**Введение**

туберкулезный инфекция эпидемиологический

Министерство здравоохранения РФ осуществляет нормативно-правовое регулирование оказания противотуберкулезной помощи в стране, а также контроль деятельности находящихся в его ведении Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития и Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию. Федеральное агентство отвечает за реализацию противотуберкулезных мероприятий в стране, а Федеральная служба по надзору осуществляет контроль и надзор за выполнением этих мероприятий.

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 15 ноября 2012 г. № 932н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным туберкулезом» фтизиатрическая специализированная медицинская помощь может быть организована в учреждениях здравоохранения субъектов РФ (областная, краевая, республиканская, окружная больница, специализированная больница, госпиталь, центр).

Формирование государственной политики противотуберкулезной помощи населению после 1991 года подчинено статье 41 Конституции Российской Федерации, где закрепляется право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь.

**1.Характеристика и виды очагов туберкулезной инфекции**

Место пребывания источника микобактерий туберкулеза вместе с окружающими его людьми и обстановкой в тех пределах пространства и времени, в которых возможно возникновение новых заражений и заболеваний, называется эпидемическим очагом туберкулеза (очаг туберкулеза). Источниками микобактерий туберкулеза являются больные люди и животные, выделяющие во внешнюю среду возбудителей человеческого вида (антропонозный туберкулез) или бычьего вида (зоонозный туберкулез). Эпидемические очаги туберкулеза имеют пространственные и временные границы. В пространственные границы антропонозного очага входят жилище больного, место его работы, обучения, воспитания, лечения, а также коллективы и группы людей, с которыми он общается постоянно, периодически или временно. Очагом может оказаться квартира, дом, общежитие, учреждение социального обеспечения, детское учреждение, лечебно-профилактическое учреждение, подразделение предприятия, весь небольшой населенный пункт (деревня, поселок), если его жители тесно общаются между собой. Временные границы существования очага включают два срока: весь период общения с источником микобактерий и продолжительность инкубации у контактных. Вероятность повышенной заболеваемости контактных в очаге сохраняется еще год после снятия больного с учета в связи с выздоровлением или два года в случае смерти больного.

**2.Характеристика источников МБТ (бактериовыделителей)**

По степени эпидемической опасности источники микобактерий туберкулеза различны. Целесообразно выделять несколько категорий больных, в окружении которых должен проводиться комплекс противоэпидемических мероприятий. Основную, наиболее опасную для окружающих и многочисленную категорию источников инфекции составляют больные активным туберкулезом органов дыхания, у которых выделение возбудителя установлено любым из обязательных при обследовании методов (бактериоскопия, посев). Источниками инфекции являются и больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного указанными методами бактериовыделения. Ввиду выделения незначительного количества микобактерий они опасны в основном для высоковосприимчивых детей, подростков и других лиц со сниженным иммунитетом. Очаги туберкулеза формируют также больные внелегочными локализациями процесса, которые выделяют возбудителя через свищевые ходы, с мочой, испражнениями, выделениями из полости матки и влагалища и менструальной кровью. Эти больные представляют меньшую эпидемическую опасность для окружающих, чем больные туберкулезом органов дыхания.

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

* микроскопически и/или культуральным методом исследования, даже однократно;
* при наличии клинико-рентгенологических данных, свидетельствующих о явной активности туберкулезного процесса;
* при отсутствии клинико-рентгенологических признаков активного туберкулезного процесса для взятия больного на учет необходимо двукратное обнаружение МБТ любым методом микробиологического исследования;
* однократное обнаружение МБТ у комтингентов 3-й группы при отсутствии клинико-рентгенологических симптомов, подтверждающих реактивацию процесса, требует применения углубленных методов обследования.

