



Co-funded by
the Health Programme
of the European Union

tubidu

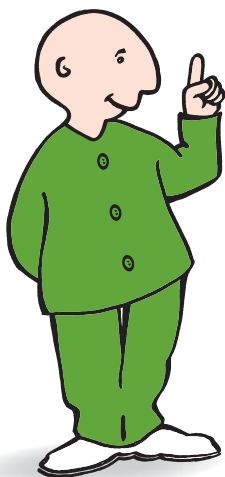
Справочник

для общественных организаций

по оказанию услуг в сфере

борьбы с **Туберкулезом** лицам,

употребляющим инъекционные наркотики



Справочник

для общественных организаций
по оказанию услуг в сфере
борьбы с **Туберкулезом**
лицам, употребляющим
инъекционные наркотики

Все права защищены, 2014

Все права сохраняются за авторами.

TUBIDU 2011–2014

Расширение прав и возможностей государственной системы общественного здравоохранения и гражданского общества для борьбы с эпидемией туберкулеза среди групп риска

Справочник TUBIDU для общественных организаций по оказанию услуг в сфере борьбы с туберкулезом лицам, употребляющим инъекционные наркотики, был написан Маарьей Суклес (Институт развития здоровья, Эстония).

Опубликовано: Институт развития здоровья, Эстония.

Настоящий справочник был подготовлен в рамках проекта «Расширение прав и возможностей государственной системы общественного здравоохранения и гражданского общества для борьбы с эпидемией туберкулеза среди групп риска TUBIDU (20101104), получившего финансирование от Европейского Союза в рамках «Программы общественных действий в сфере здравоохранения 2008–2013»..

Благодарности

Опубликованные в данном материале мнения являются личной точкой зрения авторов и могут не совпадать с точкой зрения Исполнительного агентства по вопросам защиты потребителей, здоровья и безопасности продуктов питания (CHAPEA). Ни Агентство, ни любое другое лицо, действующее от имени Агентства, не несет ответственности за использование данной публикации.

Полезные отзывы и комментарии были получены от следующих специалистов (в алфавитном порядке): Андреа Коррацца (Европейская коалиция по борьбе с ТБ), Аисте Гедминиене (Институт гигиены, Литва), Сиркку Гриерсон (Финская ассоциация здоровья легких, Финляндия), Нела Иванова (Ассоциация «Доза Любви», Болгария), Кларика Калликорм (Институт развития здоровья Эстонии), Вайра Леймане (Фонд борьбы с туберкулезом Латвии, Латвия), Николета Манеску (Фонд «Призыв румынского ангела», Румыния), Рута Маркевице (Институт гигиены, Литва), Лига Русмане (Фонд борьбы с туберкулезом Латвии, Латвия), Кристина Саловаара (Финская ассоциация здоровья легких, Финляндия), Андреас Сандгрэн (Европейский центр по профилактике и контролю заболеваний), Мису Стефан (Фонд «Призыв румынского ангела», Румыния), Алистайр Стори (Фонд содействия больницам университетских колледжей Государственной службы здравоохранения, Соединенное королевство Великобритании и Северной Ирландии), Мария Субатайте (Евразийская сеть снижения вреда), Заза Церетели (Партнерство Северного измерения в области общественного здравоохранения и социального благосостояния, Экспертная группа по злоупотреблению алкоголем и наркотическими веществами), Нонна Турусбекова (Фонд борьбы с туберкулезом KNCV, Нидерланды), Марин Вахер (Институт развития здоровья Эстонии).

Описания случаев были собраны, записаны и переведены следующими специалистами (в алфавитном порядке): Нела Иванова (Ассоциация «Доза Любви», Болгария), Николета Манеску (Фонд «Призыв румынского ангела», Румыния), Лига Русмане (Фонд борьбы с туберкулезом Латвии, Латвия), Рут Тера (НПО «Мы вам поможем», Эстония), Йоланта Валентиене (Институт гигиены, Литва), Пирет Вийклепп (Институт развития здоровья, Эстония).

Авторы хотели бы поблагодарить Кай Клийман, Алену Курбатову и Пирет Вийклепп из Института развития здоровья Эстонии за их участие в процессе написания проекта настоящего справочника, а также все организации по снижению вреда в странах-партнерах за их ценный вклад.

Содержание

Благодарности	3
Аббревиатуры и сокращения.....	6
Введение	7
Процесс разработки справочника.....	9
Обоснование	10
I Основная информация	11
Туберкулез.....	11
Латентная туберкулезная инфекция и заболевание туберкулезом ..	12
Симптомы ТБ	13
ТБ с множественной лекарственной устойчивостью и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью.....	14
Диагностика заболевания туберкулезом	15
Лечение заболевания туберкулезом.....	16
Группы риска развития ТБ	18
ТБ у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН).....	18
Смешанная инфекция ТБ и ВИЧ у ПИН	21
II Интенсивный поиск случаев ТБ, инфекционный контроль ТБ и профилактические меры	25
Интенсивный поиск случаев ТБ среди ПИН.....	25
Активный поиск случаев	26
Что делать в случае сложного или вызывающего поведения клиента.....	27
Активное направление в медицинские учреждения	29
Розыск пропавших клиентов для продолжения лечения	32
Инфекционный контроль ТБ в помещениях ОО.....	36
Управленческие меры.....	36
Административные меры	37
Инженерно-технические меры инфекционного контроля.....	38
Индивидуальные средства защиты органов дыхания	41
Профилактическая терапия изониазидом	43
III Ведение случаев и психосоциальная поддержка	45
Оценка социального положения и состояния здоровья пациента и его потребности в поддержке	45
Информирование и консультирование клиентов по вопросам ТБ.....	46
Ведение случаев ТБ.....	51

Непосредственно контролируемое лечение (НКЛ).....	51
Мотивирование соблюдения режима лечения	56
Трудности, сопровождающие работу с ПИН.....	61
Конфиденциальность клиента.....	62
IV Планирование действий и подготовка ОО к деятельности	
по борьбе с ТБ.....	65
Планирование действий в ОО	65
Подготовка ОО к осуществлению деятельности по борьбе с ТБ	66
Разработка и внедрение программы инфекционного	
контроля ТБ	66
Создание сетевого взаимодействия и системы	
перенаправлений	67
Подготовка персонала ОО к осуществлению деятельности	
по борьбе с ТБ	67
Обучение.....	68
Психическое здоровье и безопасность.....	68
Психологическая поддержка	69
Мониторинг и оценка деятельности по борьбе с ТБ в ОО.....	70
Мониторинг.....	70
Оценка	70
Ссылки	72
Приложения.....	74
Приложение I.....	74
Приложение II	79
Приложение III.....	82
Приложение IV	84
Приложение V	86

Аббревиатуры и сокращения

АРВ	Антиретровирусные препараты
АРТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГПБТ	Государственная программа по борьбе с туберкулезом
ЕС	Европейский союз
ИНЗ	Изониазид
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
ЛЖВ	Люди, живущие с ВИЧ
ЛТИ	Латентная туберкулезная инфекция
МК	Мотивационное консультирование
НЕРА	Высокоэффективная фильтрация воздуха с задержкой частиц
НКЛ	Непосредственно контролируемое лечение <i>(Компонент противотуберкулезной терапии, который помогает контролировать соблюдение пациентом врачебных указаний. В более узком смысле: специально обученный медицинский работник или другое назначенное лицо контролирует прием пациентом каждой дозы прописанных ему противотуберкулезных препаратов)</i>
ОЗТ	Опиоидная заместительная терапия
ОО	Общественные организации <i>(Определяемые как неправительственные и другие гражданские общественные организации, которые, как правило, организуются в местных условиях)</i>
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков <i>(Называемые также лицами, употребляющими инъекционные наркотики)</i>
ПТИ	Профилактическая терапия изониазидом
РИФ	Рифампицин
СБУО	Система бактерицидного ультрафиолетового облучения
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ с МЛУ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
ТБ с ШЛУ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
ТБ	Туберкулез

Введение

Туберкулез (ТБ) представляет угрозу для наиболее уязвимых и социально неадаптированных людей в обществе. Люди, употребляющие наркотические вещества, особенно **потребители инъекционных наркотиков (ПИН)**, считаются группой повышенного риска развития заболевания ТБ или других инфекционных заболеваний, таких как **гепатит В и гепатит С**.^{10-15,30} Диагностика и лечение ТБ у потребителей наркотиков часто осложняется их потребностью в комплексном лечении (например, вызванном сопутствующими состояниями, такими как смешанная инфекция ВИЧ/ТБ, наркотическая и/или алкогольная зависимость), социальными предрассудками, связанными как с ТБ, так и с наркотической зависимостью, а также плохим доступом к медицинским услугам. Это может привести к задержке диагностирования ТБ, развитию заболевания в тяжелой и запущенной форме, лекарственной устойчивости, плохому соблюдению режима лечения, дальнейшему распространению инфекции и к смерти, которую можно было предотвратить.^{3,6,7} Для лиц, употребляющих наркотики, требуется интегрированный и эффективно скоординированный подход к лечению ТБ, при котором внимание уделяется не только лечению заболевания, но и решению психологических проблем, таких как проблема зависимости.³⁵

Профилактика ТБ является важной задачей общественного здравоохранения, требующей постоянной политической ответственности и скоординированности действий между медицинскими учреждениями и **общественными организациями (ОО)**. ОО, работающие с уязвимыми группами, играют ключевую роль в решении вопроса о том, как сделать медицинские услуги (связанные с ТБ или иные) более доступными для ПИН, поскольку их непосредственное участие **в процессе** позволяет медикам и специалистам, предоставляющим другие связанные услуги уязвимым группам населения, понимать как местные условия, так и сложные потребности своих клиентов. Эти знания необходимы для раннего выявления ТБ среди группы повышенного риска, а также для разработки и предоставления поддерживающих услуг в ходе терапии (особенно в центрах амбулаторного лечения). Фактически, было доказано, что профилактика и лечение ТБ на основе участия сообщества являются экономически выгодными в сравнении с лечением в стационарных условиях и другими традиционными моделями амбулаторного лечения.³³ Таким образом, сотрудничество между специалистами, занимающимися реализацией **государственной программы по борьбе с туберкулезом (ГПБТ)**, а также программ по снижению вреда от ТБ, ВИЧ и т.д., и ОО, работающими с бедными и уязвимыми слоями населения и группами

повышенного риска, такими как ПИН, является незаменимым инструментом при разработке эффективных программ социальной поддержки, отвечающих потребностям целевых групп и позволяющих им получать высококачественное медицинское обслуживание, раннюю диагностику и полное лечение, а также способствующих предотвращению дальнейшего распространения ТБ.

Справочник TUBIDU предназначен для ОО, работающих с ПИН и другими группами повышенного риска. Ключевые меры контроля ТБ должны включать:

- Интенсивный и активный поиск случаев ТБ, отслеживание контактов и активное направление на медицинские услуги.
- Инфекционный контроль ТБ в ОО и среди персонала.
- Профилактическая терапия изониазидом (ИНЗ).
- Поддержка клиентов в ходе лечения ТБ и розыск пропавших клиентов для продолжения лечения.
- Предоставление лечения ТБ (например, введение системы НКЛ).
- Информирование, обучение и консультирование клиентов ОО и их близких по вопросам, связанным с ТБ, а также организация образовательной и информационной деятельности в сообществе.

Процесс разработки справочника

Настоящий справочник был разработан в рамках проекта «Расширение прав и возможностей государственной системы общественного здравоохранения и гражданского общества для борьбы с эпидемией туберкулеза среди групп риска TUBIDU». Проект Европейского Союза (ЕС) финансировался «Программой общественных действий в сфере здравоохранения (2008-2013)» и включает семь организаций-участниц из шести стран ЕС (Ассоциация «Доза Любви» в Болгарии, Эстонская сеть людей, живущих с ВИЧ, и Институт развития здоровья Эстонии, Финская ассоциация здоровья легких в Финляндии, Фонд борьбы с туберкулезом Латвии, Институт гигиены в Литве и Фонд «Призыв румынского ангела» в Румынии). Также к участию в проекте были подключены пять партнеров из стран, не входящих в ЕС (Центр по борьбе со СПИДом Ленинградской области в Российской Федерации, Международный альянс по ВИЧ/СПИД на Украине, Национальный центр туберкулеза и легочных заболеваний в Грузии, отделения организации World Vision в Албании и Боснии-Герцеговине). Основной целью проекта TUBIDU является вклад в предотвращение распространения эпидемии ТБ, связанного с потреблением инъекционных наркотиков и ВИЧ, в зоне, охватываемой проектом. Стратегические цели включают в себя расширение прав и возможностей государственной системы общественного здравоохранения и гражданского общества и увеличение сотрудничества различных заинтересованных сторон в сфере борьбы с ТБ.

При разработке справочника была принята во внимание ситуация во всех странах-партнерах проекта TUBIDU, включая вопросы законодательства и организации систем здравоохранения и социального обеспечения. Помимо выпуска справочника, проект включал в себя проведение перекрестного исследования среди ПИН, употребляющих наркотики в настоящее время; было проведено качественное исследование среди людей, употребляющих наркотики, и персонала ОО, также было составлено руководство для работников ОО по предоставлению ПИН услуг в сфере борьбы с ТБ. Кроме того, был проведен анализ международной научной литературы и официальных рекомендаций и руководств.^a

Справочник основан на рекомендациях из существующих основных руководств по профилактике и лечению ТБ и ВИЧ, выпущенных ВОЗ⁷, Европейским центром по профилактике и контролю заболеваний и Европейским центром мониторинга наркотиков и наркозависимости³⁵. Приводимые в справочнике рекомендации, основанные на научно

^a Все документы доступны по адресу: <http://www.tai.ee/en/tubidu/publications>

подтвержденных и международно признанных подходах к диагностике, лечению и профилактике ТБ, были адаптированы для применения в сообществах людей, принимающих наркотики, с учетом существующих условий во всех странах-партнерах.

Обоснование

Целью данного справочника является предоставление персоналу ОО информации, рекомендаций и методических инструкций по профилактике, контролю и лечению ТБ, которые могут быть включены в их работу с ПИН. Справочник окажет персоналу ОО помощь в ежедневной работе, предоставляя базовую информацию о ТБ среди уязвимых групп, таких как ПИН, а также предлагая методы облегчения и повышения эффективности работы ОО. Таким образом, данный справочник является рабочим инструментом, а не документом, определяющим стратегию или политику. При применении рекомендаций и указаний, приведенных в настоящем справочнике, необходимо учитывать местное законодательство и условия.

В данном справочнике ОО определяются как неправительственные и другие гражданские общественные организации, деятельность которых направлена на профилактику ВИЧ и других инфекционных заболеваний и которые предоставляют ПИН и их близким услуги по снижению вреда, медицинские и социальные услуги. Настоящий справочник не адресован организациям, оказывающим первичные и специализированные медицинские услуги, так как профиль этих организаций, как правило, требует более строгих и специфичных мер по профилактике и контролю ТБ. Тем не менее, этот материал может быть полезен для таких организаций в вопросах их сотрудничества с ОО и в работе с клиентами, употребляющими или употреблявшими ранее наркотики, либо испытывающими затруднения с соблюдением режима лечения ТБ.

I Основная информация

Туберкулез

ТБ представляет собой передающееся воздушно-капельным путем инфекционное заболевание, вызываемое бактерией *Mycobacterium tuberculosis*. ТБ чаще всего поражает легкие, но также может воздействовать почти на любой орган в организме человека.

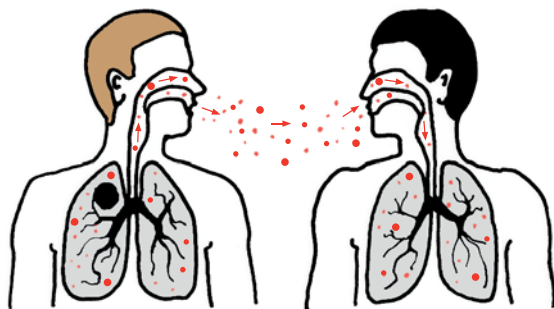
ТБ передается по воздуху. Когда человек, имеющий инфекционный ТБ легких или гортани, кашляет, чихает, поет, смеется или разговаривает, мельчайшие частицы, содержащие бактерии ТБ, попадают в воздух. Эти частицы называются воздушно-капельной смесью инфекционных частиц и невидимы невооруженным глазом. Инфекционные частицы могут оставаться в воздухе помещения в течение многих часов. Когда другие люди вдыхают воздух, содержащий инфекционные частицы, они могут быть инфицированы ТБ.

Наибольший риск передачи инфекции ТБ приходится на период до постановки диагноза и начала лечения. Риск передачи инфекции значительно снижается в течение двух недель после начала соответствующей терапии чувствительного к лекарствам ТБ.¹ При **ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ)** риск передачи инфекции сохраняется дольше после начала терапии.

ТБ не передается при прикосновении к одежде или предметам, через пищу, при использовании одной посуды или при рукопожатии.

Передача ТБ

ТБ передается от одного человека к другому по воздуху. Точки в воздухе обозначают воздушно-капельную смесь инфекционных частиц, содержащих бактерии ТБ.



Латентная туберкулезная инфекция и заболевание туберкулезом

Если в организм человека попали бактерии *Mycobacterium tuberculosis*, но активное заболевание ТБ не развилось, такое состояние называется **латентной туберкулезной инфекцией (ЛТИ)**. Такие люди не являются заразными, не чувствуют себя плохо и не выглядят больными. Только у 10% людей с нормальным иммунитетом в течение жизни развивается заболевание ТБ. Факторы образа жизни и заболевания организма, такие как инфекция ВИЧ, диабет, плохое питание и курение, ослабляют иммунную систему и повышают риск прогрессирования ЛТИ до состояния активного заболевания ТБ.

Латентная туберкулезная инфекция (ЛТИ)	Заболевание ТБ (туберкулез легких)
<i>M. tuberculosis</i> присутствует в организме, реакция на туберкулиновую кожную пробу, как правило, положительная	
Без симптомов	Симптомы: кашель, кровь в мокроте, жар, потеря массы тела, ночная потливость, усталость
Рентгеновские снимки грудной клетки, как правило, нормальные	Рентгеновские снимки грудной клетки, как правило, показывают отклонения
Не могут распространять бактерии ТБ, инфекционно не опасны	Могут распространять бактерии ТБ, часто инфекционно опасны до проведения лечения
Не является случаем ТБ	Является случаем ТБ
Лечение ТБ не требуется (некоторым людям может быть полезна профилактическая терапия изониазидом (ИНЗ) или другими препаратами для снижения риска развития активного заболевания ТБ)	Требуется лечение ТБ

Лица с подозрением на ТБ (т.е. люди, у которых имеются симптомы активного ТБ и/или обнаружены отклонения на рентгеновском снимке грудной клетки) должны считаться заразными до полного завершения диагностического обследования.

