномочий РФ в области предупреждения распространения туберкулеза является открытым и подлежит расширенному толкованию.

Статья 5. Полномочия субъектов Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза

Комментарий к [статье 5](#)

Комментируемая [статья](#) определяет полномочия субъектов РФ в области предупреждения распространения туберкулеза.

Постановлением правительства г. Москвы от 30 ноября 1999 г. N 1093 "О неотложных мерах борьбы с туберкулезом в г. Москве" определены экстренные меры по оказанию помощи в борьбе с туберкулезом.

Постановлением Главного государственного врача по г. Москве от 14 февраля 2000 г. N 3 "Об усилении мер профилактики туберкулеза в учреждениях социальной защиты г. Москвы" установлены меры профилактики туберкулеза в учреждениях здравоохранения.

Статья 6. Утратила силу. - Федеральный [закон](#) от 22.08.2004 N 122-ФЗ.

Глава III. ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНАЯ ПОМОЩЬ КАК ОСНОВА ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Статья 7. Организация противотуберкулезной помощи

Комментарий к [статье 7](#)

1. В комментируемой [статье](#) делается акцент на то, что именно государством обеспечивается оказание противотуберкулезной помощи больным туберкулезом. Противотуберкулезная помощь основывается на принципах (т.е. основополагающих началах, положениях, идеях, которые находятся в основе организации противотуберкулезной помощи):

1) законности, т.е. вся деятельность государственных органов в данной области должна быть урегулирована нормами права, содержащимися в многочисленных и разнообразных нормативных актах;

2) соблюдения прав человека и гражданина, т.е. любые действия государства по противотуберкулезной помощи больным туберкулезом не должны ограничивать права человека и гражданина, а должны создавать условия для их реализации и защиты;

3) общедоступности в объемах, предусмотренных [Программой](#) государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи.

2. Противотуберкулезная помощь оказывается гражданам при их добровольном обращении (т.е. по их собственному желанию) или с их согласия. Однако в комментируемом Федеральном [законе](#) определены случаи принудительного оказания противотуберкулезной помощи:

1) диспансерное наблюдение за больными туберкулезом устанавливается независимо от согласия таких больных или их законных представителей ([ст. 9](#) Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в РФ");

2) больные заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающие санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза, на основании решений суда госпитализируются в специализированные медицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения.

Решение о госпитализации принимается судом по месту нахождения медицинской противотуберкулезной организации, в которой больной туберкулезом находится под диспансерным наблюдением ([ст. 10](#) Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в РФ").

3. Основным условием для оказания противотуберкулезной помощи несовершеннолетним в возрасте до четырнадцати лет является согласие (т.е. разрешение) их законных представителей (родителей, опекунов, усыновителей и т.п.).

Кроме того, в случае если гражданин, который вследствие психического расстройства не может понимать значения своих действий или руководить ими, может быть признан судом недееспособным в порядке, установленном гражданско-процессуальным законодательством. Основанием для оказания противотуберкулезной помощи гражданам, признанным недееспособными, является согласие их законных представителей, т.е. опекунов.

Статья 8. Оказание противотуберкулезной помощи

Комментарий к [статье 8](#)

1. Комментируемая [статья](#) является специальной нормой по отношению к [ст. 15](#) Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 и [ст. 17](#) Федерального закона от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности".

В соответствии со [ст. 15](#) Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. N 5487-1 лицензирование медицинской и фармацевтической деятельности осуществляется в соответствии с законодательством РФ.

В соответствии со [ст. 17](#) Федерального закона от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" лицензированию подлежит медицинская деятельность.

[Постановление](#) Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 "Об утверждении Положения о лицензировании медицинской деятельности" определяет порядок лицензирования медицинской деятельности, осуществляемой на территории РФ юридическими лицами и индивидуальными предпринимателями.

Лицензирование медицинской деятельности осуществляется Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения и социального развития.

Лицензия на осуществление медицинской деятельности (далее - лицензия) предоставляется на 5 лет. Срок действия лицензии может быть продлен в порядке, предусмотренном для переоформления лицензии.

Медицинская деятельность предусматривает выполнение работ (услуг) по оказанию доврачебной, амбулаторно-поликлинической, стационарной, высокотехнологичной, скорой и санаторно-курортной медицинской помощи в соответствии с [Перечнем](#) согласно приложению (далее - работы (услуги)).

Лицензионными требованиями и условиями при осуществлении медицинской деятельности являются:

1) наличие у соискателя лицензии (лицензиата) принадлежащих ему на праве собственности или на ином законном основании зданий, помещений, оборудования и медицинской техники, необходимых для выполнения работ (услуг), соответствующих установленным к ним требованиям;

2) наличие у руководителя или заместителя руководителя юридического лица либо у руководителя структурного подразделения, ответственного за осуществление лицензируемой деятельности, - соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

3) наличие у индивидуального предпринимателя - соискателя лицензии (лицензиата) высшего (среднего - в случае выполнения работ (услуг) по доврачебной помощи) профессионального (медицинского) образования, послевузовского или дополнительного профессионального (медицинского) образования и стажа работы по специальности не менее 5 лет;

4) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) или привлечение им на ином законном основании специалистов, необходимых для выполнения работ (услуг), имеющих высшее или среднее профессиональное (медицинское) образование и сертификат специалиста, соответствующие требованиям и характеру выполняемых работ (услуг);

5) повышение квалификации специалистов, осуществляющих работы (услуги), не реже одного раза в 5 лет;

6) соблюдение лицензиатом медицинских технологий при осуществлении медицинской деятельности, разрешенных к применению в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;

7) соблюдение лицензиатом санитарных правил при осуществлении им медицинской деятельности;

8) обеспечение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности контроля за соответствием качества выполняемых медицинских работ (услуг) установленным требованиям (стандартам);

9) соблюдение лицензиатом правил предоставления платных медицинских услуг, утвержденных в установленном порядке;

10) наличие в штате соискателя лицензии (лицензиата) специалистов, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или наличие у соискателя лицензии (лицензиата) договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;

11) ведение лицензиатом при осуществлении медицинской деятельности учетной и отчетной медицинской документации.

Для получения лицензии соискатель лицензии направляет или представляет в лицензирующий орган заявление о предоставлении лицензии, в котором указывает виды работ (услуг) по перечню и документы (копии документов), указанные в п. 1 ст. 9 Федерального закона "О лицензировании отдельных видов деятельности", а также:

1) копии документов, подтверждающих наличие у соискателя лицензии на праве собственности или ином законном основании зданий, помещений, оборудования и другого материально-технического оснащения, необходимых для осуществления медицинской деятельности;

2) копии документов об образовании (послевузовском профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы руководителя юридического лица или его заместителя;

3) копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) специалистов, состоящих в штате соискателя лицензии или привлекаемых им на законном основании для осуществления работ (услуг);

4) копии документов об образовании (послевузовском, дополнительном профессиональном образовании, повышении квалификации) и документов, подтверждающих стаж работы индивидуального предпринимателя, связанный с выполнением работ (услуг);

5) копии регистрационных удостоверений и сертификатов соответствия на используемую медицинскую технику;

6) копии документов об образовании и квалификации работников соискателя лицензии, осуществляющих техническое обслуживание медицинской техники, или договора с организацией, имеющей лицензию на осуществление этого вида деятельности;

7) копию выданного в установленном порядке санитарно-эпидемиологического заключения о соответствии санитарным правилам осуществляемой медицинской деятельности.

2. В случае контакта лица с больным туберкулезом ему необходимо пройти обследование в целях выявления туберкулеза.

Согласно Инструкции по применению туберкулиновых проб, утвержденной Приказом Минздрава России от 21 марта 2003 г. N 109, туберкулинодиагностика - диагностический тест для определения специфической сенсибилизации организма к микобактериям туберкулеза (МБТ). Как специфический тест применяется при массовых обследованиях населения на туберкулез (массовая туберкулинодиагностика) и для индивидуальных обследований (индивидуальная туберкулинодиагностика).

Цели массовой туберкулинодиагностики:

1) выявление лиц, впервые инфицированных МБТ (вираж туберкулиновых проб);

2) выявление лиц с гиперергическими и усиливающимися реакциями на туберкулин;

3) отбор контингентов для противотуберкулезной прививки вакциной БЦЖ-М: детей в возрасте 2 месяцев и старше, не получивших прививку в роддоме, и для ревакцинации вакциной БЦЖ;

4) ранняя диагностика туберкулеза у детей и подростков;

5) определение эпидемиологических показателей по туберкулезу (инфицированность населения МБТ, ежегодный риск инфицирования МБТ).

При массовой туберкулинодиагностике применяют только единую внутрикожную туберкулиновую пробу Манту с 2 туберкулиновыми единицами (ТЕ) очищенного туберкулина в стандартном разведении (готовая форма).

Цели индивидуальной туберкулинодиагностики:

1) дифференциальная диагностика поствакцинальной и инфекционной аллергии к туберкулину;

2) диагностика и дифференциальная диагностика туберкулеза и других заболеваний;

3) определение порога индивидуальной чувствительности к туберкулину;

4) определение активности туберкулезного процесса;

5) оценка эффективности противотуберкулезного лечения.

При индивидуальной туберкулинодиагностике применяют, кроме пробы Манту с 2 ТЕ очищенного туберкулина в стандартном разведении, пробы Манту с различными дозами туберкулина, накожную градуированную пробу Пирке, пробу Коха, определение туберкулинового

титра и др. Для проведения индивидуальной туберкулинодиагностики используют очищенный туберкулин в стандартном разведении и сухой очищенный туберкулин.

Туберкулиновые препараты - препараты из антигенов МБТ или их культуральных фильтратов, обработанных различными способами.

Допускается использование только зарегистрированных в Российской Федерации препаратов туберкулина.

Туберкулиновые препараты используют для туберкулинодиагностики (очищенные туберкулины) и для выявления антител к МБТ (диагностикум эритроцитарный туберкулезный антигенный сухой и ИФА тест-системы).

Очищенный туберкулин (ППД) - purified protein derivative (PPD).

Изготавливают из смеси убитых нагреванием фильтратов культуры МБТ человеческого и бычьего видов, очищенных ультрафильтрацией, осажденных трихлоруксусной кислотой, обработанных этиловым спиртом и эфиром. Используют два вида очищенного туберкулина.

Аллерген туберкулезный очищенный жидкий (очищенный туберкулин в стандартном разведении) - готовые к употреблению растворы туберкулина. Препарат представляет собой раствор очищенного туберкулина в фосфатном буфере с твином-80 в качестве стабилизатора и фенолом в качестве консерванта, бесцветная прозрачная жидкость. Препарат выпускают в ампулах в виде раствора, содержащего 2 ТЕ ППД-Л в 0,1 мл. Возможен выпуск 5 ТЕ, 10 ТЕ в 0,1 мл и других дозировок препарата. Срок годности - 1 год. Выпуск готовых к употреблению разведений ППД-Л (модификация Линниковой) позволяет использовать в стране для массовой туберкулинодиагностики стандартный по активности препарат и избежать ошибок при разведении туберкулина на местах его применения.

Аллерген туберкулезный очищенный сухой (сухой очищенный туберкулин) - это растворенный в фосфатном буфере с сахарозой лиофильно высушенный очищенный туберкулин. Препарат имеет вид сухой компактной массы или порошка белого (слегка сероватого или кремового) цвета, легко растворяющегося в прилагаемом растворителе - карболизированном изотоническом растворе натрия хлорида. Выпускается в ампулах, содержащих 50000 ТЕ. Срок годности - 5 лет. Сухой очищенный туберкулин используют для диагностики туберкулеза и туберкулинотерапии только в противотуберкулезных диспансерах и стационарах.

Специфическая активность туберкулиновых препаратов устанавливается и контролируется относительно национального стандарта туберкулина ППД.

В каждой коробке с туберкулинами имеется инструкция по применению препаратов с подробной их характеристикой. Ознакомление с этой инструкцией врача и медицинской сестры перед туберкулинодиагностикой обязательно.

Препараты для выявления антител к микобактериям туберкулеза.

Диагностикум эритроцитарный туберкулезный антигенный сухой - баряни эритроциты, сенсibilизированные фосфатидным антигеном МБТ, пористая масса или порошок красновато-коричневого цвета. Предназначен для выявления в реакции непрямой гемагглютинации (РНГА) специфических антител к антигенам МБТ. В клинике туберкулеза используют как иммунологический тест для определения активности процесса и эффективности лечения. Тест-система иммуноферментная для определения антител к возбудителю туберкулеза. Представляет собой набор ингредиентов для проведения иммуноферментного анализа на твердофазном носителе. Предназначена для выявления антител к возбудителю туберкулеза в сыворотке крови больных. Используют для лабораторного подтверждения диагноза туберкулез различной локализации, оценки эффективности лечения, назначения специфической иммунокоррекции. Чувствительность иммуноферментного анализа при туберкулезе составляет 60 - 70%, а специфичность около 90%, что не позволяет использовать тест-систему для скрининга туберкулезной инфекции.

Техника проведения пробы Манту при массовой туберкулинодиагностике.

Для проведения внутрикожной пробы Манту применяют однограммовые туберкулиновые шприцы разового использования с тонкими короткими иглами с коротким косым срезом. Запрещается применять шприцы и иглы с истекшим сроком годности, поэтому перед употреблением необходимо проверить дату их выпуска и срок годности. Использование инсулиновых шприцев для проведения туберкулинодиагностики запрещается.

Забор туберкулина из ампулы: ампулу с препаратом тщательно обтирают марлей, смоченной 70-градусным этиловым спиртом, затем шейку ампулы подпиливают ножом для вскрытия ампул и отламывают. Извлечение туберкулина из ампулы производят шприцем, которым осуществляют пробу Манту, и иглой N 0845. Набирают 0,2 мл (т.е. две дозы) туберкулина, насаживают иглу туберкулинового шприца, выпускают раствор до метки 0,1 в стерильный ватный тампон. Ампулу после вскрытия сохраняют в асептических условиях не более 2 ч.

Пробу Манту производят пациентам обязательно в положении сидя, так как у эмоционально лабильных лиц инъекция может стать причиной обморока.

На внутренней поверхности средней трети предплечья участок кожи обрабатывают 70-градусным этиловым спиртом, просушивают стерильной ватой. Тонкую иглу вводят срезом вверх в верхние слои натянутой кожи (внутрикожно) параллельно ее поверхности. После введения отверстия иглы в кожу из шприца вводят 0,1 мл раствора туберкулина, т.е. одну дозу. При правильной технике в коже образуется папула в виде лимонной корочки размером не менее 7 - 9 мм в диаметре беловатого цвета.

Пробу Манту производит по назначению врача специально обученная медицинская сестра.

Результаты туберкулиновой пробы оценивает врач или специально обученная медсестра, проводившая эту пробу.

Оценка результатов пробы Манту с 2 ТЕ.

Результат пробы Манту оценивают через 72 часа путем измерения размера инфильтрата (папулы) в миллиметрах (мм). Линейкой с миллиметровыми делениями измеряют и регистрируют поперечный (по отношению к оси предплечья) размер инфильтрата. При отсутствии инфильтрата при учете реакции на пробу Манту измеряют и регистрируют гиперемиию.

При постановке пробы Манту реакцию считают:

1) отрицательной при полном отсутствии инфильтрата (папулы) или гиперемии или при наличии уколочной реакции (0 - 1 мм);

2) сомнительной при инфильтрате размером 2 - 4 мм или только гиперемии любого размера без инфильтрата;

3) положительной при наличии инфильтрата диаметром 5 мм и более.

Слабоположительными считают реакции с размером инфильтрата 5 - 9 мм в диаметре, средней интенсивности - 10 - 14 мм, выраженными - 15 - 16 мм. Гиперергическими у детей и подростков считают реакции с диаметром инфильтрата 17 и более, у взрослых 21 мм и более, а также везикуло-некротические реакции независимо от размера инфильтрата с лимфангоитом или без него; усиливающейся реакцией на туберкулин считают увеличение инфильтрата на 6 мм и более по сравнению с предыдущей реакцией.

Массовая туберкулинодиагностика у детей и подростков.

При массовой туберкулинодиагностике пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л применяют:

1) для раннего выявления начальных и локальных форм туберкулеза у детей и подростков. С этой целью проводят наблюдение за динамикой послевакциной аллергии и выявление первичного инфицирования (виража туберкулиновых реакций), а также определяют гиперергические и усиливающиеся реакции у ранее инфицированных туберкулезом лиц;

2) для отбора контингентов, подлежащих ревакцинации против туберкулеза, а также перед первичной вакцинацией детей в возрасте 2 месяца и более, не вакцинированных в роддоме;

3) для определения инфицированности МБТ и риска первичного инфицирования.

Правильная интерпретация реакции на пробу Манту с 2 ТЕ для своевременного выявления групп повышенного риска заболевания и определения инфицированности МБТ обеспечивается соблюдением точной техники проведения туберкулиновой пробы и оценки реакции на нее.

Организация массовой туберкулинодиагностики.

В организованных коллективах массовая туберкулинодиагностика проводится специально обученным медицинским персоналом учреждения или бригадным методом, который является предпочтительным. При бригадном методе обследования детей и подростков формирование специальных бригад (2 медсестры и врач) для массовой туберкулинодиагностики среди организованных детей (детские ясли, сады, школы) и ревакцинации БЦЖ в декретированных возрастных группах школьников возлагают на детские поликлиники. Из имеющихся штатов поликлиник и детских учреждений главным врачом поликлиники выделяется медицинский персонал, а также утверждается график его работы в детских коллективах. Неорганизованным детям раннего и дошкольного возраста пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л ставят в детской поликлинике. В сельской местности туберкулинодиагностику производят районные сельские участковые больницы и фельдшерско-акушерские пункты.

Методическое руководство проведением пробы Манту осуществляет врач-педиатр противотуберкулезного диспансера (кабинета). При отсутствии противотуберкулезного диспансера (кабинета) работу выполняет заведующий поликлиническим отделением по детству (районный педиатр) совместно с участковым врачом-фтизиатром.

Здоровым детям и подросткам, инфицированным МБТ, а также с положительной (сомнительной) послевакциной туберкулиновой чувствительностью и детям с отрицательной реакцией на туберкулин, но не подлежащим ревакцинации БЦЖ, все профилактические прививки можно производить непосредственно после оценки результатов пробы Манту. В случае установления виража туберкулиновых реакций, а также гиперергической или усиливающейся реакции на туберкулин, без функциональных и локальных проявлений туберкулеза у детей, профилактические прививки проводятся не раньше чем через 6 месяцев.

Результаты пробы Манту у детей и подростков фиксируют в учетной форме N 063/у, в медицинской карте ребенка (форма N 026/у) и в истории развития ребенка (форма N 112/у). При этом отмечают:

- 1) предприятие-изготовитель туберкулина, номер серии, срок годности;
- 2) дату проведения пробы;
- 3) введение препарата в правое или левое предплечье;
- 4) результат пробы - в виде размера инфильтрата (папулы) в мм; при отсутствии инфильтрата указывают размер гиперемии.

При поступлении ребенка в детский стационар, санаторий или санаторно-оздоровительное учреждение в историю развития, медицинскую карту ребенка (ф. N 112/у или ф. N 026/у) или в выписку из истории болезни обязательно переносят все данные о предыдущих внутрикожных туберкулиновых пробах. Сведения о профилактических прививках и результатах туберкулиновых проб (форма N 063/у) передают в подростковые кабинеты амбулаторно-поликлинических учреждений при достижении ребенком 15-летнего возраста, а также по месту учебы подростка - в средние специальные учебные заведения (ПТУ, техникумы, училища), в вуз.

При правильной организации мероприятий по раннему выявлению туберкулеза ежегодно туберкулинодиагностикой должно охватываться 90 - 95% детского и подросткового населения административной территории.

Проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л безвредна как для здоровых детей и подростков, так и для лиц с различными соматическими заболеваниями. Однако перенесенные заболевания и предшествующие прививки могут влиять на чувствительность кожи ребенка к туберкулину, усиливая или ослабляя ее. Это затрудняет последующую интерпретацию динамики чувствительности к туберкулину и является основой при определении перечня противопоказаний.

Противопоказания для постановки туберкулиновых проб с 2 ТЕ в период массовой туберкулинодиагностики:

- 1) кожные заболевания, острые и хронические инфекционные и соматические заболевания (в том числе эпилепсия) в период обострения;
- 2) аллергические состояния, ревматизм в острой и подострой фазах, бронхиальная астма, идиосинкразии с выраженными кожными проявлениями в период обострения.

С целью выявления противопоказаний врач (медицинская сестра) перед постановкой туберкулиновых проб проводит изучение медицинской документации, а также опрос и осмотр подвергаемых пробе лиц. Не допускается проведение пробы Манту в тех детских коллективах, где имеется карантин по детским инфекциям. Пробу Манту ставят через 1 месяц после исчезновения клинических симптомов или сразу после снятия карантина.

Профилактические прививки также могут влиять на чувствительность к туберкулину. Исходя из этого, туберкулинодиагностику необходимо планировать до проведения профилактических прививок против различных инфекций (АКДС, кори и т.д.). В случаях, если по тем или иным причинам пробу Манту производят не до, а после проведения различных профилактических прививок, туберкулинодиагностика должна осуществляться не ранее чем через 1 месяц после прививки.

Проведение и интерпретация пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л у детей и подростков.

С целью раннего выявления туберкулеза пробу Манту с 2 ТЕ ставят всем вакцинированным против туберкулеза детям с 12-месячного возраста и подросткам ежегодно независимо от предыдущего результата.

Детям, не привитым вакциной БЦЖ в период новорожденности при сохранении медицинских противопоказаний, пробу Манту ставят 2 раза в год, начиная с шестимесячного возраста, до получения ребенком прививки вакциной БЦЖ-М. Пробу Манту проводят на внутренней поверхности предплечья: правое и левое предплечье чередуют. Рекомендуется проведение туберкулиновой пробы осуществлять в одно и то же время года, преимущественно осенью.

С целью установления первичного инфицирования при массовой туберкулинодиагностике необходимо направлять к фтизиатру следующих детей:

- 1) с подозрением на вираж туберкулиновых проб;
 - 2) с усиливающейся чувствительностью к туберкулину;
 - 3) с гиперергической чувствительностью к туберкулину.
- Дети, направляемые к фтизиатру, должны иметь при себе сведения:

- 1) о вакцинации (ревакцинации БЦЖ);
- 2) о результатах туберкулиновых проб по годам;
- 3) о контакте с больным туберкулезом;
- 4) о флюорографическом обследовании окружения ребенка;
- 5) о перенесенных хронических и аллергических заболеваниях;
- 6) о предыдущих обследованиях у фтизиатра;
- 7) данные клинико-лабораторного обследования (общий анализ крови и мочи);
- 8) заключение соответствующих специалистов при наличии сопутствующей патологии.

При решении врачом вопроса о том, связана ли положительная реакция на туберкулин у ребенка (подростка) с инфицированием МБТ или она отражает послевакцинную аллергию, следует учитывать:

- 1) интенсивность положительной туберкулиновой реакции;
- 2) количество полученных прививок БЦЖ;
- 3) наличие и размер послевакцинных рубчиков;
- 4) срок, прошедший после прививки;
- 5) наличие или отсутствие контакта с больным туберкулезом;
- 6) наличие клинических признаков заболевания.

При интерпретации динамики чувствительности к туберкулину следует также учитывать, что на интенсивность реакций на пробу Манту может влиять ряд факторов, определяющих общую реактивность организма: наличие соматической патологии, общая аллергическая настроенность организма, фаза овариального цикла у девушек, индивидуальный характер чувствительности кожи, сбалансированность питания ребенка и пр. Выраженное воздействие на результаты массовой туберкулинодиагностики оказывают неблагоприятные экологические факторы: повышенный радиационный фон, наличие вредных выбросов химических производств и т.д. На результаты туберкулинодиагностики могут влиять различные нарушения в методике ее проведения: применение нестандартного и некачественного инструментария, погрешности в технике постановки и чтения результатов пробы Манту, нарушение режима транспортирования и хранения туберкулина.

Инфицированными МБТ следует считать лица, у которых при наличии достоверных данных о динамике чувствительности к туберкулину по пробе Манту с 2 ТЕ ППД-Л отмечают:

- 1) впервые положительную реакцию (папула 5 мм и более), не связанную с иммунизацией вакциной БЦЖ (вираж);
- 2) стойко (на протяжении 4 - 5 лет) сохраняющуюся реакцию с инфильтратом 12 мм и более;
- 3) резкое усиление чувствительности к туберкулину (на 6 мм и более) в течение одного года (у туберкулиноположительных детей и подростков);
- 4) постепенное, в течение нескольких лет, усиление чувствительности к туберкулину с образованием инфильтрата размером 12 мм и более.

Все дети (старше трех лет), у которых произошел переход ранее отрицательных туберкулиновых реакций в положительные, а также дети с усиливающейся чувствительностью к туберкулину при наличии контакта с больным туберкулезом, после исключения активного туберкулезного процесса, берутся на учет ПТД по VI группе.