**3. Критерии и группы эпидемической опасности очагов туберкулезной инфекции**

Опасность больного туберкулезом как источника инфекции и риск возникновения в очагах новых заболеваний зависят от следующих основных факторов:

* локализации процесса у больного, так как поражение органов дыхания формирует наиболее мощный аэрогенный механизм передачи возбудителя, сопровождающийся интенсивным обсеменением очага;
* массивности выделения больным микобактерий, их жизнеспособности, лекарственной устойчивости и вирулентности;
* качества выполнения больным и контактными лицами противоэпидемического режима;
* наличия в окружении больного детей, подростков, беременных женщин и других лиц с повышенной восприимчивостью к туберкулезной инфекции;
* характера жилища (общежитие, коммунальная или отдельная квартира, индивидуальный дом, учреждение закрытого типа), определяющего возможность изоляции больного, теснота общения с контактными, их количество, а также уровня санитарно-коммунального благоустройства жилища (горячее и холодное водоснабжение и т.д.);
* социального статуса больного, влияющего на невыполнение режима терапии и противоэпидемического режима в очаге.

Конкретное сочетание указанных факторов и различный уровень их выраженности и определяют степень эпидемической опасности очага.

**4.Очаги туберкулеза**

Очаги туберкулеза по своей эпидемиологической характеристике крайне неоднородны. В зависимости от риска возникновения новых заболеваний их следует разделить на 5 групп: очаги с наибольшим риском заражения туберкулеза, с меньшим риском, минимальным и потенциальным риском. Особое место среди них составляют очаги зоонозного типа.

I группа - очаги, сформированные больными туберкулезом органов дыхания, выделяющими микобактерий туберкулеза (МБТ). В этих очагах сочетаются все или большая часть неблагоприятных факторов: проживают дети и подростки, имеют место грубые нарушения больным противоэпидемического режима, тяжелые бытовые условия. Такие условия чаще всего встречаются в общежитиях, коммунальных квартирах, учреждениях закрытого типа, в которых невозможно выделить для больного отдельную комнату. Это социально отягощенные очаги. Среди них необходимо выделять «территориальные» очаги туберкулеза.

Территориальный очаг туберкулеза - это квартира, в которой проживает больной туберкулезом органов дыхания с обильным бактериовыделением (МБТ определяются методом бактериоскопии мазка мокроты или дают сплошной рост при посеве на питательные среды), лестничная клетка и подъезд этого дома и группа близлежащих домов, объединенных общим двором.

II группа - очаги, в которых проживают больные туберкулезом органов дыхания, выделяющие МБТ, но проживающие в отдельных квартирах без детей и подростков, где больной соблюдает санитарно-гигиенический режим. Это социально благополучные очаги.

III группа - очаги, где проживают больные активным туберкулезом органов дыхания без установленного при взятии на учет выделения МБТ, но проживающие с детьми и подростками. Эту группу очагов формируют также больные с внелегочными локализациями туберкулеза с выделением МБТ и без выделения МБТ с наличием язв и свищей/

IV группа формируется из очагов, в которых у больных активным туберкулезом органов дыхания установлено прекращение выделения МБТ в результате лечения (условные бактериовыделители), проживающие без детей и подростков и не имеющие отягощающих факторов. К этой же группе относят

очаги, где больной, выделяющий МБТ, выбыл (умер). Это контрольная группа очагов.группу составляют очаги зоонозного происхождения. Принадлежность очага туберкулеза к той или иной группе определяет участковый фтизиатр при обязательном участии врача-эпидемиолога. Этот порядок сохраняется при переводе очага из одной эпидемиологической группы в другую в случае изменения в очаге условий, повышающих или понижающих риск заражения или заболевания.

Целью противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза является предупреждение новых случаев инфицирования МБТ и заболеваний в окружении больного. Важным является также привитие больному навыков, снижающих его опасность как источника инфекции для окружающих не только в очаге по месту жительства, но и за его пределами.

В работе в очаге туберкулеза можно выделить 3 периода:

1. Первичное обследование и проведение первичных мероприятий.
2. Динамическое наблюдение за очагом.
3. Подготовка к снятию с учета и исключение его из числа очагов туберкулеза.

Основную часть противоэпидемической работы в очагах осуществляет фтизиатрическая служба.