Симптомы ТБ

Симптомы заболевания туберкулезом зависят от того, в какой части организма происходит рост бактерий ТБ. Симптомы ТБ могут включать:

Симптомы дыхательной системы (только туберкулез легких)	Системные симптомы (все формы ТБ)
<ul style="list-style-type: none"> ● длительный кашель, продолжающийся более 3 недель ● боль в груди ● одышка ● кровохарканье или наличие сгустков крови в мокроте (гемоптизис) 	<ul style="list-style-type: none"> ● повышение температуры тела ● ночная потливость ● потеря массы тела ● потеря аппетита ● повышенная утомляемость

ТБ с множественной лекарственной устойчивостью и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью

Лекарственная устойчивость означает, что препараты, используемые для лечения ТБ, более не эффективны для уничтожения бактерий ТБ. Устойчивость к лекарственным препаратам часто вызывается неправильным или несоответствующим использованием противотуберкулезных препаратов, использованием неэффективных препаратов и досрочным прерыванием терапии. Также возможно первоначальное инфицирование формой ТБ, уже обладающей лекарственной устойчивостью.

ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (ТБ с МЛУ)

– форма ТБ, устойчивая, как минимум, к двум наиболее мощным противотуберкулезным препаратам первого ряда: изониазиду (ИНЗ) и рифампицину (РИФ).

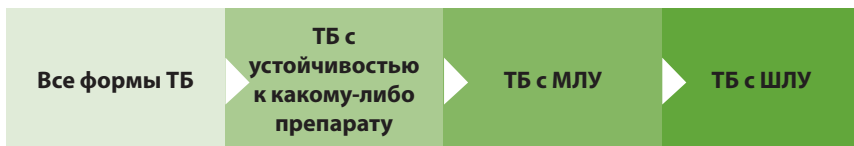
ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ТБ с ШЛУ)

– форма ТБ с МЛУ, которая дополнительно обладает устойчивостью к любому из фторхинолонов и, как минимум, одному из трех инъекционных противотуберкулезных препаратов второго ряда (амикацин, капреомицин или канамицин).

ТБ с МЛУ и ТБ с ШЛУ могут развиваться у пациента, получающего лечение активного ТБ, в случае неправильного использования или нарушения режима приема противотуберкулезных препаратов. Это может произойти, если пациенты не получают надлежащей поддержки, необходимой для завершения полного курса лечения; когда врачи прописывают неправильное лечение, назначают неверную дозировку либо слишком короткий период приема лекарств; при нарушении поставок противотуберкулезных препаратов в отделы отпуска лекарственных средств; либо в случае низкого качества лекарственных препаратов.²¹

ТБ с лекарственной устойчивостью распространяется так же, как и восприимчивый к лекарствам ТБ, поэтому у вновь инфицированных людей может быть ТБ с лекарственной устойчивостью с самого начала, без предварительного приема противотуберкулезных препаратов и без прерывания противотуберкулезной терапии. Нет определенных подтверждений того, что лекарственно устойчивый ТБ является более инфекционным, чем полностью восприимчивые к лечению штаммы ТБ. Тем не менее, для лекарственно устойчивых штаммов более вероятно сохранение инфекционности в течение более длительных периодов времени после начала лечения (это может быть связано с более низкой эффективностью противотуберкулезных препаратов второго ряда).

Туберкулез с лекарственной устойчивостью



Диагностика заболевания туберкулезом

Все лица с подозрением на заболевание ТБ должны быть немедленно направлены к врачу или в туберкулезный диспансер для проведения медицинского обследования.

Полное медицинское обследование для диагностики ТБ включает:

- сбор анамнеза (демографические факторы, история воздействия ТБ, инфекции и другие медицинские состояния, которые повышают риск прогрессирования ЛТИ до заболевания ТБ, такие как ВИЧ);
- врачебный осмотр;
- рентген грудной клетки;
- микробиологическое исследование (мазок мокроты или другие образцы анализируются под микроскопом квалифицированными лабораторными специалистами для обнаружения присутствия бактерий ТБ);
- тест на диагностирование инфекции ТБ (кожная проба на ТБ или анализ крови на ТБ).

Диагностирование ТБ у ПИН может быть более сложным из-за высокой распространенности ВИЧ и других заболеваний в этой группе населения. ТБ легких, при котором наблюдается отрицательный результат при анализе мазка, наиболее характерен для людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), что, в свою очередь, приводит к позднему выявлению, плохим итогам лечения и ранней смертности.¹⁸ Поздняя постановка диагноза ТБ также может быть особенно характерной для активных потребителей наркотиков или пациентов опиоидной заместительной терапии (ОЗТ), поскольку некоторые опиоиды могут подавлять кашлевой рефлекс.

Лечение заболевания туберкулезом

ТБ поддается лечению с использованием противотуберкулезных препаратов.

Лечение ТБ предполагает прием нескольких химиопрепаратов в течение длительного периода времени. Наиболее широко для лечения ТБ используются четыре препарата, которые часто называют препаратами первого ряда: изониазид (ИНЗ), рифампицин (РИФ), пиразинамид (З) и этамбутол (Э). Эти препараты являются лучшими лекарственными средствами для лечения не обладающего лекарственной устойчивостью ТБ.

Противотуберкулезные препараты назначаются врачом-специалистом по лечению ТБ и должны приниматься регулярно (каждый день либо три раза в неделю в более высокой дозе). Длительность терапии может быть различной в зависимости от места локализации заболевания в организме и профиля устойчивости возбудителя ТБ. **Полностью восприимчивый к лечению ТБ требует лечения в течение 6–9 месяцев** (если поражена центральная нервная система, рекомендуется лечение в течение 12 месяцев).

Длительность лечения лекарственно устойчивого ТБ определяется профилем устойчивости возбудителя и клиническим ответом организма пациента на терапию. **Общая длительность лечения лекарственно устойчивого ТБ составляет два года или более.** Лечение ТБ с лекарственной устойчивостью возможно, однако, поскольку наиболее мощные препараты первого ряда более не обладают эффективностью и пациента приходится лечить препаратами второго ряда, лечение продолжается дольше. Кроме того, лечение лекарственно устойчивого ТБ средствами второго ряда намного дороже, чем лечение средствами первого ряда, и сопровождается большим количеством побочных эффектов.

Существует две фазы лечения полностью чувствительного ТБ: начальная интенсивная фаза и фаза продолжения лечения. Интенсивная фаза в типичном случае занимает два месяца, а фаза продолжения лечения, когда ТБ больше не является заразным, но по-прежнему требует лечения, четыре месяца. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) рекомендует в основном проводить амбулаторное лечение пациентов, которое проходит на дому или в амбулаторных медицинских учреждениях.³⁴ Некоторым пациентам по клиническим или социальным причинам требуется госпитализация для обеспечения возможности тщательного мониторинга процесса лечения. Кроме того, некоторым пациентам с ТБ с МЛУ или ТБ

с ШЛУ также требуется длительная изоляция на дому или в больничных условиях для предотвращения распространения инфекции в обществе.

У большинства больных ТБ наблюдается быстрое улучшение симптомов после начала терапии. Отсутствие симптомов может снизить мотивацию пациента продолжать лечение, поскольку он может думать, что противотуберкулезные препараты ухудшают его самочувствие (противотуберкулезные препараты имеют неприятные побочные эффекты). Однако **для достижения успешного полного излечения ТБ необходимо ежедневно строго соблюдать режим лечения.** Необходимо, чтобы пациентам была оказана поддержка, обеспечивающая прохождение ими полного курса лечения, так как прерванное лечение может привести к рецидиву, а также к тому, что заболевание приобретет лекарственную устойчивость.

Поэтому **рекомендуется, чтобы все пациенты с ТБ получали поддержку, обеспечивающую соблюдение режима лечения и соблюдение правил терапии под непосредственным наблюдением (НКЛ).** НКЛ представляет собой стратегию, рекомендованную ВОЗ для ведения противотуберкулезной терапии, при которой подготовленный и непредвзятый сотрудник системы НКЛ (например, ответственный медицинский работник или другое назначенное лицо) следит за тем, чтобы каждая доза лекарств была принята пациентом правильно.¹



ВЫЯСНИТЕ

Как осуществляется финансирование лечения ТБ среди уязвимых групп населения, таких как ПИН, в вашей стране или регионе?

Какие законодательные нормы применяются в вашей стране или регионе к вопросам контроля инфекционных заболеваний? При каких условиях возможно принудительное лечение (если возможно)?

Как осуществляется НКЛ в вашей стране или регионе?

¹ Более подробную информацию о ТБ можно получить в следующем источнике: World Health Organization. 2009. Treatment of tuberculosis: guidelines—fourth edition. Geneva, Switzerland: World Health Organization. WHO/HTM/TB/2009.420. (Доступно по ссылке: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241547833_eng.pdf)

Группы риска развития ТБ

ТБ является заразным заболеванием и распространяется по воздуху. Люди, входящие в тесный контакт с лицом, страдающим ТБ, входят в группу повышенного риска инфицирования ТБ.

Людей, входящих в тесный контакт с лицом, страдающим ТБ, следует мотивировать пройти обследования на ТБ.

К лицам, входящим в группу повышенного риска развития ТБ, относятся:

- дети
- пожилые люди
- ЛЖВ, особенно получающие антиретровирусную терапию (АРТ)
- лица, длительное время контактирующие с больными ТБ (то есть члены семьи или коллеги)
- беременные женщины
- люди, у которых диагностирована ЛТИ
- регулярно курящие люди
- люди, регулярно употребляющие большие количества алкоголя
- люди, употребляющие наркотики (особенно ПИН)
- бездомные люди
- люди, отбывавшие наказание в местах лишения свободы
- люди, родившиеся в странах с высокой распространенностью ТБ^{II}

^{II} См. Приложение I

ТБ у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН)

Потребители наркотиков, инъекционных или других, часто принадлежат к наиболее уязвимым и социально отвергнутым людям в обществе. Для ПИН часто характерны многие факторы риска развития ТБ, такие как:

- регулярное курение и употребление алкоголя,
- плохое питание,
- бедность,
- проживание в условиях перенаселенности,
- бездомность,
- тюремное заключение.

Для ПИН характерен повышенный риск ТБ, ТБ с МЛУ и ТБ с ШЛУ, а также повышенный уровень заболеваемости ВИЧ, гепатитом В и С.^{10–15, 30} Учитывая многочисленные препятствия, с которыми часто сталкиваются потребители

наркотиков на пути к медицинским услугам, в этой группе населения высока вероятность того, что ТБ и ВИЧ будут диагностированы на поздней стадии.

ПИН, болеющих ТБ, часто окружает двойная стигматизация, связанная с широко распространенным негативным отношением и к ТБ, и к употреблению наркотиков. Кроме того, больные часто не знают своих прав. Поэтому **для ПИН часто характерны сложные проблемы и плохой доступ к медицинским услугам или другим средствам по защите жизни, что, в свою очередь, может усложнить диагностику и лечение ТБ у этой группы населения.**³ Диагностирование ТБ, а также ВИЧ, среди ПИН на поздней стадии может серьезно ухудшить итог лечения ТБ и повысить шанс передачи ТБ другим людям, входящим в тесный контакт с инфекционно опасным индивидом.⁷

Одной из причин, обуславливающих необходимость в специальном интегрированном подходе к лечению ТБ у ПИН, является то, что употребление наркотиков связано с ухудшением результатов и более низкими показателями завершения лечения ТБ в сравнении с общей популяцией. Часто это обусловлено хаотическим образом жизни, поведением, определяемым наркозависимостью, и другими психологическими или социальными факторами, связанными с наркотической зависимостью. Нерегулярное лечение также повышает риск развития лекарственной устойчивости.^{6,7}

Кроме того, ПИН надо активно предлагать и предоставлять ОЗТ или другое лечение от зависимости, поскольку их зависимость также должна рассматриваться как заболевание, которое требует внимания. Даже если потребители наркотиков завершают лечение ТБ, если игнорировать другие их проблемы, по-прежнему сохраняется риск смерти из-за передозировки. Однако многие препараты, используемые при ОЗТ (например, метадон), могут взаимодействовать с некоторыми противотуберкулезными препаратами, а также с антиретровирусными (АРВ) лекарственными средствами. Основным осложнением при одновременном проведении ОЗТ и ТБ является то, что РИФ часто усиливает метаболизацию опиоидов, поэтому пациенты/клиенты, получающие лечение от ТБ, могут испытывать абстинентный синдром. При отсутствии должного контроля этой ситуации пациент/клиент может прекратить лечение от ТБ.

Несмотря на эти риски, **все равно настоятельно рекомендуется одновременное проведение ОЗТ, АРВ-терапии и лечения ТБ среди ПИН.** Непосредственное участие ОО в этом процессе позволяет им понимать как местные условия, так и проблемы своих клиентов. Поскольку ОО часто имеют уже установившиеся доверительные и уважительные отношения со своими клиентами, введение так называемых базовых действий по борьбе с ТБ в деятельность ОО позволяет им выявлять ТБ

на ранней стадии в группах повышенного риска, а также разрабатывать и внедрять программы поддержки клиентов в ходе терапии (особенно в центрах амбулаторного лечения). Таким образом, **ОО играют ключевую роль в решении вопроса о том, как сделать медицинские услуги более доступными для уязвимых групп**, таких как ПИН (независимо от того, идет речь об услугах, связанных с ТБ или нет), помогая клиентам соблюдать режим лечения ТБ, разрешая вопросы, связанные с побочными эффектами, и решая другие возможные социальные проблемы.



Описание случая 1

ЭСТОНИЯ

История Артура, рассказанная работником ОО

«Артур начал принимать инъекционные наркотики во время последнего года обучения в школе. После смерти матери он остался без жилья, так как квартира, в которой жила его мать, принадлежала ее партнеру. Он начал воровать для того, чтобы добыть деньги на приобретение наркотиков, что вскоре привело к тюремному заключению на шесть месяцев. После освобождения он поселился в приюте Ахтме. Во время тюремного заключения Артур смог победить свою зависимость. С помощью социального работника он также нашел решения наиболее сложных своих проблем, и медленно, но верно его жизнь начала улучшаться. Вскоре Артур встретил молодую женщину, у них появился сын, однако, к сожалению, их отношения не продолжались долго. Вскоре после этого бабушка Артура пригласила его жить вместе с ней, также он нашел работу.

До меня снова дошли новости об Артуре один год спустя, когда его бабушка попросила меня о помощи. Очевидно, Артур снова начал принимать инъекционные наркотики и стал воровать вещи из дома, чтобы достать денег. Также у него появились проблемы с полицией. Однако он не вернулся в приют, оставаясь жить у друзей или в случайных местах. Поскольку его здоровье начало ухудшаться, он обратился к врачу, в результате чего ему был поставлен диагноз ВИЧ. Артур небрежно относился к лечению и не принимал лекарства регулярно. Его жизнь покатила под откос, он участвовал во многих кражах со взломом, за которые ему назначались различные меры наказания, включая тюремные сроки.

После жизни на улице в течение двух лет Артур пришел в Ахтме и попросил о месте в приюте. Состояние его здоровья было очень плохим – он был слаб, у него постоянно наблюдались жар и потливость. Он не был у врача в течение длительного времени. Поскольку проживание в нашем приюте требует прохождения обследования на ТБ, он прошел рентген грудной клетки и другие тесты. У нас налажено сотрудничество с местной больницей, осуществляющей лечение туберкулеза, и при необходимости оттуда присылают сотрудника для того, чтобы забрать клиентов, у которых может быть ТБ. Так Артуру был поставлен диагноз ТБ; он должен был проходить лечение в стационаре в течение восьми месяцев. В больнице он начал получать опиоидную заместительную терапию метадонем. Длительное лечение в больнице было сложным для Артура, много

раз он хотел прекратить лечение. Однако при поддержке со стороны персонала больницы и своей бабушки он оказался способен преодолеть депрессию и успешно завершить лечение. После выписки из больницы он продолжил ОЗТ, а также прошел лечение в психоневрологической больнице. Однако его зависимость от наркотиков не была побеждена, и в 2012 г. Артур умер от передозировки».

Смешанная инфекция ТБ и ВИЧ у ПИН

ВИЧ считается самым значимым фактором, повышающим риск прогрессирования ЛТИ до состояния активного заболевания ТБ. Люди, инфицированные одновременно ТБ и ВИЧ, не получающие АРТ или не соблюдающие ее режим, находятся в группе повышенного риска прогрессирования инфекции до состояния активного заболевания ТБ, поскольку вирус поражает их иммунную систему.⁵ ПИН, в свою очередь, находятся в группе высокого риска заражения ВИЧ, поскольку употребление инъекционных наркотиков является основным способом передачи ВИЧ-инфекции в связи с использованием небезопасных методов выполнения инъекций.^{11, 15}

ТБ является одной из лидирующих причин смерти среди ПИН, живущих с ВИЧ. Смешанную инфекцию ТБ и ВИЧ иногда называют «двойной проблемой», поскольку ТБ легче развивается у людей, иммунная система которых ослаблена ВИЧ, тогда как ВИЧ имеет склонность к более быстрой репликации у людей, больных ТБ.^{5, 13-14}

Например, для людей, которые заражены только ТБ, характерен 5-10% риск развития полностью активного заболевания ТБ в течение всей жизни, тогда как для людей, также зараженных и ВИЧ, характерен 5-10% риск развития заболевания ТБ в течение года.⁴

Фактор риска ТБ	Риск развития заболевания ТБ
Инфекция ТБ и отсутствие факторов риска ТБ	Около 10% в течение жизни 
Инфекция ТБ и диабет	Около 30% в течение жизни 
Инфекция ТБ и ВИЧ-инфекция	Около 7-10% В ГОД 

При ранней постановке диагноза, включая ТБ с МЛУ и ТБ с ШЛУ, ТБ может быть вылечен у ЛЖВ при условии надлежащего соблюдения режима терапии. Также возможно предотвратить прогресс от ЛТИ до заболевания ТБ у ЛЖВ путем проведения АРТ. Было доказано, что эта терапия замедляет развитие иммунодефицита. ВОЗ рекомендует начинать АРТ у всех пациентов с ТБ, живущих с ВИЧ, а также интегрировать в единое целое действия, направленные на профилактику, лечение и контроль ТБ и ВИЧ, с целью улучшения качества получаемой пациентом помощи и итогов лечения.¹⁶

Смешанная инфекция ВИЧ и ТБ среди ПИН также может оказать негативное влияние на соблюдение ими режима лечения, поскольку в этом случае клиентам требуется принимать больше лекарственных препаратов (например, АРВ и противотуберкулезных препаратов) одновременно. Эти лекарства также могут взаимодействовать между собой, что отрицательно влияет на самочувствие клиента в ходе проведения противотуберкулезной терапии. Таким образом, **дополнительная поддержка, контроль проведения лечения и консультации, предлагаемые всем пациентам с ТБ в медицинских учреждениях и ОО, являются очень важными факторами обеспечения благоприятного исхода терапии.**



Описание случая 2

БОЛГАРИЯ | ОО «Доза Любви»

ТБ глазами Милена, потребителя инъекционных наркотиков, ранее прошедшего лечение от ТБ

«Мне 38 лет, и я принимаю наркотики более 10 лет. Поэтому я знаю ассоциацию «Доза Любви» в течение длительного времени.