Первая положительная реакция на туберкулин у двух-трехлетнего ребенка может быть проявлением поствакцинальной аллергии. Избежать случаев гипо- или гипердиагностики при решении вопроса о необходимости наблюдения в противотуберкулезном диспансере позволит объективная оценка состояния ребенка, эпидемиологического анамнеза, а также динамическое наблюдение за ребенком в "0" группе с повторной туберкулинодиагностикой через 3 месяца. Осмотр данных детей проводят в учреждениях общей лечебной сети.

Нарастание чувствительности к туберкулину (в т.ч. и гиперергические реакции) у детей и подростков с соматической патологией, бактериальной инфекцией, аллергическими, частыми простудными заболеваниями иногда связано не с инфицированием МБТ, а с влиянием перечисленных неспецифических факторов. При трудности интерпретации характера чувствительности к туберкулину дети также подлежат предварительному наблюдению в "0" группе диспансерного учета с обязательным проведением лечебно-профилактических мероприятий на педиатрическом участке (гипосенсибилизация, санация очагов инфекции, дегельминтизация, достижение периода ремиссии при хронических заболеваниях) под контролем детского фтизиатра. Повторное обследование в диспансере проводят через 1 - 3 месяца. Снижение после неспецифического лечения чувствительности к туберкулину свидетельствует о неспецифическом характере аллергии. Детям с частыми клиническими проявлениями неспецифической аллергии пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л рекомендуется ставить на фоне приема десенсибилизирующих средств в течение 7 дней (5 дней до постановки и 2 дня после нее). Сохранение чувствительности к туберкулину на прежнем уровне либо ее дальнейшее нарастание, несмотря на лечебно-профилактические мероприятия, подтверждают инфекционный характер аллергии и требуют последующего диспансерного наблюдения ребенка.

Диагностические мероприятия при постановке ребенка на учет в диспансерную группу включают:

- 1) туберкулинодиагностику (проба Манту с 2 ТЕ ППД-Л, кожная градуированная проба);
- 2) рентгеномографическое обследование;
- 3) общие клинические анализы крови и мочи.

Целью ежегодного проведения пробы Манту заведомо инфицированным МБТ детям и подросткам является выявление лиц с гиперергическими реакциями или с резким усилением реакций меньшего размера, что указывает на риск развития локального туберкулеза.

С целью отбора детей и подростков для ревакцинации БЦЖ пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л ставят в декретированных возрастных группах - 7 лет (0 - 1 классы средней школы) и 14 лет (8 - 9 классы). Ревакцинацию проводят не инфицированным туберкулезом, клинически здоровым лицам с отрицательной реакцией на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л.

Индивидуальная туберкулинодиагностика.

Индивидуальная туберкулинодиагностика применяется для диагностики локального туберкулеза по клиническим показаниям, независимо от срока постановки предшествующей пробы. Противопоказаний, кроме индивидуальной непереносимости туберкулина, не имеется.

Диагностическую туберкулиновую пробу с использованием очищенного туберкулина в стандартном разведении (2 ТЕ) можно проводить в противотуберкулезных диспансерах, детских поликлиниках, соматических и инфекционных стационарах.

Диагностическую туберкулиновую пробу с использованием сухого очищенного туберкулина можно проводить только в противотуберкулезных диспансерах, туберкулезных стационарах и санаториях.

Сухой очищенный туберкулин представляет собой смесь фильтратов убитых нагреванием культур микобактерий туберкулеза (МБТ) человеческого и бычьего видов, очищенных ультрафильтрацией, осажденных трихлоруксусной кислотой, обработанных этиловым спиртом и эфиром для наркоза, растворенных в фосфатно-буферном растворе с сахарозой и лиофилизированный. Препарат имеет вид сухой компактной массы или аморфного порошка серовато-белого цвета, легко растворяется в прилагаемом растворителе-карболизованном растворе натрия хлорида. Препарат выпускают в ампулах; одна ампула содержит 50000 туберкулиновых единиц (ТЕ).

Биологические и иммунологические свойства. Действующее начало препарата, аллерген туберкулопротеин, вызывает при постановке кожных туберкулиновых проб у инфицированных или вакцинированных лиц специфическую реакцию гиперчувствительности замедленного типа в виде местной реакции - гиперемии и инфильтрата (папулы).

Назначение. Препарат предназначен для диагностики туберкулеза в условиях противотуберкулезного диспансера или специализированной клиники.

Способ применения и дозировка. Применяют для постановки внутрикожной пробы Манту с различными дозами туберкулина, для накожных и подкожных туберкулиновых проб (градуированная кожная проба, подкожная проба, определение туберкулинового подкожного и внутрикожного титра, эозинофильно-туберкулиновая проба, гемо-белково-туберкулиновая проба и другие).

Туберкулиновые пробы проводят пациентам в положении сидя, т.к. у эмоционально лабильных людей инъекция может стать причиной обморока.

Разведения сухого очищенного туберкулина готовят следующим образом: ампулу протирают марлей, смоченной 70-градусным этиловым спиртом, затем шейку ампулы подпиливают ножом для вскрытия ампул и отламывают. Аналогичным образом вскрывают ампулу с растворителем.

Для внутрикожных проб сухой очищенный туберкулин разводят следующим образом: содержимое ампулы разводят 1 мл растворителя и получают таким образом основное разведение - 50000 ТЕ в 1 мл.

1-е разведение, соответствующее 1000 ТЕ в 0,1 мл, готовят, добавив в ампулу с основным разведением еще 4 мл растворителя - карболизованного раствора натрия хлорида (растворитель - карболизованный раствор натрия хлорида готовят в аптеке прибавлением к 100 мл стерильного 0,9-процентного раствора натрия хлорида 0,25 г кристаллического фенола; растворитель стерилизуют в автоклаве) (либо во флакон наливают 2 мл карболизованного изотонического раствора натрия хлорида и добавляют туда 0,5 мл основного разведения).

Все последующие разведения готовят, разводя предыдущее в соотношении 1:10, тщательно их перемешивая. Например, 2-е разведение: к 1 мл 1-го разведения добавить 9 мл растворителя, что соответствует 100 ТЕ в 0,1 мл. Аналогичным образом из 2-го разведения готовят 3-е (10 ТЕ в 0,1 мл) и т.д.

Для получения 2 ТЕ в 0,1 мл к 1 мл 3-го разведения туберкулина следует добавить 4 мл растворителя.

Категорически запрещается готовить разведения сухого очищенного туберкулина без добавления 0,25% фенола к 0,9-процентному раствору натрия хлорида.

Разведения туберкулина сохраняют в асептических условиях не более 2 часов.

Туберкулиновые пробы с использованием сухого очищенного туберкулина ставят по назначению фтизиатра. Постановку и оценку туберкулиновых проб проводит врач или специально обученная медицинская сестра под наблюдением врача.

Внутрикожная проба Манту.

Внутрикожную пробу Манту проводят строго асептически следующим образом: вскрывают ампулу и готовят соответствующее разведение, как описано выше. Одноразовым туберкулиновым шприцем со стерильной иглой N 845 набирают 0,2 мл туберкулина, затем на шприц надевают

прилагаемую к нему стерильную иглу и в ватный тампон выпускают туберкулин вместе с пузырьками воздуха до метки 0,1 мл. Кожу средней трети внутренней поверхности предплечья обрабатывают 70-градусным этиловым спиртом и просушивают стерильной ватой. Кожу фиксируют снизу левой рукой так, чтобы на внутренней поверхности она была натянута, и вводят строго внутривенно 0,1 мл препарата. При этом образуется инфильтрат беловатого цвета (лимонная корочка) диаметром 8 - 10 мм. Для каждого обследуемого употребляют отдельный стерильный шприц и иглу.

Определение туберкулинового внутривенного титра.

Сухой туберкулин в разведениях 1 ТЕ в 0,1 мл; 0,1 ТЕ в 0,1 мл и 0,01 ТЕ в 0,1 мл (готовят как описано выше) вводят по методу Манту одновременно в одно предплечье. При отрицательных результатах пробу с более концентрированным туберкулином (3-е разведение) повторяют на другой руке не ранее чем через 96 часов. При отсутствии реакции на 3-е разведение туберкулина пробы со вторым и первым разведениями ставят последовательно, через 36 ч. каждое, в разные предплечья.

Титрование завершают по достижении положительной реакции на внутривенную пробу (папула не менее 5 мм в диаметре), полученной на наименьшее разведение туберкулина.

Градуированная скарификационная кожная проба.

Градуированную кожную пробу производят одновременно растворами сухого очищенного туберкулина 100-процентного, 25-процентного, 5-процентного и 1-процентного.

Для приготовления 100% туберкулина, содержащего 100000 ТЕ в 1,0 мл, 2 ампулы с препаратом вскрывают, как описано выше, содержимое ампул разводят последовательно в 1 мл растворителя. Для приготовления растворов 25-процентного туберкулина в стерильный флакон наливают 1,5 мл карбонизированного растворителя и добавляют туда 0,5 мл 100-процентного раствора туберкулина. Для приготовления туберкулина 5-процентной концентрации во флакон наливают 2 мл растворителя и добавляют туда 0,5 мл 25-процентного раствора туберкулина. Для получения 1-процентной концентрации во флакон с 2 мл растворителя добавляют 0,5 мл 5-процентного раствора туберкулина.

Капли с приготовленным раствором туберкулина наносят пипетками на подготовленную (см. выше) кожу предплечья на расстоянии 2 - 3 см друг от друга. В верхней части предплечья наносят каплю 100-процентного раствора, а ниже - капли убывающей концентрации. Еще ниже в качестве контроля наносят каплю растворителя. Для каждого раствора используют отдельные маркированные пипетки.

Кожу фиксируют, как при постановке внутривенной пробы (см. выше). Затем оспрививательным ланцетом нарушают целостность поверхностных слоев кожи в виде царапины длиной 5 мм, проведенной через каплю туберкулина в направлении продольной оси руки. Плоской стороной ланцета производят втирание туберкулина (2 - 3 раза). Скарификацию проводят сначала через каплю растворителя, затем последовательно через капли 1-процентного, 5-процентного, 25-процентного и 100-процентного растворов туберкулина. Скарифицированный участок кожи оставляют открытым на 5 мин. для подсушивания капель туберкулина. Для каждого обследуемого используют стерильный ланцет.

Для определения туберкулинового подкожного титра, проведения подкожной пробы, для эозинофильно-туберкулиновой, гемо-белково-туберкулиновой и других проб сухой очищенный туберкулин и его разведения применяют по специальным методикам.

Учет результатов. Результаты кожной и внутривенных туберкулиновых проб оценивают через 72 часа, измеряя прозрачной миллиметровой линейкой поперечный к оси руки диаметр инфильтрата (папулы). Зону гиперемии при этом не учитывают. При величине папулы от 0 до 1 мм реакцию считают отрицательной, от 2 до 4 мм - сомнительной, от 5 мм и более - положительной. У детей и подростков реакцию 17 мм и более, у взрослых 21 мм и более, а также везикуло-некротическую реакцию независимо от размера инфильтрата с лимфангоитом или без него считают гиперергической.

Реакция на внутривенное и кожное введение туберкулина зависит от уровня специфической реактивности организма:

1) в случае отсутствия состояния специфической реактивности местных и общих явлений не наблюдают - реакцию на туберкулин оценивают как отрицательную;

2) при инфицировании МБТ или наличии поствакцинальной аллергии наблюдают местную реакцию в виде инфильтрата (папулы) и гиперемии. В некоторых случаях у лиц с высокой степенью гиперчувствительности замедленного типа к туберкулину местные реакции, наряду с большой папулой, могут сопровождаться лимфангоитами и лимфаденитами. Кроме того, иногда наблюдают общую реакцию: недомогание, головные боли, повышение температуры и т.д.

При дифференциальной диагностике туберкулеза и других заболеваний противопоказания к постановке пробы учитывают индивидуально. Нежелательно проводить туберкулинодиагностику с использованием сухого очищенного туберкулина в период обострения хронических аллергических заболеваний.

Форма выпуска. Препарат выпускают в ампулах вместимостью 5 мл; каждая ампула содержит 50000 ТЕ. К препарату прилагают растворитель - карболизированный раствор натрия хлорида (0,9-процентный раствор натрия хлорида с 0,25% фенола), в ампулах вместимостью 1 мл. В одной пачке (коробке) 5 ампул с сухим очищенным туберкулином, 5 ампул с растворителем, инструкция по применению препарата и нож для вскрытия ампул.

Условия хранения и транспортирования. Препарат хранят в закрытых, сухих, темных помещениях при температуре от 2 до 8 град. С, транспортируют всеми видами крытого транспорта в условиях, исключающих замораживание и перегрев выше 25 град. С.

Основные показания для проведения индивидуальной туберкулинодиагностики как диагностического теста.

Индивидуальная туберкулинодиагностика как диагностический тест проводится в следующих случаях:

1) при наличии хронических заболеваний различных органов и систем с торпидным, волнообразным течением, при неэффективности традиционных методов лечения и наличии дополнительных факторов риска по инфицированию МБТ и заболеванию туберкулезом (контакт с больным туберкулезом, отсутствие вакцинации против туберкулеза, социальные факторы риска и т.д.);

2) для определения активности туберкулезного процесса;

3) для определения локализации туберкулезного процесса;

4) для оценки эффективности проведенного противотуберкулезного лечения.

Для индивидуальной диагностики используют пробу Манту с 2 ТЕ очищенного туберкулина в стандартном разведении, накожную градуированную пробу, внутрикожные пробы Манту с различными разведениями сухого очищенного туберкулина, определение внутрикожного туберкулинового титра. Техника проведения данных методик диагностики отражена в инструкции по применению аллергена туберкулезного очищенного сухого.

Применение туберкулиновой пробы в группах риска заболевания туберкулезом.

Дети, нуждающиеся в постановке туберкулиновой пробы с 2 ТЕ 2 раза в год в условиях общей лечебной сети:

1) больные сахарным диабетом, язвенной болезнью, болезнями крови, системными заболеваниями, ВИЧ-инфицированные, получающие длительную гормональную терапию (более 1 месяца);

2) с хроническими неспецифическими заболеваниями (пневмонией, бронхитом, тонзиллитом), субфебрилитетом неясной этиологии;

3) не вакцинированные против туберкулеза, независимо от возраста ребенка.

В приютах, центрах временной изоляции несовершеннолетних правонарушителей, приемниках-распределителях и в других учреждениях для детей и подростков из социальных групп риска, не имеющих медицинской документации, туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л проводят при поступлении ребенка в это учреждение и далее 2 раза в год в течение 2-х лет при непрерывном медицинском наблюдении с последующим переходом на ежегодную туберкулинодиагностику.

Детям и подросткам из социальных групп риска (включая мигрантов и беженцев), имеющим медицинскую документацию при оформлении в детские и подростковые коллективы, туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л проводят, если после предыдущей пробы прошло более 6 месяцев, с последующей постановкой 1 раз в год при регулярном медицинском наблюдении.

Все дети и подростки из социальных групп риска, имеющие выраженную реакцию на туберкулин (папула размером 15 мм и более), должны быть обследованы и наблюдаться в противотуберкулезных диспансерах (в VIб группе).

Набор инструментария и материалов для проведения туберкулинодиагностики:

1) бикс размером 18 x 14 см со стерильными ватными шариками;

2) туберкулиновые шприцы одноразового использования с тонкими короткими иглами с коротким косым срезом;

3) линейки миллиметровые длиной 100 мм из пластмассы;

4) флакон емкостью 50 мл с нашатырным спиртом;

5) флакон емкостью 50 мл с этиловым спиртом;

6) иглы инъекционные N 0840 для извлечения туберкулина из флакона;

7) пинцеты анатомические длиной 15 см.

Составление плана туберкулинодиагностики и расчет потребности очищенного туберкулина.

Составление плана туберкулинодиагностики в зоне обслуживания амбулаторно-поликлинических учреждений осуществляют главные врачи учреждений при участии противотуберкулезных диспансеров.

Сводный план, предусматривающий количество обследуемых детей, подростков и взрослых как с целью ранней диагностики, так и отбора контингентов для ревакцинации БЦЖ по области,

городу, району, составляет центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора совместно с главными педиатрами (терапевтами) и противотуберкулезными диспансерами.

В плане туберкулинодиагностики по области, городу, району предусматривают:

- 1) учет всех детей, подростков и взрослых, подлежащих ежегодной туберкулинодиагностике, с выделением возрастных групп, подлежащих ревакцинации;
- 2) календарный план обследования контингентов;
- 3) подготовку медицинского персонала для проведения туберкулинодиагностики;
- 4) приобретение необходимого количества инструментария;
- 5) расчет потребности в туберкулине.

Потребность в очищенном туберкулине в стандартном разведении (2 ТЕ ППД-Л) исчисляют из расчета две дозы по 0,1 мл на каждого обследуемого. При этом необходимо учитывать, что в ампуле содержится 30 доз (3 мл), которые используют на постановку пробы 15 людям. Один литр туберкулина содержит 10000 доз, которые используют для обследования 5000 человек.

3. Согласно Федеральному [закону](#) от 17 сентября 1998 г. N 157-ФЗ "Об иммунопрофилактике инфекционных болезней" предусмотрено обязательное проведение профилактических прививок против девяти инфекционных заболеваний: гепатита В, дифтерии, коклюша, кори, краснухи, полиомиелита, столбняка, туберкулеза, эпидемического паротита и гриппа.

Национальный [календарь](#) профилактических прививок утвержден Приказом Минздрава России от 27 июня 2001 г. N 229 "О национальном календаре профилактических прививок и календаре профилактических прививок по эпидемическим показаниям" (признан Минюстом России не нуждающимся в государственной регистрации, письмо от 31.07.2001 N 07/7800-ЮД). В соответствии с ним определен новый календарь вакцинопрофилактики туберкулеза.

Согласно Инструкции по вакцинации и ревакцинации против туберкулеза вакцинами БЦЖ и БЦЖ-М, утвержденной Приказом Минздрава России от 21 марта 2003 г. N 109, специфическую профилактику туберкулеза можно проводить только зарегистрированными в Российской Федерации препаратами - вакциной туберкулезной (БЦЖ) сухой для внутрикожного введения и вакциной туберкулезной (БЦЖ-М) сухой (для щадящей первичной иммунизации).

В субъектах РФ с удовлетворительной эпидемической ситуацией по туберкулезу возможно проведение одной ревакцинации БЦЖ. Увеличение или уменьшение интервала между прививками БЦЖ в субъекте РФ согласовывается с Минздравом России.

Прививки проводит специально обученная медицинская сестра.

В медицинской карте врачом в день вакцинации (ревакцинации) должна быть сделана подробная запись с указанием результатов термометрии, развернутым дневником, назначением введения вакцины БЦЖ (БЦЖ-М) с указанием метода введения (в/к), дозы вакцины (0,05 или 0,025), серии, номера, срока годности и изготовителя вакцины. Паспортные данные препарата должны быть лично прочитаны врачом на упаковке и на ампуле с вакциной.

Перед вакцинацией (ревакцинацией) врач и медицинская сестра должны обязательно ознакомиться с инструкцией по применению вакцины, а также предварительно информировать родителей ребенка (подростка) об иммунизации и местной реакции на прививку.

Проведение прививок на дому разрешают в исключительных случаях решением комиссии, о чем должна быть запись в медицинской карте, и проводят в присутствии врача.

Проведение вакцинации новорожденных в родильном доме (отделении патологии) допускается в детской палате в присутствии врача. В этих случаях формирование укладки для вакцинации производят в специальной комнате.

Все необходимые для проведения вакцинации (ревакцинации) БЦЖ предметы (столы, биксы, лотки, шкафы и т.д.) должны быть маркированы. Вакцинацию в родильном доме проводят в утренние часы. В день вакцинации во избежание контаминации никакие другие парентеральные манипуляции ребенку не проводят, в том числе обследование ребенка на фенилкетонурию и врожденный гипотиреоз.

В связи с ранней выпиской из акушерских стационаров, при отсутствии противопоказаний, вакцинация новорожденных против туберкулеза может проводиться с третьих суток жизни; выписка возможна через час после вакцинации при отсутствии реакции на нее.

Наблюдение за вакцинированными и ревакцинированными детьми, подростками и взрослыми проводят врачи и медицинские сестры общей лечебной сети. Через 1, 3, 6, 12 месяцев после вакцинации или ревакцинации они должны проверить прививочную реакцию с регистрацией размера и характера местной реакции (папула, пустула с образованием корочки, с отделяемым или без него, рубчик, пигментация и т.д.). Эти сведения должны быть зарегистрированы:

1) у посещающих детские учреждения детей и подростков - в учетных формах N 063/у и N 026/у;

2) у неорганизованных детей - в учетной форме N 063/у и в истории развития ребенка (форма N 112).

Сведения о характере и размере осложнений после введения вакцины БЦЖ и БЦЖ-М фиксируют в учетных формах N 063/у; N 026/у (например, лимфаденит 2,0 x 2,0 см со свищем).

Если причиной осложнений оказывается нарушение техники введения вакцины, применяют меры по их устранению.

Лечебно-профилактические учреждения направляют детей и подростков с осложнениями в противотуберкулезный диспансер, где они наблюдаются и получают лечение.

На все случаи осложнений составляют карту с точным указанием серии, срока годности вакцины БЦЖ или БЦЖ-М и изготовителя, которую направляют в центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора (района, города, области), контролирующей качество прививок. Копии карт отправляют в Республиканский центр по осложнениям противотуберкулезной вакцины Минздрава России при НИИ фтизиопульмонологии ММА им. И.М. Сеченова Минздрава России. Сведения о характере осложнений фиксируют также в учетных формах N 063/у; N 112/у.

Прививки против туберкулеза должны проводиться строго согласно инструкциям к применению вакцин БЦЖ и БЦЖ-М.

Для проведения вакцинации необходимы:

- 1) вакцина туберкулезная (БЦЖ) сухая для внутрикожного введения (Вакцина БЦЖ);
- 2) вакцина туберкулезная БЦЖ-М сухая (для щадящей иммунизации);
- 3) туберкулин - аллерген туберкулезный, очищенный в стандартном разведении для внутрикожного применения жидкий;
- 4) одноразовые туберкулиновые шприцы вместимостью 1,0 мл с иглами;
- 5) этиловый спирт (этанол) 70-процентный, антисептическое средство;
- 6) хлорамин Б 5-процентный.

Применение вакцины туберкулезной (БЦЖ) сухой для внутрикожного введения.

Препарат представляет собой живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1, лиофилизированные в 1,5-процентном растворе глутамината натрия. Пористая масса, порошкообразная или в виде таблетки белого или кремового цвета, гигроскопична.

Прививочная доза содержит 0,05 мг в 0,1 мл растворителя.

Биологические и иммунологические свойства.

Живые микобактерии штамма БЦЖ-1, размножаясь в организме привитого, приводят к развитию длительного иммунитета к туберкулезу.

Назначение: препарат предназначен для специфической профилактики туберкулеза.

Способы применения и дозировки.

Вакцину БЦЖ применяют внутрикожно в дозе 0,05 мг в объеме 0,1 мл. Первичную вакцинацию осуществляют здоровым новорожденным детям на 3 - 7 день жизни.

Ревакцинации подлежат дети в возрасте 7 и 14 лет, имеющие отрицательную реакцию на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Реакцию считают отрицательной при полном отсутствии инфильтрата, гиперемии или при наличии уколочной реакции (1 мм). Инфицированные туберкулезными микобактериями дети, имеющие отрицательную реакцию на пробу Манту, ревакцинации не подлежат. Интервал между постановкой пробы Манту и ревакцинацией должен быть не менее 3 дней и не более 2 недель.

Прививки должен проводить специально обученный медицинский персонал родильного дома (отделения), отделения выхаживания недоношенных, детских поликлиник или фельдшерско-акушерских пунктов. Вакцинацию новорожденных проводят в утренние часы в специально отведенной комнате после осмотра детей педиатром. В поликлиниках отбор подлежащих прививкам детей предварительно проводит врач (фельдшер) с обязательной термометрией в день проверки, учетом медицинских противопоказаний и данных анамнеза. При необходимости проводят консультацию с врачами-специалистами, исследование крови и мочи. В истории новорожденного (медицинской карте) указывают дату прививки, серию и контрольный номер вакцины, предприятие-изготовитель, срок годности препарата.

Для вакцинации (ревакцинации) применяют одноразовые туберкулиновые шприцы вместимостью 1,0 мл, с плотно пригнанными поршнями и тонкими иглами с коротким срезом. Запрещается применять шприцы и иглы с истекшим сроком годности и безыгольные инъекторы. После каждой инъекции шприц с иглой и ватные тампоны замачивают в дезинфицирующем растворе (5-процентном хлорамине), затем централизованно уничтожают. Запрещается применение для других целей инструментов, предназначенных для проведения прививок против туберкулеза. В комнате для прививок вакцину хранят (в холодильнике, под замком) и разводят. Лиц, не имеющих отношения к вакцинации БЦЖ, в прививочную комнату не допускают. Во избежание контаминации недопустимо совмещение в один день прививки против туберкулеза с другими парентеральными манипуляциями.