В *обязанности фтизиатрической службы*по разделу работы в очагах входят:

* эпидемиологическое обследование очага, оценка риска заражения в очаге в соответствии с факторами риска, разработка плана мероприятий, динамическое наблюдение за очагом; первичное обследование очага антропонозного туберкулеза целесообразно проводить со специалистом территориального центра Роспотребнадзора, а очага зоонозного туберкулеза - со специалистами фтизиатрической, санитарно-эпидемиологической и ветеринарной служб;
* госпитализация и лечение больного;
* изоляция больного в пределах очага (если он не госпитализирован), изоляция детей;
* заказ и организация заключительной дезинфекции, организация текущей дезинфекции и обучение больного и контактных лиц ее методам;
* первичное обследование контактных лиц;
* наблюдение за контактными лицами и их динамическое обследование (проведение флюорографического обследования, проб Манту, бактериологического обследования, общих клинических анализов);
* проведение профилактического лечения;
* обучение больных и контактных лиц принципам здорового образа жизни и гигиеническим навыкам;
* определение условий, при которых очаг может быть снят с эпидемиологического учета;
* заполнение и динамическое ведение карты, отражающей характеристику очага и проводимых в нем мероприятий.

В небольших населенных пунктах, отдаленных от диспансера, эти мероприятия выполняют специалисты участковой амбулаторно-поликлинической сети при методической помощи фтизиатра диспансера и эпидемиолога Роспотребнадзора.

В обязанности Роспотребнадзора по разделу работы в очагах туберкулеза входят:

* проведение первичного эпидемиологического обследования очага, завершающегося определением его границ и разработкой плана оздоровления, обязательно совместно с фтизиатром;
* ведение необходимой учетной и отчетной документации (ф. 060/у, домовая картотека, картотека учреждений, «Карта эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом туберкулеза», отчеты по ф. 1 и 2);

• помощь фтизиатрам в организации и проведении противоэпидемических мероприятий в очаге;

* динамическое наблюдение в очагах, внесение дополнений и изменений в план мероприятий;
* эпидемиологический анализ ситуации по району в целом в очагах туберкулеза, оценка эффективности работы в очагах на обслуживаемой территории и обсуждение совместно с фтизиатрами результатов этой работы;

• контроль своевременности, качества и полноты проведения в очагах всего комплекса противоэпидемических мероприятий.

Важнейшим условием успешной работы в очагах является постоянный контакт фтизиатра и эпидемиолога и согласованность в их действиях.

В первые три дня после выявления очага туберкулезной инфекции его посещает участковый врач-фтизиатр и медицинская сестра противотуберкулезного диспансера, эпидемиолог. При этом уточняют место жительства, профессию больного, возможность его проживания по другим адресам; выявляются контактные по семье, квартире, с другими родственниками и лицами. Крайне важно уточнить сведения о месте работы (обучения), в том числе по совместительству (адрес, район и т.д.), где также формируется очаг. При посещении очага заполняется карта эпидемиологического обследования и наблюдения за туберкулезным очагом по единой форме для ПТД и Роспотребнадзора. В очаге детально оцениваются условия быта, уровень санитарно-гигиенических навыков членов семьи и других контактных. Со всеми контактными проводится беседа о состоянии их здоровья, о сроках и содержании их обследования, характере дальнейшего наблюдения, обсуждается план оздоровительных мероприятий. Детально обсуждаются вопросы противоэпидемических мероприятий. Врач отвечает на все вопросы. Разрабатывается план оздоровления очага. Содержание обследования, бесед и рекомендаций должно обязательно отвечать требованиям медицинской этики. Это особенно важно при возвращении больного из стационара.

В ходе первичного эпидемиологического обследования очага решается вопрос о возможности изоляции больного в домашних условиях.

Сведения обо всех учтенных контактных лицах ПТД передает в поликлинику, диспансер по месту их жительства, в посещаемое ребенком детское учреждение, в здравпункт или медсанчасть по месту работы, в медицинский кабинет по месту обучения. Сведения на каждого контактного ребенка и подростка, выявленного в очаге, отделение диспансера для взрослых передает в детское отделение. В детском отделении ПТД ведется картотека на все очаги больных с активными формами туберкулеза (I и II группы диспансерного учета), контактных с ними детей, проживающих совместно с больным и подлежащих обследованию в диспансере.