Моя подруга и ребенок живут в Софии. Я тоже приезжал туда на некоторое время и пытался восстановить свою семью, но не смог. У меня совсем не было денег и достаточного количества еды, и я по-прежнему принимал наркотики. Моя жизнь была жалкой. Поэтому я поехал обратно в свой родной город; там я начал принимать еще больше наркотиков и сильно похудел. Я слышал о возможности пройти тест на ТБ в центре «Доза Любви». Сначала я думал, что ТБ был распространен в древние времена, и не думал, что можно заразиться им и сейчас, но команда центра меня просветила. Когда я прошел скрининговый тест, я понял, что я действительно нахожусь в группе риска и что у меня присутствуют все симптомы заболевания. Но ведь у всех наркоманов есть эти симптомы, не так ли? Поскольку я доверял команде центра «Доза Любви» и поскольку медсестра из туберкулезного диспансера также присутствовала в центре, я решил пройти обследование на ТБ и – вот сюрприз! – через несколько дней я получил свои результаты, и они были положительными. Я не мог поверить в это! Я думал, это конец! Меня одолевали тысячи страхов и вопросов - заразил ли я свою мать? Тех,

с кем я вместе жил? Я встречался с сотнями людей в течение этих двух месяцев, и я не мог вспомнить их всех!

В течение следующих дней я несколько раз беседовал с членами команды центра «Доза Любви» и с медсестрой из тубдиспансера. Ну, после этого я немного успокоился и решил лечиться, особенно учитывая, что это было бесплатно. Я знал, что я увижу ту же самую медсестру в больнице, и я мог разговаривать с работниками «Дозы Любви» по телефону. Они даже приходили ко мне в больницу и предлагали поговорить с моей матерью и с некоторыми из моих близких друзей, чтобы уговорить их пройти тестирование, не раскрывая то, что я заболел. В общем, я был готов. У меня еще была возможность проходить лечение метадоном, пока я был там. Метадон не был бесплатным, но это было важно для меня, поскольку я должен был оставаться в больнице, как минимум, два месяца. Принимать лекарства не было особенно приятно, но я хотел жить. Вариант отказа от лечения ТБ я не рассматривал - я не хотел умирать!

Полтора года спустя я мог сказать, что я счастлив, что я выжил! Моя жизнь сильно изменилась. Определенно было непросто следовать всем требованиям, но я получал помощь, и теперь я чувствую себя гораздо более здоровым. Я продолжаю встречаться с командой центра «Доза Любви». Я думаю, мне помогло то, что та самая медсестра, которая была в дневном центре «Доза Любви» в тот день, когда мне поставили диагноз, присутствовала и в больнице. Врачи также были очень добры и все очень хорошо объясняли. Однако, если быть честным, я бы не смог этого сделать, если бы не проходил в больнице метадоновую терапию. Но я счастлив, что я это сделал и что я смог получить второй шанс».

II Интенсивный поиск случаев ТБ, инфекционный контроль ТБ и профилактические меры

Интенсивный поиск случаев ТБ среди ПИН

Интенсивный поиск случаев ТБ включает в себя регулярный, целенаправленный скрининг на присутствие любых признаков или симптомов активного заболевания ТБ. Основной акцент делается на раннее выявление лиц, для которых характерен высокий риск заражения ТБ или развития заболевания ТБ. **Раннее выявление и начало лечения предотвращает развитие серьезных форм заболевания ТБ, повышает частоту успешных результатов лечения и уменьшает распространение ТБ среди других людей.**^{7, 17} При исследовании контактов первыми должны рассматриваться люди, для которых наиболее вероятно инфицирование ТБ (например, входящие в группы риска).³⁷

Реализация интенсивного поиска случаев ТБ среди ПИН может быть затруднено в силу следующих факторов:

- ПИН могут неохотно принимать предложение и прикладывать усилия для прохождения обследований на ТБ из-за стигмы, связанной с ТБ, а также из-за недоверия к медицинским учреждениям (например, из-за страха перед полицией);
- У ПИН могут быть психосоциальные проблемы, которые необходимо решать наряду с лечением ТБ;
- Необходимо набирать персонал, прошедший специальное обучение (как в медицинские учреждения, так и в ОО) по взаимодействию с ПИН, в дополнение к клиническим знаниям о ТБ и наркозависимости.¹¹¹

Особые усилия требуются со стороны медицинских работников и персонала ОО для обеспечения того, чтобы был проведен полный комплекс диагностических процедур, а также для того, чтобы следить

¹¹¹ См. Приложение III

за регулярным проведением среди ПИН лечебных и профилактических процедур, направленных на борьбу с ТБ, что связано с часто нездоровым образом жизни ПИН и их поведением, определяемым наркозависимостью (например, активное направление в медицинские учреждения для проведения дополнительных исследований, НКЛ, социальная поддержка по месту жительства, аутрич работа).

Ранняя постановка диагноза и полное лечение ТБ среди ПИН являются необходимыми мерами по охране общественного здоровья, которые требуют эффективной скоординированности действий между медицинскими учреждениями и ОО.

Интенсивный поиск случаев включает:

Активный поиск случаев

Активный поиск случаев направлен на выявление признаков и симптомов заболевания ТБ на самой ранней возможной стадии среди лиц, входящих в группу высокого риска и еще не обратившихся за медицинской помощью. Это, в свою очередь, позволяет рано выявлять подозрительные случаи и направлять таких клиентов в медицинские учреждения для подтверждения диагноза и проведения лечения. Целью активного поиска случаев является снижение распространения ТБ в обществе и повышение шанса выживания после постановки диагноза ТБ.

Существует несколько подходов, облегчающих активный поиск случаев, которые могут использоваться ОО, такие как проведение аутрич работы или включение активного поиска случаев в деятельность по снижению вреда. **Все сотрудники, работающие непосредственно с клиентами, должны пройти обучение, гарантирующее точное знание клинических симптомов ТБ.** Кроме того, все новые клиенты, приходящие в ОО, должны проверяться на наличие симптомов ТБ и факторов риска ТБ с использованием опросника^{IV} так быстро, как это возможно. После этого все клиенты должны ежегодно проходить скрининговое обследование, в соответствии с рекомендациями по проведению ежегодных скрининговых обследований всех ПИН.¹⁹

^{IV} См. Приложение I и Приложение II.

АКТИВНЫЙ ПОИСК СЛУЧАЕВ

При первом обращении клиента в ОО или при первой удобной возможности

ЭТАП	ДЕЙСТВИЕ	ОПИСАНИЕ
1.	СОЗДАНИЕ НЕЙТРАЛЬНОЙ АТМОСФЕРЫ	Проводите опрос в уединенной и комфортной обстановке. Вы можете использовать простые средства поощрения, такие как горячие или прохладительные напитки и закуски. Отнеситесь к клиенту с сочувствием и симпатией.
2.	ОПРОС	Используйте краткий опросник, включающий вопросы об имеющихся в настоящий момент симптомах, которые могут быть основанием для подозрения на ТБ, и возможных факторах риска. ¹
	При выявлении любых симптомов, наводящих на подозрение ТБ, немедленно направьте клиента в ближайший туберкулезный диспансер или медицинское учреждение для дальнейшего обследования.	
3.	ИНФОРМИРОВАНИЕ	В доброжелательной манере расскажите клиенту о ТБ и подчеркните важность регулярного обследования на ТБ.

Деятельность, направленная на профилактику и контроль ТБ, должна быть интегрирована в рутинную работу ОО, осуществляющей поддержку ПИН, такую как тестирование на вирусы, передающиеся через кровь, и предоставление ОЗТ.

Необходимо помнить, что каждый индивидуальный фактор риска повышает вероятность развития заболевания ТБ!

Что делать в случае сложного или вызывающего поведения клиента

Обратите внимание на поведение и состояние клиента, чтобы проверить, не находится ли клиент под воздействием наркотиков, поскольку общаться с клиентами, находящимися в состоянии наркотического опьянения, может быть сложнее. Клиенты, находящиеся в состоянии наркотического опьянения, более склонны к агрессии и/или бреду, это означает, что у них могут быть большие трудности с пониманием того, что говорит персонал ОО.

Поэтому, если клиент находится в состоянии наркотического опьянения, говорите понятно, используйте короткие предложения. Избегайте повышения голоса и нравоучительного или снисходительного тона, однако оставайтесь твердым и последовательным в своем поведении. При необходимости привлечите коллег, которые могут помочь вам работать с клиентом.

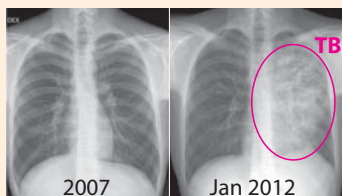
Если клиент агрессивен, попытайтесь определить уровень агрессии, прежде чем идти в отдельное помещение для дальнейшего обследования на ТБ. Убедитесь, что вы можете легко покинуть помещение и что рядом есть сотрудник ОО, способный при необходимости оказать немедленное содействие. Избегайте риска. Если поведение клиента остается агрессивным и опасным, опросите его в другое время. Если клиент становится агрессивным во время скрининга, разговаривайте мягко, демонстрируйте симпатию и избегайте поведения, которое может быть интерпретировано как угроза или насмешка. Подумайте о вариантах реакции и подходящих ответах на провокации клиента. **Во всех случаях расскажите кому-либо в ОО о возникших инцидентах.**³²



ЭСТОНИЯ

Последствия недостаточного поиска случаев

В 2011 г. мужчине 50 лет был поставлен диагноз заболевания ТБ и было начато лечение ТБ в больнице. Врачи попросили пациента проинформировать свою семью (включавшую в себя двух детей) о том, что у него имеется заболевание ТБ, и предложить им посетить медицинское учреждение для прохождения обследования на ТБ. Отец не



последовал просьбе врачей и умолчал о своем диагнозе. Никто в клинике не знал о том, что семья пациента, его друзья и все близко общающиеся с ним люди не были проинформированы о том, что они подвергаются воздействию инфекции ТБ, поскольку никто из медперсонала не проверил, рассказал ли пациент о своей инфекции и попросил ли их пройти обследование на ТБ.

Год спустя у сына пациента, студента в возрасте 24 лет, который последний раз проходил обследование на ТБ в 2007 г. (см. нормальный рентген. снимок слева) появились кашель и температура. После получения описания рентгенологического снимка сыну неожиданно был поставлен диагноз ТБ (см. рентген.снимок, показывающий отклонения, справа). Сын был очень зол и расстроен тем, что никто из семьи не был проинформирован о том, что их отец болел ТБ год назад, в результате чего теперь у него инфекционный ТБ и он не может продолжать обучение в университете. Если бы он прошел тестирование год назад, когда его отцу впервые был поставлен диагноз ТБ, его собственный диагноз мог бы быть поставлен на более ранней стадии ТБ, которая, возможно, не была бы заразной. В этом случае он мог бы продолжить обучение.

Вскоре после этого вся семья прошла обследование на ТБ, и у дочери 50-летнего пациента также был положительный результат.

Активное направление в медицинские учреждения

Активный поиск случаев может быть эффективным только при наличии эффективной системы перенаправлений между ОО и ближайшими клиниками, осуществляющими лечение ТБ (или другими медицинскими учреждениями, проводящими тестирование на ТБ). Клиенты, у которых были обнаружены симптомы, вызывающие подозрение на активный ТБ, должны быть немедленно направлены в клинику, осуществляющую лечение ТБ, либо в медицинское учреждение для дальнейшего обследования и подтверждения диагноза ТБ. Должен быть установлен **четко согласованный протокол перенаправления между ОО и противотуберкулезными клиниками** для обеспечения своевременной постановки диагноза и начала лечения.

Диагностика ТБ, как правило, занимает больше времени, чем диагностика ВИЧ, поскольку диагностика ТБ включает в себя большее количество различных процедур, и часто она требует нескольких визитов в медицинское учреждение. Поэтому **рекомендуется сопровождение клиента в клинику сотрудником ОО или представителем клиники**, который будет поддерживать клиента на протяжении всего процесса и заботиться о том, чтобы клиент не утратил желание посещать врача и не «потерялся» по пути.

Если клиента необходимо направить в клинику:

Объясните клиенту необходимость дальнейшего обследования в спокойной и доброжелательной манере. Подчеркните важность завершения всех диагностических процедур.

Уведомите медицинское учреждение о потенциальном случае ТБ.

Организируйте транспортировку из ОО в клинику.

Отправьте представителя от ОО или медицинского учреждения сопровождать клиента в клинику и поддерживать его на протяжении всех диагностических процедур.

В зависимости от доступных материальных ресурсов и времени, дайте клиенту конкретные инструкции о том, как добраться до клиники. Если возможно, оплатите транспортные расходы или пошлите кого-либо из ОО или клиники для сопровождения клиента от здания ОО до противотуберкулезной клиники (или другого медицинского учреждения), в котором клиент должен пройти дальнейшее обследование. При отсутствии сопровождения (например, если клиенту выдали только контактную информацию и информацию о времени работы медицинского учреждения, осуществляющего тестирование на ТБ) выше вероятность того, что клиент не пойдет на обследование на ТБ из-за недостатка мотивации, отсрочек, изменения планов или других возможных препятствий.

В случае, если организация транспортировки или возмещение транспортных расходов невозможны, **убедитесь, что клиент понимает важность посещения медицинского учреждения и завершения процедур для диагностики ТБ.** Попытайтесь сделать процесс транспортировки настолько простым и понятным, насколько это возможно. Например, свяжитесь с ближайшей противотуберкулезной клиникой и проинформируйте их о посещении потенциально зараженного ТБ пациента, чтобы персонал знал о необходимости ожидания нового клиента.

Если клиент пропустил первое назначенное посещение, постарайтесь сделать еще одну попытку, рассмотрите возможность совместного направления нескольких клиентов в клинику.

Помните, что ТБ среди ПИН часто воспринимается особенно негативно из-за его связи с ВИЧ и зависимостью.^v Стигма может уничтожить желание ПИН обращаться в официальные учреждения и к специалистам. Эффективно организованная система перенаправлений, включающая поддержку со стороны ОО, делает доступ к необходимым для диагностики ТБ медицинским услугам более доступным для ПИН.

Для организации системы активных перенаправлений между вашей ОО и туберкулезным диспансером или другим медицинским учреждением, осуществляющим диагностику ТБ, вы можете начать со следующих пунктов:

- Найдите ближайшее медицинское учреждение, осуществляющее диагностику и лечение ТБ и принимающее людей как с документами и медицинской страховкой, так и без них.
- Свяжитесь с этим учреждением, выясните, какие услуги оно предоставляет, и обсудите возможности сотрудничества.

^v См. Приложение IV «Заблуждения и мифы».

После установления первоначального контакта согласуйте следующие вопросы:

- Кто будет осуществлять транспортировку клиента?
- Как будет организован этот процесс?
- Кто проконтролирует, что клиент достиг клиники?
- Кто будет сопровождать клиента?
(т.е. представитель ОО или медицинского учреждения)
- Как производится обмен информацией между ОО и клиникой?
(например, по электронной почте, по телефону, через представителя, сопровождающего клиента)
- Какая информация о клиенте может быть собрана ОО до проведения обследования? (например, социальные факторы риска, симптомы)²

Если клиенту поставлен диагноз активного заболевания ТБ, необходимо прояснить следующие вопросы после завершения лечения в стационаре:

- Где пациенту будет предложено амбулаторное лечение ТБ? Будет ли в ОО или в клинике использоваться НКЛ?

Консультация перед проведением тестирования

Рекомендуется, чтобы любая проверка на ТБ или другое заболевание проводилась с согласия клиента и перед тестированием была проведена консультация.

Консультация перед проведением тестирования способствует установлению доверительных отношений между персоналом ОО и клиентом, повышает информированность клиента о ТБ, снижает вероятность рискованного поведения и повышает готовность клиента соблюдать режим лечения в случае положительного результата тестирования.¹ Подтверждение диагноза ТБ часто включает в себя несколько процедур, является более сложным и требует больше времени, чем, например, тестирование на ВИЧ (особенно среди ЛЖВ). Поэтому, если клиент не понимает полностью важности обследования на ТБ, существует повышенный риск того, что ПИН не пройдет все процедуры, необходимые для подтверждения диагноза ТБ, особенно учитывая, что лечение, по всей вероятности, потребует возвращения клиента в клинику.

На консультации до проведения тестирования должны быть затронуты следующие вопросы:

- Почему необходимо тестирование на ТБ?
- Что включает в себя тестирование на ТБ?

- Как распространяется ТБ? Как человек заражается ТБ и как у него развивается заболевание ТБ? Как человек может передать ТБ окружающим?
- Клиент имеет право отказаться от тестирования на ТБ, что не должно повлиять на его доступ к другим услугам.
- Личная выгода от прохождения тестирования на ТБ и ранней диагностики ТБ (с учетом личных особенностей мотивации клиента).
- Клинические преимущества от прохождения тестирования на ТБ и ранней диагностики ТБ (с учетом итога лечения).
- Конфиденциальность результата тестирования на ТБ и лечения.
- Необходимость и важность информирования партнеров и других людей, входящих в тесный контакт с клиентом, в случае получения положительного результата теста на ТБ (в некоторых странах это может быть законодательно закрепленным требованием).

Необходимо принять все возможные меры для нормального проведения обследования и тестирования на ТБ, для того, чтобы эта процедура стала рутинной как для клиентов, так и для персонала ОО.



ПРИМЕР 1

Молодая женщина С. пришла в ОО в первый раз и настаивала на проведении быстрого теста на ВИЧ. Она была бледной, худой и выглядела очень нервной. Кроме того, она сказала, что в последнее время она чувствовала себя больной. Поскольку ее партнер был активным потребителем наркотиков и был инфицирован ВИЧ, она считала, что она тоже может быть заражена этим вирусом. Однако она отказалась идти в больницу или медицинский центр, поскольку опасалась врачей и, особенно, полиции. Во время проведения теста на ВИЧ у нее произошло несколько приступов кашля, дыхание было тяжелым.