Ампулы с вакциной перед вскрытием тщательно просматривают.

Препарат не подлежит применению:

- 1) при отсутствии этикетки на ампуле или неправильном ее заполнении;
- 2) при истекшем сроке годности;
- 3) при наличии трещин и насечек на ампуле;

4) при изменении физических свойств препарата (сморщенная таблетка, изменение цвета и т.д.);

5) при наличии посторонних включений или не разбивающихся при встряхивании хлопьев в разведенном препарате.

Сухую вакцину разводят непосредственно перед употреблением стерильным 0,9-процентным раствором натрия хлорида, приложенным к вакцине. Растворитель должен быть прозрачным, бесцветным и не иметь посторонних примесей.

Шейку и головку ампулы обтирают спиртом, место запайки (головку) надпиливают и осторожно, с помощью пинцета, отламывают. Затем надпиливают и отламывают шейку ампулы, завернув надпиленный конец в стерильную марлевую салфетку.

Для получения дозы 0,05 мг БЦЖ в 0,1 мл в ампулу с 20-дозной вакциной переносят стерильным шприцем вместимостью 2,0 мл, с длинной иглой, 2 мл 0,9-процентного раствора натрия хлорида, а в ампулу с 10-дозной вакциной - 1 мл 0,9-процентного раствора натрия хлорида. Вакцина должна полностью раствориться в течение 1 минуты после 2 - 3-кратного встряхивания. Не допускается выпадение осадка или образование хлопьев, не разбивающихся при встряхивании.

Разведенную вакцину необходимо предохранять от действия солнечного и дневного света (цилиндр из черной бумаги) и употреблять сразу после разведения. Неиспользованную вакцину уничтожают кипячением в течение 30 минут, автоклавированием при 126 град. С в течение 30 мин. или погружением в дезинфицирующий раствор (5-процентный раствор хлорамина) на 60 мин.

Для одной прививки шприцем набирают 0,2 мл (2 дозы) разведенной вакцины, затем выпускают через иглу в стерильный ватный тампон 0,1 мл вакцины, чтобы вытеснить воздух и подвести поршень шприца под нужную градуировку - 0,1 мл. Перед каждым набором вакцина должна обязательно аккуратно перемешиваться с помощью шприца 2 - 3 раза. Одним шприцем вакцина может быть введена только одному ребенку.

Вакцину БЦЖ вводят строго внутривожно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча после предварительной обработки кожи 70-градусным спиртом. Иглу вводят срезом вверх в поверхностный слой натянутой кожи. Сначала вводят незначительное количество вакцины, чтобы убедиться, что игла вошла точно внутривожно, а затем всю дозу препарата (всего 0,1 мл). При правильной технике введения должна образоваться папула беловатого цвета диаметром 7 - 9 мм, исчезающая обычно через 15 - 20 мин.

Введение препарата под кожу недопустимо, так как при этом может образоваться холодный абсцесс.

Запрещено наложение повязки и обработка йодом или другими дезинфицирующими растворами места введения вакцины.

Реакция на введение.

На месте внутривожного введения вакцины БЦЖ развивается специфическая реакция в виде папулы размером 5 - 10 мм в диаметре.

У новорожденных нормальная прививочная реакция появляется через 4 - 6 недель. Реакция подвергается обратному развитию в течение 2 - 3 месяцев, иногда и в более длительные сроки. У ревакцинированных местная реакция развивается через 1 - 2 недели. Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур.

У 90 - 95% вакцинированных на месте прививки должен образоваться поверхностный рубчик до 10,0 мм в диаметре. Осложнения после вакцинации и ревакцинации встречаются редко и обычно носят местный характер.

Противопоказания.

К вакцинации:

1) недоношенность 2 - 4 степени (при массе тела при рождении менее 2500 г);

2) вакцинацию откладывают при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний (внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т.п.) до исчезновения клинических проявлений заболевания;

3) иммунодефицитное состояние (первичное);

4) генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье;

5) ВИЧ-инфекция у матери.

Детям, не привитым в период новорожденности, после исключения противопоказаний назначается вакцина БЦЖ-М;

К ревакцинации:

1) острые инфекционные и неинфекционные заболевания, обострение хронических заболеваний, в том числе аллергических. Прививку проводят через 1 месяц после выздоровления или наступления ремиссии;

2) иммунодефицитные состояния, злокачественные новообразования любой локализации. При назначении иммунодепрессантов и лучевой терапии прививку проводят не ранее чем через 6 месяцев после окончания лечения;

3) туберкулез, диагноз инфицирования МБТ в анамнезе;

4) положительная и сомнительная реакция Манту с 2 ТЕ ППД-Л;

5) осложненные реакции на предыдущее введение вакцины БЦЖ (келоидный рубец, лимфаденит и др.).

При контакте с инфекционными больными в семье, детском учреждении и т.д. прививки проводят по окончании срока карантина или максимального срока инкубационного периода для данного заболевания.

Лица, временно освобожденные от прививок, должны быть взяты под наблюдение и учет и привиты после полного выздоровления или снятия противопоказаний. В случае необходимости проводят соответствующие клинико-лабораторные обследования.

Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ-М. Детям в возрасте 2 месяцев и старше предварительно проводят пробу Манту 2 ТЕ ППД-Л и вакцинируют только туберкулиноотрицательных.

Другие профилактические прививки могут быть проведены с интервалом не менее 1 месяца до и после ревакцинации БЦЖ.

Форма выпуска:

в ампулах, содержащих 0,5 мг (10 доз) или 1,0 мг препарата (20 доз) в комплекте с растворителем - 0,9-процентным раствором натрия хлорида по 1 или 2 мл в ампуле соответственно.

В одной пачке содержится 5 ампул вакцины БЦЖ и 5 ампул 0,9-процентного раствора натрия хлорида (5 комплектов).

Срок годности вакцины БЦЖ - 2 года.

Условия хранения и транспортирования:

препарат хранить при температуре 5 - 8 град. С.

Транспортирование всеми видами транспорта при температуре 5 - 8 град. С.

Применение вакцины туберкулезной (БЦЖ-М) сухой (для щадящей первичной иммунизации).

Препарат представляет собой живые микобактерии вакцинного штамма БЦЖ-1, лиофилизированные в 1,5-процентном растворе глутамината натрия. Порошковая масса порошкообразная или в виде таблеток белого или кремового цвета. Гигроскопична. Прививочная доза содержит 0,025 мг препарата в 0,1 мл растворителя.

Биологические и иммунологические свойства. Живые микобактерии штамма БЦЖ-1, размножаясь в организме привитого, приводят к развитию длительного иммунитета к туберкулезу.

Назначение: препарат предназначен для щадящей специфической профилактики туберкулеза.

Способы применения и дозировки.

Вакцину БЦЖ-М применяют внутрикожно в дозе 0,025 мг в 0,1 мл растворителя.

Вакциной БЦЖ-М прививают:

1) в роддоме недоношенных новорожденных с массой тела 2000 г и более, при восстановлении первоначальной массы тела - за день перед выпиской;

2) в отделениях выхаживания недоношенных новорожденных лечебных стационаров (2-ой этап выхаживания) детей с массой тела 2300 г и более - перед выпиской из стационара домой;

3) в детских поликлиниках - детей, не получивших противотуберкулезную прививку в роддоме по медицинским противопоказаниям и подлежащих вакцинации в связи со снятием противопоказаний;

4) на территориях с удовлетворительной эпидемиологической ситуацией по туберкулезу вакцину БЦЖ-М применяют для вакцинации всех новорожденных.

Детей, которым не была проведена вакцинация в первые дни жизни, вакцинируют в течение первых двух месяцев в детской поликлинике или другом лечебно-профилактическом учреждении без предварительной туберкулинодиагностики.

Детям старше 2-месячного возраста перед вакцинацией необходима предварительная постановка пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л. Вакцинируют детей с отрицательной реакцией на туберкулин. Реакцию считают отрицательной при полном отсутствии инфильтрата (гиперемии) или наличии уколочной реакции (1,0 мм). Интервал между пробой Манту и вакцинацией должен быть не менее 3 дней и не более 2 недель.

Прививки должен проводить специально обученный медицинский персонал родильного дома (отделения), отделения выхаживания недоношенных, детских поликлиник или фельдшерско-акушерских пунктов. Вакцинацию новорожденных проводят в утренние часы в специально отведенной комнате после осмотра детей педиатром. Проведение прививок на дому запрещается. Отбор подлежащих прививкам детей предварительно проводит врач (фельдшер) с обязательной термометрией в день прививки, учетом медицинских противопоказаний и данных анамнеза. При

необходимости проводят консультацию с врачами-специалистами и исследование крови и мочи. В истории болезни новорожденного (медицинской карте) указывают дату прививки, серию и контрольный номер вакцины, предприятие-изготовитель, срок годности препарата.

Для вакцинации применяют одноразовые стерильные туберкулиновые шприцы вместимостью 1,0 мл, с плотно пригнанными поршнями и тонкими короткими иглами с коротким срезом. Запрещается применять шприцы и иглы с истекшим сроком годности и безыгольные инъекторы. После каждой инъекции шприц с иглой и ватные тампоны замачивают в дезинфицирующем растворе (5-процентном хлорамине), затем централизованно уничтожают. Запрещается применение для других целей инструментов, предназначенных для проведения прививок против туберкулеза. В комнате для прививок вакцину хранят (в холодильнике, под замком) и разводят. Лиц, не имеющих отношения к вакцинации БЦЖ, в прививочную комнату не допускают. Во избежание контаминации недопустимо совмещение в один день прививки против туберкулеза с другими парентеральными манипуляциями.

Ампулы с вакциной перед вскрытием тщательно просматривают. Препарат не подлежит применению:

- 1) при отсутствии этикетки на ампуле или неправильном ее заполнении;
- 2) при истекшем сроке годности;
- 3) при наличии трещин и насечек на ампуле;
- 4) при изменении физических свойств препарата (сморщенная таблетка, изменение цвета и т.д.);
- 5) при наличии посторонних включений или не разбивающихся хлопьев в разведенном препарате.

Сухую вакцину разводят непосредственно перед употреблением стерильным 0,9-процентным раствором натрия хлорида, приложенным к вакцине. Растворитель должен быть прозрачным, бесцветным и не иметь посторонних включений.

Шейку и головку ампулы протирают спиртом, место запайки (головку) надпиливают и осторожно, с помощью пинцета, отламывают. Затем надпиливают и отламывают шейку ампулы, завернув надпиленный конец в стерильную марлевую салфетку.

Для получения дозы 0,025 мг БЦЖ-М в 0,1 мл в ампулу с вакциной переносят стерильным шприцем с длинной иглой 2 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Вакцина должна полностью раствориться в течение 1 мин. после 2 - 3-кратного встряхивания.

Не допускается выпадение осадка или образование хлопьев, не разбивающихся при встряхивании.

Разведенную вакцину необходимо предохранять от действия солнечного и дневного света (цилиндр из черной бумаги) и употреблять сразу после разведения. Неиспользованную вакцину уничтожают кипячением в течение 30 мин., автоклавированием при 126 град. С в течение 30 мин. или погружением в дезинфицирующий раствор (5-процентный раствор хлорамина) на 60 мин.

Для одной прививки стерильным шприцем набирают 0,2 мл (2 дозы) разведенной вакцины, затем выпускают через иглу в стерильный ватный тампон 0,1 мл вакцины, чтобы вытеснить воздух и подвести поршень под нужную градуировку - 0,1 мл. Перед каждым набором двух доз вакцину обязательно аккуратно перемешивают с помощью шприца 2 - 3 раза. Одним шприцем вакцина может быть введена только одному ребенку.

Вакцину БЦЖ-М вводят строго внутривенно на границе верхней и средней трети наружной поверхности левого плеча после предварительной обработки кожи 70-градусным спиртом. Иглу вводят срезом вверх в поверхностный слой натянутой кожи. Сначала вводят незначительное количество вакцины, чтобы убедиться, что игла вошла точно внутривенно, а затем всю дозу препарата (всего 0,1 мл). При правильной технике введения должна образоваться папула беловатого цвета диаметром не менее 7 - 9 мм, исчезающая обычно через 15 - 20 мин.

Введение препарата под кожу недопустимо, так как при этом может образоваться холодный абсцесс.

Запрещено наложение повязки и обработка йодом и другими дезинфицирующими растворами места введения вакцины.

Реакция на введение.

На месте внутривенного введения вакцины БЦЖ-М развивается специфическая реакция в виде папулы размером 5 - 10 мм в диаметре.

У новорожденных нормальная прививочная реакция проявляется через 4 - 6 недель. Реакция подвергается обратному развитию в течение 2 - 3-х месяцев, иногда и в более длительные сроки.

Место реакции следует предохранять от механического раздражения, особенно во время водных процедур.

Осложнения после вакцинации встречаются редко и обычно носят местный характер.

Противопоказания для вакцинации вакциной БЦЖ-М новорожденных:

- 1) недоношенность - масса тела при рождении менее 2000 г;

2) вакцинацию откладывают при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний (внутриутробная инфекция, гнойно-септические заболевания, гемолитическая болезнь новорожденных среднетяжелой и тяжелой формы, тяжелые поражения нервной системы с выраженной неврологической симптоматикой, генерализованные кожные поражения и т.п.) до исчезновения клинических проявлений заболевания;

3) иммунодефицитное состояние (первичное);

4) генерализованная инфекция БЦЖ, выявленная у других детей в семье;

5) ВИЧ-инфекция у матери.

Лица, временно освобожденные от прививок, должны быть взяты под наблюдение и учет и привиты после полного выздоровления или снятия противопоказаний. При необходимости проводят соответствующие клинико-лабораторные обследования.

Дети, не вакцинированные в период новорожденности, получают вакцину БЦЖ-М после отмены противопоказаний.

Форма выпуска.

В ампулах, содержащих 0,5 мг препарата (20 доз), в комплекте с растворителем - 0,9-процентным раствором натрия хлорида по 2 мл в ампуле.

В одной пачке содержится 5 ампул вакцины БЦЖ-М и 5 ампул 0,9-процентного раствора натрия хлорида (5 комплектов).

Срок годности вакцины БЦЖ-М - 1 год.

Условия хранения и транспортирования.

Препарат хранится при температуре 5 - 8 град. С.

Транспортирование всеми видами транспорта при температуре 5 - 8 град. С.

Осложнения после введения вакцины БЦЖ и БЦЖ-М.

Причинами возникновения осложнений после иммунизации туберкулезной вакциной, помимо биологических свойств штамма, могут являться нарушение техники внутрикожного введения препарата, показаний к проведению прививки, а также сопутствующая патология у ребенка до прививки и в период развития местной прививочной реакции.

Осложнения делят на четыре категории:

1-я категория - локальные кожные поражения (подкожные инфильтраты, холодные абсцессы, язвы) и регионарные лимфадениты;

2-я категория - персистирующая и диссеминированная БЦЖ-инфекция без летального исхода (волчанка, оститы и др.);

3-я категория - диссеминированная БЦЖ-инфекция генерализованное поражение с летальным исходом, которое отмечают при врожденном иммунодефиците;

4-я категория - пост-БЦЖ-синдром проявления заболевания, возникшего вскоре после вакцинации БЦЖ, главным образом аллергического характера: узловатая эритема, кольцевидная гранулема, сыпи и т.п.

Учитывая важность своевременного выявления и необходимость проведения адекватных мероприятий в случаях возникновения осложнения после введения вакцины БЦЖ или БЦЖ-М, показан следующий комплекс организационных действий по своевременному выявлению заболевания, последующему лечению и диспансерному наблюдению за детьми с данной патологией.

Алгоритм (последовательность) действий врача включает в себя следующие этапы обследования ребенка после введения ему противотуберкулезной вакцины:

1 этап. При осмотре педиатром в условиях детской поликлиники необходимо помнить, что каждого ребенка, привитого внутрикожно туберкулезной вакциной, до заживления местной прививочной реакции осматривает педиатр в возрасте 1, 3, 6, 12 месяцев. При осмотре педиатр обращает внимание на место введения вакцины и состояние регионарных (шейных, подмышечных, над- и подключичных) лимфатических узлов.

Изъязвление на месте введения вакцины более 10 мм, или увеличение свыше 10 мм одного из указанных периферических лимфатических узлов, или длительное, свыше 6 месяцев, незаживление местной прививочной реакции являются показаниями для направления ребенка на консультацию к детскому фтизиатру. Показано дополнительное обследование у детского фтизиатра также детей с подмышечными (аксиллярными), над-, подключичными лимфаденитами, выявленными случайно при рентгенологическом обследовании органов грудной клетки по поводу небольшого увеличения лимфатического узла, выража туберкулиновых реакций, гиперчувствительности к туберкулину, симптомов туберкулезной интоксикации, частых простудных заболеваний, наличия костного очага, расцененного как остеомиелит, хронических синовитов и артритов.

2 этап. В условиях детской поликлиники фтизиатр на основании клинических проявлений заболевания определяет объем диагностических мероприятий для подтверждения диагноза. Клинические критерии поствакцинальных осложнений, позволяющие отличить их от неспецифических поражений, приведены ниже.

Лимфадениты (регионарные, чаще подмышечные (аксиллярные), иногда над- или подключичные, встречаются в основном у детей раннего возраста):

1) увеличение лимфатических узлов до IV ("фасоли"), V ("лесного ореха") и позже - VI ("грецкого ореха") размеров;

2) консистенция лимфатических узлов вначале мягкая, эластическая, позже плотная;

3) пальпация лимфатических узлов безболезненна;

4) кожа над ними не изменена или розоватого цвета;

5) может сопровождаться казеификацией с прорывом казеозных масс наружу и образованием свища с умеренным или обильным гнойным отделяемым.

Инфильтрат развивается в месте введения вакцины:

1) в центре может быть изъязвление;

2) размер от 15 до 30 мм и более;

3) сопровождается увеличением регионарных лимфатических узлов.

Холодный абсцесс (скрофулодерма):

1) опухолевидное образование без изменения кожи над ним;

2) пальпация безболезненная, в центре определяют флюктуацию;

3) нередко сопровождается реактивным увеличением подмышечных лимфатических узлов;

4) изъязвление (в случае несвоевременного диагностирования холодного абсцесса и его самопроизвольного вскрытия).

Язва (дефект кожи и подкожно-жировой клетчатки в месте введения вакцины):

1) размер язвы от 10 до 20 - 30 мм в диаметре (края ее подрыты, инфильтрация вокруг выражена слабо, дно покрыто обильным гнойным отделяемым).

Келоидный рубец (опухолевидное образование в месте введения вакцины различной величины, возвышающееся над уровнем кожи). В отличие от рубца, формирующегося при нормальном течении вакцинного процесса, келоид:

1) имеет плотную, иногда хрящевидную консистенцию;

2) в толще келоида имеются хорошо видимые при осмотре капилляры;

3) форма рубца округлая, эллипсоидная, иногда звездчатая; поверхность гладкая, глянцевая;

4) окраска от бледно-розовой, интенсивно розовой с синюшным оттенком до коричневатой;

5) сопровождается чувством зуда в его области, к зуду присоединяются болевые ощущения.

Остит - поражение костной системы (клиническая картина соответствует очагу поражения).

Критерием, позволяющим предположить поствакцинальную этиологию процесса, является возраст ребенка от 6 мес. до 1 года и ограниченность очага поражения.

В условиях детской поликлиники проводят следующие дополнительные исследования:

1) лабораторные методы: общие анализы крови и мочи;

2) туберкулинодиагностику: пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л (если осложнение диагностируют через 12 месяцев или позже после иммунизации туберкулезной вакциной);

3) обзорную рентгенограмму органов грудной клетки.

3 этап. После клинко-рентгенологического обследования ребенка с подозрением на осложнение направляют в специализированное противотуберкулезное отделение для верификации диагноза и назначения лечения.

В условиях противотуберкулезного диспансера проводят дополнительное рентгеномографическое обследование и верификацию диагноза.

Томографическое исследование органов грудной клетки показано:

1) при наличии патологических изменений на обзорной рентгенограмме органов грудной клетки, требующих томографии средостения для верификации диагноза;

2) при выявлении костно-суставной патологии.

При подозрении на БЦЖ-остит дополнительно проводят обзорные рентгенографии пораженного отдела в двух проекциях, которые позволяют выявить характерные признаки патологии, регионарный остеопороз, атрофию кости, очаги деструкции в эпиметафизарных отделах длинных трубчатых костей с тенями плотных включений, секвестров, контактную деструкцию суставных поверхностей, сужение суставной щели, уплотнение теней мягких тканей суставов.

Для верификации диагноза БЦЖ-остита используют преимущественно бактериологические методы (выделение культуры возбудителя с доказательством его принадлежности к *M.bovis* VCG с помощью определения ее биологических свойств: скорости роста, морфологии, тинкториальных свойств, нитрат-редуктазной пробы, каталазной активности, лекарственной устойчивости, с обращением особого внимания на лекарственную чувствительность к цикloserину). По возможности используют также молекулярно-биологические методы идентификации возбудителя.

В случае невозможности верифицировать принадлежность возбудителя к *M.bovis* VCG диагноз поствакцинального осложнения устанавливают на основании комплексного обследования (клинического, рентгенологического, лабораторного). После постановки диагноза фтизиатр на

основании клинических проявлений заболевания определяет объем мероприятий для лечения ребенка и назначает противотуберкулезную терапию.

Лечение поствакцинального осложнения проводит фтизиатр в условиях противотуберкулезного диспансера, по общим принципам лечения ребенка, больного внелегочным туберкулезом, с индивидуализацией в зависимости от вида осложнения и распространенности процесса. Госпитализация в специализированный стационар показана в случае невозможности адекватного проведения терапии в амбулаторных условиях. Проведение любых других профилактических прививок во время лечения ребенка (подростка) по поводу осложнения категорически запрещается.

Заключительным 4 этапом алгоритма врачебных мероприятий после постановки диагноза поствакцинального осложнения на месте введения вакцины БЦЖ является информирование о выявленном осложнении медицинских учреждений, занимающихся данными проблемами, а именно:

1) незамедлительно ставят в известность руководителя медицинского учреждения и направляют экстренное извещение в центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора;

2) составляют карту регистрации больного с осложнениями после иммунизации туберкулезной вакциной (приложение 1) и направляют в Республиканский центр по осложнениям противотуберкулезной вакцины Минздрава России при НИИ фтизиопульмонологии Минздрава России;

3) обо всех случаях осложнений и необычных реакций или несоответствиях физических свойств туберкулезной вакцины сообщают в ГИСК им. Л.А. Тарасевича Минздрава России.

Организация вакцинации новорожденных.

1. Организует вакцинацию новорожденных главный врач родильного дома (зав. отделением).

2. Главный врач родильного дома (отделения) выделяет не менее двух медсестер для прохождения специальной подготовки по технике введения вакцины.

3. При направлении в детскую поликлинику обменной карты (учетная форма N 0113/у) родильный дом (отделение) отмечает в ней дату внутрикожной вакцинации, серию вакцины, срок ее годности и название института-изготовителя.

4. Родильный дом (отделение) информирует родителей, что через 4 - 6 недель после внутрикожной вакцинации у ребенка должна развиться местная прививочная реакция, при появлении которой ребенка необходимо показать участковому врачу-педиатру. Место реакции категорически запрещается обрабатывать любыми растворами и смазывать различными мазями.

5. Детям, родившимся вне родильного дома, а также новорожденным, которым по каким-либо причинам не была сделана прививка, вакцинацию проводят в детской поликлинике (в детском отделении больницы, фельдшерско-акушерском пункте) специально обученные методике внутрикожной вакцинации медицинские сестры (фельдшеры).

Для вакцинации новорожденных внутрикожным методом в детской комнате родильного дома (отделения) необходимо иметь:

холодильник для хранения вакцины БЦЖ и БЦЖ-М при температуре не выше +8 град. С;

шприцы 2 - 5-граммовые одноразового применения для разведения вакцины - 2 - 3 шт.;

шприцы одноразовые туберкулиновые с хорошо пригнанным поршнем и тонкой короткой иглой с коротким косым срезом - не менее 10 - 15 шт. на один день работы;

иглы инъекционные N 840 для разведения вакцины - 2 - 3 шт.;

этиловый спирт (70-процентный), регистрационный N 74\614\11(12);

хлорамин 5-процентный, регистрационный N 67\554\250. Готовят в день вакцинации.

Все необходимые для внутрикожной вакцинации предметы должны храниться под замком в отдельном шкафчике. Использование их для каких-либо других целей категорически запрещается.

При проведении вакцинации детей, которые не были вакцинированы в период новорожденности, в поликлинике необходимо дополнительно иметь инструментарий для проведения туберкулиновой пробы Манту.

Организация ревакцинации против туберкулеза.

1. Постановку пробы Манту с 2 ТЕ ППД-Л и противотуберкулезную ревакцинацию осуществляет один и тот же состав специально подготовленных средних медицинских работников детских городских, районных и центральных районных поликлиник, объединенных в бригады по 2 человека.