Первичное обследование контактных лиц проводится в течение 14 дней с момента выявления больного. Обследование включает осмотр фтизиатра, флюорографическое обследование органов грудной клетки, туберкулиновые пробы, клинические анализы крови, мочи, исследование мокроты, отделяемого из свищей и другого диагностического материала на МБТ.

Эпидемиологическое обследование в общежитиях проводят при участии представителя администрации. При этом следует уделять внимание выявлению и обследованию контактных лиц, так как проживающие в общежитии относятся к группам повышенного риска заболевания в связи с более тесным общением между собой. При обследовании выясняют также организацию вселения, учет проживающих, качество проведения барьерных осмотров, в том числе флюорографических, регулярность и результаты обследования па туберкулез проживающих и сотрудников.

Детям, подросткам и взрослым, находящимся в контакте с бактериовыделителями, проводят профилактическое лечение в соответствии с действующими инструкциями.

Детям и подросткам с гиперергической реакцией на туберкулин, и/или «виражом» туберкулиновых проб, или с нарастанием чувствительности на туберкулин более 6 мм, находящимся в контакте с больными туберкулезом, выделяющим МБТ, назначается контролируемая превентивная терапия двумя

противотуберкулезными препаратами с учетом лекарственной чувствительности МБТ в течение 3-х месяцев, в дальнейшем (при отсутствии нарастания чувствительности к туберкулину) еще 3 месяца только изониазидом. Повторные курсы профилактического лечения проводят ежегодно в весенне-осенние периоды. Длительность и объем проводимого лечения определяют индивидуально с учетом характера чувствительности к туберкулину и длительности контакта с больным туберкулезом.

Новорожденному ребенку от матери, больной активной формой туберкулеза, независимо от выделения МБТ, при рождении делают прививку БЦЖ в родильном доме. Ребенка полностью изолируют от больной матери не менее чем на 8 недель, для чего новорожденного помещают в специализированное отделение, или (по показаниям) ребенок выписывается домой к родственникам. Перед выпиской проводят обследование будущего окружения новорожденного и дезинфекцию всех помещений. Мать на этот период госпитализируют для лечения. Ребенка переводят на искусственное вскармливание. Если новорожденный был в тесном контакте с больной матерью до введения вакцины БЦЖ (рождение ребенка вне медицинского учреждения), вакцинацию против туберкулеза не проводят. Ребенку назначают курс химио-профилактики на 3 месяца и только после этого, при отрицательной реакции на туберкулиновую пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л, прививают вакциной БЦЖ-М. Если туберкулез у матери новорожденного установлен после введения вакцины БЦЖ и не был известен тубдиспансеру, профилактическое лечение ребенку проводят независимо от сроков введения вакцины БЦЖ. Такие дети находятся под тщательным наблюдением ПТД как наиболее угрожаемая группа риска заболевания туберкулезом.

Контроль и выдачу лекарственных средств осуществляет медицинский персонал детских учреждений и здравпунктов по месту работы или учебы контактных лиц, для чего ПТД передает туда препараты и процедурные листы. В отношении неработающих взрослых лиц и детей, не посещающих детские учреждения, профилактические мероприятия обеспечивает ПТД.

В карте эпидемиологического обследования и наблюдения за очагом против фамилии контактного лица фиксируют название, дату начала и окончания курса и общее количество принятых противотуберкулезных препаратов.

**5. Санитарно-гигиенический режим в очагах туберкулеза**

В очагах туберкулеза проводится текущая и заключительная дезинфекция.

1. *Текущая дезинфекция в очагах туберкулеза*

Больной и члены его семьи, другие лица, общающиеся с ним в местах общего пользования дома и на работе, должны обучаться навыкам гигиены и методам, позволяющим снизить обсемененность возбудителем внешней среды. Обучение навыкам проведения текущей дезинфекции в очаге проводят сотрудники диспансера, начиная с первого посещения очага и затем при каждом его патронаже.

Частота профилактических посещений очага эпидемиологом и фтизиатром, объем дезинфекционных мероприятий зависят от степени эпидемической опасности очага.