Опишите следующие шаги, которые вы должны предпринять, когда такой клиент приходит в вашу ОО.

* Описание действий, предпринятых в случае, описанном в примере 1, приведено в Приложении V.

Розыск пропавших клиентов для продолжения лечения

Отрыв клиентов от наблюдения был признан проблемой во многих регионах по всему миру, касающейся 21,3% всех пациентов с ТБ с МЛУ, лечение которых является более длительным и более сложным.²⁶⁻²⁷ Поэтому важно, чтобы ОО делали все, что в их силах, для предотвращения потери контакта с клиентами и, если клиент прекратил лечение, для обеспечения максимально быстрого их поиска с целью предоставления поддержки, способствующей продолжению лечения.

Отслеживание клиентов, прервавших лечение, и их мотивирование вернуться в учреждение для завершения лечения является неотъемлемым элементом эффективного лечения и контроля ТБ.³⁷

Если клиент приходит в ОО или активно посещает ОО

- Попросите клиента оставить контактную информацию (например, личный адрес, информацию о соседях, номер телефона, контакты друзей/родственников/соседей).
 - Подчеркните, что вся контактная информация является конфиденциальной и будет использоваться только для связи с клиентом при необходимости.
 - Если человек не имеет постоянного адреса или места жительства, спросите о возможных местах, где его можно найти (например, приюты или дома для бездомных), постарайтесь получить сведения о лицах, которые могут что-либо знать о местонахождении клиента.
- Выясните сведения о ежедневных занятиях клиента, его обычных делах или другую информацию, которая может помочь восстановлению контакта с клиентом (эта информация может быть получена в разговоре с клиентом во время его визитов в ОО, ее не обязательно собирать в ходе формального опроса).

Сбор личной информации о ПИН может быть затруднен, поскольку они могут неохотно отвечать на вопросы или чувствовать себя некомфортно, предоставляя личную информацию. Однако если вам удастся установить хорошие и доверительные отношения с клиентом, он может более охотно поделиться личной контактной информацией.

Если клиент пропустил 2 посещения

- Попытайтесь связаться с клиентом по телефону.

Если он не отвечает:

- Поищите клиента у него дома, взяв с собой лекарственные препараты, если это необходимо и если вы можете это сделать.

Если клиента нет дома:

- Оставьте ему сообщение у него дома или у соседей.
- Посетите места, где может находиться клиент. Свяжитесь с членами группы социальных контактов клиента (например, семья, друзья, коллеги), попросите их дать вам информацию, которая может помочь, и предположить, где клиент может находиться. Попытайтесь отыскать его. В ходе этого процесса должна быть обеспечена защита конфиденциальности клиента.³ Если клиент переехал, попытайтесь установить его новое место жительства для повышения шанса передачи клиента в другую ОО и клинику.

Поищите другие законные возможности получения информации, связанной с клиентом и, если возможно (учитывая требования законодательства), активно ищите информацию о любых лицах, упоминавшихся клиентом. В этом случае может быть очень полезным сотрудничество с ГПТБ и полицией.

Когда клиент будет найден:

- Поговорите с клиентом и его семьей о причинах прерывания терапии.
- Попытайтесь выявить причины проблем и найти способы их решения.
- Напомните клиенту об опасностях прерывания терапии и похвалите его за ранее достигнутые успехи. Скажите клиенту о том, как долго необходимо продолжать терапию, и подчеркните важность продолжения лечения, даже если лечение затрудняют побочные эффекты или если исчезли физические симптомы ТБ.
- Обсудите случай с другими коллегами для наиболее эффективного прогнозирования и предотвращения возможных прерываний терапии в будущем.

Социальная поддержка по месту жительства, аутрич работа

Социальная поддержка по месту жительства и аутрич работа означает, что услуги, предлагаемые ОО, предоставляются членам целевой группы в их естественной среде. Другими словами, работники ОО (предпочтительно действуя парами или небольшими группами) оказывают свои услуги в районах, где живут клиенты, или в местах, где существующие услуги недоступны или слишком удалены территориально, чтобы клиенты могли их получить.^{20, 25} Работники, говорящие на нескольких языках или принадлежащие к нескольким разным культурным группам, также могут оказаться эффективными посредниками между клиентами, ОО и системой здравоохранения. Это способствует раннему выявлению заболеваний, а также улучшению здоровья членов их сообщества.

Социальная поддержка по месту жительства, аутрич работа:

- Является средством достижения уязвимых групп населения (например, активные потребители наркотиков, бездомные ПИН), которые иначе не получили бы доступа к ОО или медицинской помощи по борьбе с ТБ.
- Помогает собирать информацию о социальных условиях жизни целевой группы, их потребностях, а также помогает им понимать значение предлагаемых им услуг.
- Также может использоваться для охвата более широкой аудитории в других сферах работы ОО (например, обмен шприцев, тестирование на ВИЧ).

Таким образом, социальная помощь по месту жительства может применяться как эффективный способ облегчения поиска клиентов, вышедших из-под наблюдения, выявления новых случаев инфекционного ТБ и мониторинга выявленных случаев ТБ. Она также помогает делать обследования на ТБ и другие направленные на борьбу с ТБ услуги более доступными для ПИН,

несмотря на негативное влияние общественного мнения и предрассудков, связанных с употреблением наркотиков, ТБ и ВИЧ.

Если вы заинтересованы в проведении аутрич работы в рамках деятельности вашей ОО, выясните, какие другие организации в вашем регионе или стране осуществляют такую деятельность и какие из этих организаций могут провести для вас соответствующее обучение. Обмен предыдущим опытом и информацией о методах работы помогает достичь успешной интеграции предоставления социальной помощи по месту жительства в состав деятельности ОО и получить наилучшие результаты из возможных.



БОЛЕЕ ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Mikkonen, M., Kauppinen, J., Huovinen, M., Aalto, E. (eds). **Outreach work among marginalised populations in Europe: guidelines on providing integrated outreach services**. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC, 2007.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. **Outreach Work Among Drug Users in Europe: Concepts, Practice and Terminology**. Lisbon: EMCDDA, 1999. Доступно по ссылке: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93520_EN_Insight2.pdf



ПРИМЕР 2

П., 56 лет, долгое время был клиентом ОО. Ему был поставлен диагноз ТБ около года назад, он был направлен на стационарное лечение в местную клинику, осуществляющую лечение ТБ. После того, как он был признан незаразным, он начал получать НКЛ в амбулаторных условиях. Сотрудник ОО был назначен для осуществления НКЛ, по проведенным оценкам, до конца терапии оставалось около 6 месяцев.

Хотя первоначально клиент регулярно посещал ОО для получения лекарственных препаратов, со временем его посещения стали менее аккуратными. На настоящий момент он не показывался в течение двух дней. Его телефон отключен, когда сотрудник, назначенный для проведения НКЛ, отправился по данному клиентом адресу, он выяснил, что П. никогда не жил по этому адресу и указал ложную информацию.

Что еще можно сделать, чтобы найти П.?

Как можно было предотвратить эту ситуацию или облегчить процесс поиска П.?

В случае, если П. будет найден, что следует делать дальше?

Каковы возможные последствия в случае, когда клиент не хочет, чтобы его искали, или не хочет быть найденным?

** Описание действий, предпринятых в случае, описанном в примере 2, приведено в Приложении V.*

Инфекционный контроль ТБ в помещениях ОО

Все помещения ОО должны быть безопасными для клиентов и персонала. Однако лица с инфекционным ТБ могут присутствовать как среди клиентов ОО, так и среди персонала, поэтому необходимо использование мер инфекционного контроля для борьбы с ТБ. Хотя лица, зараженные ТБ и получающие соответствующую терапию, больше не являются инфекционно опасными, может быть сложно определить, получал ли действительно человек, заявляющий, что он излечился от ТБ, соответствующую терапию. Кроме того, большое количество клиентов и сотрудников могут входить в группу повышенного риска развития заболевания ТБ после инфицирования (например, ЛЖВ, бывшие ПИН, курильщики).

Поскольку ТБ распространяется по воздуху, риск передачи ТБ повышается в случае, если помещение заполнено людьми, плохо вентилируется, и если контакт с заразными лицами является частым и продолжительным.

Риск распространения ТБ в помещениях ОО может быть снижен путем введения необходимых мер предосторожности в рамках инфекционного контроля. Инфекционный контроль ТБ включает в себя сочетание мер, направленных на минимизацию риска передачи ТБ. Эти меры должны стать частью ежедневной практики. По рекомендациям ВОЗ инфекционный контроль ТБ должен включать в себя следующие элементы: ^{16, 19, 23, 31}

- **Управленческие меры**
- **Административные меры**
- **Инженерно-технические меры**
- **Индивидуальные средства защиты органов дыхания**

Меры инфекционного контроля ТБ организованы по иерархическому принципу на основании влияния этих мер и порядка, в котором должны проводиться рекомендованные действия.

Управленческие меры

Управленческие меры заключаются во внедрении комплекса действий на уровне ОО.

- Разработайте план инфекционного контроля в рамках ОО (включающий оценку доступных человеческих ресурсов, установление политики и процедур, обеспечивающих надлежащее применение действий и услуг по борьбе с ТБ), который подлежит выполнению.
- Пересмотрите особенности использования доступных пространств, на основании оценки риска, с учетом необходимости снижения риска распространения инфекции. Обдумайте необходимость обновления существующих помещений или постройки новых.

- Проведите обследование на рабочем месте на заболевание ТБ среди персонала ОО (например, проверьте медицинские карты персонала ОО, убедитесь, что эти карты содержат актуальную информацию). При необходимости направьте сотрудников на проверку на ТБ.
- Осуществите мониторинг и оценку комплекса мер по инфекционному контролю.
- Проведите обучение персонала и просветительские мероприятия среди клиентов на тему ТБ и инфекционного контроля ТБ.
- Убедитесь в том, что налажено эффективное взаимодействие между ОО, туберкулезной клиникой (клиниками) и другими центрами, предоставляющими услуги ПИН в регионе.

Административные меры

Административные меры помогают усовершенствовать организацию и внедрение действий, которые направлены на снижение риска воздействия ТБ. Административные меры оказывают наибольшее влияние на предотвращение распространения ТБ в помещениях ОО.

- Если возможно, назначьте ответственного за оценку рисков, планирование, контроль и оценку внедрения мер инфекционного контроля ТБ в рамках ОО.
- Проведите оценку риска ТБ в ОО и используйте полученные результаты для разработки плана инфекционного контроля ТБ.
- Разработайте рабочие протоколы для выявления клиентов с симптомами ТБ и направления их в туберкулезную клинику или другое медицинское учреждение для дальнейшего обследования:
 - Убедитесь в том, что налажена эффективная система перенаправлений (по возможности, с сопровождающими) из ОО в туберкулезную клинику.
- Разместите на стенах плакаты и знаки, информирующие персонал ОО и клиентов о ТБ, подчеркивающие важность этикета кашля и гигиены органов дыхания.
- Регулярно осуществляйте проверку и оценку знаний персонала ОО по вопросам ТБ.
- Организуйте обучение по вопросам ТБ и методам, используемым для борьбы с ТБ (например, мотивационное консультирование).^{vi}
- Проводите ежегодную оценку подготовленности сотрудников и организуйте обучение с учетом:
 - количества неподготовленного или нового персонала;
 - изменений в организации и услугах, связанных с ТБ/ПИН;
 - наличия новой информации об инфекционном контроле ТБ.

^{vi} См. Приложение III «Предлагаемые темы для обучения персонала МОО».

- Учитывайте медицинские и личные особенности своих сотрудников, либо другие состояния, которые могут повлиять на защищенность человека от инфекции ТБ, такие как:
 - ВИЧ-инфекция;
 - диабет;
 - силикоз;
 - опухоли;
 - рак;
 - нарушения питания;
 - другие хронические заболевания или состояния подавления иммунной системы.

Защита персонала ОО должна быть приоритетной. Поэтому необходимо выполнять следующее:

- Предоставлять персоналу ОО актуальную информацию.
- Организовывать для персонала ОО регулярные учебные сессии по вопросам ТБ, инфекционного контроля ТБ и мерам защиты органов дыхания.
- Стимулировать прохождение регулярных анализов на ВИЧ среди персонала ОО.
- Стимулировать прохождение регулярных обследований на ТБ среди персонала ОО.

Инженерно-технические меры инфекционного контроля

В местах, где клиенты проводят относительно много времени, таких как зоны ожидания и помещения, где происходят встречи с клиентами, подозреваемыми на ТБ, должна быть обеспечена вентиляция или смена воздуха. Поэтому встречи с клиентами, подозреваемыми на ТБ, должны быть организованы:

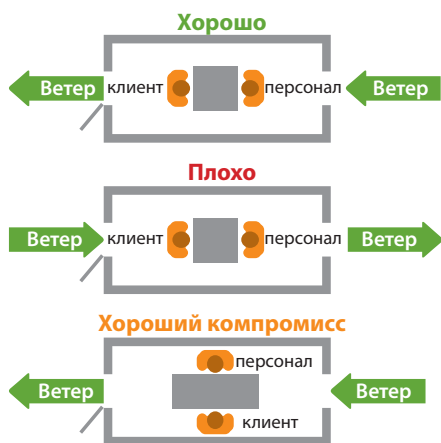
- на открытом воздухе;
- в помещении при открытом окне;
- в помещении с использованием специального оборудования, такого как защищенная экраном УФ-лампа или надлежащим образом функционирующая вентиляция.

Выясните, какие инженерно-технические меры должны быть введены или уже применяются в вашей ОО. Воспользуйтесь услугами профессионалов для оценки и внедрения необходимых мер для обеспечения инфекционного контроля ТБ, чтобы гарантировать, что воздухообмен контролируется надлежащим образом, а оборудование используется правильно.

ИНЖЕНЕРНО-ТЕХНИЧЕСКИЕ МЕРЫ

ЕСТЕСТВЕННАЯ ВЕНТИЛЯЦИЯ

Направление естественной вентиляции или правильный выбор рабочих мест



Естественная вентиляция может быть создана путем использования естественных внешних сил, таких как температура и ветер. Открывание окон позволяет свежему воздуху поступать в помещение, что приводит к разбавлению концентрации взвешенных в воздухе частиц, которые несут бактерии *M. tuberculosis*, и к циркуляции внутри помещения. Окна, двери и вентиляционные каналы должны быть открыты всегда, когда это возможно.

Поскольку движение потока воздуха зависит от направления и скорости ветра и/или температурных различий, его зачастую трудно контролировать. Однако необходимо любой ценой избегать рециркуляции воздуха, содержащего воздушно-капельную смесь инфекционных частиц!

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ ИСКУССТВЕННОЙ ВЕНТИЛЯЦИИ



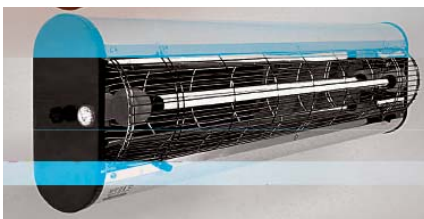
Вытяжной вентилятор

Искусственная (принудительная) вентиляция создается с использованием оборудования, предназначенного для усиления воздухообмена и управления потоками воздуха. Поскольку ТБ передается по воздуху, хорошая вентиляция может обеспечить поддержание низкого риска передачи ТБ. Искусственная вентиляция и циркуляция воздуха подлежат регулярным проверкам для обеспечения их безопасности и правильности применения. Хотя затраты на оборудование для искусственной вентиляции могут быть относительно высокими, это оправданные инвестиции в обеспечение безопасности персонала ОО и клиентов.

ОЧИСТКА ВОЗДУХА



HEPA фильтр



Бактерицидное ультрафиолетовое облучение (СБУО)

Также могут использоваться дополнительные меры, такие как применение высокоэффективной очистки воздуха с задержкой частиц (HEPA) и системы бактерицидного ультрафиолетового облучения (СБУО), для снижения риска передачи ТБ в помещениях ОО. При соответствующем техническом состоянии и правильном применении фильтры HEPA отфильтровывают бактерии из воздуха, а СБУО убивает бактерии ТБ.



БОЛЕЕ ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИНФЕКЦИОННОМ КОНТРОЛЕ ТБ:

Видео:

Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Implementing TB Infection Control in Out-Patient Settings**, 2012. Доступно по ссылке: <http://www.cdc.gov/globalhealth/video/tb/tb.htm>

Материалы:

World Health Organization. **Tuberculosis infection control**. [website] http://www.who.int/tb/health_systems/infection_control/en/

World Health Organization. **WHO Policy on TB Infection Control in Health Care Facilities, Congregate Settings and Households**. Geneva, WHO, 2009 (WHO/HTM/TB2009.419). Доступно по ссылке: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf

World Health Organization. **Guidelines for the Prevention of Tuberculosis in Health Care Facilities in Resource-Limited Settings**. Geneva: WHO, 1999. Доступно по ссылке: http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269.pdf?ua=1

Индивидуальные средства защиты органов дыхания

Защита органов дыхания

В ситуациях, когда риск воздействия ТБ велик, должны использоваться индивидуальные средства защиты органов дыхания.

- Необходимо внедрить программу защиты органов дыхания.
- Просвещайте как клиентов, так и сотрудников ОО по вопросам важности использования средств защиты органов дыхания (например, этикет кашля, когда и как использовать респираторы), организуйте обучение, размещайте плакаты с наглядной агитацией на стенах и т.д.
- **Выдайте клиентам, подозреваемым на ТБ, хирургические маски или салфетки**, чтобы закрывать ими рот и нос для предотвращения распространения микробов в воздухе.
 - Внимание! **Защитные маски** или хирургические маски должны носить лица **с известным или предполагаемым активным заболеванием ТБ**.
 - **Защитные маски** или хирургические маски снижают количество мельчайших капель, выдыхаемых в воздух лицами с заболеванием ТБ во время разговора, дыхания, кашля или чиханья.
 - Маски **нельзя использовать повторно!**
- **Выдайте сотрудникам ОО респираторы** (например, моделей FFP2, N95) для ношения при контактах с клиентами, подозреваемыми на ТБ, либо имеющими подтвержденный ТБ в начальной стадии.
 - **Респираторы** должны носить лица, **не имеющие ТБ** (т.е. сотрудники ОО или медицинского учреждения).
 - Респираторы защищают носящего их от вдыхания воздушно-капельной смеси инфекционных частиц.
 - Персонал должен быть обучен проведению **проверки правильности подбора респиратора**.