2. Состав бригады и планы-графики их работы ежегодно оформляют приказом главного врача соответствующего лечебно-профилактического учреждения.

3. Медицинские сестры, входящие в бригаду, должны хорошо владеть методикой постановки, оценки проб Манту и проведения прививок. Пробу ставит одна медицинская сестра, оценку пробы должны проводить оба члена бригады, а прививки, в зависимости от числа подлежащих лиц, могут проводить одна или обе медицинские сестры. На время работы к бригаде подключается

медицинский работник учреждения, где проводят массовую туберкулинодиагностику и ревакцинацию.

4. Медицинские работники на местах проводят отбор на пробы и прививки, организуют поток, отбирают и направляют к фтизиатру лиц, нуждающихся в дообследовании на туберкулез; оформляют документацию, составляют отчет о проделанной работе. Врачи детских и подростковых учреждений, работники госсанэпиднадзора и фтизиатры контролируют работу на местах.

5. В плане-графике работы бригад необходимо предусмотреть повторный выход их в течение года для охвата детей и подростков, отсутствовавших по болезни или имевших временные медицинские отводы при первом массовом обследовании коллектива.

6. В каждом противотуберкулезном диспансере (отделении) выделяется лицо, ответственное за противотуберкулезные прививки, на которое возлагают контроль за работой бригад района, методическую помощь и ревакцинацию неинфицированных лиц.

7. Полный охват контингентов, подлежащих противотуберкулезным прививкам, а также качество внутрикожной ревакцинации обеспечивает главный врач поликлиники, центральной и районной больницы, амбулатории, районный педиатр, главный врач противотуберкулезного диспансера, главный врач государственного центра санитарно-эпидемиологического надзора и лица, непосредственно выполняющие эту работу.

Главные врачи противотуберкулезного диспансера (областного, районного подчинения) должны организовать в детском отделении прием врача для лечения детей (раннего, школьного возрастов) с постпрививочными осложнениями. Лечение должен проводить обученный врач-фтизиопедиатр, прием детей необходимо организовать в определенные дни.

Инструментарий для проведения пробы Манту перед ревакцинацией и для ревакцинации.

При использовании туберкулиновых однограммовых шприцев одноразового применения необходимо на один день работы бригады 150 шприцев с хорошо пригнанными поршнями с коротким косым срезом; 3 - 5 штук 2 - 5-граммовых шприцев с иглами для разведения вакцины. На год количество шприцев и игл планируют из расчета числа подлежащих ревакцинации лиц: для школьников 1-х классов - 50%; 9-х классов - 30% учащихся.

Перечень инструментария многоразового применения:

- 1) бикс 18 x 14 см для ваты - 1 шт.;
- 2) стерилизаторы - укладка для шприцов емкостью 5,0; 2,0 гр. - 2 шт.;
- 3) шприцы 2 - 5-миллилитровые - 3 - 5 шт.;
- 4) иглы инъекционные N 804 для извлечения туберкулина из флакона и для разведения вакцины - 3 - 5 шт.;
- 5) пинцеты анатомические длиной 15 см - 2 шт.;
- 6) напильник для вскрытия ампул - 1 шт.;
- 7) линейки миллиметровые длиной 100 мм (из пластмассы) - 6 шт. или специальные штангенциркули - 6 шт.;
- 8) склянки для медикаментов емкостью 10 мл - 2 шт.;
- 9) бутылка емкостью 0,25 - 0,5 л для дезинфицирующих растворов - 1 шт.

Для проведения туберкулинодиагностики и ревакцинации в крупных коллективах бригадным методом, когда работают одновременно 2 медицинские сестры, в условиях непрерывного потока обследуемых следует использовать набор инструментария в соответствии с Инструкцией по применению туберкулиновых проб.

Инструментарий для производства туберкулиновой пробы и ревакцинации должен быть отдельным и иметь соответствующую маркировку. Одним стерильным шприцем туберкулин или вакцина БЦЖ могут быть введены только одному человеку.

Составление плана прививок и контроль его выполнения:

1) составление плана противотуберкулезных прививок возлагают на главных врачей центра государственного санитарно-эпидемиологического надзора, родильного дома, детской и общей поликлиники, противотуберкулезного диспансера (в пределах района и объема деятельности каждого учреждения);

2) сводный план прививок против туберкулеза по району, городу, области составляет центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора совместно с главными педиатрами и противотуберкулезными диспансерами;

3) в плане ревакцинации по району, городу, области предусматривают:

- а) учет числа детей и подростков, подлежащих противотуберкулезным прививкам;
- б) календарный план обследования контингентов и проведение ревакцинации БЦЖ с учетом времени проведения других прививок;
- в) подготовку медицинского персонала для проведения прививок и его инструктирование;
- 4) учет лиц, подлежащих прививкам в детских и подростковых коллективах, проводят врачи общей педиатрической сети, обслуживающие эти коллективы и учреждения;

5) при составлении плана вакцинации за основу берут рождаемость в данном районе, городе, плана ревакцинации - число детей, подростков и взрослых, подлежащих ревакцинации с учетом процента лиц, отрицательно реагирующих на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л;

6) контроль за выполнением плана противотуберкулезных прививок на местах осуществляет центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора, которому ежемесячно представляют отчет по форме N 086/у учреждения, проводящие прививки;

7) потребность в туберкулине исчисляют из расчета две дозы по 0,1 мл на каждое обследуемое лицо. При этом необходимо учитывать, что в ампулах по 3 мл - 30 доз на обследование 15 человек. Один литр туберкулина содержит 10000 доз, которые используют для обследования 5000 человек;

8) потребность в вакцине БЦЖ и БЦЖ-М для вакцинации новорожденных исчисляют из расчета 20 - 30 ампул туберкулезной вакцины сухой для внутрикожного введения и растворителя (в комплекте) в месяц на одно родильное отделение, где рождается 5 - 10 детей в день. При этом необходимо учитывать также наличие 10- или 20-дозной вакцины БЦЖ;

9) потребность в вакцине БЦЖ для ревакцинации в коллективах исчисляют из расчета одна ампула сухой вакцины, содержащей 10 доз, на 5 детей, а содержащей 20 доз - на 10 детей, подлежащих ревакцинации в коллективах, т.е. 2 дозы на каждого прививаемого. При этом учитывают число детей с хроническими заболеваниями, которые нуждаются в прививках вакциной БЦЖ-М;

10) количество вакцины при хранении не должно превышать месячный запас.

4. Для выявления туберкулеза необходимо периодически проводить профилактические медицинские осмотры граждан. [Порядок](#) и сроки проведения профилактических медицинских осмотров устанавливаются Постановлением Правительства РФ от 25 декабря 2001 года N 892.

Согласно Постановлению Правительства РФ N 892, которое утвердило [Порядок](#) и сроки проведения профилактических медицинских осмотров населения, профилактические медицинские осмотры населения направлены на своевременное выявление туберкулеза и проводятся в массовом, групповом (по эпидемическим показаниям) и индивидуальном порядке в лечебно-профилактических учреждениях по месту жительства, работы, службы, учебы или содержания в следственных изоляторах и исправительных учреждениях в соответствии с инструкцией о проведении профилактических медицинских осмотров населения, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

При профилактических медицинских осмотрах населения в целях выявления туберкулеза используются методы, методики и технология проведения медицинского обследования, утверждаемые Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Население подлежит профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза не реже 1 раза в 2 года.

В групповом порядке по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат 2 раза в год следующие группы населения:

1) военнослужащие, проходящие военную службу по призыву;

2) работники родильных домов (отделений);

3) лица, находящиеся в тесном бытовом или профессиональном контакте с источниками туберкулезной инфекции;

4) лица, снятые с диспансерного учета в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях в связи с выздоровлением, - в течение первых 3 лет после снятия с учета;

5) лица, перенесшие туберкулез и имеющие остаточные изменения в легких, - в течение первых 3 лет с момента выявления заболевания;

6) ВИЧ-инфицированные;

7) пациенты, состоящие на диспансерном учете в наркологических и психиатрических учреждениях;

8) лица, освобожденные из следственных изоляторов и исправительных учреждений, - в течение первых 2 лет после освобождения;

9) подследственные, содержащиеся в следственных изоляторах, и осужденные, содержащиеся в исправительных учреждениях.

В групповом порядке по эпидемическим показаниям (независимо от наличия или отсутствия признаков заболевания туберкулезом) профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат 1 раз в год следующие группы населения:

1) лица:

а) больные хроническими неспецифическими заболеваниями органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, мочеполовой системы;

б) больные сахарным диабетом;

в) получающие кортикостероидную, лучевую и цитостатическую терапию;

- 2) лица, принадлежащие к социальным группам высокого риска заболевания туберкулезом:
 - а) без определенного места жительства;
 - б) мигранты, беженцы, вынужденные переселенцы;
 - в) проживающие в стационарных учреждениях социального обслуживания и учреждениях социальной помощи для лиц без определенного места жительства и занятий;
- 3) работники:
 - а) учреждений социального обслуживания для детей и подростков;
 - б) лечебно-профилактических, санаторно-курортных, образовательных, оздоровительных и спортивных учреждений для детей и подростков.

В индивидуальном (внеочередном) порядке профилактическим медицинским осмотрам в целях выявления туберкулеза подлежат:

- 1) лица, обратившиеся в лечебно-профилактические учреждения за медицинской помощью с подозрением на заболевание туберкулезом;
- 2) лица, проживающие совместно с беременными женщинами и новорожденными;
- 3) граждане, призываемые на военную службу или поступающие на военную службу по контракту;
- 4) лица, у которых диагноз - ВИЧ-инфекция установлен впервые.

Изменение сроков проведения профилактических медицинских осмотров отдельных групп населения по эпидемическим показаниям в целях выявления туберкулеза определяется Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Лечащий врач в течение 3 дней с момента выявления при профилактическом медицинском осмотре у обследуемого признаков, указывающих на возможное заболевание туберкулезом, направляет его в лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение для завершения обследования.

Руководители лечебно-профилактических учреждений по данным индивидуального учета населения обеспечивают планирование, организацию и учет профилактических медицинских осмотров в целях выявления туберкулеза.

Комиссия врачей лечебно-профилактического специализированного противотуберкулезного учреждения подтверждает диагноз - туберкулез и принимает решение о необходимости диспансерного наблюдения за больным туберкулезом. О принятом решении больной информируется письменно в 3-дневный срок со дня постановки на диспансерный учет.

5. Комментируемой [статьей](#) выделена обязанность руководителей медицинских организаций и граждан, занимающихся частной медицинской деятельностью, информировать медицинские противотуберкулезные организации органов управления здравоохранением субъектов РФ, а также территориальные органы, созданные в установленном законодательством РФ порядке для осуществления государственного санитарно-эпидемиологического надзора в субъектах РФ, о выявленных больных туберкулезом и о каждом освобождающемся из учреждений уголовно-исполнительной системы больном туберкулезом на соответствующих территориях в течение года.

Статья 9. Диспансерное наблюдение

Комментарий к [статье 9](#)

1. В комментируемой [статье](#) определен порядок диспансерного наблюдения за больными туберкулезом. [Порядок](#) диспансерного наблюдения за больными туберкулезом утвержден Постановлением Правительства РФ от 25.12.2001 N 892.

Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом осуществляется в лечебно-профилактических специализированных противотуберкулезных учреждениях (отделениях, кабинетах) по месту жительства, работы, службы, учебы, содержания больного в следственном изоляторе или исправительном учреждении.

Диспансерному наблюдению подлежат следующие группы населения:

- 1) больные активной формой туберкулеза (в течение первых 3 лет после излечения);
- 2) больные с неуточненной формой активности туберкулезного процесса;
- 3) дети и подростки, впервые инфицированные микобактериями туберкулеза, с гиперергическими и нарастающими реакциями на туберкулин;
- 4) дети, у которых возникли осложнения на введение противотуберкулезной вакцины.

Решение о необходимости диспансерного наблюдения принимается комиссией врачей, назначаемой руководителем лечебно-профилактического специализированного противотуберкулезного учреждения в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

О постановке на диспансерный учет больной извещается в письменной форме, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

Диспансерное наблюдение за больными туберкулезом осуществляется непрерывно, независимо от согласия больного или его законных представителей на этапах амбулаторного, стационарного и санаторного лечения в целях обеспечения эффективности профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий.

Сроки диспансерного наблюдения за больными туберкулезом определяются в соответствии с методикой диспансерного наблюдения, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

При изменении места жительства больной туберкулезом обязан сняться с диспансерного учета в лечебно-профилактическом специализированном противотуберкулезном учреждении и в течение 10 дней после изменения места жительства встать на диспансерный учет в лечебно-профилактическом специализированном противотуберкулезном учреждении по новому месту жительства.

При увольнении с военной службы больного активной формой туберкулеза лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение Министерства обороны РФ, иных федеральных органов исполнительной власти, в которых федеральным законом предусмотрена военная служба, направляет в 3-дневный срок извещение в лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение по месту жительства больного для осуществления диспансерного наблюдения.

При освобождении больного туберкулезом из учреждения уголовно-исполнительной системы соответствующее лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение направляет в 3-дневный срок извещение и медицинскую документацию в лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение по месту прибытия больного, осуществляющее диспансерное наблюдение.

Указанный больной обязан обратиться в лечебно-профилактическое специализированное противотуберкулезное учреждение для постановки на диспансерный учет в течение 10 дней с даты прибытия на место проживания.

В случае нарушения больными заразной формой туберкулеза порядка диспансерного наблюдения они подлежат обязательному обследованию и лечению в судебном порядке в соответствии со ст. 10 комментируемого Федерального закона.

Решение о прекращении диспансерного наблюдения принимается комиссией врачей лечебно-профилактического специализированного противотуберкулезного учреждения, о чем в письменной форме, утверждаемой Министерством здравоохранения и социального развития РФ, извещается лицо, подлежащее диспансерному наблюдению.

Кроме того, Приказом Министерства здравоохранения от 21 марта 2003 г. N 109 "О совершении противотуберкулезных мероприятий в РФ" утверждена Инструкция по централизованному контролю за диспансерным наблюдением больных туберкулезом.

Согласно данной Инструкции по централизованному контролю за диспансерным наблюдением больных туберкулезом в основу системы централизованного контроля (СЦК) положено два принципа:

1) унификация мероприятий по выявлению, диагностике, лечению туберкулеза в соответствии с Инструкцией по организации диспансерного наблюдения и учету контингентов противотуберкулезных учреждений;

2) дифференциация указанных мероприятий, позволяющая выработать индивидуальную схему наблюдения каждого больного в городской и сельской местности в зависимости от географических и экономических особенностей, состояния коммуникаций, особенностей быта и других социальных условий, характера туберкулезного процесса у пациента и т.д.

Централизованный контроль за противотуберкулезными мероприятиями обеспечивает высокое качество работы даже при разном уровне подготовки медицинского персонала и неполном укомплектовании штатов медицинских работников. Система централизованного контроля способствует постоянному повышению квалификации врачей, так как все случаи расхождения в диагнозе и тактике диспансерного наблюдения больного рассматривают коллегиально. Систематический контакт районного фтизиатра со специалистами головного противотуберкулезного диспансера представляет собой процесс взаимного обучения врачей и повышает ответственность фтизиатра.

Централизованный контроль за диспансерным наблюдением больных туберкулезом обеспечивает областной (окружной, краевой, республиканский, г.г. Москвы и Санкт-Петербурга) противотуберкулезный диспансер (далее - областной, окружной, краевой, республиканский ПТД). Аналогичные формы работы, но в меньшем объеме, осуществляют городские, межрайонные диспансеры, а также районные диспансеры в своей зоне обслуживания.

ПТД обеспечивает контроль следующих мероприятий:

1) микробиологической диагностики туберкулеза;

2) выявления, диагностики, лечения впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивами заболевания;

3) диспансерного наблюдения за контингентами больных туберкулезом;

4) оформления свидетельств о смерти от туберкулеза.

СЦК за наблюдением впервые выявленных больных и больных с рецидивами туберкулеза обеспечивает связь областного, окружного, краевого, республиканского ПТД с районными и городскими ПТД, туберкулезными кабинетами и отделениями, фельдшерско-акушерскими пунктами, со стационарами, санаториями, поликлиниками и другими лечебно-профилактическими учреждениями, в которых осуществляют выявление, наблюдение и лечение впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивами туберкулеза.

Мероприятия по обслуживанию впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивами туберкулеза состоят из контроля за выявлением, диагностикой, госпитализацией, систематическим обследованием больных, лечением на всех этапах, эффективностью лечения, изменением диагноза в процессе наблюдения.

Централизованный контроль за диагностикой впервые выявленных больных туберкулезом. Централизованный контроль (ЦК) за выявлением и диагностикой больных туберкулезом осуществляет областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД. Аналогичные формы работы, но в меньшем объеме, применяют крупные межрайонные диспансеры, а также районные диспансеры в своей зоне обслуживания.

С целью повышения качества выявления и диагностики при ПТД приказом главного врача создается центральная врачебная контрольная комиссия (ЦВКК). При небольшом количестве больных, находящихся под наблюдением учреждения, функции ЦВКК может выполнять и существующая клиничко-экспертная комиссия (КЭК). Комиссия состоит из наиболее квалифицированных специалистов: фтизиатра (в том числе обслуживающего детское население), рентгенолога, хирурга, врача-методиста. Для замены временно отсутствующих постоянных членов предусматривают дублирующий состав комиссии. Комиссия заседает, в зависимости от объема работы, 1 - 3 раза в неделю в строго фиксированные дни, решения ее записывают в специально оформленный журнал. При регистрации в журнале каждому впервые выявленному больному и больному с рецидивом туберкулеза присваивают индивидуальный номер (регистрационный номер), который сохраняется за ним в течение всего периода диспансерного наблюдения. Регистрационный номер сообщают в учреждение (отделение, кабинет), направившее форму N 089 Т/У-2003. Комиссия осуществляет консультацию (очную или заочную) всех впервые выявленных больных туберкулезом и больных с рецидивами туберкулеза в субъекте РФ.

Заседания ЦВКК могут проводиться как на базе областного (окружного, краевого, республиканского, г.г. Москвы и Санкт-Петербурга) диспансера, так и в форме выездных заседаний, а также с использованием телекоммуникационных технологий. С учетом территориальных особенностей могут быть созданы несколько комиссий по кустовому принципу. В этом случае ЦВКК областного (окружного, краевого, республиканского, г.г. Москвы и Санкт-Петербурга) диспансера контролирует работу кустовых ЦВКК и берет на себя рассмотрение наиболее сложных случаев.

Противотуберкулезные диспансеры (отделения, кабинеты) направляют на рассмотрение ЦВКК следующую документацию: форму N 089 Т/У-2003, выписку из истории болезни (амбулаторной карты) и рентгенограммы. В сложных диагностических случаях проводится очная консультация больного. При необходимости комиссия рекомендует провести дополнительное обследование больного или направить его в областной (окружной, краевой, республиканский) противотуберкулезный диспансер для углубленного обследования. Результаты динамического наблюдения должны быть представлены на комиссию повторно в указанные сроки.

После установления диагноза активного туберкулеза заполняют извещение (форма N 089 Т/У-2003) и в трехдневный срок направляют в областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД и центр государственного санитарно-эпидемиологического надзора. Решение о постановке на диспансерный учет и снятии с него вручается (направляется) больному в письменной форме районным/участковым фтизиатром после подтверждения диагноза ЦВКК.

ЦВКК подтверждает либо снимает диагноз активного туберкулеза. В случае снятия диагноза туберкулеза форма N 089 Т/У-2003 отзывается из центра госсанэпиднадзора районным/участковым фтизиатром. Формы N 089 Т/У-2003 на лиц, у которых снят диагноз туберкулеза, хранят в областном (окружном, краевом, республиканском) диспансере и используют для анализа диагностических ошибок.

Контроль за диагностикой и своевременным выполнением рекомендаций ЦВКК осуществляют с помощью картотеки, составленной по форме N 089 Т/У-2003. Карты в картотеке распределяют по сигнальной системе (по месяцам) в зависимости от намеченных сроков повторного представления материалов на консультацию.

Для предотвращения повторного взятия на учет в качестве впервые выявленных больных лиц, прибывших из других административных территорий, запрос о больном направляется в противотуберкулезное учреждение по месту его последнего проживания.

Для предотвращения повторного взятия на учет больных с рецидивами как впервые выявленных в областном (окружном, краевом, республиканском) ПТД ведут учет лиц, снятых с наблюдения. Для этих целей используют архивные данные (формы N 089 Т/У-2003 (ранее форма N 281/У), систематизированные по алфавиту независимо от места жительства больного). Перед постановкой больного на диспансерный учет все заполненные формы N 089 Т/У-2003 сопоставляют с этой картотекой. Оптимальным является использование для этих целей персонифицированной компьютерной базы данных.

Для исключения гипердиагностики рецидивов туберкулеза необходимо сохранять последние рентгено- и томограммы всех лиц, снятых с диспансерного наблюдения.

С целью уточнения диагноза туберкулеза и исключения гипердиагностики рецидивов ЦВКК в конце календарного года пересматривает документацию и вносит соответствующие коррективы в формы N 089 Т/У-2003 и N 30-4/у на всех впервые выявленных больных туберкулезом и больных с его рецидивом.

Деятельность ЦВКК тесно связана с курацией, которая осуществляется областным (окружным, краевым, республиканским) ПТД. Во время визитов в районы кураторы контролируют работу по выявлению и диагностике туберкулеза, своевременность представления информации о выявленных больных туберкулезом и выполнение решений ЦВКК.

Централизованный контроль за лечением впервые выявленных больных туберкулезом. Организация централизованного контроля (ЦК) за лечением впервые выявленных больных туберкулезом является одним из наиболее важных разделов. Задачи ЦВКК (КЭК) по ЦК за лечением следующие:

- 1) определение схемы и организационной формы лечения больного, профиля стационара;
- 2) своевременное внесение корректив в схему лечения и в диагноз в процессе лечения, подтверждение обоснованности предлагаемой лечащим врачом тактики ведения больного;
- 3) контроль соответствия режима химиотерапии, назначенного лечащим врачом, режиму, утвержденному данным приказом;
- 4) слежение за сроками от момента выявления больного туберкулезом до начала его лечения, сокращение перерывов при смене одного этапа лечения другим;
- 5) контроль своевременности и качества обследования больных туберкулезом в процессе лечения.

ЦК за лечением впервые выявленных больных туберкулезом осуществляют специалисты областного (окружного, краевого, республиканского) ПТД. В зависимости от местных особенностей и возможностей эту работу проводят врачи ЦВКК (КЭК) или методического кабинета, врачи амбулаторного приема областного (окружного, краевого, республиканского) ПТД, кураторы районов или специально выделенные врачи.

Контроль за лечением впервые выявленных больных туберкулезом на всех этапах обеспечивают с помощью картотеки или регистра. Оптимальным является использование для этих целей компьютерной техники с соответствующим программным обеспечением.

Районные и городские ПТД обязаны ежеквартально представлять в областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД сведения о ходе лечения больных на протяжении всего курса лечения по формам, утвержденным Минздравом России.

В стационарах обеспечивается отбор больных для хирургического лечения. С этой целью ведут журнал консультаций хирурга (очных или заочных).

После окончания лечения врач стационара обязан в трехдневный срок направить в методический кабинет областного (окружного, краевого, республиканского) ПТД и участковому (районному) фтизиатру сигнальную карту и выписку с уточненным диагнозом и рекомендациями по дальнейшему лечению. Получив сигнальную карту, участковый (районный) фтизиатр сообщает в областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД о продолжении лечения. Если эти сведения в течение двух недель не поступают в методический кабинет областного (окружного, краевого, республиканского) ПТД, то сигнальную карту повторно направляют участковому (районному) фтизиатру. Такая же система обратной связи должна существовать между районным фтизиатром и фельдшером фельдшерско-акушерского пункта.

Контроль за лечением больных туберкулезом осуществляется на всех этапах лечения: стационарном, санаторном и амбулаторном.

Интенсивную фазу лечения преимущественно проводят в условиях стационара. Для обеспечения непрерывного лечения рекомендуется до плановой выписки больного из стационара разработать план амбулаторного контролируемого лечения, включив его в выписной эпикриз.

Амбулаторное лечение может быть организовано:

- 1) в центральной районной больнице (кабинет участкового фтизиатра) - для больных, проживающих в районном центре;
- 2) в фельдшерско-акушерском пункте, в сельских участковых больницах, амбулаториях, с учетом удобства транспортного сообщения;
- 3) в отдельных случаях (по решению ЦВКК или КЭК) на дому у больного.

Лечение проводят как в ежедневной, так и в интермиттирующей форме. К работе по проведению контролируемой химиотерапии могут привлекаться работники обществ Красного Креста, другие гуманитарные организации.

При невозможности продолжить лечение больных в амбулаторных условиях целесообразно продолжить лечение больного в стационаре (в том числе дневном), санатории.

Если в районе нет возможности провести качественное своевременное обследование с применением микробиологических и лучевых методов, больных направляют в областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД.