*2. Заключительная дезинфекция в очагах туберкулеза*

Заключительную дезинфекцию проводят сотрудники дезинфекционной станции, дезинфекционного отдела (отделения) не позднее суток с момента получения заявки от ПТД и госпитализации больного.

Заключительную дезинфекцию осуществляют:

* во всех случаях выбытия больного из домашнего очага в больницу, санаторий и пр.;
* при перемене места жительства. В этом случае обработка проводится до переезда больного, когда обрабатываются квартира или комната с вещами, и повторно - после переезда (обработка пустой комнаты, квартиры);

•перед возвращением родильниц из роддомов;

* перед сносом старых домов, где проживали больные туберкулезом;
* в случае смерти больного от туберкулеза на дому (в том числе и когда умерший не состоял на учете в ПТД).

Заключительную дезинфекцию в учреждениях проводят во всех случаях выявления больного активной формой туберкулеза среди детей и подростков, сотрудников детских дошкольных учреждений, школ и других учебных заведений для детей и подростков, а также в не профилированных под туберкулез роддомах и других лечебных учреждениях при выявлении туберкулеза у рожениц и родильниц, у медицинских работников и лиц из числа обслуживающего персонала, у пациентов и сотрудников соматических стационаров и учреждений психоневрологического профиля.

*Производственные очаги туберкулезной инфекции*

Среди производственных очагов туберкулезной инфекции выделяют:

* противотуберкулезные учреждения;
* детские коллективы, где выявлен больной активным туберкулезом;
* производственные, трудовые коллективы, в том числе ЛПУ, где выявлен или работает больной заразной формой туберкулеза;

•животноводческие фермы, хозяйства, неблагополучные по туберкулезу. В каждом производственном очаге проводятся необходимые профилактические и оздоровительные мероприятия.

**6. Противоэпидемические мероприятия в детских и других, приравненных к ним учреждениях**

Работники санаторно-курортных, образовательных, лечебно-профилактических, оздоровительных, спортивных учреждений и учреждений социального обслуживания для детей и подростков подлежат ежегодным профилактическим осмотрам в целях выявления туберкулеза в соответствии с пунктом 6 Постановления Правительства Российской Федерации от 25 декабря 2001г. № 892 «О реализации Федерального закона „О предупреждении распространения туберкулеза в Российской Федерации"».

Эпидемиологическое обследование проводится в каждом случае регистрации больных активными формами туберкулеза. Его проводят эпидемиолог и фтизиатр с участием медицинского работника, обслуживающего данное учреждение, и его руководителем. При необходимости привлекают врача соответствующего гигиенического подразделения Роспотребнадзора. При этом сверяют списочный состав работающих с табелем на зарплату, списочный состав детей и подростков, проверяют даты и результат флюорографических обследований за предыдущий и текущий год. В ходе обследования определяют границы очага, разрабатывают план мероприятий. Детское и подростковое учреждение (школа, детский сад, ясли и др.), где выявлен больной активным туберкулезом, считается эпидемическим очагом туберкулеза, и там проводятся следующие профилактические мероприятия:

1. выявленный больной активным туберкулезом немедленно изолируется;
2. обслуживающий персонал учреждения обследуется на туберкулез;
3. дети и подростки, находившиеся в контакте с больным, берутся на учет фтизиатра как контакты, и им в течение года проводятся профилактические мероприятия, предусмотренные для данной диспансерной группы наблюдения.

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

**7. Первичное обследование очага, противоэпидемические мероприятия по месту работы или учебы больного**

Не позднее 7 дней после получения сообщения о больных, выделяющих МБТ, фтизиатр и эпидемиолог проводят эпидемиологическое обследование предприятия. При необходимости привлекается специалист по промышленной гигиене. Выясняют причины и своевременность выявления заболевания, выявляют возможный по месту работы (учебы) источник заражения, определяют круг контактировавших с больным лиц и объем их обследования, содержание других мероприятий.