Проверка правильности подбора респиратора

Этот тест проводится для проверки того, что респиратор является удобным и правильно подобран для пользователя. Использование респираторов снижает риск передачи ТБ только при правильном надевании и применении респиратора.

БОЛЕЕ ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О ПРОВЕРКЕ ПРАВИЛЬНОСТИ ПОДБОРА РЕСПИРАТОРА:

http://www.cdc.gov/niosh/npptl/topics/respirators/disp_part/RespSource3fit-test.html

Респиратор, используемый сотрудником ОО



- Отфильтровывает воздушно-капельную смесь инфекционных частиц от воздуха, вдыхаемого человеком, носящим респиратор.
- Должен закрывать нос и рот.
- Респираторы должны носить лица, не имеющие ТБ (т.е. сотрудники ОО или медицинского учреждения).

Хирургическая маска, используемая клиентом



- Препятствует распространению клиентом воздушно-капельной смеси инфекционных частиц.
- Хирургические маски должны носить лица с известным или предполагаемым активным заболеванием ТБ.
- Маски нельзя использовать повторно!

Этикет кашля

Как клиентов, так и персонал ОО необходимо обучать этикете кашля и проверять его соблюдение. Ниже приведены простые для выполнения указания, не требующие больших материальных затрат.

Базовый этикет кашля:

1. Закрывайте рот и нос бумажной салфеткой или носовым платком, когда вы кашляете или чихаете.
2. Использованную салфетку следует выбрасывать в мусорную корзину.
3. Если салфетки нет, кашляйте или чихайте в рукав или локоть, но не в ладони.
4. По возможности, носите защитную маску для защиты других от заражения ТБ.

Кроме того, необходимо часто мыть руки теплой водой с мылом в течение как минимум 20 секунд, либо использовать спиртовые влажные салфетки для очистки рук.

Профилактическая терапия изониазидом

Профилактическая терапия изониазидом (ПТИ) – это лечение, используемое для предотвращения развития заболевания ТБ у лиц, входящих в группу высокого риска.

ПТИ, как правило, назначается и проводится под контролем врачей в клинике, осуществляющей лечение ТБ. Однако для улучшения итога лечения необходимо предоставлять лицам, проходящим ПТИ, услуги поддержки, обеспечивающие соблюдение режима лечения, включая НКЛ, при наличии ресурсов.

ПТИ часто применяется у людей с ЛТИ для предотвращения прогресса до заболевания ТБ. ПТИ также используется среди людей, проводящих много дней или недель в тесном контакте с лицами, страдающими ТБ.

ПТИ часто проводится у следующих категорий лиц:

- дети (особенно младше 5 лет);
- ЛЖВ;
- беременные женщины;
- пожилые люди.

Однако применение ПТИ отличается в разных странах. Поэтому необходимо выяснить, применяется ли ПТИ в вашем регионе или стране, и если да, то при каких условиях.

ОО может поддержать проведение ПТИ следующими способами:

- предоставление мер по поддержке соблюдения режима лечения клиентами;
- помощь во внедрении принципов НКЛ для контроля ПТИ;
- выдача ПТИ вместе с другими лекарственными средствами в ходе опиоидной заместительной терапии (ОЗТ);
- наблюдение для выявления побочных эффектов.^{vii}

^{vii} См. Приложение II «Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов».

III Ведение случаев и психосоциальная поддержка

После первичной постановки диагноза ТБ клиент, как правило, начинает получать соответствующее лечение в стационаре в местной туберкулезной клинике.^{viii} После того, как будет подтверждено, что клиент более не является инфекционно опасным, он направляется на амбулаторное лечение. Наблюдение за ходом лечения и последующие анализы, как правило, входят в сферу ответственности туберкулезной клиники.

Было доказано, что привлечение ОО помогает значительно повысить внимание к вопросам ТБ, а также мотивирует клиентов пройти обследование. ОО предоставляет необходимую поддержку в оказании услуг по борьбе с туберкулезом в амбулаторных условиях для ПИН и других уязвимых групп населения.

Ключом к эффективному ведению случаев является подход, ориентированный на клиента!

Амбулаторное лечение ТБ у ПИН является сложным, однако, тем не менее, возможным. **Физическая и психологическая безопасность и устойчивость персонала ОО должна быть приоритетом**, поэтому эти вопросы требуют постоянного внимания (например, путем взаимодействия с коллегами или путем организации регулярных встреч).^{ix}

Оценка социального положения и состояния здоровья пациента и его потребности в поддержке

Во время первого посещения клиентом ОО в число ключевых действий должны входить:

- Опрос клиента о его состоянии здоровья и социальной ситуации.

^{viii} См. раздел I «Лечение заболевания туберкулезом».

^{ix} См. раздел IV «Подготовка персонала МОО к осуществлению деятельности по борьбе с ТБ».

Вы можете использовать специальный опросник, созданный для этого, внимание в котором фокусируется на выявлении имеющихся в настоящий момент симптомов, являющихся основанием для подозрения на ТБ.^x Просвещение клиентов по вопросам ТБ и состояния здоровья должно проводиться в соответствии с их способностью понимать и использовать эту информацию.

- Обзор социальных факторов риска, которые могут стать ключом к разработке более эффективной системы поддержки для клиентов и стимуляции соблюдения ими режима лечения.

Это особенно важно для ПИН, которые с большей вероятностью могут страдать от других (часто хронических) заболеваний в дополнение к ТБ и социальная ситуация которых может быть нестабильной.²

Распросы о состоянии здоровья и социальном положении клиента позволяют персоналу получить полезную информацию о необходимости особых мер, а также о предоставлении других услуг по поддержке, доступных для ПИН в регионе. Это, в свою очередь, помогает снизить вероятность выхода клиентов из-под наблюдения после их направления из туберкулезного стационара на амбулаторное лечение, например, в ОО^{xi}, для продолжения лечения, что является распространенной проблемой среди ПИН. Также необходимо учитывать семейное положение и пол клиента, поскольку это влияет на состояние и потребности клиента (например, если у клиента есть маленький ребенок, которого нельзя оставить без присмотра во время лечения ТБ в стационаре).

Информирование и консультирование клиентов по вопросам ТБ

Передача клиентам основ знаний о ТБ, а также информации о симптомах и лечении, играет важную роль в определении степени их вовлеченности в процесс. Когда клиенты имеют личную заинтересованность в состоянии своего здоровья (или здоровья своих друзей и членов семьи, которые могут подвергаться воздействию ТБ) и в решении проблемы ТБ, они с большей вероятностью смогут преодолеть трудности, которые могут возникнуть на пути к завершению курса лечения. Важно, чтобы клиент понимал, что ТБ излечим, при условии надлежащего следования режиму лечения.

^x См. Приложение I.

^{xi} См. раздел III «Терапия под непосредственным наблюдением».

Основными трудностями, с которыми клиенты могут столкнуться в ходе лечения ТБ, являются:

- возникновение побочных эффектов;
- встреча с личными, а также с социальными и эмоциональными сложностями, связанными с ТБ;
- забывание о приеме лекарств или о необходимости контрольных посещений врача.

К каждому клиенту необходимо подходить индивидуально, с учетом его текущего эмоционального состояния и личной способности охватить ситуацию в целом. Информация должна предоставляться постепенно, шаг за шагом, поскольку большая ее часть может быть трудна для понимания клиентом, особенно при получении всей информации сразу.

Обращайте внимание на эмоциональное состояние клиента, задавайте открытые вопросы и постарайтесь дать клиенту возможность обдумать или изложить своими словами то, что он понял из ваших объяснений, чтобы проконтролировать усвоение информации, а также выявить вопросы, которые необходимо повторить.

Ниже приведен список тем, по которым клиент должен получить информацию:

Основные сведения о ТБ

Проинформируйте клиента о следующем:

- симптомы ТБ и как их распознать;
- как можно вылечить ТБ;
- как распространяется ТБ;
- как можно предотвратить и контролировать дальнейшее распространение ТБ.

Во время начала НКЛ клиент должен быть предупрежден о следующем:

Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов

Побочными эффектами являются любые эффекты лекарственных препаратов, которые могут вызвать дополнительные нежелательные симптомы, дискомфорт или более серьезные, если не вредные, последствия. Побочные эффекты также могут быть обусловлены взаимодействием между противотуберкулезными препаратами и другими веществами, пищей и алкоголем.

Большинство побочных эффектов лечения ТБ проявляются только в начале терапии и проходят через несколько недель. Незначительные побочные эффекты могут вызывать относительно небольшой дискомфорт

и часто требуют простого лечения, направленного на устранение симптомов. Однако противотуберкулезные препараты второго ряда, предназначенные для лечения ТБ с МЛУ, являются более токсичными и с большей вероятностью могут вызвать дискомфорт у принимающих их клиентов. Особое внимание должно быть направлено на информирование клиентов о побочных эффектах противотуберкулезных препаратов и о необходимости сообщать об их возникновении.

Дискомфорт, обусловленный побочными эффектами противотуберкулезных препаратов, часто называют в качестве ключевого фактора, вносящего вклад в ненадлежащее соблюдение режима лечения.²

Проинформируйте клиента о следующем:

- распространенные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов^{xii};
- как долго могут продолжаться побочные эффекты;
- что нужно делать при возникновении побочных эффектов;
- как можно бороться с побочными эффектами.

Клиентов, получающих НКЛ, следует стимулировать, сообщать о возникновении побочных эффектов; их необходимо предупредить об особых характеристиках побочных эффектов, которые следует иметь в виду (например, симптомы, регулярность, интенсивность, продолжительность и влияние на ежедневную жизнь).

- Регулярно спрашивайте клиентов о появлении любых новых симптомов, которые могут быть вызваны побочными эффектами препаратов.
- Напомните клиенту о необходимости немедленно обратиться к врачу, если у них возникают любые тяжелые или новые побочные эффекты. При необходимости лично направьте клиента в туберкулезную клинику или медицинское учреждение.

Лекарственные взаимодействия

Одновременный прием нескольких действующих веществ, включая нелегальные наркотические вещества и алкоголь, вместе с противотуберкулезными препаратами может вызвать нежелательные эффекты и даже привести к опасным последствиям для здоровья клиента. **Важно, чтобы клиент был предупрежден об опасностях приема противотуберкулезных препаратов совместно с другими веществами и о необходимости немедленно обращаться за медицинской помощью в случае возникновения каких-либо проблем.**

^{xii} См. Приложение II «Побочные эффекты противотуберкулезных препаратов».

Проинформируйте клиента о лекарственных взаимодействиях со следующими веществами:

- АРВ-препараты;
- алкоголь;
- нелегальные наркотические вещества, включая наркотические вещества, используемые для ОЗТ, такие как метадон и бупренорфин;
- прочие препараты.

Сопутствующие заболевания и состояния, а также чрезмерное употребление алкоголя, активное потребление наркотиков и проблемы с психическим здоровьем не являются противопоказаниями к лечению любых заболеваний, а также не должны приводить к отмене какой-либо терапии!

Последствия нерегулярного или прерванного лечения

В дополнение к информации о возможных рисках и важности продолжения лечения клиентов необходимо предупреждать о последствиях нерегулярного лечения.

Проинформируйте клиента о возможных последствиях, таких как:

- развитие ТБ с МЛУ;
- повышение риска инфицирования ТБ для других людей;
- смерть.



Описание случая 4

БОЛГАРИЯ | «Доза Любви»

Тематическая вечеринка, посвященная ТБ

«Тематические вечеринки» использовались ассоциацией «Доза Любви» в Болгарии в течение многих лет среди потребителей наркотиков для повышения информированности и мотивации по различным вопросам, включая ТБ. Мы пришли к идее тематической вечеринки, посвященной ТБ, поскольку мы считали, что это лучший способ вовлечь людей и поощрить их к получению удовольствия – так начиналась вечеринка.

Фактически, информация, распространявшаяся на тематических вечеринках, посвященных ТБ, не сильно отличалась от информации, передаваемой с помощью других образовательных и информационных методов, таких как обучающие курсы, консультации, публикация статей и распространение брошюр... Наиболее важное отличие заключалось в подходе к клиентам и в форме, в которой проходили вечеринки, посвященные ТБ. Основной акцент ставился на привлечение внимания клиента, но также и на уважение его личности, знаний и опыта. Мы считаем, что проводя вечеринки, посвященные ТБ, мы способствовали возникновению положительных эмоций у клиентов,

делали их более внимательными и активными, способствовали сохранению их вовлеченности на более длительный период времени. Для проведения хорошей вечеринки вам необходимо знать, что нравится вашим клиентам, но вы также можете подумать и о вещах, которые нравятся вам самим - какая деятельность вызвала бы в вас желание принять приглашение?

Советы и необходимые шаги для организации «тематической вечеринки, посвященной ТБ»:

Подготовка и требования:

- Определите четкую цель, тему и структуру вечеринки.
- Свяжитесь с целевой группой.
- Выберите место, где клиенты будут чувствовать себя спокойно и в безопасности.
- Большинство тематических вечеринок проходит в центре социальной помощи свободного доступа и/или в помещениях организации. Вы можете проводить такие вечеринки в других местах, однако важно, чтобы клиентам было удобно и они чувствовали, что приходить туда безопасно.
- Объявите о теме и месте проведения мероприятия приблизительно за неделю до его начала. Пригласите клиентов индивидуально - учитывайте индивидуальный стиль и интересы клиентов при подготовке приглашений. При этом приглашения получаются более личными и клиенты чувствуют, что к ним обращаются персонально.
- Вы можете попросить клиентов записаться на посещение мероприятия. При этом они будут чувствовать большее вовлечение и воодушевление, испытывать больший энтузиазм по поводу участия в мероприятии.
- Подготовьте место проведения вечеринки – на этом этапе можно привлечь к этому занятию одного или двух представителей целевой группы. Общая атмосфера должна быть уютной, теплой и расслабляющей. Небольшие детали, такие как украшения, помогут поднять настроение. Хорошей идеей будет предложить угощение на вечеринке – рекомендуем кофе, чай, прохладительные напитки, бутерброды, сладости или другие закуски.

Во время «вечеринки»:

- Лучше всего, если количество участников будет от 6 до 12.
- Вечеринка должна организовываться не более, чем двумя сотрудниками ОО, чтобы клиенты не чувствовали себя в меньшинстве. Член ОО не является лектором, он просто помогает начать общение и следит за тем, чтобы участники придерживались темы и следовали правилам.
- Обсуждения должны оставаться неформальными. Ведущие также должны поощрять участников делиться своими знаниями и личным опытом, связанным с ТБ, а также давать рекомендации о том, как можно более эффективно предотвратить ТБ.
- Вы можете включить в программу какие-либо «интерактивные игры» или найти другие методы повышения сплоченности группы и обеспечения лучшего понимания предоставляемой информации. Хорошим способом повышения информированности и развеивания мифов о ТБ являются игры типа «правда или нет».

Самое важное – чтобы клиенты покидали вечеринку с впечатлением, что они были вовлечены в обсуждение, их мнение было услышано и воспринято с уважением; и с ощущением, что они сами сделали это мероприятие возможным путем своего участия.

Ведение случаев ТБ

Клиенты, у которых было обнаружено заболевание ТБ, должны помещаться на соответствующее лечение в стационар местной туберкулезной клиники. Клиент остается в стационаре до тех пор, пока не будет подтверждено то, что он более не является заразным. После этого клиент направляется на амбулаторное лечение (например, в ОО), где продолжается его лечение при сотрудничестве социальных и медицинских работников.^{xiii}

Важно учитывать, что когда клиент проходит реабилитацию и возвращается в привычное окружение, там он может столкнуться с множеством психологических проблем, которые могут негативно повлиять на соблюдение им режима лечения. Даже если клиент успешно завершил лечение ТБ, существует риск, что этот клиент может умереть от передозировки, если проблема наркозависимости или другие психологические проблемы не были решены.

Это особенно справедливо для ПИН, которые все еще испытывают трудности, связанные с наркозависимостью, и являются особенно уязвимыми к возможности срыва после возвращения в привычную среду. Поэтому наряду с лечением ТБ необходимо предоставление психологической поддержки и ОЗТ.

Ключевым моментом, однако, остается тот же принцип – используйте подход, ориентированный на клиента!

Непосредственно контролируемое лечение (НКЛ)

НКЛ представляет собой подход, рекомендованный ВОЗ для ведения противотуберкулезной терапии, при котором медицинский работник или другое назначенное лицо при поддержке опытного профессионального медика выдает пациенту прописанные лекарственные препараты и следит за тем, чтобы пациент принял каждую дозу, а также предоставляет поддержку в течение долгого и трудного процесса лечения ТБ.

^{xiii} Эта система может различаться в разных странах. Выясните, как лечение ТБ организовано в вашей стране или регионе.

НКЛ означает, что **клиент принимает каждую дозу назначенных ему препаратов в присутствии сотрудника, назначенного для проведения НКЛ**. Хотя это настоятельно рекомендуется, сотрудник, назначенный для проведения НКЛ, не обязательно должен быть социальным или медицинским работником, однако он должен пройти специальное обучение по вопросам проведения НКЛ. В рассматриваемом контексте крайне рекомендуется наличие предыдущего опыта работы с ПИН.

Внимательное отслеживание регулярного приема лекарств и выявление ранних признаков недостаточного соблюдения режима лечения особенно важно среди ПИН, поскольку среди них высока вероятность наличия других медицинских или психологических проблем, которые также требуют внимания для достижения успешного завершения курса лечения. К типичным факторам, позволяющим предсказать риск недостаточного соблюдения режима лечения, относятся психические заболевания, злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами, бездомность и предыдущие случаи несоблюдения режима лечения.³⁶

Программы НКЛ могут дополнительно включать в себя следующие меры:³⁷

- предоставление лечения ТБ в учреждениях, проводящих ОЗТ и/или в помещениях ОО, либо организация ОЗТ в противотуберкулезных клиниках;
- транспортировка клиентов в противотуберкулезные клиники либо возмещение транспортных расходов;
- социальные и психологические консультации;
- предложение средств поощрения и поддержки;
- отслеживание клиентов посредством планирования выписки из стационара;
- обеспечение контакта клиентов со специальными агентствами по поддержке (например, социальными службами или другими организациями);
- поиск жилья для бездомных клиентов и т.д.

Что должен делать сотрудник, назначенный для проведения НКЛ?