Систематический контроль за ходом лечения и обследования дает возможность получить достоверную информацию о результатах лечения каждого больного за отчетный период.

Централизованный контроль наблюдения больных туберкулезом, состоящих на учете, аналогичен комплексу мероприятий, направленных на повышение качества диспансерного наблюдения впервые выявленных больных. Основные разделы работ выполняют врачи-кураторы областного (окружного, краевого, республиканского) ПТД под руководством заведующего диспансерным отделением или врача методического кабинета. Мероприятия по наблюдению за больными, состоящими на учете, включают контроль за диагностикой, лечением, переводом из группы диспансерного наблюдения, снятием с учета.

Для контроля за контингентами больных туберкулезом в областном (окружном, краевом, республиканском) ПТД организуют централизованную картотеку (по дублированным картам формы N 30-4/у или с использованием компьютерных технологий). Картотеку составляют по районам. Работу с картотекой, в соответствии со специально составленным графиком, осуществляют кураторы районов. Картотека позволяет проверять правильность составления годового отчета районным фтизиатром и исключает потерю информации о наблюдаемых контингентах, дает возможность контролировать качество диагностики и проводимое лечение, контролировать, а по некоторым районам и планировать перевод больного из группы в группу без выезда кураторов в район.

Сведения в картотеке уточняют во время выездов кураторов в район, а также в конце года при приеме годового отчета, когда врачи-методисты областного (окружного, краевого, республиканского) ПТД и районный фтизиатр сверяют оригиналы формы N 30-4/у с дубликатами и вносят соответствующие коррективы в обе карты.

Особое внимание уделяют контролю за движением контингентов больных туберкулезом, т.е. переводом больных из группы в группу. С этой целью районные (участковые) фтизиатры совместно с кураторами районов - специалистами областного (окружного, краевого, республиканского) ПТД составляют в начале года план-график перевода больных из группы в группу и снятия с учета. Систематически работая с картотекой, кураторы контролируют выполнение плана-графика. Для облегчения слежения за его своевременным выполнением карты в картотеке расставляют в зависимости от установленного срока перевода из одной группы в другую. При решении данной задачи должны по мере возможности использоваться компьютерные технологии. Для выполнения плана-графика движения контингентов в строго установленные сроки кураторы районов заблаговременно (за 3 месяца до указанного срока) направляют районному (участковому) фтизиатру напоминание о предстоящем переводе из одной группы в другую с указанием комплекса обследования для каждого больного.

Важным разделом работы является надзор за абациллированием больных туберкулезом, состоящих на учете. Система слежения за обследованием бактериовыделителей приведена в Инструкции по организации диспансерного наблюдения и учета контингентов противотуберкулезных учреждений. Необходимо осуществлять четкую и своевременную связь и взаимодействие с органами госсанэпиднадзора.

Централизованный контроль за лечением больных туберкулезом, состоящих на учете. Контроль за лечением больных хроническими формами туберкулеза весьма трудоемок. Вместе с тем систематический контроль повышает эффективность их лечения, особенно при множественной лекарственной устойчивости микобактерий туберкулеза. Кураторы районов составляют план лечения больных хроническими формами туберкулеза на основании данных картотеки (форма N 30-4/у). Дальнейший контроль за лечением этой категории больных осуществляют по методике, применяемой у впервые выявленных больных туберкулезом.

С целью повышения эффективности лечения больных хроническими формами туберкулеза хирурги составляют картотеку на всех больных (как имеющих показания к хирургическому лечению, так и без таковых), которую в дальнейшем используют для активного вызова больных на хирургическое лечение. Для обеспечения своевременных консультаций хирурга в каждом стационаре заводят специальный журнал, в котором еще в приемном отделении регистрируются все поступившие в отделения больные. Консультация хирурга проводится (с отметкой в журнале) не позднее чем через 30 дней с момента поступления больного в стационар.

СЦК за оформлением свидетельств о смерти направлена на:

1) повышение достоверности показателя смертности больных от туберкулеза, которое достигается оперативным внесением корректив в случае неправильного заполнения врачом свидетельств о смерти (форма N 106/у);

2) повышение ответственности и уровня знания врачей в результате коллегиального разбора каждого случая смерти от туберкулеза и выявления ее причин.

Для упорядочения оформления свидетельств о смерти от туберкулеза органу управления здравоохранением субъекта Российской Федерации рекомендуется определить, что окончательное свидетельство о смерти от туберкулеза подписывает только специалист-фтизиатр. Районный фтизиатр направляет всю первичную документацию умершего от туберкулеза в областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД.

Врач-методист ПТД один раз в месяц (за 10 дней до того, как сведения направляются в Госкомстат России) копирует в областном, краевом, республиканском, окружном органе статистики свидетельства о смерти и анализирует их. Одновременно врач-методист сопоставляет данные свидетельств о смерти со сведениями формы N 089 Т/У-2003, формы N 30-4/у и присланной из районов первичной медицинской документацией. В случае расхождения диагноза областной (окружной, краевой, республиканский) ПТД срочно сообщает об этом специалистам, заполнявшим свидетельство о смерти от туберкулеза. Специалист при участии фтизиатра района обеспечивает заполнение нового свидетельства о смерти в установленном порядке.

У больного, не состоящего на учете в ПТД по I или II ГДУ, основной причиной смерти туберкулез может быть зафиксирован лишь на основании патолого-анатомического исследования.

2. Согласно [ст. 41](#) Конституции РФ каждый имеет право на охрану здоровья. Комментируемая [статья](#) настоящего Федерального закона устанавливает принудительное (т.е. независимо от согласия больных туберкулезом или их законных представителей) диспансерное наблюдение за больными туберкулезом в целях реализации нормы вышеуказанной [статьи](#) Конституции РФ.

3. В случае возникновения необходимости диспансерного наблюдения за больным туберкулезом собирается комиссия врачей, назначенная руководителем медицинской противотуберкулезной организации, которая оказывает противотуберкулезную помощь амбулаторно, и решает вопрос о необходимости диспансерного наблюдения. Решение по данному вопросу оформляется в медицинских документах записью об установлении диспансерного наблюдения.

В случае возникновения необходимости прекращения диспансерного наблюдения за больным туберкулезом также собирается комиссия врачей, назначенная руководителем медицинской противотуберкулезной организации, которая оказывает противотуберкулезную помощь амбулаторно и решает вопрос о необходимости прекращения диспансерного наблюдения. Решение по данному вопросу оформляется в медицинских документах записью о прекращении диспансерного наблюдения.

Лицо, в отношении которого решался вопрос об установлении или прекращении диспансерного наблюдения, должно быть извещено в письменном виде.

Статья 10. Обязательные обследование и лечение больных туберкулезом

Комментарий к [статье 10](#)

1. Комментируемая [статья](#) устанавливает основания проведения дополнительных противоэпидемических мероприятий, т.е. в случае угрозы возникновения и распространения туберкулеза на основании предписаний главных государственных врачей и их заместителей или органа исполнительной власти субъекта РФ.

2. В случае неоднократного нарушения (т.е. два и более нарушения) больными активными формами туберкулеза, при которых происходит выделение микобактерий туберкулеза, санитарно-эпидемиологического режима, а также умышленно уклоняющиеся от обследования в целях выявления туберкулеза или от лечения туберкулеза больные госпитализируются в специальные медицинские противотуберкулезные организации для обязательных обследования и лечения.

3. Согласно Санитарно-эпидемиологическим [правилам](#) "Профилактика туберкулеза. СП 3.1.1295-03", утвержденным Главным государственным врачом РФ 18 апреля 2003 г., в целях предупреждения распространения туберкулеза, органы и учреждения санитарно-эпидемиологической службы РФ обеспечивают подготовку совместно с противотуберкулезными организациями предложений о направлении документов в суд о госпитализации больных заразными формами туберкулеза, неоднократно нарушающих санитарно-противоэпидемический режим, а также умышленно уклоняющихся от обследований в целях выявления и лечения туберкулеза.

Руководитель медицинской организации, в которой находится больной под диспансерным наблюдением, подает заявление в суд о госпитализации больного согласно гражданско-процессуальному законодательству.

Согласно [ст. 46](#) ГПК РФ в случаях, предусмотренных законом, органы государственной власти, органы местного самоуправления, организации или граждане вправе обратиться в суд с заявлением в защиту прав, свобод и законных интересов других лиц по их просьбе либо в защиту прав, свобод и законных интересов неопределенного круга лиц.

Лица, подавшие заявление в защиту законных интересов других лиц, пользуются всеми процессуальными правами и несут все процессуальные обязанности истца, за исключением права на заключение мирового соглашения и обязанности по уплате судебных расходов.

В случае отказа органов, организаций или граждан поддерживать требование, заявленное ими в интересах другого лица, а также отказа истца от иска наступают процессуальные последствия, предусмотренные [ч. 2 ст. 45](#) ГПК РФ, т.е. в случае отказа от заявления, поданного в защиту законных интересов другого лица, рассмотрение дела по существу продолжается, если это лицо или его законный представитель не заявит об отказе от иска. При отказе истца от иска суд прекращает производство по делу, если это не противоречит закону или не нарушает права и законные интересы других лиц.

4. Кроме того, комментируемой [статьей](#) определен круг лиц, участвующих в рассмотрении заявления о госпитализации: прокурор, представитель медицинской противотуберкулезной организации, в которой больной туберкулезом находится под диспансерным наблюдением, больной туберкулезом, в отношении которого решается вопрос об обязательном обследовании и лечении, или его законный представитель.

Статья 11. Ведение государственного статистического наблюдения в области предупреждения распространения туберкулеза

Комментарий к [статье 11](#)

1. Комментируемая [статья](#) устанавливает полномочия по ведению государственного статистического наблюдения в области предупреждения распространения туберкулеза медицинским противотуберкулезным организациям.

Согласно Постановлению Правительства РФ от 25 декабря 2001 г. N 892, которое утвердило [Порядок](#) ведения государственного статистического наблюдения в целях предупреждения распространения туберкулеза, государственное статистическое наблюдение за распространением туберкулеза предполагает ведение обязательного учета, регистрации и контроля за достоверностью результатов профилактических мероприятий, диагностики, лечения, диспансерного наблюдения за больными туберкулезом и представление этих сведений лечебно-профилактическими специализированными противотуберкулезными учреждениями в противотуберкулезный диспансер органа исполнительной власти субъекта РФ по здравоохранению в порядке, устанавливаемом Министерством здравоохранения и социального развития РФ.

2. Кроме того, комментируемая [статья](#) устанавливает обязанность медицинских противотуберкулезных организаций, а также граждан, занимающихся частной медицинской деятельностью, сообщать сведения о выявлении больных туберкулезом в территориальные медицинские противотуберкулезные организации и органы, осуществляющие государственный санитарно-эпидемиологический надзор.

Глава IV. ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В СВЯЗИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, И БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ

Статья 12. Права лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом

Комментарий к [статье 12](#)

1. Комментируемой [статьей](#) установлен перечень прав лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи:

1) уважительное и гуманное отношение со стороны медицинских работников.

Под уважительным отношением медицинских работников и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, понимается отношение, которое не ущемляет права и интересы больных, а наоборот, принимает во внимание и соблюдает права и интересы лиц,

находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи.

Под гуманным отношением медицинских работников и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, понимается отношение, которое направлено на благо лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи, признание ценности человека как личности, утверждение приоритетов его интересов;

2) информация о правах и обязанностях больных туберкулезом и лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, не должна быть закрытой, информирование о правах и обязанностях является обязанностью медицинских работников. Кроме того, медицинские работники должны предоставить всю информацию об имеющемся у больного заболевании и о способах лечения этого заболевания в простой, доступной и понятной для больного форме;

3) согласно Федеральному [закону](#) от 27 июля 2006 г. N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" информация, полученная гражданами (физическими лицами) при исполнении ими профессиональных обязанностей или организациями при осуществлении ими определенных видов деятельности (профессиональная тайна), подлежит защите в случаях, если на эти лица федеральными законами возложены обязанности по соблюдению конфиденциальности такой информации ([ст. 9](#)). Однако в комментируемом [пункте](#) есть исключение, это сведения, непосредственно связанные с оказанием противотуберкулезной помощи больному туберкулезом и проведением противоэпидемиологических мероприятий, и их сокрытие будет влечь ущерб;

4) лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи имеют право на диагностику и лечение в медицинских противотуберкулезных организациях;

5) лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи имеют право на санаторно-курортное лечение в соответствии с медицинскими показаниями. Согласно [письму](#) Фонда социального страхования РФ от 3 декабря 2002 г. N 02-18/10-8443 Фонд социального страхования Российской Федерации в связи с обращениями региональных отделений Фонда по вопросам оплаты проезда на санаторно-курортное лечение по путевкам, выданным лечебно-профилактическими учреждениями пострадавшим, имеющим профессиональное заболевание "туберкулез", и дополнительного отпуска для указанного лечения разъясняет следующее.

При наличии заключения учреждения медико-социальной экспертизы о нуждаемости пострадавшего, имеющего профессиональное заболевание "туберкулез", в санаторно-курортном лечении и выдаче путевки лечебно-профилактическим учреждением в соответствующий специализированный санаторий Минздрава России, за счет средств на обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний оплачиваются расходы на проезд к месту санаторного лечения и обратно, а также отпуск (сверх ежегодно оплачиваемого отпуска, установленного законодательством РФ), при предоставлении пострадавшим путевки в данный санаторий, а по окончании лечения - проездных документов;

6) лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, при оказании им противотуберкулезной помощи имеют право на оказание социальных, медицинских, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий, направленных на выявление, обследование и лечение, в том числе обязательные обследование и лечение, диспансерное наблюдение и реабилитацию больных туберкулезом и проводимых в стационаре или амбулаторно в порядке и условиях, соответствующих санитарно-гигиеническим требованиям;

7) кроме того, пребывание в медицинских противотуберкулезных организациях, оказывающих противотуберкулезную помощь в стационарах, не должно прерываться или быть меньше, чем необходимо для обследования или лечения.

2. Также комментируемой [статьей](#) установлены права для лиц, которые госпитализированы для обследования или лечения в медицинские противотуберкулезные организации:

1) получение информации от руководителей медицинских противотуберкулезных организаций (т.е. больничные учреждения (туберкулезная больница, в том числе детская); диспансеры (противотуберкулезный); амбулаторно-поликлинические учреждения (поликлиники, в том числе городская (в том числе детская) и центральная районная); центры, в том числе научно-практические по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями; санаторно-курортные учреждения и другие государственные и муниципальные учреждения, предусмотренные [Приказом](#) от 7 октября 2005 г. N 627);

2) лица, которые госпитализированы для обследования или лечения в медицинские организации, имеют право на встречу с адвокатами и священнослужителями. Такие встречи по желанию лица могут проходить как в присутствии медицинских работников, так и наедине;

3) лица, которые госпитализированы для обследования или лечения в медицинские организации, могут совершать религиозные обряды, в случае если они не оказывают вредного воздействия на состояние здоровья этих лиц;

4) кроме того, лица, которые госпитализированы для обследования или лечения в медицинские организации, могут не прерывать основное общее образование и продолжать образование в соответствии с общеобразовательной программой.

3. В комментируемой [статье](#) определен не весь перечень прав лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом. Дополнительные права предусмотрены законодательством РФ об охране здоровья граждан.

Согласно [Постановлению](#) Правительства РФ от 17 ноября 2004 г. N 645 "Об утверждении Правил обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях" лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом имеют право на бесплатные медикаменты для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях. К лицам, подлежащим лечению от туберкулеза и получающим в связи с этим бесплатные медикаменты, относятся:

1) больные туберкулезом;

2) лица, находящиеся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом.

Организация обеспечения лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом бесплатными медикаментами возлагается на руководителя федерального специализированного медицинского учреждения.

Статья 13. Обязанности лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом

Комментарий к [статье 13](#)

Комментируемая [статья](#) обозначила круг обязанностей, которые должны выполнять лицо, находящееся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больные туберкулезом: выполнение назначенных медицинскими работниками лечебно-оздоровительных мероприятий, соблюдение правил внутреннего распорядка медицинских противотуберкулезных организаций во время нахождения в таких организациях, соблюдение санитарно-гигиенических правил в общественных местах.

Глава V. СОЦИАЛЬНАЯ ПОДДЕРЖКА ЛИЦ, НАХОДЯЩИХСЯ ПОД ДИСПАНСЕРНЫМ НАБЛЮДЕНИЕМ В СВЯЗИ С ТУБЕРКУЛЕЗОМ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ, МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ И ИНЫХ РАБОТНИКОВ, УЧАСТВУЮЩИХ В ОКАЗАНИИ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПОМОЩИ

Статья 14. Социальная поддержка лиц, находящихся под диспансерным наблюдением в связи с туберкулезом, и больных туберкулезом

Комментарий к [статье 14](#)

1. Комментируемая [статья](#) определяет порядок установления временной нетрудоспособности больных туберкулезом.

В соответствии с [Приказом](#) Министерства здравоохранения и медицинской промышленности РФ от 19 октября 1994 г. N 206 и [Постановлением](#) Фонда социального страхования РФ от 19 октября 1994 г. N 21 "Об утверждении Инструкции о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан" документами, удостоверяющими временную нетрудоспособность и подтверждающими временное освобождение от работы (учебы), являются листок нетрудоспособности и, в отдельных случаях, справки установленной формы, выдаваемые гражданам при заболеваниях и травмах на период медицинской реабилитации, при необходимости ухода за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом, на период карантина, при отпуске по беременности и родам, при протезировании в условиях протезно-ортопедического стационара.

По предъявлению листка нетрудоспособности, в соответствии с действующим законодательством, назначается и выплачивается пособие по временной нетрудоспособности, беременности и родам.

Листок нетрудоспособности выдается:

1) гражданам РФ, иностранным гражданам, в том числе гражданам государств - членов СНГ, лицам без гражданства, беженцам и вынужденным переселенцам, работающим на предприятиях, в организациях и учреждениях Российской Федерации независимо от их форм собственности;

2) гражданам, у которых нетрудоспособность или отпуск по беременности и родам наступили в течение месячного срока после увольнения с работы по уважительным причинам;

3) гражданам, признанным безработными и состоящим на учете в территориальных органах труда и занятости населения;

4) бывшим военнослужащим, уволенным со срочной службы из Вооруженных Сил РФ, при наступлении нетрудоспособности в течение месяца после увольнения;

5) право на выдачу листов нетрудоспособности (справок) имеют лечащие врачи государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности. Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне учреждения здравоохранения, для получения указанной лицензии должны иметь удостоверение (свидетельство) об окончании курса повышения квалификации по экспертизе временной нетрудоспособности.

В отдельных случаях по решению местных органов управления здравоохранением выдача листов нетрудоспособности (справок) гражданам может быть разрешена медицинскому работнику со средним медицинским образованием.

Право выдачи листов нетрудоспособности (справок) имеют также лечащие врачи туберкулезных санаториев и (по согласованию с Министерством социальной защиты населения РФ) клиник научно-исследовательских институтов протезирования, протезостроения, медико-социальной экспертизы, центров реабилитации, осуществляющих протезирование опорно-двигательного аппарата, и стационаров протезно-ортопедических организаций системы Минсоцзащиты России на основании лицензии на проведение экспертизы временной нетрудоспособности.

Контроль за соблюдением [Инструкции](#) о порядке выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан, в государственных, муниципальных, частных лечебно-профилактических учреждениях, а также частнопрактикующими врачами осуществляется в пределах своей компетенции органом управления здравоохранением соответствующего уровня, профессиональной медицинской ассоциацией, исполнительным органом Фонда социального страхования РФ. В осуществлении контроля могут участвовать комиссии (комитеты, бюро) по аккредитации и лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности и подразделения территориальных фондов обязательного медицинского страхования.

Не имеют права на выдачу документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность, медицинские работники станций (отделений) скорой медицинской помощи, переливания крови, учреждений судебно-медицинской экспертизы, бальнеогрязелечебниц и городских курортных водогрязелечебниц, домов отдыха, туристических баз, учреждений санэпиднадзора.

Листки нетрудоспособности выдаются лечащим врачом при предъявлении документа, удостоверяющего личность пациента.

Выдача и продление документа, удостоверяющего временную нетрудоспособность, осуществляются врачом после личного осмотра и подтверждаются записью в медицинской документации, обосновывающей временное освобождение от работы.

Документ, удостоверяющий временную нетрудоспособность, выдается и закрывается, как правило, в одном лечебно-профилактическом учреждении и, при показаниях, может быть продлен в другом.

Гражданам, находящимся вне постоянного места жительства, листок нетрудоспособности выдается (продлевается) лечащим врачом, установившим факт нетрудоспособности, с разрешения администрации лечебно-профилактического учреждения, с учетом дней, необходимых для проезда к месту жительства.

Документы, подтверждающие временную утрату трудоспособности российских граждан в период их пребывания за границей, по возвращении подлежат замене на листок нетрудоспособности лечащим врачом с утверждением его администрацией лечебно-профилактического учреждения.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности (справки) при заболеваниях и травмах.

Врачи, занимающиеся частной медицинской практикой вне лечебно-профилактического учреждения, имеют право выдавать документы, удостоверяющие временную нетрудоспособность, на срок не более 30 дней.

В особых условиях (в отдаленных районах сельской местности, Крайнего Севера и т.д.) по решению местных органов управления здравоохранением выдача листов нетрудоспособности может быть разрешена лечащему врачу до полного восстановления трудоспособности или направления на медико-социальную экспертизу.

Средний медицинский работник, имеющий право выдавать листки нетрудоспособности, единолично и одновременно выдает его на срок до 5 дней и продлевает до 10 дней, в

исключительных случаях, после консультаций с врачом ближайшего лечебно-профилактического учреждения, - сроком до 30 дней.

При сроках временной утраты трудоспособности более 30 дней решение вопроса дальнейшего лечения и продления листка нетрудоспособности осуществляется клинико-экспертной комиссией, назначаемой руководителем медицинского учреждения.

По решению клинико-экспертной комиссии при благоприятном клиническом и трудовом прогнозе листок нетрудоспособности может быть продлен до полного восстановления трудоспособности, но на срок не более 10 месяцев, в отдельных случаях (травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез) - не более 12 месяцев, с периодичностью продления комиссией не реже чем через 30 дней.

В случае временного перевода гражданина на легкую работу в связи с профессиональным заболеванием или заболеванием туберкулезом ему по решению клинико-экспертной комиссии выдается листок нетрудоспособности на срок не более 2 месяцев с отметкой "доплатный листок нетрудоспособности".

При заболеваниях (травмах) листок нетрудоспособности выдается в день установления нетрудоспособности, включая праздничные и выходные дни. Не допускается его выдача за прошедшие дни, когда больной не был освидетельствован врачом.

В исключительных случаях листок нетрудоспособности может быть выдан за прошедший период по решению клинико-экспертной комиссии.

Гражданам, обратившимся за медицинской помощью в конце рабочего дня, листок нетрудоспособности при их согласии выдается со следующего календарного дня.

Гражданам, направленным здравпунктом в лечебно-профилактическое учреждение и признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается с момента обращения в здравпункт.

Гражданам, нуждающимся в лечении в специализированных лечебно-профилактических учреждениях, лечащие врачи выдают листок нетрудоспособности с последующим направлением в учреждения соответствующего профиля для продолжения лечения.

Нетрудоспособным гражданам, направленным на консультацию (обследование, лечение) в лечебно-профилактическое учреждение за пределы административного района, листок нетрудоспособности выдается на число дней, необходимых для проезда, и продлевается в порядке, предусмотренном п. 1.9 указанной Инструкции.

При выписке из стационара, в том числе из стационара центра профпатологии, листок нетрудоспособности выдается на весь период стационарного лечения, для иногородних - с учетом дней для проезда к месту жительства - при сохранении нетрудоспособности может быть продлен еще до 10 дней.

В случаях, когда заболевание или травма, ставшие причиной временной нетрудоспособности, явились следствием алкогольного, наркотического, ненаркотического опьянения, листок нетрудоспособности выдается с соответствующей отметкой о факте опьянения в истории болезни (амбулаторной карте) и в листке нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности женщины, находящейся в отпуске по уходу за ребенком, или лица, осуществляющего уход за ребенком, работающих на условиях неполного рабочего дня или на дому, листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

Гражданам, направленным по решению суда на судебно-медицинскую или судебно-психиатрическую экспертизу, признанным нетрудоспособными, листок нетрудоспособности выдается со дня поступления на экспертизу.

При амбулаторном лечении больных на период проведения инвазивных методов обследования и лечения (эндоскопические исследования с биопсией, химиотерапия по интермиттирующему методу, гемодиализ и т.д.) листок нетрудоспособности по решению клинико-экспертной комиссии может выдаваться прерывисто, на дни явки в лечебное учреждение. В этих случаях в листке нетрудоспособности указываются дни проведения процедур и освобождение от работы производится только на эти дни.

При наступлении временной нетрудоспособности в период отпуска без сохранения содержания, отпуска по беременности и родам, частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком листок выдается со дня окончания указанных отпусков в случае продолжающейся нетрудоспособности.