К числу контактных по производству относят рабочих и служащих, находящихся в окружении больного активной формой туберкулеза с бактериовыделением в условиях цеха, бригады, смены и др. Особое внимание уделяют лицам, находившимся в тесном контакте. К ним относят работающих на расстоянии 1,5-2 м от больного, а также пользующихся одним и тем же производственным инструментом. Уточняют контакты больного вне цеха. Все контактные по производству обследуются ПТД по месту расположения предприятия. Вместе с гигиенистом обязательно обследуют рабочее место больного, определяют условия труда, профессиональные вредности, микроклиматические условия, продолжительность рабочего дня, сменность, режим питания и др. Выясняют санитарную грамотность и выполнение больным гигиенических норм (наличие индивидуальной посуды, полотенца, спецодежды и др.). Составляется акт обследования очага по месту работы больного, который вклеивают в амбулаторную карту больного в здравпункте предприятия и санитарный журнал учреждения.

На предприятии уточняют полноту и регулярность профилактических флюорографических осмотров.

В результате изучения очага составляют план мероприятий, включающий вопросы дезинфекции, трудоустройства больного, обследования и профилактического лечения контактных лиц. На всех находящихся в контакте лиц составляют списки с указанием даты, номера и результата флюорографического обследования и других обследований на туберкулез. Лицам, находящимся в тесном контакте, проводят анализ крови, мочи, пробу Манту, по показаниям - исследование мокроты на МБТ и осмотр фтизиатра. Контактным лицам, у которых от момента предыдущего обследования прошло свыше 6 мес., флюорографическое обследование и туберкулиновые пробы проводят в обязательном порядке. Фтизиатр по показаниям назначает профилактическое лечение; процедурный лист и препараты для контролируемого лечения передаются диспансером в медпункт предприятия.

Принципы обследования очагов, организация и проведение противоэпидемических мероприятий в высших и средних специальных учебных заведениях не отличаются от таковых на предприятиях. Однако при этом учитывают профиль учреждения, организацию учебного процесса, эпидемическую опасность источника инфекции и степень общения контактных с ним лиц (курс, группа, поток, цикл). В учебных заведениях педагогического, медицинского и т.п. профиля решают проблему прохождения практики и другие вопросы учебного процесса.

***Групповые очаги туберкулезной инфекции***

В различных коллективах, группах населения вследствие интенсивной миграции населения при значительном количестве невыявленных источников инфекции могут возникнуть групповые заболевания туберкулезом. Данные очаги туберкулеза требуют особенно глубокого, комиссионного изучения специалистами фтизиатрической и противоэпидемической служб и разработки с участием администрации учреждения и администрации населенного пункта плана мероприятий по их локализации и ликвидации. Если эпидемический процесс с групповыми заболеваниями туберкулезом принимает в границах очага затяжной характер, такой тип процесса относят к эндемическому. В этих случаях в населенном пункте или коллективе имеются устойчивые условия, способствующие развитию эпидемического процесса, поэтому требуется комиссионное обследование очага специалистами. В разработке и реализации плана противотуберкулезных мероприятий в подобных очагах кроме фтизиатров и эпидемиологов рекомендуется участвовать администрации территории или учреждения.

**Заключение**

Главная цель противотуберкулезных мероприятий - дальнейшее снижение заболеваемости туберкулезом, что может быть осуществлено только путем проведения комплекса противотуберкулезных мероприятий применительно к конкретным условиям на каждой территории по разработанной программе, которую обычно называют комплексным планом борьбы с туберкулезом.

Целью противоэпидемических мероприятий в очагах туберкулеза является предупреждение новых случаев инфицирования МБТ и заболеваний в окружении больного. Важным является также привитие больному навыков, снижающих его опасность как источника инфекции для окружающих не только в очаге по месту жительства, но и за его пределами.

**Литература**

1. «Методика диспансерной работы в противотуберкулезной службе» учебное пособие для средних медицинских работников Хабаровск 2013г.

2. «Организация лечения больных туберкулезом» учебное пособие для медицинских сестер Хабаровск 2013г.

. «Совместная работа противотуберкулезных учреждений и службы санэпиднадзора по борьбе с туберкулезом» под редакцией профессора А. В. Павлунина 2015г.

. Журнал «Туберкулез и болезни легких» №9 2010г.

. «Организация безопасной больничной среды в условиях лечебно-профилактических организаций фтизиатрического профиля» методические рекомендации 2015г.