Сотрудник системы НКЛ:

- внимательно следит за тем, чтобы каждая доза лекарственных препаратов была принята (при необходимости посещая клиента на дому или отслеживая его местонахождение в случае пропуска им посещений);
- ведет записи о ходе лечения;
- проверяет наличие ранних признаков побочных эффектов;
- лично сопровождает клиентов в учреждения, где он получает лекарственные препараты;

- поддерживает и мотивирует клиентов на соблюдение врачебных предписаний и завершение курса лечения в ходе длительного процесса терапии.

Почему ОО необходимо участвовать в программах НКЛ?

Основной целью НКЛ является сделать амбулаторные услуги по борьбе с ТБ более доступными для ПИН. Во многих случаях для клиента более удобно проходить амбулаторное лечение ТБ в ОО, специализирующихся на работе с ПИН, поскольку такие организации:

- более доступны для ПИН;
- предоставляют другие услуги, необходимые ПИН.

Это исключает необходимость посещать несколько мест в различное время, позволяя ПИН получать лечение ТБ и других заболеваний и состояний в одном учреждении.

Фактически было доказано, что НКЛ обеспечивает повышение показателей соблюдения режима лечения среди ПИН при сочетании с другими вмешательствами, такими как:

- терапия ВИЧ, включая АРТ;
- ОЗТ;
- возможность прохождения обследований или получения медицинской помощи в связи с другими медицинскими состояниями (например, гепатит В и С).⁸

Комплексные услуги, предоставляемые ПИН с диагностированным ТБ в одном и том же учреждении, означают, что у клиента нет необходимости обращаться за потенциально стигматизирующими услугами по лечению ТБ в ином месте.¹⁴

Как ОО может начать участвовать в программах НКЛ?

Поскольку НКЛ является медицинской практикой, которая требует как регулярного предоставления лекарственных препаратов, так и медицинского наблюдения, ОО при попытке внедрения применения НКЛ может столкнуться с законодательными препятствиями.

Однако ОО может сотрудничать с клиниками, осуществляющими лечение ТБ, и интегрировать НКЛ в свою собственную деятельность, что повышает доступность лечения ТБ для уязвимых групп населения. ОО также могут играть важную роль в качестве посредников при предоставлении других услуг, необходимых клиентам в ходе терапии ТБ, поскольку у ОО часто имеется больше опыта работы с ПИН и они лучше понимают специфические потребности своих клиентов и условия их жизни.

ВЫЯСНИТЕ



Первым шагом является поиск ответов на следующие вопросы:

- Как осуществляется НКЛ в вашем регионе?
- Как ваша ОО может сотрудничать с клиниками, осуществляющими лечение ТБ, в плане внедрения НКЛ?
- Какие дополнительные услуги может предложить ваша ОО?



Описание случая 5

ЛАТВИЯ | Медицинская сестра из амбулаторного отделения центра по борьбе с ТБ и легочными заболеваниями при больнице Восточного университета Риги.

Работа в отделении терапии под непосредственным наблюдением для взрослых.

«Я работаю в качестве медицинской сестры в туберкулезном отделении в течение многих лет, и я видела множество различных случаев. Как мы знаем, излечение от ТБ может быть очень долгим и трудным (лечение занимает от 6 до 24 месяцев) в силу, в том числе, необходимости приема больших количеств лекарственных препаратов и того факта, что прием этих препаратов пациентами необходимо контролировать. Для этого и нужен кабинет НКЛ.

Каждый день пациент должен приходить в кабинет НКЛ, где медицинская сестра, имеющая соответствующую квалификацию, выдает ему лекарственные средства. Пациенту не разрешается брать препараты на дом. Он должен принимать лекарства на глазах у медсестры. Пациент должен принять все препараты за один раз. Для облегчения проглатывания пациент может запивать лекарства водой. Медицинский персонал должен убедиться, что пациент принимает лекарства без каких-либо перерывов. Медицинская сестра должна регистрировать каждую принятую дозу в специальном листе регистрации хода терапии, а пациенты должны своей подписью удостоверить, что препараты были приняты в определенный день и время.

Каждый день в кабинет НКЛ приходят около 90 человек. Рабочие часы – с 8.00 до 19.00 ежедневно (за исключением субботы и воскресенья, когда клиника открыта с 9.00 до 14.00). Отделение НКЛ открыто в течение длительного времени, чтобы сделать посещение более удобным для пациентов, проходящих лечение, поскольку они могут выбрать удобное время для приема лекарств.

Строгий контроль за пациентом, который осуществляют сотрудники кабинета НКЛ, дает положительные результаты. В то же время у сотрудников кабинета НКЛ имеются проблемы с пациентами, нарушающими режим лечения на краткое или длительное время. В некоторых случаях пациент не приходит для приема лекарств в течение целой недели. Наиболее часто встречающимися проблемами среди пациентов, страдающих ТБ, являются злоупотребление алкоголем и наркотическая зависимость. Иногда пациент может столько выпить, что он забывает прийти в кабинет НКЛ. К счастью, люди, работающие в отделении НКЛ, немедленно направляются лично к не явившемуся пациенту.

Очень важно знать, как пациент себя чувствует (как физически, так и психологически). Нашей работой является напоминание пациенту о том, как важно приходить в отделение НКЛ и принимать лекарства. Социальная поддержка - это главное преимущество, предлагаемое пациентам, страдающим ТБ. Они получают талоны на еду и деньги для покупки билетов на общественный транспорт; это важно, поскольку иногда люди не приходят в кабинет НКЛ потому, что у них просто нет денег на то, чтобы туда добраться, или на то, чтобы за собой следить. Однако, как я уже говорила, каждый случай отличается от остальных, и мы должны находить индивидуальный подход.

Работая медсестрой в кабинете НКЛ, я выполняю свои обязанности от всего сердца, не только ради улучшения состояния и самочувствия наших пациентов, но и для улучшения состояния нашего общества. Важно видеть улучшения состояния здоровья населения не только в нашей стране, но и по всему миру».



Мотивирование соблюдения режима лечения

Подходящие для конкретного клиента ПИН меры по поддержке соблюдения режима лечения являются важным вопросом для обеспечения достижения наилучшего возможного итога лечения, снижения риска развития устойчивости к противотуберкулезным препаратам и профилактики распространения ТБ среди других людей.^{9, 14, 16}

Отказ от лечения ПИН из-за трудностей с соблюдением режима лечения не обоснован!

При наличии соответствующей поддержки, стабильного ухода и опытного персонала люди, употребляющие наркотики, могут длительно соблюдать режим лечения, достигая клинических результатов, сравнимых с результатами людей, не употребляющих наркотики.²⁴

Управление поощрениями

Участники вознаграждаются за положительное поведение в отношении своего здоровья. Существуют различные формы подобных вмешательств:

- ваучеры – клиенты получают ваучеры с различной денежной ценностью за определенное поведение (например, повторный визит для проведения кожной пробы на ТБ или визит для НКЛ ТБ);
- препараты, способствующие лучшему результату лечения (чаще всего метадон);
- средства поощрения и мотивирования (например, билеты на автобус, электронные устройства, продуктовые пайки).

Средства поощрения представляют собой небольшие вознаграждения, которые стимулируют клиентов приходить на обследование на ТБ, соблюдать режим амбулаторного лечения и правила НКЛ. Средства поощрения могут применяться при различных условиях и через разные интервалы. Например, ваучер или материальное вознаграждение могут еженедельно выдаваться клиенту, получающему НКЛ, если клиент выполнил все запланированные посещения в предыдущие 5/7 дней. Если хотя бы одно посещение было пропущено, клиент не получает ваучер за эту неделю. При этом средства поощрения должны использоваться для мотивации, а не для принуждения клиента.

Средства мотивирования помогают клиенту преодолевать барьеры, препятствующие завершению обследований и лечения ТБ. Например, ОО может предоставлять поддержку в решении вопросов с жильем, транспортом, питанием и другими социальными препятствиями, помогая клиенту преодолевать барьеры и улучшая соблюдение режима лечения.

Было доказано, что использование средств поощрения и мотивирования приводит к успешным результатам.²⁸ Для обеспечения надлежащего использования средств поощрения и мотивирования необходимо провести оценку индивидуальных потребностей и/или риска с целью выявления основных проблем и барьеров, стоящих перед клиентом.³⁷ Семейное положение и пол также могут играть роль в определении того, в каких средствах поощрения и мотивирования клиент нуждается больше всего, а также в выявлении того, какие вопросы требуют первоочередного решения.

Дополнительные подходы к консультированию и мотивации клиентов на более тщательное соблюдение режима лечения включают в себя:

Групповое консультирование и индивидуальное консультирование

Консультирование – это процесс, в ходе которого посредством общения и установления отношений участник может прийти к пониманию того, кто он такой, найти возможности к изменению и принять решение о начале этих изменений. Консультирование мотивируется заботой и заинтересованностью в благополучии клиента. Его целью является стимуляция изменений в поведении и помощь в решении проблем, а также способствование личностному росту и развитию.

Групповое консультирование представляет собой помощь нескольким клиентам одновременно посредством рассмотрения ключевых вопросов, беспокоящих группу, выявления факторов, которые могут улучшить жизнь участников, нахождения путей достижения их целей и рассмотрения альтернативных мнений, а также разработки способов создания общего плана. В ходе групповой терапии создается сообщество, поддерживающее своих членов и помогающее человеку бороться с чувством изоляции и исключенности из жизни, которое часто испытывают люди, употребляющие наркотики. Группа позволяет участникам получать истинную поддержку, честные отзывы и полезные предложения альтернативных вариантов действия от равных. Участникам может быть полезен опыт друг друга, особенно опыт тех, кто достиг более продвинутого этапа в разрешении той же проблемы, поскольку такие люди часто являются вдохновляющим примером. Надежда - это мощное средство, помогающее противостоять рецидивам и улучшать соблюдение режима лечения!

Индивидуальное консультирование дает каждому клиенту персональную возможность рассмотрения проблемных и болезненных вопросов. Оно дает клиенту шанс на полное доверие и конфиденциальность, в случае, если клиент еще не готов работать в групповой среде или просто предпочитает индивидуальный подход к своим проблемам. Индивидуальная терапия

позволяет терапевту сконцентрировать внимание на клиенте и вопросе, который является для него особенно проблемным, не допуская влияния со стороны товарищей по несчастью. Также она упрощает сбор личной информации, которая может помочь усовершенствовать терапию и разработать более подходящие подходы к клиенту для преодоления его трудностей.

Мотивационное консультирование

Мотивационное консультирование (МК) – это специальная методика, направленная на то, чтобы клиент осознал свои проблемы и стал участвовать в их решении. Она широко используется в работе с ПИН, применяется для создания и усиления мотиваций изменения. Этот стиль консультирования предлагает способ для взаимодействия с клиентами, употребляющими наркотики, для разрешения противоречий, не дающих им достигнуть своих целей.

Центральной концепцией МК является выявление, оценка и разрешение противоречий, связанных с изменением поведения. Противоречие означает, что человек испытывает противостоящие друг другу чувства по поводу изменения поведения (например, клиент может осознавать, что бросать употреблять наркотики - это правильно, но в то же время верить в то, что наркотики позволяют ему чувствовать себя хорошо, несмотря на все дополнительные негативные аспекты употребления наркотиков), и это рассматривается как естественная часть процесса изменения. Специалист, практикующий МК, использует различные техники и стратегии, которые находят отклик у клиента, и настраивает их на внутренние конфликты клиента и его готовность к изменениям.

Мотивационное консультирование:

- Ставит целью возникновение внутренних изменений мотивации.
- Предлагает стратегии преодоления трудностей для ситуаций, связанных с высоким риском, обсуждаемых с клиентом.
- Проводит мониторинг и способствует изменениям в поведении.
- Способствует неукоснительному следованию выбранной линии изменений (например, соблюдению режима лечения ТБ).

Поищите возможности организовать специализированное обучение применению МК для персонала.



**БОЛЕЕ ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ О МОТИВАЦИОННОМ
КОНСУЛЬТИРОВАНИИ:**

www.motivationalinterview.org

Когнитивные и поведенческие вмешательства

Когнитивные и поведенческие вмешательства направлены на выявление и коррекцию проблемного поведения путем применения спектра различных навыков, которые могут использоваться для снижения употребления наркотиков, а также для решения ряда других проблем, которые могут сопутствовать друг другу.

Когнитивные и поведенческие вмешательства:

- прогнозирование проблем и увеличение самоконтроля человека путем помощи в разработке стратегий преодоления трудностей.
- рассмотрение положительных и отрицательных последствий поведения человека.
- отслеживание собственного состояния для выявления рисков на ранней стадии и для выявления ситуаций, которые могут представлять риск прекращения лечения ТБ или другой терапии.
- помощь в разработке стратегий для преодоления проблем и избегания ситуаций высокого риска.

Когнитивная и поведенческая терапия

Когнитивная и поведенческая терапия (КПТ) представляет собой тип психотерапии, которая помогает людям изменять образ ощущений, мышления и поведения, являющиеся нездоровыми или непродуктивными. КПТ используется для решения таких проблем как депрессия, проблемы со злостью, наркотическая зависимость, тревога и т.д.

В основе КПТ лежит концепция того, что ощущения и мысли играют фундаментальную роль в поведении человека. Целью является научить пациентов контролировать то, как они интерпретируют и как взаимодействуют с беспокоящими обстоятельствами в их окружающей среде, а также стимулировать их принять тот факт, что они не могут контролировать все аспекты окружающей действительности.

При КПТ клиенты учатся следующим навыкам:

- Отделять мысли и чувства друг от друга.
- Замечать то, как мысли могут отрицательно влиять на их чувства.
- Замечать мысли, которые оказывают автоматическое воздействие на эмоции.
- Критически оценивать, являются ли эти «автоматические» мысли и допущения точными или искаженными.
- Развивать умение независимо замечать, пресекать и корректировать ложные и искаженные мысли.

ВЫЯСНИТЕ



Какие методы и меры используются в вашей стране для мотивирования и укрепления соблюдения режима лечения?

Какое обучение могут пройти сотрудники ОО по методам и средствам мотивирования соблюдения режима лечения и разрешения других психологических проблем клиента?

Советы и стратегии по поддержке соблюдения режима лечения

- Используйте средства для напоминания о режиме лечения (таймеры, контейнеры для таблеток).
- Проводите консультирование по соблюдению режима лечения. (например, поддержка со стороны профессионалов или лиц из числа равных как для ПИН, так и для ключевых лиц в социальном окружении клиента).
- Осуществляйте социальную поддержку и оказывайте социальную помощь – вероятно, что поддерживающие меры, направленные на потребности ПИН, будут оказывать положительное влияние на вопросы, связанные с его здоровьем.^{19, 35} (например, помощь в поиске жилья, пищи и работы, не требующей высокой квалификации).
- Помогайте решать другие проблемы клиентов, так, чтобы вопрос соблюдения режима лечения мог сохранять свою приоритетность (например, обмен шприцев и игл, распространение презервативов, предотвращение передозировок, услуги в сфере охраны репродуктивного здоровья для женщин, доступ к мытью и стирке, распространение одежды и пищи, доступ к компьютерам и т.д., все то, что может мотивировать клиента возвращаться в ОО).
 - Включайте подобные услуги в сферу деятельности своей ОО, либо выступайте в качестве посредника между различными учреждениями, предоставляющими такие услуги, и ПИН.
- Вовлекайте бывших ПИН в различную деятельность по борьбе с ТБ, поощряя их на ведение консультационной работы, либо на выполнение работы по оказанию социальной поддержки по месту жительства в сотрудничестве с ОО. Знания и вклад бывших клиентов могут быть очень полезны, так как они очень часто имеют необходимые познания и опыт, которые могут быть использованы для улучшения доступности и качества услуг по борьбе с ТБ.



ПРИМЕР 3

А., 30-летний мужчина, ранее работал плотником. После того, как он был освобожден из тюрьмы (куда он был заключен за продажу наркотиков), он продолжил употреблять наркотики, влез в долги и потерял все свое имущество, включая квартиру. Ему был поставлен диагноз ВИЧ, ВГ-С и, совсем недавно - ТБ с МЛУ. В больнице, осуществлявшей лечение ТБ, он начал получать метадон и АРТ, однако у него возникло множество побочных эффектов из-за лекарственных взаимодействий, поэтому он не хотел принимать все эти препараты. Теперь он начал получать лечение в амбулаторных условиях, однако медсестры и социальные работники столкнулись с постоянными трудностями, связанными с этим случаем, поскольку социальные условия жизни пациента по-прежнему остаются сложными – у него нет дохода, кроме пособия по нетрудоспособности, нет родственников и места для жизни, за исключением возможности оставаться жить у друзей, большинство из которых по-прежнему употребляют наркотики.

Как в этих обстоятельствах следует вести случай?

Какие меры можно использовать для того, чтобы помочь А. закончить курс лечения ТБ?

* Описание действий, предпринятых в случае, описанном в примере 3, приведено в Приложении V.

Трудности, сопровождающие работу с ПИН

Длительное употребление наркотиков может оказать негативное влияние на психологическое состояние человека, а также на его поведение. Поэтому предоставление НКЛ или других услуг, связанных с борьбой с ТБ, для ПИН, может сопровождаться трудностями, которые связаны с различными психологическими факторами клиента.

Однако это не означает, что ПИН не могут соблюдать режим лечения ТБ и нести ответственность за свое собственное здоровье, а даже за здоровье других. С другой стороны, возможные затруднения, связанные с психологическим состоянием клиентов, подчеркивают важность разработки индивидуального подхода, направленного на стимуляцию интереса клиента к своему здоровью и безопасности окружающих (например, семьи и друзей), к принятию ответственности за личное благополучие.

Распространенные трудности, с которыми сталкиваются люди, работающие с ПИН:⁹

- трудности с длительным поддержанием контакта из-за нестабильного образа и условий жизни;

- личное здоровье часто не является приоритетом;
- рискованное поведение (например, парасуицидальное поведение);
- отсутствие поддержки со стороны семьи или друзей;
- сложная семейная ситуация (например, наличие малолетних детей с партнером, который также является потребителем наркотиков);
- низкая социализация (т.е. трудности взаимодействия с организациями и обществом);
- подозрительность, отсутствие доверия к ОО и другим (не) государственным организациям;
- сопутствующее употребление других веществ, которое может обусловить демотивацию;
- низкая самооценка и самодискриминация;
- психологические проблемы (например, депрессия, тревога, резкие изменения общего состояния), связанные с употреблением наркотиков или синдромом отмены.

Как можно преодолевать эти трудности?