При временной нетрудоспособности, возникшей в период ежегодного очередного отпуска, в том числе при санаторно-курортном лечении, листок нетрудоспособности выдается в порядке, предусмотренном данной Инструкцией.

Гражданам, самостоятельно обращающимся за консультативной помощью, проходящим исследования в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях по направлению военных комиссариатов, следственных органов, прокуратуры и суда, выдается справка произвольной формы.

В случае заболевания студентов и учащихся средних и высших учебных заведений для освобождения их от учебы выдается справка установленной формы.

Порядок направления граждан на медико-социальную экспертизу.

На медико-социальную экспертизу направляются граждане, имеющие признаки стойкого ограничения жизнедеятельности и трудоспособности и нуждающиеся в социальной защите:

1) при очевидном неблагоприятном клиническом и трудовом прогнозе вне зависимости от сроков временной нетрудоспособности, но не более 4 месяцев;

2) при благоприятном трудовом прогнозе в случае продолжающейся нетрудоспособности до 10 месяцев (в отдельных случаях: травмы, состояния после реконструктивных операций, туберкулез - до 12 месяцев), для решения вопроса о продолжении лечения или установления группы инвалидности;

3) работающие инвалиды для изменения трудовой рекомендации в случае ухудшения клинического и трудового прогноза.

Право направлять граждан на медико-социальную экспертизу имеют лечащие врачи амбулаторно-поликлинических и больничных учреждений различных уровней и форм собственности с утверждением направления на МСЭК клинико-экспертной комиссией учреждения.

При установлении группы инвалидности срок временной нетрудоспособности завершается датой регистрации направления на МСЭК медико-социальной экспертной комиссией.

Лицам, не признанным инвалидами, листок нетрудоспособности продлевается лечебно-профилактическим учреждением до восстановления трудоспособности или повторного направления на медико-социальную экспертизу.

При отказе больного от направления на медико-социальную экспертизу или несвоевременной явке его на экспертизу по неуважительной причине листок нетрудоспособности не продлевается со дня отказа или дня регистрации документов медико-социальной экспертной комиссией. Отказ или неявка указываются в листке нетрудоспособности.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения и медицинской реабилитации.

Листок нетрудоспособности для санаторно-курортного (амбулаторно-курортного) лечения, в т.ч. в пансионатах с лечением, санаториях "Мать и дитя", в туберкулезных санаториях, выдается на число дней, недостающих к очередному и дополнительному отпускам, и время проезда. При суммарном очередном отпуске за 2 - 3 года вычитается вся его продолжительность. В случае использования очередного и дополнительного отпусков до отъезда в санаторий и при предоставлении администрацией отпуска без сохранения содержания на количество дней, равное очередному и дополнительному отпускам, листок нетрудоспособности выдается на срок лечения и проезда за вычетом дней основного и дополнительного отпусков.

Листок нетрудоспособности выдается лечебно-профилактическим учреждением до отъезда в санаторий по предоставлении путевки (курсовки) и справки администрации о длительности очередного и дополнительного отпусков.

Больным туберкулезом листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом туберкулезного санатория со дня окончания основного и дополнительного отпусков, кроме случаев, когда очередной отпуск не положен (проработал менее 11 месяцев), после фтизиохирургического лечения, а также при впервые выявленном активном туберкулезе без стационарного лечения (при формах туберкулеза, когда санаторно-курортное лечение заменяет первичное стационарное лечение). В указанных случаях листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом специализированного лечебно-профилактического учреждения на время проезда в санаторий и продлевается лечащим врачом туберкулезного санатория без вычета дней основного и дополнительного отпусков.

При направлении в центры реабилитации больных непосредственно из больничных учреждений листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом центра на весь срок долечивания или реабилитации.

При направлении больных в санатории из больничных учреждений после перенесенного острого инфаркта миокарда, аортокоронарного шунтирования, оперативного вмешательства по поводу аневризмы сердца, язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, удаления желчного пузыря листок нетрудоспособности продлевается лечащим врачом санатория на весь период долечивания.

Участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС 1986 - 1987 гг., лицам, получившим или перенесшим лучевую болезнь и другие заболевания, связанные с радиационным воздействием, и инвалидам, у которых установлена причинная связь заболевания с последствиями радиационного воздействия, эвакуированным (в том числе выехавшим добровольно) из зоны отчуждения, работающим в зоне отчуждения, а также участникам ликвидации последствий аварии на производственном объединении "Маяк", лицам, занятым на работах по проведению защитных мероприятий и реабилитации радиоактивно загрязненных территорий вдоль реки Теча, эвакуированным, а также выехавшим добровольно из населенных

пунктов, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении "Маяк" и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча, включая тех, которые в момент эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, листок нетрудоспособности для санаторно-курортного лечения выдается при наличии медицинских показаний на весь срок путевки и дни проезда без вычета очередного и дополнительных отпусков.

Работающим воинам-интернационалистам, инвалидам Великой Отечественной войны, а также инвалидам из числа военнослужащих, направленным лечебно-отборочной комиссией в центры восстановительной терапии воинов-интернационалистов по разрядке Минздравмедпрома и Фонда социального страхования России, листок нетрудоспособности выдается на весь срок действия путевки и дни проезда.

При направлении на санаторно-курортное лечение в санатории здравоохранения "Мать и дитя" ребенка-инвалида в возрасте до 16 лет, при наличии медицинского заключения о необходимости индивидуального ухода за ним, листок нетрудоспособности выдается одному из родителей (опекуну) на весь период санаторного лечения ребенка с учетом времени проезда.

Гражданам, направленным в клиники реабилитации научно-исследовательских институтов курортологии и физиотерапии, листок нетрудоспособности выдается лечащим врачом лечебно-профилактического учреждения на основании заключения клинико-экспертной комиссии на время лечения и проезда и при показаниях продлевается лечащим врачом клиники института.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи, здоровым ребенком и ребенком-инвалидом.

Листок нетрудоспособности по уходу за больным выдается лечащим врачом одному из членов семьи (опекуну), непосредственно осуществляющему уход.

Листок нетрудоспособности выдается по уходу:

1) за взрослым членом семьи и больным подростком старше 15 лет, получающими лечение в амбулаторно-поликлинических условиях, - сроком до 3 дней, по решению клинико-экспертной комиссии - до 7 дней;

2) за ребенком до 7 лет при амбулаторном лечении - на весь период острого заболевания или до наступления ремиссии при обострении хронического заболевания; за ребенком старше 7 лет - на срок до 15 дней, если по медицинскому заключению не требуется большего срока;

3) за ребенком до 7 лет при стационарном лечении - на весь срок лечения, старше 7 лет - после заключения клинико-экспертной комиссии о необходимости осуществления ухода;

4) за детьми до 15 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита, страдающими тяжелыми заболеваниями крови, злокачественными новообразованиями, ожогами, - на весь период пребывания в стационаре;

5) работающим лицам, занятым уходом за ребенком в возрасте до 3 лет или ребенком - инвалидом в возрасте до 16 лет, в случае болезни матери - на период, когда она не может осуществлять уход за ребенком;

6) за ребенком, проживающим в зоне отселения и зоне проживания с правом на отселение, эвакуированным и переселенным из зон отчуждения, отселения, проживания с правом на отселение, включая тех, которые на день эвакуации находились в состоянии внутриутробного развития, а также за детьми первого и последующих поколений граждан, упомянутых в [пункте 4.4](#) указанной Инструкции, родившимися после радиоактивного облучения одного из родителей, - на все время болезни (включая время болезни ребенка в период пребывания с ним в санаторно-курортном учреждении).

При одновременном заболевании двух и более детей по уходу за ними выдается один листок нетрудоспособности.

При разновременном заболевании двух детей листок нетрудоспособности по уходу за другим ребенком выдается после закрытия первого документа без зачета дней, совпавших с днями освобождения от работы по первому листку нетрудоспособности.

При заболевании ребенка в период, не требующий освобождения матери от работы (очередной или дополнительный отпуск, отпуск по беременности и родам, отпуск без сохранения содержания, выходные или праздничные дни и др.), листок нетрудоспособности по уходу выдается со дня, когда она должна приступить к работе, без учета дней от начала заболевания ребенка.

Листки нетрудоспособности не выдаются по уходу:

1) за хроническими больными в период ремиссии;

2) в период очередного отпуска и отпуска без сохранения содержания;

3) в период отпуска по беременности и родам;

4) в период частично оплачиваемого отпуска по уходу за ребенком.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при карантине.

При временном отстранении от работы лиц, контактировавших с инфекционными больными, или вследствие бактерионосительства листки нетрудоспособности выдаются по представлению врача-эпидемиолога в лечебно-профилактическом учреждении врачом-инфекционистом или лечащим врачом. Продолжительность отстранения от работы в этих случаях определяется

утвержденными сроками изоляции лиц, перенесших инфекционные заболевания, и соприкасавшихся с ними.

При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет или за гражданином, признанным в установленном порядке недееспособным, выдается на основании справки эпидемиолога лечебно-профилактическим учреждением, наблюдающим его, одному из работающих членов семьи на весь период карантина.

Работникам предприятий общественного питания, водоснабжения, детских учреждений при наличии у них гельминтоза листок нетрудоспособности выдается на весь период дегельминтизации.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности при протезировании.

При госпитализации в стационар протезно-ортопедического предприятия листок нетрудоспособности выдается на весь период пребывания в стационаре и время проезда к месту лечения и обратно.

Гражданам, протезирующимся в амбулаторно-поликлинических условиях протезно-ортопедического предприятия, листок нетрудоспособности не выдается.

Воинам-интернационалистам, направленным в установленном порядке на протезирование, листок нетрудоспособности выдается на весь период протезирования с учетом дней, необходимых для проезда к месту лечения и обратно.

Порядок выдачи листка нетрудоспособности по беременности и родам.

По беременности и родам листок нетрудоспособности выдается врачом-акушером-гинекологом, а при его отсутствии - врачом, ведущим общий прием. Выдача листка нетрудоспособности производится с 30 недель беременности одновременно продолжительностью 140 календарных дней (70 календарных дней до родов и 70 календарных дней после родов). При многоплодной беременности листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается с 28 недель беременности, при этом общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 180 дней.

При осложненных родах женщинам, в т.ч. иногородним, листок нетрудоспособности выдается дополнительно на 16 календарных дней лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды. В этих случаях общая продолжительность дородового и послеродового отпусков составляет 156 календарных дней.

При родах, наступивших до 30 недель беременности, и рождении живого ребенка листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается лечебно-профилактическим учреждением, где произошли роды, на 156 календарных дней, а в случае рождения мертвого ребенка или его смерти в течение первых 7 дней после родов - на 86 календарных дней.

Листок нетрудоспособности на дородовый отпуск продолжительностью 90 календарных дней выдается женщинам, проживавшим (работавшим) в зоне отселения до их переселения в другие районы и проживающим в зоне с правом на отселение, а также женщинам, проживающим в населенных пунктах, подвергшихся радиоактивному загрязнению вследствие аварии на производственном объединении "Маяк" и сбросов радиоактивных отходов в реку Теча. Общая продолжительность отпуска по беременности и родам составляет 160 дней. Женщинам, проживающим в других зонах, подвергшихся радиоактивному загрязнению, листок нетрудоспособности по беременности и родам выдается в порядке, предусмотренном п. п. 8.1, 8.2 и 8.3 указанной Инструкции.

При наступлении беременности в период нахождения женщины в частично оплачиваемом отпуске или дополнительном отпуске без сохранения заработной платы по уходу за ребенком листок нетрудоспособности выдается на общих основаниях.

Женщине, усыновившей новорожденного ребенка, листок нетрудоспособности выдает стационар по месту его рождения на 70 календарных дней со дня рождения.

При операции по подсадке эмбриона листок нетрудоспособности выдается оперирующим врачом на период с момента госпитализации до установления факта беременности.

При операции прерывания беременности листок нетрудоспособности выдается в порядке, предусмотренном в разделе 2 указанной Инструкции на весь период нетрудоспособности, но не менее 3 дней (в том числе и при мини-аборте).

2. Кроме того, комментируемой [статьей](#) установлены гарантии для лиц, временно утративших трудоспособность в связи с туберкулезом: сохранение места работы (должности); выдача пособий по государственному социальному страхованию; обеспечение бесплатными медикаментами для лечения туберкулеза в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях и в учреждениях здравоохранения, находящихся в ведении субъектов РФ.

Также отдельной [статьей](#) выделено право на предоставление вне очереди отдельного жилого помещения больным заразными формами туберкулеза, проживающим в квартирах, в которых исходя из занимаемой жилой площади и состава семьи нельзя выделить отдельную

комнату больному заразной формой туберкулеза, квартирах коммунального заселения, общежитиях, а также семьям, имеющим ребенка, больного заразной формой туберкулеза.

Статья 15. Социальная поддержка медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи

Комментарий к [статье 15](#)

1. Комментируемой [статьей](#) определены гарантии для медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, а также работников организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающих больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, за работу в опасных для здоровья и тяжелых условиях труда. К этим гарантиям отнесены:

- 1) сокращенная продолжительность рабочего времени;
- 2) дополнительный отпуск;

3) надбавки к должностным окладам для работников федеральных учреждений здравоохранения и учреждений здравоохранения субъектов РФ, которые определяются в соответствии с законодательством РФ и законодательством субъектов РФ.

Приказ Минздрава России, Минобороны России, МВД России, Минюста России, Минобрнауки России, Минсельхоза России и ФПС России от 30 мая 2003 г. N 225/194/363/126/2330/777/292 "Об утверждении Перечня должностей, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда" утвердил [Перечень](#) должностей медицинских, ветеринарных и иных работников, непосредственно участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, а также работников организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающих больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза, дающих право на дополнительный оплачиваемый отпуск, 30-часовую рабочую неделю и дополнительную оплату труда в связи с вредными условиями труда, согласованный с Министерством труда и социального развития РФ.

К медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза в учреждениях (организациях) здравоохранения, относятся:

- 1) руководители учреждений (организаций) и структурных подразделений;
- 2) врачи-специалисты и провизоры всех наименований;
- 3) научные работники;
- 4) профессорско-преподавательский состав;
- 5) средний медицинский и фармацевтический персонал;
- 6) специалисты с высшим профессиональным образованием;
- 7) специалисты со средним профессиональным (немедицинским) образованием;
- 8) служащие и рабочие.

К учреждениям (организациям) здравоохранения относятся:

- 1) туберкулезные (противотуберкулезные) учреждения здравоохранения (диспансеры, больницы, санатории);
- 2) туберкулезные (противотуберкулезные) структурные подразделения, отделы, отделения, палаты, кабинеты, лаборатории других учреждений здравоохранения;
- 3) лечебно-производственные (трудовые) мастерские при туберкулезных (противотуберкулезных) учреждениях;
- 4) медицинские противотуберкулезные научные организации;
- 5) кафедры фтизиатрии (фтизиопульмонологии) медицинских образовательных учреждений высшего профессионального образования;
- 6) клиники (клинические отделения) для больных туберкулезом медицинских научных учреждений и образовательных учреждений высшего профессионального образования.

К медицинским и иным работникам, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза в учреждениях (организациях) государственной санитарно-эпидемиологической службы, относятся врачи-эпидемиологи, помощники врачей эпидемиологов, сотрудники лабораторий, а также иные сотрудники и работники центров государственного санитарно-эпидемиологического надзора, независимо от ведомственной подчиненности.

Данной категории медицинских работников дополнительная оплата труда предоставляется ежемесячно, приказом руководителя (начальника, командира) учреждения (подразделения) за фактическое время (дни, смены) работы сотрудника (работника, военнослужащего, лица из числа гражданского персонала) в условиях контактирования с больными туберкулезом или

инфицированным микобактериями туберкулеза материалом при исполнении служебных обязанностей.

К медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза в учреждениях (организациях) системы Минобороны России и ФПС России, относятся:

- 1) руководители учреждений (организаций) и структурных подразделений, врачи и провизоры всех наименований;
- 2) научные работники;
- 3) профессорско-преподавательский состав;
- 4) средний медицинский и фармацевтический персонал, младший медицинский и фармацевтический персонал;
- 5) специалисты с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, специалисты со средним профессиональным (немедицинским) образованием;
- 6) служащие и рабочие.

К учреждениям (организациям) системы Минобороны России и ФПС России относятся:

- 1) туберкулезные военно-лечебные учреждения (центральный военный туберкулезный госпиталь, военный туберкулезный госпиталь, клиники кафедр фтизиатрии медицинских образовательных учреждений высшего профессионального образования);
- 2) туберкулезные структурные подразделения, филиалы, центры, отделы, отделения (в т.ч. санаторные, диспансерные, реабилитационные), палаты, кабинеты, лаборатории военных госпиталей и других военно-лечебных учреждений.

К медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза в учреждениях системы МВД России, относятся:

- 1) руководители учреждений (организаций) и структурных подразделений; врачи и провизоры всех наименований; научные работники;
- 2) средний медицинский и фармацевтический персонал;
- 3) специалисты с высшим профессиональным (немедицинским) образованием, специалисты со средним профессиональным (немедицинским) образованием, работники;
- 4) начальник, его заместители, врачи, фельдшеры, медицинские сестры, дезинфекторы; сотрудники органов внутренних дел, осуществляющие охрану, содержание и конвоирование больных туберкулезом;
- 5) главные специалисты-фтизиатры, старшие инспектора-фтизиатры, старшие врачи-фтизиатры, врачи-фтизиатры;
- 6) медицинские и иные работники (сотрудники), контактирующие с больными туберкулезом при оказании им противотуберкулезной помощи.

К учреждениям системы МВД России относятся:

- 1) противотуберкулезные отделения (кабинеты), госпитали, больницы, поликлиники, санатории;
- 2) изолятор временного содержания подозреваемых и обвиняемых, подразделения охраны и конвоирования, медицинский вытрезвитель при горрайоргане внутренних дел, приемник-распределитель для лиц, задержанных за бродяжничество, попрошайничество, специальный приемник для содержания лиц, арестованных в административном порядке, центр временной изоляции для несовершеннолетних правонарушителей органов внутренних дел, имеющие в своем составе специальные помещения для больных туберкулезом;
- 3) медицинские управления, отделы (отделения) МВД, ГУВД, УВД субъектов РФ, службы оперативно-территориальных объединений внутренних войск МВД России;
- 4) лечебно-профилактические и военно-медицинские учреждения и подразделения.

Дополнительная оплата труда личному составу (т.е. медицинским и иным сотрудникам (работникам), контактирующим с больными туберкулезом при оказании им противотуберкулезной помощи, таких учреждений, как изоляторы временного содержания подозреваемых и обвиняемых, подразделения охраны и конвоирования, медицинские вытрезвители при горрайоргане внутренних дел, приемники-распределители для лиц, задержанных за бродяжничество, попрошайничество, специальные приемники для содержания лиц, арестованных в административном порядке, центры временной изоляции для несовершеннолетних правонарушителей органов внутренних дел, имеющие в своем составе специальные помещения для больных туберкулезом, медицинские управления, отделы, отделения МВД, ГУВД, УВД субъектов РФ, службы оперативно-территориальных объединений внутренних войск МВД России, и лечебно-профилактические и военно-медицинские учреждения и подразделения) определяется ежемесячно приказом руководителя (начальника, командира) учреждения (подразделения) за фактическое время (дни, смены) работы сотрудника (работника, военнослужащего, лица из числа гражданского персонала) в условиях контактирования с больными туберкулезом при исполнении служебных обязанностей

по согласованию с вышестоящим медицинским учреждением (подразделением) и центром госсанэпиднадзора.

К медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза в учреждениях системы Минюста России, относятся:

1) медицинские сотрудники и работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи и контактирующие с больными активной формой туберкулеза, независимо от занимаемой должности;

2) медицинские сотрудники и работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи и контактирующие с больными активной формой туберкулеза, независимо от занимаемой должности, у которых контакт с больными активным туберкулезом и с материалом, инфицированным микобактериями туберкулеза, составляет не менее 50% рабочего времени;

3) сотрудники и работники всех служб, независимо от занимаемой должности, в силу своих служебных обязанностей непосредственно контактирующие с больными активной формой туберкулеза, у которых контакт с больными активным туберкулезом составляет более 50% рабочего времени.

К учреждениям системы Минюста России относятся:

1) лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения уголовно-исполнительной системы (УИС) Минюста России, специально созданные для содержания и лечения осужденных, больных туберкулезом;

2) локальные участки исправительных учреждений, созданных для содержания больных активным туберкулезом, туберкулезных отделений следственных изоляторов, тюрем, бактериологических лабораторий по диагностике туберкулеза при территориальных органах УИС Минюста России, бактериологические и клинико-диагностические лаборатории при исправительных учреждениях и следственных изоляторах;

3) лечебно-профилактические и лечебные исправительные учреждения уголовно-исполнительной системы, специально созданные для содержания и лечения осужденных, больных туберкулезом, исправительные колонии, в которых временно содержатся больные активным туберкулезом, следственные изоляторы, тюрьмы, лечебно-производственные (трудовые) мастерские при исправительных колониях, служба конвоирования и спецперевозок.

Дополнительная оплата труда личному составу (т.е. сотрудникам и работникам всех служб, независимо от занимаемой должности, в силу своих служебных обязанностей непосредственно контактирующим с больными активной формой туберкулеза, у которых контакт с больными активным туберкулезом составляет более 50% рабочего времени) определяется ежемесячно приказом руководителя (начальника) учреждения (подразделения) за фактическое время (дни, смены, часы) работы сотрудника (работника) в условиях контактирования с больными активным туберкулезом при исполнении служебных обязанностей по согласованию с медицинским подразделением учреждения. Данная категория сотрудников и работников не имеет права на сокращенную рабочую неделю и дополнительный отпуск.

К медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза в образовательных учреждениях (организациях), относятся:

1) административные должности, должности учителей, воспитателей и педагогов дополнительного образования, должности медицинского и технического персонала;

2) учителя и педагоги дополнительного образования общеобразовательных учреждений.

К образовательным учреждениям (организациям) относятся:

1) оздоровительные образовательные учреждения санаторного типа для детей, инфицированных туберкулезом; Российский санаторно-реабилитационный центр для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, страдающих различными формами туберкулезной инфекции;

2) стационары для детей, страдающих различными формами туберкулезной инфекции.

К медицинским и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза в учреждениях социальной защиты населения, относятся:

1) должности медицинского персонала, а также специалистов иного профиля (всех наименований);

2) руководители учреждений (отделений); врачи, средний и младший медицинский персонал всех наименований; специалисты, служащие и рабочие всех наименований.

К учреждениям социальной защиты населения относятся:

1) специализированные учреждения Государственной службы медико-социальной экспертизы (Главное бюро медико-социальной экспертизы, бюро медико-социальной экспертизы) для обслуживания и работы с больными туберкулезом;

2) стационарные учреждения (отделения) социального обслуживания для лиц, перенесших туберкулез.

К ветеринарным и иным работникам, непосредственно участвующим в оказании противотуберкулезной помощи и обслуживающим больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, занятие которых связано с опасностью инфицирования микобактериями туберкулеза в ветеринарных учреждениях и организациях, занимающихся разведением и откормом животных, производством и хранением продукции животноводства, относятся:

1) ветеринарные специалисты государственной ветеринарной службы: ведущий ветеринарный врач-эпизоотолог, ветеринарный врач-эпизоотолог, ветеринарный фельдшер, заведующий ветеринарной лечебницей (пунктом), дезинфектор, непосредственно организующие и выполняющие мероприятия по борьбе с туберкулезом на территории эпизоотического очага;

2) ветеринарные специалисты ведомственных и производственной ветеринарных служб: ветеринарный врач (главный, ведущий, старший), ветеринарный фельдшер, ветеринарный санитар. Заведующий фермой, бригадир, зоотехник отделения комплекса сельскохозяйственного участка, фермы, лаборант, дезинфектор, оператор по искусственному осеменению животных, телятница, дояр (оператор машинного доения), рабочий санпропускника, оператор стиральных машин, приготовитель кормов (оператор цехов по приготовлению кормов), слесарь-ремонтник, скотник, пастух, сторож, боец скота, тракторист-машинист по раздаче кормов, уборке выгульных площадок и производственных помещений;

3) ветеринарные врачи-бактериологи ветеринарных лабораторий, лабораторий ветеринарно-санитарной экспертизы, непосредственно работающие с патологическим материалом от животных, больных туберкулезом.

К ветеринарным учреждениям и организациям, занимающимся разведением и откормом животных, производством и хранением продукции животноводства, относятся:

1) республиканские, краевые, областные, районные, городские ветеринарные станции по борьбе с болезнями животных, противоэпизоотические экспедиции и отряды, ветеринарно-санитарные отряды, дезинфекционные отряды;

2) ветеринарно-эпизоотические отряды, организации, занимающиеся разведением и откормом животных, производством и хранением продукции животноводства;

3) ветеринарные лаборатории и лаборатории ветеринарно-санитарной экспертизы.

Дополнительный оплачиваемый отпуск в пересчете на один год, отработанный в указанных условиях, дополнительная оплата труда в размере не менее чем 15 процентов должностного оклада, а также сокращенная рабочая неделя предоставляются на период введения решением органа местного самоуправления ограничительных мероприятий по туберкулезу животных.

Кроме того, дополнительный оплачиваемый отпуск продолжительностью 14 календарных дней и 30-часовая рабочая неделя предоставляются сотрудникам и работникам, предусмотренным настоящим [Перечнем](#), в соответствии со [ст. 15](#) Федерального закона от 18 июня 2001 г. N 77-ФЗ "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации".

Сотрудникам и работникам, предусмотренным названным [Перечнем](#) и имеющим право на дополнительный оплачиваемый отпуск в связи с вредными условиями труда по нескольким основаниям, отпуск предоставляется по одному из этих оснований в соответствии с законодательством РФ.

Дополнительная оплата труда устанавливается работникам, предусмотренным указанным [Перечнем](#), учреждений (организаций) и структурных подразделений, осуществляющих оказание противотуберкулезной помощи больным туберкулезом, в размере не менее чем 25 процентов должностного оклада (месячной тарифной ставки) в соответствии со [ст. 15](#) комментируемого Федерального закона.

На основании [Перечня](#) руководителем учреждения (организации) утверждается перечень сотрудников и работников учреждения, которым с учетом конкретных условий работы (лечение, проведение диагностических мероприятий, экспертизы, непосредственное обслуживание больных туберкулезом, контакт с больными туберкулезом и инфицированным микобактериями туберкулеза материалом, другие мероприятия) производится дополнительная оплата труда в размерах, предусмотренных в [пункте 3 примечаний](#), в том числе и за каждый час работы в условиях, предусмотренных [Перечнем](#).

2. Обязательному страхованию на случай причинения вреда здоровью или смерти при исполнении служебных обязанностей подлежат медицинские, ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, а также работники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных.

Постановлением Правительства РФ от 3 апреля 2006 г. N 191 "Об утверждении Перечня должностей, подлежащих обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников" был утвержден [Перечень](#) должностей подлежащих

обязательному страхованию медицинских, фармацевтических и иных работников государственной и муниципальной систем здравоохранения, занятие которых связано с угрозой жизни и здоровью этих работников.

Перечень распространяется на выполняющих предусмотренные в нем работы медицинских, фармацевтических и иных работников учреждений (структурных подразделений учреждений), подведомственных федеральным органам исполнительной власти.

Кроме того, медицинские, ветеринарные и иные работники, непосредственно участвующие в оказании противотуберкулезной помощи, а также работники организаций по производству и хранению продуктов животноводства, обслуживающие больных туберкулезом сельскохозяйственных животных, подлежат обязательному социальному страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний.

Обязательное социальное страхование от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний регулируется Федеральным [законом](#) от 24 июля 1998 г. N 125-ФЗ "Об обязательном социальном страховании от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний" и устанавливает в Российской Федерации правовые, экономические и организационные основы обязательного социального страхования от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний и определяет порядок возмещения вреда, причиненного жизни и здоровью работника при исполнении им обязанностей по трудовому договору (контракту) и в иных установленных настоящим Федеральным [законом](#) случаях.

Глава VI. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА НАРУШЕНИЕ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В ОБЛАСТИ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ ТУБЕРКУЛЕЗА

Статья 16. Виды ответственности за нарушение законодательства Российской Федерации в области предупреждения распространения туберкулеза

Комментарий к [статье 16](#)

Комментируемой [статьей](#) установлены виды ответственности за нарушение законодательства РФ в области предупреждения распространения туберкулеза, в частности:

- 1) дисциплинарная;
- 2) гражданско-правовая;
- 3) административная;
- 4) уголовная.

Согласно [ст. 192](#) Трудового кодекса РФ дисциплинарная ответственность возникает за совершение дисциплинарного проступка, то есть неисполнение или ненадлежащее исполнение работником по его вине возложенных на него трудовых обязанностей. Работодатель имеет право применить следующие дисциплинарные взыскания:

- 1) замечание;
- 2) выговор;

3) увольнение по основаниям, предусмотренным [п. п. 5, 6, 9](#) или [10 ч. 1 ст. 81](#) или [п. 1 ст. 336](#) ТК РФ, а также [п. п. 7](#) или [8 ч. 1 ст. 81](#) ТК РФ в случаях, когда виновные действия, дающие основания для утраты доверия, либо соответственно аморальный проступок совершены работником по месту работы и в связи с исполнением им трудовых обязанностей.

Федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине для отдельных категорий работников (работников медицинских учреждений) могут быть предусмотрены также и другие дисциплинарные взыскания.

Не допускается применение дисциплинарных взысканий, не предусмотренных федеральными законами, уставами и положениями о дисциплине.

При наложении дисциплинарного взыскания должны учитываться тяжесть совершенного проступка и обстоятельства, при которых он был совершен.

Согласно Гражданскому кодексу РФ вред, причиненный личности, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред ([п. 1 ст. 1064](#) ГК РФ).

2. Согласно гражданскому законодательству гражданско-правовая ответственность возникает вследствие причинения вреда личности или имуществу гражданина, а также вследствие причинения вреда имуществу юридического лица и регулируется [статьями 150 - 152](#) ГК РФ и [главой 59](#) ГК РФ.

3. Административная ответственность определена [Кодексом](#) РФ об административных правонарушениях. Выделяют следующие составы правонарушений: [ст. 6.2](#) "Незаконное занятие частной медицинской практикой, частной фармацевтической деятельностью либо народной медициной (целительством)", [ст. 6.3](#) "Нарушение законодательства в области обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения".

Согласно [ст. 6.2 КоАП РФ](#) правонарушения посягают на здоровье населения. Статья содержит два формальных состава административных правонарушений, устанавливая ответственность за занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью без лицензии ([ч. 1](#)) и народной медициной (целительством) с нарушением установленного законом порядка ([ч. 2](#)).

В соответствии со [ст. 54](#) и [ст. 56](#) Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан и Федеральным [законом](#) от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" для занятия частной медицинской и фармацевтической деятельностью требуется лицензия. Лицензия является официальным документом, разрешающим юридическому лицу или индивидуальному предпринимателю осуществление конкретного вида деятельности в области медицины или фармации в течение установленного в лицензии срока.

Постановлением Правительства РФ от 22 января 2007 г. N 30 было утверждено [Положение](#) о лицензировании медицинской деятельности, где установлен подробный порядок получения соответствующих лицензий.

С объективной стороны правонарушение, предусмотренное [ч. 1 ст. 6.2 КоАП РФ](#), заключается в занятии частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью при отсутствии лицензии на соответствующий вид деятельности.

С субъективной стороны правонарушение характеризуется умышленной виной. Субъект - физическое лицо, достигшее 16-летнего возраста, в том числе и гражданин, занимающийся предпринимательской деятельностью без образования юридического лица (индивидуальный предприниматель).

Под народной медициной, о которой идет речь в [ч. 2 ст. 6.2 КоАП РФ](#), понимаются методы оздоровления, профилактики, диагностики и лечения, основанные на опыте многих поколений людей, утвердившиеся в народных традициях и не зарегистрированные в порядке, установленном законодательством РФ. В соответствии со [ст. 57](#) Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан правом на занятие народной медициной имеют граждане России, получившие диплом целителя, выдаваемый органом исполнительной власти в области здравоохранения субъекта РФ. В дальнейшем занятие народной медициной, в том числе натуротерапией, рефлексотерапией, традиционной диагностикой и традиционными системами оздоровления, требует получения лицензии.

С объективной стороны правонарушение, предусмотренное [ч. 2 ст. 6.2 КоАП РФ](#), может состоять как в занятии народной медициной (целительством) при отсутствии у лица диплома целителя, так и в осуществлении соответствующей медицинской практики при наличии такого диплома, но без необходимой лицензии на конкретные медицинские услуги.

Субъективная сторона и субъект этого правонарушения совпадают с элементами состава правонарушения, содержащегося в [ч. 1 ст. 6.2 КоАП РФ](#).

Дела о правонарушениях, предусмотренных в [ст. 6.2 КоАП РФ](#), рассматриваются судьями ([ст. 23.1](#)).

Протоколы об административных правонарушениях составляют должностные лица, уполномоченные в области здравоохранения ([п. 18 ч. 2 ст. 28.3 КоАП РФ](#)).

Согласно [ст. 6.3 КоАП РФ](#) объектом правонарушения выступают общественные отношения в сфере охраны здоровья и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения. Данная норма является общей и имеет широкую сферу применения, обеспечивая охрану здоровья населения и среды обитания человека во многих областях его жизнедеятельности, за исключением тех, в отношении которых ответственность за нарушение санитарно-эпидемиологических требований установлена в специальных нормах.

В [ст. 6.3 КоАП РФ](#) содержится формальный состав административного правонарушения с альтернативными признаками объективной стороны, которая может выражаться либо в нарушении действующих санитарных правил и гигиенических нормативов, либо в невыполнении санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

Согласно [ст. 1](#) Федерального закона от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" государственные санитарно-эпидемиологические правила и нормативы (санитарные правила) представляют собой нормативные правовые акты, устанавливающие санитарно-эпидемиологические требования (в том числе критерии безопасности и (или) безвредности факторов среды обитания для человека, гигиенические и иные нормативы), несоблюдение которых создает угрозу жизни или здоровью человека, а также угрозу возникновения и распространения заболеваний.

Упомянутый Федеральный [закон](#) устанавливает, что санитарные правила разрабатываются федеральным органом исполнительной власти, уполномоченным осуществлять санитарно-эпидемиологический надзор, и иными органами, осуществляющими государственный санитарно-эпидемиологический надзор, в связи с установленной необходимостью санитарно-эпидемиологического нормирования факторов среды обитания и условий жизнедеятельности человека. Уполномоченным федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим

функции по контролю и надзору в сфере обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия населения, является Федеральная служба по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, находящаяся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития РФ и действующая на основании [Положения](#), утвержденного Постановлением Правительства РФ от 30 июня 2004 г. N 322, [Положение](#) об осуществлении государственного санитарно-эпидемиологического надзора в РФ утверждено Постановлением Правительства РФ от 15 сентября 2005 г. N 569. Одновременно внесены изменения в [Положение](#) о государственном санитарно-эпидемиологическом нормировании, утвержденное Постановлением Правительства РФ от 24 июля 2000 г. N 554. Среди других органов и учреждений, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический надзор и уполномоченных разрабатывать санитарные правила, можно указать Федеральное медико-биологическое агентство и соответствующие органы и учреждения на железнодорожном транспорте. Действующие на территории РФ федеральные санитарные правила утверждены главным государственным санитарным врачом РФ, которым ныне является руководитель Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека.

4. Санитарные правила весьма разнообразны по своему содержанию, что предопределяет разнообразие их нарушений. Эти нарушения могут быть совершены как путем активных действий, так и путем бездействия.

Санитарно-противоэпидемические (профилактические) мероприятия, невыполнение которых также входит в объективную сторону рассматриваемого правонарушения, - это организационные, административные, инженерно-технические, медико-санитарные, ветеринарные и иные меры, направленные на предотвращение распространения инфекционных заболеваний и предусматривающие особый режим хозяйственной и иной деятельности, ограничение передвижения населения, транспортных средств, грузов, товаров и животных.

С субъективной стороны данное правонарушение может быть совершено как умышленно, так и по неосторожности.

Субъектами правонарушения могут выступать граждане, достигшие 16-летнего возраста, должностные лица, индивидуальные предприниматели, а также юридические лица. Следует обратить внимание, что в отношении индивидуальных предпринимателей и юридических лиц Федеральным [законом](#) от 9 мая 2005 г. N 45-ФЗ установлен новый вид административной ответственности - административное приостановление деятельности на срок до девяноста суток.

Дела о правонарушениях, предусмотренных [ст. 6.3](#) КоАП РФ, рассматриваются должностными лицами органов Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, осуществляющих государственный санитарно-эпидемиологический контроль. В том случае, если эти органы придут к выводу о необходимости применить к индивидуальному предпринимателю или юридическому лицу санкцию в виде административного приостановления деятельности, дело об административном правонарушении подлежит передаче на рассмотрение федерального районного судьи в соответствии с [ч. ч. 2 и 3 ст. 23.1](#) и [ст. 3.12](#) КоАП РФ.

Протоколы об административных правонарушениях составляют должностные лица указанных выше органов ([ч. 1 ст. 28.3](#) КоАП РФ), а также органов внутренних дел (милиции) ([п. 1 ч. 2 ст. 28.3](#) КоАП РФ).

5. Уголовная ответственность определена Уголовным [кодексом](#) РФ от 13.06.1996. Выделяют следующие составы преступлений: [ч. 2 ст. 109](#), [ч. 2 ст. 118](#), [ст. ст. 235, 236, 237](#) УК РФ.

[Статья 109](#) УК РФ "Причинение смерти по неосторожности". В отличие от прежнего УК РСФСР, в действующем Кодексе неосторожное лишение жизни не именуется убийством. [Часть 2 данной статьи](#) рассматривает причинение смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей. Под ненадлежащим исполнением профессиональных обязанностей виновным понимается поведение лица, в полной мере или частично не соответствующее официальным предписаниям, требованиям, предъявляемым к нему при выполнении профессиональных функций (медицинского или фармацевтического работника и т.д.).

[Статья 118](#) УК РФ "Причинение тяжкого вреда здоровью по неосторожности". В соответствии с [частью 2 данной статьи](#) ответственность дифференцирована с помощью такого квалифицирующего признака, как причинение тяжкого вреда вследствие ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей.

Введение в [ст. 118](#) УК РФ в качестве квалифицирующего обстоятельства ненадлежащего исполнения лицом своих профессиональных обязанностей как веской причины наступления предусмотренного [ч. 1](#) вреда здоровью продиктовано практикой. Вред причиняется в той сфере и тем лицом, которые призваны гарантировать безопасность здоровья граждан (например, случаи ненадлежащего (непрофессионального) исполнения обязанностей медицинским или фармацевтическим работником). Нередко при этом возрастает и объем (размер) вреда.

В этой связи возникает вопрос о соотношении [ч. 2 ст. 118](#) и [ст. 124](#) УК РФ, когда речь идет о неисполнении профессиональных обязанностей медицинским работником. Различие между ними усматривается в объективной стороне: в одном случае помощь вообще не оказывается (преступное бездействие), в другом она оказывается, но ненадлежаще, не в полном объеме, не на должном профессиональном уровне.

[Статья 124](#) УК РФ "Неоказание помощи больному".

Потерпевшим от данного преступления является больной, т.е. лицо, страдающее каким-либо заболеванием и нуждающееся в оказании медицинской помощи. Вид заболевания и стадия его течения в плане квалификации значения не имеют. Важно, чтобы болезнь при невмешательстве создавала реальную угрозу причинения вреда здоровью потерпевшего.

Неоказание помощи выражается в бездействии. Существует мнение, что оно может воплотиться и в частичном бездействии (непринятии всего комплекса медицинских мер, некачественном лечении и т.п.). Вряд ли это верно.

Спорен также вопрос, о всяком ли виде помощи идет речь в [ст. 124](#) либо только о срочной, первичной, скорой. [Основы законодательства](#) РФ об охране здоровья граждан различают первичную, скорую, специализированную и медико-социальную помощь (гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями и заболеваниями, представляющими опасность для окружающих).

Согласно [ч. 1 ст. 41](#) Конституции, каждый имеет право на медицинскую помощь, которая в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно. Частные клиники, как известно, оказывают платные услуги за определенные виды специализированной деятельности. В государственных и муниципальных учреждениях часть специализированных услуг в настоящее время осуществляется также на платной основе.

Исходя из сказанного следует сделать вывод, что неоказанием помощи считается отказ или уклонение от оказания не терпящей отлагательства помощи, что создает реальную угрозу причинения серьезного вреда здоровью потерпевшего.

В конкретном случае неоказание помощи может выразиться в отказе врача принять вызов или выехать на дом, принять поступившего больного или осмотреть его. Виновный может отказаться сделать искусственное дыхание, остановить кровотечение, наложить швы, вызвать надлежащего специалиста по профилю заболевания, дать необходимые лекарства, не принимать мер к доставлению нуждающегося в этом потерпевшего в больницу и т.д.

Уголовная ответственность за бездействие, как известно, предполагает, что лицо должно было и могло действовать.

Обязанность действовать вытекает из предписаний Основ законодательства об охране здоровья граждан ([ст. ст. 38](#) и [39](#)), где сказано, что первичная и скорая медицинская помощь оказывается гражданам в случаях травм, отравлений и других неотложных состояний лечебно-профилактическими учреждениями независимо от территориальной, ведомственной подчиненности и форм собственности (обязанность оказывать помощь больному подкрепляется клятвой Гиппократова, произносимой выпускником медицинского учебного заведения).

Возможность действовать (субъективный критерий) - обязательное условие ответственности. Неслучайно в [ст. 124](#) говорится о неоказании помощи без уважительных причин. К уважительным относятся причины, непреодолимые в момент возникновения конкретной обязанности действовать. Ими можно считать непреодолимую силу, состояние крайней необходимости, болезнь самого медицинского работника, отсутствие необходимого инструмента, лекарств и т.д.

Условиями, вызывающими обязанность действовать, являются обращение больного, его родственников, иных лиц, а также когда само обязанное лицо наблюдает ситуацию, вызывающую необходимость действовать (например, оно является свидетелем дорожно-транспортного происшествия с наличием пострадавших). Как правило, на медицинское вмешательство требуется согласие больного. В соответствии со [ст. 32](#) Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан "необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина". Следовательно, при обычных обстоятельствах отсутствие такого согласия исключает наказуемость, даже если в последующем из-за неоказания помощи наступил вред здоровью.

Вместе с тем оказание помощи без согласия больного (его родственников, законных представителей и т.д.) возможно, если по каким-либо причинам согласие не может быть получено (например, ввиду коматозного состояния потерпевшего), а медицинское вмешательство безотлагательно необходимо.

Состав преступления сконструирован по типу материального, поэтому преступление полагается оконченным при наступлении вреда здоровью средней тяжести. В этом вопросе произошло изменение законодательной позиции: согласно [ст. 128](#) УК 1960 г. сам факт неоказания помощи больному без уважительных причин признавался преступным. Это серьезно расширяло основание ответственности, приводило к смешению преступления и дисциплинарного или аморального проступка.

Причинение вреда здоровью средней тяжести - минимальный размер вреда, при наличии которого возможна уголовная ответственность. Отсюда, если неоказание помощи вызвало лишь легкий вред здоровью, уголовное преследование исключается. Необходимым признаком состава преступления является причинно-следственная связь. Вред здоровью должен быть обусловлен бездействием виновного, неоказанием им помощи потерпевшему. Если такой связи нет, содеянное не может быть квалифицировано по ст. 124 УК РФ, даже если и деяние в виде неоказания помощи, и вредные последствия имели место (например, после отказа фельдшера оказать необходимую помощь больной решил самостоятельно добираться до районной больницы, в пути поскользнулся, упал и получил средней тяжести повреждения здоровья).

Субъектами преступления являются медицинские работники, а также лица, обязанные ее оказывать в виде первой помощи по закону или по специальному правилу (ст. ст. 38 и 39 Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан). Под медицинскими работниками следует понимать лиц, профессионально выполняющих свои функции (врач, фельдшер, медицинская сестра, акушерка, провизор и т.п.). Подсобный медицинский персонал (санитары, сиделки, лаборанты, регистраторы и т.д.) субъектом данного преступления не является и при соответствующих условиях может нести ответственность по ст. 125 УК РФ. На основании п. 2 ст. 10 Закона РФ от 18 апреля 1991 г. N 1026-1 "О милиции" (ВВС РСФСР. 1991. N 16. Ст. 503) работники милиции обязаны оказывать помощь гражданам, пострадавшим от преступлений, административных правонарушений и несчастных случаев, а также находящимся в беспомощном либо ином состоянии, опасном для их здоровья и жизни.

Субъективная сторона характеризуется неосторожной формой вины: лицо, отказываясь или уклоняясь от оказания помощи:

1) предвидит возможность причинения вреда здоровью больного, но без достаточных к тому оснований самонадеянно рассчитывает на предотвращение такого вреда (например, надеется, что помощь окажет другой живущий недалеко медицинский работник);

2) не предвидит возможности причинения вреда здоровью в результате неоказания помощи больному, хотя при необходимой внимательности и предусмотрительности должно было и могло предвидеть наступление вреда.

Например, врач отказался обследовать больного, заявив, что, судя по словам родственников, ничего страшного не произошло. Если бы обследование было проведено, итог мог быть иным.

Не соответствует закону распространенное мнение, что анализируемое преступление предполагает двойную форму вины: умысел по отношению к бездействию и неосторожность по отношению к последствию. Согласно ст. 27 УК РФ о преступлении, совершенном с двумя формами вины, можно говорить лишь в случае, когда в результате совершения умышленного преступления причиняются тяжкие последствия, усиливающие ответственность. Речь, следовательно, идет о квалифицированных составах. Применительно к основному составу нельзя говорить о двух формах вины, поскольку деяние само по себе преступным не является - оно способно влечь дисциплинарную, административную или общественную ответственность.

Следовательно, преступление совершается с единой формой вины - по неосторожности. Сознательное отношение к неисполнению профессиональной обязанности имеет уголовно-правовое значение, но лишь в плане индивидуализации ответственности и наказания.

Если лицо, не оказывая помощь больному, желает или сознательно допускает наступление вредных последствий своего поведения (средней тяжести вреда здоровью либо более тяжкого), ответственность должна наступать не по ст. 124 УК РФ, а по иным статьям (ст. ст. 111, 112 или 105 УК РФ).

Критерием дифференциации наказания выступает тяжесть вреда: ч. 2 предусматривает повышенную наказуемость за неосторожное причинение больному тяжкого вреда здоровью либо смерти пострадавшего.

Статья 235 УК РФ "Незаконное занятие частной медицинской практикой или частной фармацевтической деятельностью". Согласно ст. 4 Федерального закона от 8 августа 2001 г. N 128-ФЗ "О лицензировании отдельных видов деятельности" к лицензируемым относятся те виды деятельности, осуществление которых может повлечь за собой нанесение ущерба правам, законным интересам, здоровью граждан. Как указано в ст. 17 этого Закона, лицензированию также подлежат фармацевтическая деятельность, производство лекарственных средств, деятельность по распространению лекарственных средств и изделий медицинского назначения, медицинская деятельность.

Лицензия - это официальный документ, выдаваемый органом исполнительной власти, который разрешает осуществление указанного вида деятельности в течение определенного времени и с соблюдением определенных условий.

Как осуществление деятельности без лицензии следует рассматривать деятельность на основании лицензии, выданной другому лицу, на иной вид деятельности, с просроченным сроком, при утрате лицензии.

Не образует состава осуществление деятельности с нарушением условий лицензирования, закрепленных в лицензии.

Вред здоровью по степени тяжести может быть любым (ч. 1 ст. 235 УК РФ).

В каждом случае необходимо установление причинной связи между занятием такой деятельностью и наступившим вредом (неправильная диагностика, методика лечения, процедуры, прием лекарственных средств, нарушение рецептуры лекарственных средств, ухудшение психического состояния человека).

Если последствия, указанные в ст. 235 УК РФ, наступают при наличии лицензии, но в результате неправильного лечения или диагностики, изготовления лекарственных средств, то подлежат применению ч. 2 ст. 109 или ч. 2 ст. 118 УК РФ.

Деяния, указанные в ч. 1 ст. 235 УК РФ, наказываются штрафом в размере до ста двадцати тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до одного года, либо ограничением свободы на срок до трех лет, либо лишением свободы на срок до трех лет.

Согласно ч. 2 ст. 235 УК РФ то же деяние, но повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается ограничением свободы на срок до пяти лет или лишением свободы на тот же срок.

Статья 236 УК РФ "Нарушение санитарно-эпидемиологических правил". В соответствии со ст. 42 Конституции РФ гражданин имеет право на благоприятную окружающую среду.

Благоприятная окружающая среда, в частности, означает условия жизнедеятельности, при которых отсутствуют вредные воздействия на человека, реализуются соответствующие санитарные нормы. Понятие санитарно-эпидемиологических правил дается в Федеральном законе от 30 марта 1999 г. N 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

Цель установления и соблюдения санитарно-эпидемиологических правил - профилактика острых инфекционных заболеваний, препятствование развитию эпидемий.

Для наступления уголовной ответственности необходимо массовое заболевание или отравление людей.

Санитарные правила - это правила, определяющие критерии безопасности и безвредности для человека среды его обитания и требования к обеспечению благоприятных условий жизнедеятельности.

Эпидемиологические правила - нормы, устанавливающие порядок выявления, регистрации, учета, профилактики распространения эпидемий.

Массовые заболевания инфекционными болезнями людей называются эпидемией. Критерии массовости устанавливаются эпидемиологическими нормами. Кроме эпидемий, массовые заболевания могут носить и неинфекционный характер. Заболевание по источнику бывает вирусным, бактериальным, воздушно-капельным, кишечным.