- Нужно знать потребности целевой группы и понимать, что делает услуги ОО привлекательными для ее клиентов (например, нахождение подхода к клиентам за счет дополнительных услуг, таких как обмен шприцев, предоставление пищи, консультирование по юридическим и социальным вопросам, в результате чего происходит установление контакта, позволяющего проводить просвещение по вопросам ТБ).
- Необходимо осознавать границы возможностей ОО в отношении изменения поведения ПИН.
- Пользуйтесь услугами других профессионалов (например, психологов, социальных работников, сотрудников служб социальной поддержки по месту жительства).
- Необходимо предотвращать «выгорание» среди персонала ОО.
- Следует проводить наблюдение за состоянием персонала ОО.
- Привлекайте к работе людей, имеющих личный опыт употребления наркотиков/наркозависимости, и, по возможности, болевших туберкулезом.

Конфиденциальность клиента

Защита частной информации клиента, которую часто называют конфиденциальностью, является важным вопросом во многих различных аспектах контроля ТБ среди ПИН.

Меры по защите конфиденциальности клиента¹⁹

- Никогда не обсуждайте случай клиента с кем-либо без разрешения клиента (включая семью или друзей).

- Не оставляйте бумажные экземпляры форм или протоколов там, где к ним могут получить доступ посторонние лица.
- Используйте только защищенные способы для отправки информации о клиенте.
- Будьте сдержанны во время визитов клиента.
- Беседуйте с клиентом без присутствия посторонних.
- Не обсуждайте случаи клиентов в общественных местах.



Описание случая 6

РУМЫНИЯ

Мотивирование демотивированного клиента

Клиенту ОО, у которого были проблемы с алкогольной зависимостью и депрессией, был поставлен диагноз ТБ с МЛУ. Он был женат и имел двоих детей. ТБ с МЛУ был выявлен после того, как клиента попросили пройти флюорографию при поступлении на новую работу. После постановки диагноза и начала лечения в больнице пациент также начал получать пенсию, которая была выше зарплаты, которую он получал бы, если бы работал.

Однако вскоре он прервал лечение в связи с тем, что он хотел продолжать получать пенсию как можно дольше (поскольку он мог получать ее только во время болезни). Кроме того, его мотивация прохождения лечения была снижена из-за возникновения побочных эффектов. Персонал ОО провел с клиентом консультацию, во время которой рекомендовал продолжить лечение и объяснял возможные последствия, однако это не привело к желаемому результату. Клиент подозревал, что персонал ОО может быть «заодно» с работниками больницы, и считал, что они преувеличивают последствия только для того, чтобы напугать его.

Несколько месяцев спустя один из детей клиента простудился; ребенок пошел к врачу для консультации, ему была проведена рентгеновская флюорография в качестве части плановой проверки, проводимой раз в полгода. Врач объяснил клиенту, что его дети находятся под высоким риском заболевания ТБ; он напугал клиента и заставил его еще раз задуматься о возможных последствиях отсутствия лечения его ТБ с МЛУ.

Сотрудники ОО (т.е. психолог и инструктор из числа бывших клиентов) предоставили клиенту более подробную информацию о ТБ и еще раз подчеркнули важность лечения ТБ; только после этого клиент решил продолжить лечение. Наконец осознав риск, который ТБ представлял для его детей и тех, кого он любил, он изменил свое мнение относительно лечения ТБ. Его основной целью и мотивацией продолжения лечения было предотвращение передачи ТБ своим детям, также он опасался, что если он заразит заболеванием своих детей, службы социальной защиты заберут их у него.

IV Планирование действий и подготовка ОО к деятельности по борьбе с ТБ

Планирование действий в ОО

Приведенный ниже план, состоящий из трех шагов, может использоваться для подготовки ОО к деятельности по борьбе с ТБ: ⁵

ПЛАНИРОВАНИЕ ДЕЙСТВИЙ В ОО	
ШАГ 1	АНАЛИЗ СИТУАЦИИ
	<ul style="list-style-type: none">• Какие типы услуг по борьбе с ТБ доступны в вашем обществе (например, какие лица и группы вовлечены в них, каковы их мотивации, цели и задачи)?• Выявите ключевые заинтересованные стороны в обществе, определите, какие знания у них имеются относительно предоставления услуг по борьбе с ТБ среди ПИН и других уязвимых групп населения. Выясните их позиции и мнения в этой сфере и оцените, как ваша ОО может сделать свой вклад в их деятельность. <p>К ключевым заинтересованным сторонам относятся руководящие органы, представители других проектов и организаций-единомышленников, исследователи, ученые и т.д.</p>
ШАГ 2	ОЦЕНКА ВОЗМОЖНОСТЕЙ ОО
	<ul style="list-style-type: none">• Оцените такие факторы, как имеющееся оборудование, помещения, опыт, услуги, область компетенции в настоящий момент и т.д.
ШАГ 3	РАЗРАБОТКА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПО БОРЬБЕ С ТБ
	<ul style="list-style-type: none">• На основании знаний, полученных в ходе анализа и оценки, разработайте и внедрите специальную программу деятельности по борьбе с ТБ, подходящую для вашей ОО.

Подготовка ОО к осуществлению деятельности по борьбе с ТБ

Для проведения работы с потенциально инфицированными ТБ клиентами важно обеспечить соответствие вашей ОО (например, помещений, оборудования) стандартам безопасного осуществления деятельности по борьбе с ТБ.

Разработка и внедрение программы инфекционного контроля ТБ

Осуществление деятельности по борьбе с ТБ в ОО создает повышенный риск инфицирования ТБ для персонала ОО. План инфекционного контроля ТБ значительно снижает этот риск.

Помните, что безопасное внедрение программы по борьбе с ТБ должно включать в себя все аспекты инфекционного контроля ТБ, в том числе:

- управленческие меры;
- административные меры;
- инженерно-технические меры;
- индивидуальные средства защиты органов дыхания.

Если любые из этих мер, представляющие часть плана инфекционного контроля ТБ, реализованы в недостаточной степени, риск передачи ТБ остается высоким.

Создание сетевого взаимодействия и системы перенаправлений

Если у ОО нет объединенной системы предоставления услуг по борьбе с ТБ, ВИЧ и наркотической зависимостью одновременно, то:

Найдите все организации и варианты услуг, касающиеся вопросов, связанных с ТБ и ПИН, существующие в вашем регионе или стране, такие как:

- Медицинские учреждения – больницы, туберкулезные диспансеры и т.д. – для проведения обследований на ТБ;
- Реабилитационные центры – для борьбы с наркотической зависимостью;
- Другие ОО, действующие в регионе или по всей стране – это может быть полезно, например, если клиент живет в другом регионе или планирует переехать;
- Общественные организации или добровольные объединения лиц, употребляющих наркотики, и ЛЖВ;
- Свяжитесь с выбранными организациями и согласуйте потенциальную совместную деятельность.

Установите систему перенаправлений между организациями, предоставляющими различные виды услуг.

Предусмотрите механизмы мониторинга и фиксации сведений.

- Это обеспечивает как ОО, так и связанной организации, получение информации о перенаправленных лицах, такой как доля случаев подозрения на ТБ, у которых было подтверждено заболевание ТБ, дополнительно предоставленные услуги (например, лечение ВИЧ или реабилитация) и т.д.

Подготовка персонала ОО к осуществлению деятельности по борьбе с ТБ

До начала деятельности по борьбе с ТБ особенно важно хорошо подготовить персонал ОО. Подготовительные действия должны включать в себя:

- учебные сессии;
- внедрение мер безопасности, касающихся всех необходимых факторов, включая психическое и физическое здоровье персонала ОО;
- введение мер психологической поддержки для сотрудников.

Обучение

Критическую важность имеет предоставление персоналу ОО наиболее актуальной информации о ТБ, а также сведений о доступных услугах, новых и доступных методах, а также информации об опыте других организаций. Также важно производить обмен дополнительными знаниями, которые могут быть полезны для улучшения качества предоставляемых услуг и обеспечения наивысшего уровня инфекционного контроля ТБ.

Обучение и подготовка персонала ОО способствует надлежащему соблюдению мер инфекционного контроля ТБ. Также это дает полноценные разъяснения, которые позволяют сотрудникам глубже понимать цели программы по борьбе с ТБ, а также способствуют пониманию того, какой вклад в ее успешную реализацию вносят их индивидуальные действия.

Обучение должно быть проведено до начала реализации программы по борьбе с ТБ и должно проводиться систематически (например, в форме ежегодных учебных сессий или лекций).

Темы, которые должны освещаться при базовом обучении по вопросам ТБ, а также на дополнительном обучении, указаны в Приложении III.

Психическое здоровье и безопасность

Риск развития заболевания ТБ выше среди людей с медицинскими состояниями, которые ослабляют их иммунную систему. Поэтому важно **провести обследование состояния здоровья сотрудников ОО и знать о наличии у них состояний, которые могут повысить их шанс на развитие заболевания ТБ**, если они будут инфицированы.

Факторами риска ТБ являются:

- ВИЧ-инфекция;
- сахарный диабет;
- силикоз;
- тяжелые заболевания почек;
- низкая масса тела;
- трансплантация органов в анамнезе;
- химиотерапия;
- терапия кортикостероидами;
- иммуноподавляющая терапия;
- специализированная биологическая терапия ревматоидного артрита, болезни Крона и других состояний;
- ранее проводившееся лечение ТБ.

В дополнение к внедрению мер инфекционного контроля ТБ в отношении персонала ОО для снижения риска заражения ТБ и/или развития заболевания ТБ должны выполняться следующие действия:

- Ежегодные обследования на ТБ.
- Предоставление необходимого гигиенического снаряжения (например, респираторы, хирургические маски).
- Вакцинация (например, против гепатита А, В).

Психологическая поддержка

К сожалению, слишком мало внимания уделяется мерам психологической поддержки сотрудников ОО, работающих в тесном контакте с ПИН. Осуществление деятельности по борьбе с ТБ и проведение НКЛ может представлять собой сильную психологическую нагрузку, которая может повысить риск «выгорания» среди персонала.

Поэтому **сотрудникам ОО должны быть доступны меры психологической поддержки, такие как супервизия и прочие услуги по поддержке**. Эти меры могут включать:

- психологическое консультирование (индивидуальное или в группах);
- индивидуальную или групповую терапию;
- поддержку со стороны коллег.

Для предотвращения «выгорания» среди персонала ОО необходимо создание благоприятной рабочей среды, которая помогает предотвратить конфликты и другие затруднения, возникающие на рабочем месте. Использование поддерживающей супервизии работников (например, со стороны коллег) может повысить способность персонала ОО противостоять факторам стресса, связанным с работой, а также помочь им разработать более эффективные методы работы и адаптироваться к изменениям.



БОЛЕЕ ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

Mikkonen, M., Kauppinen, J., Huovinen, M., Aalto, E. (eds). **Outreach work among marginalised populations in Europe: guidelines on providing integrated outreach services**. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC, 2007.

Мониторинг и оценка деятельности по борьбе с ТБ в ОО

Мониторинг и оценка деятельности по борьбе с ТБ позволяет ОО отслеживать прогресс и успехи, вносить коррективы и демонстрировать связи между целями, предпринятыми действиями и итогами деятельности по борьбе с ТБ.⁹

Мониторинг

Мониторинг представляет собой процесс рутинного наблюдения и регистрации как предпринятых действий, так и их итогов.

Мониторинг помогает:

- продемонстрировать инновационные и эффективные стратегии;
- выявить затруднения на ранней стадии;
- обеспечить финансовую и политическую поддержку в случае необходимости защиты прав;
- продвигать тематические кампании;
- стимулировать сотрудников поддерживать друг друга путем советов и обмена знаниями.

Сотрудники ОО должны регулярно встречаться (например, еженедельно) для обсуждения:

- случаев, которые были направлены на дальнейшее исследование;
- старых и новых клиентов, у которых возникли вопросы о симптомах ТБ и факторах риска и которые находятся в группе риска развития ТБ;
- прочих сложных с социальной точки зрения случаев;
- сложностей с клиентами, ведения случаев клиентов, вышедших из-под наблюдения;
- других связанных с работой сложностей и успехов.

Оценка

Оценка представляет собой систематическое рассмотрение эффективности и помогает судить о том, какие действия, направленные на борьбу с ТБ, позволили достичь необходимого результата.

Проведение оценки помогает:

- повысить качество деятельности;
- улучшить планирование будущей деятельности;
- показать положительный вклад определенных действий.

Некоторыми показателями, используемыми для мониторинга и оценки деятельности по борьбе с ТБ, являются:

- количество случаев, когда был поставлен диагноз ТБ;
- процент успешно вылеченных клиентов (т.е. излеченных или завершивших лечение);
- процент клиентов, вышедших из-под контроля, но успешно найденных вновь.



БОЛЕЕ ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ:

HIVQUAL Workbook – Guide for Quality Improvement in HIV Care:

<http://nationalqualitycenter.org/index.cfm/5852/13487>

National Quality Centre. Improving HIV Care:

<http://nationalqualitycenter.org/index.cfm/5852>

С САМОГО НАЧАЛА ОБЕСПЕЧЬТЕ...

...внедрение мер инфекционного контроля ТБ и психосоциальной поддержки для обеспечения безопасности персонала, а также других клиентов.

...наличие у сотрудников ОО знаний и навыков, необходимых для работы с клиентами.

...работу надежной системы перенаправлений для обеспечения возможности отправить клиента в медицинское учреждение или реабилитационный центр в случае потребности в дополнительных обследованиях или терапии.

И самое главное - никогда не сдавайтесь!

Ссылки

1. Rieder, H.L., Chiang, C.Y., Gie, R.P., Enarson, D.A. Crofton's Clinical Tuberculosis. Third edition. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Teaching Aids at Low Cost, ed. Oxford: Macmillan Education Ltd, 2009.
2. Rieder, H.L. Epidemiologic basis of tuberculosis control. International Union Against Tuberculosis and Lung Disease, Paris, 1999.
3. 2007 AIDS epidemic update. Geneva: UNAIDS/WHO, 2007. Доступно по ссылке: <http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/EpiUpdate/EpiUpdArchive/2007>.
4. Selwyn, P.A. et al. A prospective study of the risk of tuberculosis among intravenous drug users with human immunodeficiency virus infection. New England Journal of Medicine, 1989, 320:545-550.
5. Mburu, G. and Richardson, D. Community-based TB and HIV integration. Good Practice Guide. International HIV/AIDS Alliance and PATH: Hove, 2013.
6. WHO/IUATLD Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance. Anti-tuberculosis drug resistance in the world. Fourth Global Report. Geneva: WHO, 2008. Доступно по ссылке: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/who_htm_tb_2008.394_eng.pdf.
7. WHO. Policy guidelines for collaborative TB and HIV services for injecting and other drug users: an integrated approach. Geneva: WHO, 2008. WHO/HTM/TB/2008.404.
8. WHO. 4 Management of tuberculosis and HIV coinfection: Clinical Protocol for the WHO European Region (2013 revision). Copenhagen: WHO, 2013. Доступно по ссылке: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/218515/Management-of-tuberculosis-and-HIV-coinfection-Eng.pdf.
9. Turusbekova, N., Kharchenko, M., Bikmukhametov, D. Training manual: Developing tuberculosis treatment services for people who use drugs. Eurasian Harm Reduction Network, 2012. Доступно по ссылке: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/183981/Training-module-on-TB-prevention.pdf.
10. Geathun, H. et al. HIV infection-associated tuberculosis: the epidemiology and the response. Clinical Infectious Diseases, 2010, 50(Suppl. 3):S201-S207.
11. Mathers, B.M. et al. Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review. Lancet, 2008, 372:1733-1745.
12. Aceijas, C., Rhodes, T. Global estimates of prevalence of HCV infection among injecting drug users. International Journal of Drug Policy, 2007, 18:352-258.
13. Getahun, H. et al. Tuberculosis and HIV in people who inject drugs: evidence for action for tuberculosis, HIV, prison and harm reduction services. Curr Opin HIV AIDS, 2012, 7(4):345-53.
14. Grenfell, P., Leiteb, R. B., Garfeinc, R., de Lussignyb, S., Plattaa, L., Rhodessa, T. Tuberculosis, injecting drug use and integrated HIV-TB care: A review of the literature. Drug and Alcohol Dependence, 2013, 129, 180-209.
15. Getahun, H., Baddeley, A., Raviglione, M. Managing tuberculosis in people who use and inject illicit drugs. Bull World Health Organ, 2013, 91:154-156.
16. WHO. WHO policy on collaborative TB/HIV activities: guidelines for national programmes and other stakeholders. Geneva: WHO, 2012. Доступно по ссылке: http://whqlibdoc.who.int/publications/2012/9789241503006_eng.pdf.
17. WHO. Three I's Meeting: Intensified case finding (ICF), Isoniazid preventive therapy 3. (IPT) and TB Infection control (IC) for people living with HIV. Geneva: WHO, 2008. Доступно по ссылке: http://www.who.int/hiv/pub/tb/3is_mreport/en/.
18. WHO. Guidelines for intensified tuberculosis case-finding and isoniazid preventive therapy for people living with HIV in resource-constrained settings. WHO Guidelines. Geneva: WHO, 2011. Доступно по ссылке: <http://www.who.int/hiv/pub/tb/9789241500708/en/>.
19. TUBIDU. Guidance for tuberculosis prevention among injecting drug users for community based organizations. Tallinn: National Institute for Health Development, 2014.
20. Mikkonen, M., Kauppinen, J., Huovinen, M., Aalto, E. (eds). Outreach work among marginalised populations in Europe: guidelines on providing integrated outreach services. Amsterdam: Foundation Regenboog AMOC, 2007.