В каждом случае необходимо установление причинной связи между фактом нарушения правил и наступившими последствиями.

Причинение по неосторожности смерти человеку вследствие нарушения санитарно-эпидемиологических правил (ч. 2 ст. 236 УК РФ) представляет собой специальную норму по отношению к предусмотренной ст. 109 УК РФ.

Деяния, указанные в ч. 1 ст. 236 УК РФ, наказываются штрафом в размере до восьмидесяти тысяч рублей или в размере заработной платы или иного дохода осужденного за период до шести месяцев, либо лишением права занимать определенные должности или заниматься определенной деятельностью на срок до трех лет, либо обязательными работами на срок до ста восьмидесяти часов, либо исправительными работами на срок до одного года, либо ограничением свободы на срок до трех лет.

Согласно ч. 2 ст. 236 УК РФ то же деяние, но повлекшее по неосторожности смерть человека, наказывается обязательными работами на срок от ста восьмидесяти до двухсот часов, либо исправительными работами на срок от шести месяцев до двух лет, либо ограничением свободы на срок до пяти лет, либо лишением свободы на тот же срок.

Статья 237 УК РФ "Соккрытие информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей". Введение (впервые) уголовной ответственности за подобное поведение в полной мере соответствует положению ч. 3 ст. 41 Конституции РФ, в которой закреплено, что "сокрытие должностными лицами фактов и обстоятельств, создающих угрозу для жизни и здоровья людей, влечет за собой ответственность в соответствии с федеральным законом".

Предмет преступления - информация о событиях, создающих опасность для жизни или здоровья людей либо для окружающей среды независимо от формы ее представления. Понятие "информация" дается в Федеральном законе от 27 июля 2006 г. N 149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и защите информации". Документированная информация - зафиксированная на материальном носителе информация с реквизитами, позволяющими ее идентифицировать. Согласно Федеральному закону, к информации с ограниченным доступом

запрещено относить информацию о чрезвычайных ситуациях, экологическую, метеорологическую, демографическую, санитарно-эпидемиологическую, необходимую для обеспечения безопасного функционирования населенных пунктов, производственных объектов, безопасности граждан и населения в целом.

К информации об обстоятельствах, создающих опасность для жизни или здоровья людей, в частности, относится информация о вспышках инфекционных заболеваний, о санитарно-эпидемиологическом состоянии тех или иных объектов и т.д.

Соккрытие совершается как путем бездействия (умолчания), так и путем действия (предоставления неполной информации). Искажение проявляется в действии. Это предоставление заведомо ложной информации, вводящей в заблуждение относительно наличия и размеров опасности.

Соккрытие и искажение информации адресовано неопределенному кругу лиц.

Под вредом здоровью в данной [статье](#) понимается причинение легкого, средней тяжести, тяжкого вреда здоровью.

Иные тяжкие последствия - смерть потерпевшего, огромный материальный ущерб, причинение вреда здоровью нескольким лицам, приостановка деятельности предприятий и учреждений и т.д.

Статья 17. Обжалование действий и решений медицинских работников и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи

Комментарий к [статье 17](#)

1. Комментируемая [статья](#) определяет дополнительные гарантии гражданам, которые получают противотуберкулезную помощь - это обжалование действий и решений медицинских работников и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи, в соответствующие органы исполнительной власти в области здравоохранения или соответствующим лицам медицинских противотуберкулезных организаций либо в суд.

2. Комментируемой [статьей](#) определен круг лиц, кто может подать жалобу на действия и решения медицинских работников и иных работников, участвующих в оказании противотуберкулезной помощи: гражданин, права и законные интересы которого нарушены, законные представители, а также организации, которым федеральным законом или ее уставом (положением) предоставлено право защищать права граждан.

Согласно [ст. 52](#) ГПК РФ права, свободы и законные интересы недееспособных или не обладающих полной дееспособностью граждан защищают в суде их родители, усыновители, опекуны, попечители или иные лица, которым это право предоставлено федеральным законом. По делу, в котором должен участвовать гражданин, признанный в установленном порядке безвестно отсутствующим, в качестве его представителя выступает лицо, которому передано в доверительное управление имущество безвестно отсутствующего. Законные представители совершают от имени представляемых ими лиц все процессуальные действия, право совершения которых принадлежит представляемым, с ограничениями, предусмотренными законом. Законные представители могут поручить ведение дела в суде другому лицу, избранному ими в качестве представителя.

Согласно Федеральному [закону](#) от 31 мая 2002 г. N 63-ФЗ "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации" к юридической помощи, предоставляемой адвокатом, относится участие в качестве представителя доверителя в гражданском и административном судопроизводстве.

Если лицо, участвующее в деле, поручает ведение дела в суде адвокату, то в этом случае, помимо общих правил о судебном представительстве, установленных ГПК РФ, необходимо учитывать положения Федерального [закона](#) "Об адвокатской деятельности и адвокатуре в Российской Федерации". В частности, не могут быть представителями в суде адвокаты, когда для их участия в процессе имеются препятствия, предусмотренные [подп. 2 п. 4 ст. 6](#) указанного Федерального закона, а именно:

1) если адвокат имеет самостоятельный интерес по предмету соглашения с доверителем, отличный от интереса данного лица;

2) если адвокат участвовал в деле в качестве судьи, третейского судьи или арбитра, посредника, прокурора, следователя, дознавателя, эксперта, специалиста, переводчика, является по данному делу потерпевшим или свидетелем, а также если он являлся должностным лицом, в компетенции которого находилось принятие решения в интересах данного лица;

3) если адвокат состоит в родственных или семейных отношениях с должностным лицом, которое принимало или принимает участие в расследовании или рассмотрении дела данного лица;

4) если адвокат оказывает юридическую помощь доверителю, интересы которого противоречат интересам данного лица.

3. Порядок рассмотрения судом жалоб определен гражданско-процессуальным законодательством.

4. Обжалование решений суда определено гражданско-процессуальным законодательством.

Статья 18. Возмещение вреда, причиненного при оказании противотуберкулезной помощи

Комментарий к [статье 18](#)

Комментируемая [статья](#) является отсылочной и устанавливает возмещение вреда, причиненного жизни и здоровью граждан при оказании противотуберкулезной помощи.

Согласно Гражданскому кодексу РФ вред, причиненный личности, подлежит возмещению в полном объеме лицом, причинившим вред ([п. 1 ст. 1064](#) ГК РФ).

Вред, причиненный жизни или здоровью гражданина, выражается в смерти человека либо в причинении ему травмы или увечья. Такой вред во всех случаях не может быть ни возмещен в натуре, ни компенсирован денежными средствами. Тем не менее при этом у потерпевшего, как правило, возникают имущественные потери, т.к. вследствие полученных травм или увечий он временно или постоянно лишается возможности получения прежнего заработка или иного дохода, вынужден нести дополнительные расходы на лечение и т.п. В случае смерти гражданина такие потери могут понести близкие ему лица, лишаящиеся в результате этого источника доходов или содержания.

Такого рода потери потерпевшего или близких ему лиц подлежат возмещению причинителями вреда в рамках деликтных обязательств. На этих же основаниях потерпевшему, кроме того, возмещается причиненный моральный вред. Поэтому причинение вреда жизни или здоровью гражданина закон рассматривает как одно из оснований возникновения деликтных обязательств. Вред, причиненный жизни и здоровью гражданина, подлежит возмещению в рамках внедоговорных обязательств и в тех случаях, когда он является результатом ненадлежащего исполнения договора.

Согласно [п. 1 ст. 1085](#) ГК РФ в связи с причинением гражданину увечья или иного повреждения его здоровья компенсации подлежит прежде всего утраченный потерпевшим заработок или иной доход, который он имел или мог иметь до увечья.

Основанием для компенсации служит то обстоятельство, что в результате причинения данного вреда гражданин не в состоянии заниматься прежними видами деятельности, в том числе выполнять прежнюю работу.

Компенсация утраченного потерпевшим заработка или иного дохода осуществляется исходя из их фактического размера. Однако при этом учитывается заработок или доход, который потерпевший хотя и не получил, но определенно мог иметь после причинения вреда его здоровью.

Вместе с тем утраченный потерпевшим заработок или доход не подлежит уменьшению на сумму назначенных ему в связи с увечьем или иным повреждением здоровья пенсий, пособий и иных выплат, которые, в отличие от ранее действовавшего порядка, теперь не должны засчитываться в счет возмещения вреда. Согласно [п. 2 ст. 1085](#) ГК РФ не засчитывается в счет такого возмещения и заработок или доход, получаемый потерпевшим после повреждения его здоровья.

Кроме того, гражданское законодательство позволяет увеличить объем (характер) и размер возмещения вреда, причитающегося потерпевшему, в том числе в соответствии с условиями договора, при исполнении которого вред был понесен ([п. 3 ст. 1085](#) ГК РФ). В частности, увеличение такой компенсации в сравнении с правилами ГК РФ для отдельных категорий граждан может предусматриваться специальным законом либо условиями заключенных ими индивидуальных или коллективных трудовых договоров с работодателями. Возможность же уменьшения компенсации, хотя бы и специальным законом, исключается.

Для определения конкретного размера утраченного потерпевшим заработка или дохода имеет значение прежде всего размер среднего месячного заработка или дохода, получаемого потерпевшим до увечья или иного повреждения здоровья. В состав такого заработка включаются все виды оплаты труда как по трудовым, так и по гражданско-правовым договорам, причем как по основному месту работы, так и по совместительству (кроме выплат единовременного характера, например, единовременных премий), а также авторские гонорары. Размер доходов от предпринимательской деятельности определяется на основании данных налоговых органов. Все виды заработка или дохода учитываются в суммах, начисленных до удержания налогов. Среднемесячная сумма заработка или дохода потерпевшего подсчитывается путем деления на 12 общей суммы заработка или доходов, полученных им за 12 месяцев работы, предшествовавших повреждению его здоровья ([п. 3 ст. 1086](#) ГК РФ).

Если потерпевший на момент причинения вреда не работал (стал безработным, имел перерыв в работе и т.д.), при подсчете его заработка (доходов) по его выбору может учитываться либо ранее получаемый им заработок, либо обычный заработок работника его квалификации в данной местности. Однако в обоих случаях этот заработок не может считаться менее пятикратного минимального размера оплаты труда (п. 4 ст. 1086 ГК РФ).

Если же до причинения вреда здоровью потерпевшего его заработок или доход устойчивым образом повысились (например, незадолго до увечья потерпевшему увеличена заработная плата либо он переведен на новую должность с более высоким окладом), при определении среднемесячного заработка (дохода) учитывается только новый, повышенный заработок или доход потерпевшего (п. 5 ст. 1086 ГК РФ).

В результате повреждения здоровья потерпевший может получить лишь кратковременное расстройство здоровья, при котором ему должны быть компенсированы утраченные им доходы (неполученный заработок) за все время болезни.

Однако результатом причиненного здоровью потерпевшего вреда может стать и стойкая или невосстановимая утрата им трудоспособности. В этом случае необходимо определить, в какой мере травма или увечье затрудняют для потерпевшего осуществление прежней деятельности (работы), т.е. установить степень утраты им профессиональной трудоспособности. Под этим понимается способность человека к выполнению определенной работы по конкретной профессии, т.е. его способность к труду по имеющейся специальности и квалификации. При частичном сохранении такой способности потерпевший сохраняет возможность получения части прежнего заработка или дохода, поэтому размер причитающегося ему возмещения соответственно уменьшается.

При отсутствии у потерпевшего профессиональной трудоспособности учитывается степень утраты им общей трудоспособности, т.е. способности к неквалифицированному труду, не требующему специальных знаний и навыков. Она определяется аналогичным образом.

Учитывается также грубая неосторожность самого потерпевшего, содействовавшая возникновению или увеличению вреда (ст. 1083 ГК РФ). При этом размер возмещения уменьшается пропорционально степени вины потерпевшего.

В случае причинения вреда здоровью малолетнего потерпевшего (не достигшего 14 лет), не имевшего заработка или дохода, причинитель возмещает лишь дополнительные расходы, вызванные повреждением здоровья, и моральный вред. При причинении вреда не имевшему заработка (дохода) несовершеннолетнему потерпевшему (в возрасте от 14 до 18 лет), а также при достижении малолетним потерпевшим возраста 14 лет причинитель обязан возместить не только дополнительные расходы и моральный вред, но и вред, связанный с уменьшением трудоспособности потерпевшего. При этом условный размер его заработка (дохода) предполагается равным пятикратному минимальному размеру оплаты труда (п. 2 ст. 1087 ГК РФ).

В случаях, когда несовершеннолетний имел заработок или доход к моменту причинения вреда его здоровью, вред возмещается исходя из размера этого заработка, но не ниже пятикратного минимального размера оплаты труда (п. 3 ст. 1087 ГК РФ). После начала трудовой деятельности несовершеннолетний потерпевший вправе требовать увеличения размера возмещения вреда, исходя из фактически получаемого им заработка (но не ниже установленного по занимаемой им должности размера вознаграждения или заработка работника соответствующей квалификации).

При причинении вреда здоровью гражданина компенсации, наряду с утраченным заработком (доходом), подлежат также вызванные повреждением здоровья дополнительно понесенные расходы потерпевшего, в частности, на:

- 1) лечение и приобретение лекарств;
- 2) дополнительное питание;
- 3) протезирование;
- 4) посторонний уход;
- 5) санаторно-курортное лечение;
- 6) приобретение специальных транспортных средств;
- 7) подготовку к работе по другой профессии.

Приведенный перечень дополнительных расходов носит не исчерпывающий, а примерный характер. Однако любые дополнительные расходы возмещаются потерпевшему при условии, что он нуждается в этих видах помощи и ухода и не вправе претендовать на их бесплатное получение (п. 1 ст. 1085 ГК РФ). Нуждаемость в перечисленных и иных видах помощи и ухода должна быть подтверждена заключением медико-социальной экспертизы, а в спорных случаях может быть установлена судом.

Размер дополнительных расходов определяется на основании счетов и других документов либо согласно ценам, сложившимся в той местности, где потерпевший понес эти расходы. В случае нуждаемости потерпевшего в специальном медицинском уходе (медсестра, сиделка и т.д.) расходы возмещаются в пределах двух минимальных размеров оплаты труда, а при его

нуждаемости также в обычном, постоянном или бытовом уходе расходы возмещаются соответственно в размере 60 процентов от указанного уровня или 50 процентов минимального размера оплаты труда. При этом расходы на дополнительный уход возмещаются независимо от того, кем он осуществляется (специально нанятыми людьми, членами семьи или близкими потерпевшего) и понесены ли они фактически. При определении размера возмещения дополнительных расходов не учитывается вина потерпевшего в возникновении или увеличении вреда ([абз. 3 п. 2 ст. 1083 ГК РФ](#)).

Кроме того, потерпевший вправе требовать денежного возмещения понесенного им морального вреда сверх компенсации названных выше имущественных потерь и расходов ([ст. 151, п. 3 ст. 1099 ГК РФ](#)). Размер компенсации такого вреда определяется судом в зависимости от характера причиненных потерпевшему физических и нравственных страданий, индивидуальных особенностей потерпевшего, а также степени вины причинителя и с учетом требований разумности и справедливости ([п. 2 ст. 1101 ГК РФ](#)). При этом учитываются не только перенесенные потерпевшим страдания, но и возможные в будущем моральные травмы (например, при неизгладимом обезображении лица, утрате конечностей и т.п.).

В случае смерти потерпевшего имущественные потери возникают у близких ему лиц, которых он полностью или частично содержал при жизни (будучи их кормильцем), а также у лиц, понесших расходы на его погребение. В их число согласно [п. 1 ст. 1088 ГК РФ](#) входят:

1) иждивенцы потерпевшего, нетрудоспособные по возрасту (несовершеннолетние дети, мужчины старше 60 лет и женщины старше 55 лет) или по состоянию здоровья (наличие одной из групп инвалидности), в том числе и те, которые ко дню его смерти имели право на получение от него содержания, хотя фактически могли его и не получать;

2) другие (трудоспособные) иждивенцы потерпевшего, ставшие нетрудоспособными в течение пяти лет после его смерти (например, трудоспособные жена или мать умершего, находившиеся на его иждивении и достигшие пенсионного возраста в течение указанного срока);

3) ребенок умершего, родившийся после его смерти;

4) один из членов семьи потерпевшего (в частности, его родитель или супруг) независимо от его трудоспособности, который не работает и занят уходом за находившимися на иждивении потерпевшего его малолетними (не достигшими 14 лет) или нуждающимися по состоянию здоровья в постороннем уходе детьми, внуками, братьями и сестрами (независимо от возраста). При этом в случае наступления нетрудоспособности по возрасту или состоянию здоровья (например, при достижении пенсионного возраста) в период осуществления такого ухода он сохраняет право на возмещение вреда.

Перечисленным лицам вред по случаю потери кормильца возмещается в течение сроков, предусмотренных [п. 2 ст. 1088 ГК РФ](#) (несовершеннолетним - до достижения 18 лет; учащимся - до окончания учебы, но не более чем до 23 лет; женщинам старше 55 лет и мужчинам старше 60 лет - пожизненно; инвалидам - на срок действия инвалидности и т.д.).

Размер возмещения вреда перечисленным лицам определяется той долей заработка или иного дохода потерпевшего, которую они получали или имели право получать при его жизни (за вычетом доли, приходящейся на самого умершего).

Учитывается также доля находившихся на иждивении потерпевшего трудоспособных членов его семьи, не имеющих права на возмещение вреда по случаю потери кормильца в соответствии с [п. 1 ст. 1088 ГК РФ](#), поскольку при его жизни на них также тратилась часть его заработка (дохода).

Если же потерпевший имел не состоявших на его иждивении лиц, которые были вправе получать от него содержание, сумма, приходящаяся на их содержание, исключается из общей суммы заработка (доходов) потерпевшего, а оставшаяся сумма делится на число его иждивенцев.

При этом в размер возмещения не засчитываются пенсии, назначенные иждивенцам как до, так и после смерти кормильца, а также получаемые ими заработок, стипендия и иные доходы ([п. 2 ст. 1089 ГК РФ](#)). Предполагается, что и при этих условиях потерпевший при жизни тратил на их содержание соответствующую часть своего заработка (дохода). Не учитывается при этом и вина потерпевшего. Вместе с тем допускается увеличение указанного размера возмещения специальным законом или договором (например, заключенным потерпевшим при жизни индивидуальным трудовым контрактом).

Средний заработок или доход потерпевшего определяется по тем же правилам, что и при причинении вреда здоровью гражданина. Однако в состав доходов умершего, определяющих размер доли его иждивенцев, наряду с его заработком (доходом) включаются также получаемые им при жизни пенсии, пожизненное содержание и подобные им выплаты (поскольку предполагается, что в соответствующих частях они тоже расходовались им на содержание своих иждивенцев) ([п. 1 ст. 1089 ГК РФ](#)).

Платежи по возмещению вреда, причиненного жизни или здоровью гражданина, производятся периодически, как правило, ежемесячно, что соответствует порядку выплаты заработной платы, которую по общему правилу призваны компенсировать данные платежи. По решению суда при наличии уважительных причин у потерпевшего и с учетом возможностей

причинителя вреда возможно осуществление единовременных платежей, но за период не более трех лет (п. 1 ст. 1092 ГК РФ). Порядок компенсации дополнительных расходов (периодический или единовременный) зависит от их характера. В некоторых случаях она возможна и на будущее время. Суммы по возмещению морального вреда и расходов на погребение выплачиваются однократно.

В связи с длительным характером таких выплат необходимо учитывать возможные (возникающие в будущем) изменения в состоянии здоровья потерпевшего. Если его трудоспособность в связи с причиненным повреждением здоровья в дальнейшем уменьшилась, он вправе потребовать от причинителя соответствующего увеличения размера возмещения вреда; если же она возросла, причинитель вправе требовать соответствующего уменьшения размера возмещения. Аналогичное влияние на размер возмещения данного вреда может оказать и изменение имущественного положения гражданина, причинившего вред (п. п. 3 и 4 ст. 1090 ГК РФ).

Суммы выплачиваемого потерпевшему или его иждивенцам возмещения подлежат индексации при повышении стоимости жизни или пропорциональному увеличению в связи с повышением минимального размера оплаты труда (ст. 1091 ГК РФ).

Размер возмещения вреда по случаю потери кормильца его конкретным иждивенцам может быть также изменен:

во-первых, в связи с рождением его ребенка после его смерти (в этом случае он уменьшится в связи с увеличением числа иждивенцев);

во-вторых, при назначении или прекращении выплат лицам, занятым уходом за детьми, внуками, братьями и сестрами умершего кормильца (в этом случае он соответственно уменьшится или увеличится в зависимости от увеличения или уменьшения числа иждивенцев (п. 3 ст. 1089 ГК РФ)).

Ответственным за причинение вреда жизни или здоровью гражданина может являться юридическое лицо, подлежащее ликвидации и, следовательно, не имеющее правопреемников, к которым переходят обязанности по компенсации причиненного им вреда. В таком случае соответствующие платежи должны быть капитализированы (т.е. обособлены в общей сумме за весь предполагаемый период выплат) для передачи их организации, обязанной в будущем осуществлять выплаты потерпевшему, по правилам, установленным специальным законом или иными правовыми актами (п. 2 ст. 1093 ГК РФ).

Согласно ст. 208 ГК РФ на требования о возмещении вреда, причиненного жизни или здоровью граждан, не распространяется исковая давность. Однако требования, предъявленные по истечении трех лет с момента возникновения права на возмещение такого вреда, удовлетворяются за прошлое время не более чем за три года, предшествующих предъявлению иска.

Глава VII. ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Статья 19. Заключительные положения

Комментарий к статье 19

1. Согласно ст. 6 Федерального закона от 14 июня 1994 г. N 5-ФЗ "О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания" федеральные конституционные законы, федеральные законы, акты палат Федерального Собрания вступают в силу одновременно на всей территории Российской Федерации по истечении десяти дней после дня их официального опубликования, если самими законами или актами палат не установлен другой порядок вступления их в силу.

Комментируемая статья определяет порядок вступления настоящего Федерального закона "О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации" в силу. Настоящий Федеральный закон вступает в силу со дня его официального опубликования - 18 июня 2001 г.

Согласно ст. 4 Федерального закона от 14 июня 1994 г. N 5-ФЗ "О порядке опубликования и вступления в силу федеральных конституционных законов, федеральных законов, актов палат Федерального Собрания" официальным опубликованием федерального конституционного закона, федерального закона, акта палаты Федерального Собрания считается первая публикация его полного текста в "Парламентской газете", "Российской газете" или Собрании законодательства Российской Федерации.

Федеральные конституционные законы, федеральные законы направляются для официального опубликования Президентом РФ. Акты палат Федерального Собрания направляются для официального опубликования председателем соответствующей палаты или его заместителем.

Согласно ст. 5 Федерального закона от 14 июня 1994 г. N 5-ФЗ "Парламентская газета" является официальным периодическим изданием Федерального Собрания. Федеральные

конституционные законы, федеральные законы подлежат обязательному опубликованию в "Парламентской газете". Обязательному опубликованию в "Парламентской газете" подлежат те акты палат Федерального Собрания, по которым имеются решения палаты, принявшей эти акты, об обязательном их опубликовании.

Федеральные конституционные законы, федеральные законы, акты палат Федерального Собрания могут быть опубликованы в иных печатных изданиях, а также доведены до всеобщего сведения (обнародованы) по телевидению и радио, разосланы государственным органам, должностным лицам, предприятиям, учреждениям, организациям, переданы по каналам связи, распространены в машиночитаемой форме.

Законы, акты палат Федерального Собрания и иные документы могут быть опубликованы также в виде отдельного издания.

Согласно [ст. 7](#) Федерального закона от 14 июня 1994 г. N 5-ФЗ Собрание законодательства Российской Федерации является официальным периодическим изданием, в котором публикуются федеральные конституционные законы, федеральные законы, акты палат Федерального Собрания, указы и распоряжения Президента РФ, постановления и распоряжения Правительства РФ, решения Конституционного Суда РФ о толковании [Конституции](#) РФ и о соответствии Конституции РФ законов, нормативных актов Президента РФ, Совета Федерации, Государственной Думы, Правительства РФ или отдельных положений перечисленных актов.

2. Комментируемая [норма](#) является специальной и дублирует положения [Конституции](#) РФ о том, что нормативно-правовые акты Президента РФ и Правительства РФ должны соответствовать федеральным законам. Так, согласно [ст. 90](#) Конституции РФ указы Президента РФ не должны противоречить Конституции РФ и федеральным законам и согласно [ст. 115](#) Конституции РФ на основании и во исполнение [Конституции](#) РФ, федеральных законов, нормативных указов Президента РФ Правительство РФ издает постановления и распоряжения, обеспечивает их исполнение. Постановления и распоряжения Президента РФ в случае их противоречия Конституции РФ, федеральным законам и указам Президента РФ могут быть отменены Президентом РФ.