21. WHO. Frequently asked questions: XDR-TB. 2012. Доступно по ссылке: http://www.who.int/tb/challenges/xdr/FrequentlyaskedquestionsXDRTB_2012.pdf.
22. CORE Group TB Working Group. Community-Based Tuberculosis: Prevention and Care: Why – and How – to Get Involved. An International Handbook for Nongovernmental Organizations and Civil Society Organizations. Washington, D.C.: CORE Group, 2013.
23. CDC. Core Curriculum on Tuberculosis: What the Clinician Should Know. Sixth edition. Chapter 7. 2013.
24. WHO Regional Office for Europe. 2013 revision - Protocol 4. Management of tuberculosis and HIV coinfection. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2013. Доступно по ссылке: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0004/218515/Management-of-tuberculosis-and-HIV-coinfection-Eng.pdf.
25. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Outreach Work Among Drug Users in Europe: Concepts, Practice and Terminology. Lisbon: EMCDDA, 1999. Доступно по ссылке: http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_93520_EN_Insight2.pdf.
26. WHO Regional Office for Europe. Best practices in prevention, control and care for drug-resistant tuberculosis. Copenhagen: WHO, 2013. Доступно по ссылке: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/216650/Best-practices-in-prevention,control-and-care-for-drugresistant-tuberculosis-Eng.pdf.
27. WHO Regional Office for Europe. Roadmap to prevent and combat drug-resistant tuberculosis. The Consolidated Action Plan to prevent, control and care for multidrug- and extensively drug-resistant tuberculosis in the WHO European Region, 2011–2015. Copenhagen: WHO, 2011. Доступно по ссылке: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0014/152015/e95786.pdf.
28. Defulio, A., Silverman, K. (2012). The use of incentives to reinforce medication adherence. Preventive Medicine, 55: 86–94.
29. WHO, Centres for Disease Control and Prevention (CDC). Tuberculosis infection control in the era of expanding HIV care and treatment: addendum to WHO Guidelines for the Prevention of Tuberculosis in Health Care Facilities in Resource-Limited Settings, 1999. Atlanta: CDC, 2007. Доступно по ссылке: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_TB_99.269_ADD_eng.pdf.
30. Hahné, S. J. M., Veldhuijzen, I. K., Wiessing, L., Lim Tekang, Salminen, M., Laar, M. Infection with hepatitis B and C virus in Europe: a systematic review of prevalence and cost-effectiveness of screening. BMC infectious diseases, 2013, 13: 181–197.
31. WHO. WHO policy on TB infection control in health care facilities, congregate settings and households. Geneva: WHO, 2009. Доступно по ссылке: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598323_eng.pdf.
32. Marsh, A., Dale, A., Willis, L. A Counsellor's Guide to Working with Alcohol and Drug Users. 2nd edition. Perth, W.A.: Drug and Alcohol Office, 2007. Доступно по ссылке: http://www.dao.health.wa.gov.au/DesktopModules/Bring2mind/DMX/Download.aspx?Command=Core_Download&EntryId=172&PortalId=0&TabId=211.
33. WHO. Community involvement in tuberculosis care and prevention: towards partnerships for health: guiding principles and recommendations based on a WHO review. 2008. WHO/HTM/TB/2008.397.
34. WHO. Guidelines for the Prevention of Tuberculosis in Health Care Facilities in Resource-Limited Settings. Geneva: WHO, 1999. Доступно по ссылке: http://www.who.int/tb/publications/who_tb_99_269.pdf?ua=1.
35. European Centre for Disease Prevention and Control and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs. Stockholm: ECDC, 2011.
36. Farmer, T. Tuberculosis Directly Observed Therapy: A Review of the Literature. Toronto Public Health. November 2005.
37. Story, A., Cocksedge, M. Tuberculosis case management and cohort review: guidance for health professionals. London: Royal College of Nursing, 2012. Доступно по ссылке: https://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0010/439129/004204.pdf.

Приложения

Приложение I

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ СКРИНИНГА НА ТБ СРЕДИ КЛИЕНТОВ

1. Как спрашивать?

Прежде чем начать опрашивать клиента, убедитесь, что вы приняли все необходимые меры по снижению риска распространения ТБ.

Небольшой список для контроля необходимых действий:

- Открыть окно; включить вентиляцию, НЕРА или СБУО.
- При невозможности использования мер предосторожности, перечисленных выше, проведите опрос клиента на открытом воздухе.
- Проинформируйте клиента об этикете кашля для снижения риска передачи ТБ. В случае наличия явных симптомов ТБ, попросите клиента закрыть нос и рот хирургической маской или одноразовым платком. При необходимости наденьте респиратор.
- Во время опроса сохраняйте благожелательный, сопереживающий и сочувственный настрой. Помните, что клиент может быть чувствителен к некоторым вопросам, как относящимся непосредственно к ТБ, так и к положению клиента в обществе; поэтому постарайтесь избегать атмосферы, напоминающей допрос. Слушайте клиента внимательно и с уважением.

2. Что спрашивать?

Симптомы ТБ

Были ли у вас какие-либо из следующих симптомов:

1. Не проходящий кашель (3 недели или более)?

Да Нет

2. Кровохарканье или наличие сгустков крови в мокроте

Да Нет

3. Жар, непривычная усталость или ночная потливость (3 недели или более)?

Да Нет

4. Необъяснимая потеря массы тела (за последние 2 месяца)?

Да Нет

Если да, опишите симптом:

Если любой из этих симптомов имеет место, убедитесь, что клиент будет направлен в медицинское учреждение для дальнейшей диагностики и лечения.

Факторы риска ТБ

1. Были ли у вас диагностированы какие-либо медицинские состояния, которые ослабляют вашу иммунную систему? (например, ВИЧ, гепатит В или С или другие состояния, которые могут повысить риск прогресса инфекции ТБ до заболевания ТБ)

Да Нет

Если да, каков был диагноз?

Если да, как давно был поставлен диагноз?

Если да, проходили ли вы лечение, либо проходите ли вы лечение в настоящий момент?

2. Говорили ли вам когда-нибудь, что у вас заболевание ТБ?

Да Нет

Если да, как давно?

3. Проходили ли вы когда-нибудь медикаментозное лечение инфекции или заболевания ТБ?

Да Нет

Если да, как давно?

Если да, завершили ли вы курс лечения? Было ли достигнуто выздоровление?

4. Были ли вы заключенным, клиентом либо работником исправительных учреждений, лечебных учреждений для хронических больных, приютов для бездомных или других мест скопления большого количества людей, входящих в группу высокого риска?

Да Нет

5. Жили ли вы когда-либо совместно, либо входили в тесный контакт с кем-то, страдающим активным заболеванием ТБ (например, член семьи, друг, сотрудник, сосед по комнате в приюте, родственник).

Да Нет

6. Где вы родились?¹⁸

7. Совершали ли вы частые или продолжительные визиты в другие страны?

Да Нет

В какую страну?

3. Что делать?

Необходимо помнить, что каждый индивидуальный фактор риска повышает шанс наличия заболевания ТБ!

Чем быстрее будет диагностирован ТБ, тем лучше прогноз итогов лечения.

При подозрении у клиента активного заболевания ТБ:

1. Проинформируйте клиента о необходимых следующих шагах (например, о необходимости дальнейшего обследования) и о важности сотрудничества.
2. Направьте клиента в медицинское учреждение для прохождения дальнейшего обследования и лечения. Если возможно, обеспечьте его сопровождение и поддержку по пути к медицинскому учреждению.
3. Для раннего выявления, диагностики и лечения новых случаев определите потенциальные группы людей и зоны, которые, вероятно, подвергались воздействию ТБ.

Необходимо использовать информацию о социальном положении и факторах риска клиента, полученную с помощью опросника, для разработки подходящих для данного клиента мер по поддержке соблюдения режима лечения, чтобы обеспечить успешное завершение курса лечения ТБ.

Страны с высокой заболеваемостью ТБ: Афганистан, Алжир, Ангола, Ангилья, Аргентина, Армения, Азербайджан, Бахрейн, Бангладеш, Беларусь, Белиз, Бенин, Бутан, Боливия (Многонациональное Государство Боливия), Босния и Герцеговина, Ботсвана, Бразилия, Бруней-Даруссалам, Болгария, Буркина-Фасо, Бурунди, Камбоджа, Камерун, Кабо-Верде, Центральная Африканская Республика, Чад, Китай, Китай (Специальный Административный Район Гонконг), Китай (Специальный Административный Район Макао), Колумбия, Коморские Острова, Конго, Острова Кука, Кот д'Ивуар, Хорватия, Корейская Народно-Демократическая Республика, Демократическая Республика Конго, Джибути, Доминиканская Республика, Эквадор, Эль Сальвадор, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эстония, Эфиопия, Французская Полинезия, Габон, Гамбия, Грузия, Гана, Гуам, Гватемала, Гвинея, Гвинея-Бисау, Гайана, Гаити, Гондурас, Индия, Индонезия, Ирак, Япония, Казахстан, Кения, Кирибати, Кувейт, Киргизстан, Лаосская Народно-Демократическая Республика, Латвия, Лесото, Либерия, Ливийская Арабская Джимахирия, Литва, Мадагаскар, Малави, Малайзия, Мальдивы, Мали, Маршалловы Острова, Мавритания, Маврикий, Микронезия (Федеративные Штаты Микронезии), Монголия, Черногория, Марокко, Мозамбик, Мьянма, Намибия, Непал, Новая Каледония, Никарагуа, Нигер, Нигерия, Северные Марианские острова, Пакистан, Палау, Панама, Папуа-Новая Гвинея, Парагвай, Перу, Филиппины, Польша, Португалия, Катар, Республика Корея, Республика Молдова, Румыния, Российская Федерация, Руанда, Сент-Винсент и Гренадины, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Сербия, Сейшельские Острова, Сьерра-Леоне, Сингапур, Соломоновы Острова, Сомали, Южно-Африканская Республика, Шри-Ланка, Судан, Суринам, Свазиленд, Сирийская Арабская Республика, Таджикистан, Таиланд, Бывшая югославская Республика Македония, Восточный Тимор, Того, Тонга, Тринидад и Тобаго, Тунис, Турция, Туркменистан, Тувалу, Уганда, Украина, Объединенная Республика Танзания, Уругвай, Узбекистан, Вануату, Венесуэла (Боливарианская Республика Венесуэла), Вьетнам, Йемен, Замбия, Зимбабве.

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ

Если вам необходимо провести обзор социальных факторов клиента, вы можете использовать следующий опросник.

1. Место жительства в настоящее время
 - a. Собственное жилье (квартира, дом и т.д.)
 - b. Съемное жилье, социальное или муниципальное жилье
 - c. Приют
 - d. Отсутствие постоянного места проживания
2. Социальный статус в настоящее время
 - a. Работающий или на пенсии
 - b. Студент / стоит на учете как нетрудоспособный
 - c. Безработный с предыдущим опытом работы
 - d. В процессе поиска работы (включая неофициальную или разовую работу)
 - e. Безработный без предыдущего опыта работы
3. Источники дохода в настоящий момент
 - a. Пенсия (частная или государственная)
 - b. Пособие по безработице
 - c. Финансирование со стороны супруга/партнера
 - d. Финансовая поддержка со стороны других членов семьи
 - e. Социальная помощь
 - f. Случайные подработки
 - g. Нелегальная деятельность
4. Уровень дохода
 - a. Достаточный
 - b. Недостаточный
 - c. Нет дохода
 - d. Недостаточный доход + долги
5. Социальные контакты
 - a. Семья (дети, родители, официальный или гражданский брак)
 - b. Родственники
 - c. Друзья, знакомые
 - d. Отсутствуют социальные или личные контакты
6. Употребление веществ
 - a. Нет
 - b. Курение
 - c. Злоупотребление алкоголем
 - d. Употребление наркотиков
 - e. Множественная зависимость (например, наркотики + алкоголь + психотропные препараты)

7. Способность к повседневной деятельности

- a. Может осуществлять повседневную деятельность самостоятельно
- b. Может осуществлять повседневную деятельность с помощью других
- c. Совсем не может

Приложение II

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ ПРЕПАРАТОВ

1. Распространенные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов первого ряда

Препарат	Побочный эффект	Меры по устранению
Рифампицин	Отсутствие аппетита, тошнота, боль в животе	Предложите есть малыми порциями, особенно перед сном
	Петехия*	Немедленно обратиться к врачу
	Оранжевая/красная моча	Успокойте пациента — это ожидаемый эффект данного препарата
Пиразинамид	Боль в суставах	Обратиться к врачу
	Отсутствие аппетита, тошнота, боль в животе	Предложите есть малыми порциями, особенно перед сном
	Сыпь	Обратиться к врачу
Изониазид	Жжение/покалывание в руках/ногах	Обратиться к врачу
	Отсутствие аппетита, тошнота, боль в животе	Предложите есть малыми порциями, особенно перед сном
	Сыпь	Обратиться к врачу
Этамбутол	Проблемы с глазами	Немедленно обратиться к врачу
Стрептомицин	Ухудшение слуха	Немедленно обратиться к врачу
	Головокружение (вертиго, нарушения равновесия, потеря равновесия)	Немедленно обратиться к врачу
	Зуд, кожная сыпь	Обратиться к врачу

* Петехия: появление плоских круглых красных пятнышек под поверхностью кожи, похожих на следы от булавочных уколов, вызванное интрадермальными гемморагиями (кровоизлияниями в коже).

2. Распространенные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов второго ряда

Препарат	Побочный эффект	Меры по устранению
Циклосерин	Судороги	Немедленно обратиться к врачу
	Психотические реакции: депрессия, тревога, изменения личности, психоз	Немедленно обратиться к врачу
	Отсутствие аппетита, тошнота, боль в животе	Предложите есть малыми порциями, особенно перед сном
	Головная боль	Обратиться к врачу
	Головокружение (вертиго, нарушения равновесия или потеря равновесия)	Немедленно обратиться к врачу
	Сыпь, зуд	Обратиться к врачу
	Покалывание или жжение в руках и ногах	Обратиться к врачу
Этионамид Протионамид	Тошнота, рвота	Предложите есть малыми порциями, особенно перед сном
	Пожелтение кожи или глаз, потемневшая моча	Немедленно обратиться к врачу
	Онемение, покалывание, боль в руках и ногах	Обратиться к врачу
	Изменения личности: депрессия, спутанность мышления или агрессия	Обратиться к врачу
	Головокружения	Обратиться к врачу
	Проблемы с глазами: боль в глазах, размытое зрение, цветовая слепота, ухудшение зрения	Немедленно обратиться к врачу

Фторхинолоны: Ципро- флоксацин Лево- флоксацин Мокси- флоксацин Офлоксацин	Отсутствие аппетита, тошнота, боль в животе	Предложите есть малыми пор- циями, особенно перед сном
	Опухание или натяжение сухожилий или мышц, боль в суставах	Обратиться к врачу
	Пожелтение кожи или глаз, потемневшая моча	Немедленно обратиться к врачу
	Диарея	Обратиться к врачу
	Тревога, спутанность сознания или головокружение	Немедленно обратиться к врачу
	Сыпь, крапивница	Обратиться к врачу
Инъекционные препараты второго ряда: Амикацин Канамицин Капреомицин	Потеря слуха, звон в ушах	Немедленно обратиться к врачу
	Головокружение (вертиго, нарушения равновесия или потеря равновесия)	Немедленно обратиться к врачу
	Зуд, кожная сыпь	Обратиться к врачу
	Выделение малого количества мочи	Немедленно обратиться к врачу
	Дрожание или слабость мышц	Немедленно обратиться к врачу
Рамино- салициловая кислота	Боль в животе, тошнота или рвота	Предложите есть малыми пор- циями, особенно перед сном
	Черный стул	Немедленно обратиться к врачу
	Необычная усталость или потеря аппетита	Обратиться к врачу
	Кожная сыпь, сильный зуд, крапивница	Обратиться к врачу

ПРЕДЛАГАЕМЫЕ ТЕМЫ ОБУЧЕНИЯ ПЕРСОНАЛА ОО

1. Базовое обучение по вопросам ТБ

для персонала ОО должно включать в себя следующие темы:

- Местная эпидемиология ТБ с особым выделением групп риска и труднодоступных групп.
- Причины ТБ, пути распространения, признаки и симптомы ТБ.
- Смешанная инфекция ТБ/ВИЧ.
- Распространенные инфекционные заболевания.
- Преимущества ранней диагностики и лечения (с особым выделением того факта, что ТБ поддается лечению и излечим, и того, что лечение является бесплатным для всех).
- Принципы профилактики и лечения ТБ:
 - ранняя диагностика и активный поиск случаев;
 - способы поддерживающей терапии (включая социальную и психологическую поддержку в ходе лечения и важность соблюдения режима лечения и правил НКЛ);
 - исследования контактов после постановки диагноза в случае активного заболевания.
- Социальные и культурные барьеры, препятствующие доступу к медицинскому обслуживанию (например, страх общественного порицания и отношения персонала).
- Местные пути перенаправления
 - кого перенаправлять, когда и как;
 - местоположение и часы работы организаций, осуществляющих тестирование на ТБ;
 - местоположение и часы работы других организаций, предоставляющих услуги ПИН (например, реабилитационных центров).
- Документация, предоставление отчетов и оценка проведенных действий.
- Значимость привлечения к сотрудничеству сторонних профессионалов и помощников из числа бывших клиентов
 - повышение информированности клиентов;
 - выявление случаев;
 - помощь клиентам в завершении лечения.
- Понимание и исправление заблуждений, которые приводят к страхам по поводу ТБ, включая вопросы, касающиеся условий проживания людей с этим состоянием.

- Темы, отражающие специфичность работы с ПИН.
- Инфекционный контроль ТБ в помещениях ОО.

Настоятельно рекомендуется прохождение базового обучения всеми сотрудниками ОО при поступлении на работу, с последующим повторением обучения каждые два года.

2. Дополнительное обучение для персонала ОО

должно проводиться перед началом лечения или предоставления услуг по поддержке лечения (т.е. психологической поддержки, отслеживания соблюдения режима лечения) и включать в себя следующие вопросы:

- Изменение мотивации поведения (мотивационное консультирование):
 - методы когнитивной и поведенческой терапии для изменения мотивации поведения;
 - ранние вмешательства;
 - управление поощрениями.
- Основы ведения случаев.
- Практическое проведение НКЛ.
- Социальная поддержка по месту жительства.
- Распространенные побочные эффекты противотуберкулезных препаратов.
- Потенциальные взаимодействия противотуберкулезных препаратов с другими препаратами в случае одновременного лечения других состояний (например, ОЗТ, особенно метадон, и лечение ВИЧ).
- Конфиденциальность клиента.
- Как бороться с негативным отношением, связанным с ТБ, среди клиентов и в обществе.

Приложение IV

ТУБЕРКУЛЕЗ: МИФЫ И ФАКТЫ

Миф: ТБ передается по наследству.

Факт: ТБ не передается по наследству. Это заболевание, которое передается от одного человека к другому по воздуху. Оно распространяется, когда человек с туберкулезом легких или гортани, не получающий лечения, кашляет, чихает или разговаривает, посылая микробов в воздух.

Миф: ТБ вызывает рак легких.

Факт: Заболевания легких, которые могут вызвать рубцевание легочной ткани, такие как ТБ, могут повысить риск развития рака легких. Существует множество причин рака легких, причиной номер один является курение. Известно, что радон, асбест, загрязнения воздуха и многие другие вещества и химикаты вызывают рак легких.

Миф: Курение вызывает туберкулез.

Факт: Причиной инфекции ТБ является бактерия *Mycobacterium tuberculosis*. Курение может отягчать развитие ТБ.

Миф: ТБ бывает только у людей из низших социально-экономических групп.

Факт: В реальности туберкулез ломает все социально-экономические барьеры и может поражать любого, независимо от социально-экономического статуса и условий жизни.

Миф: Вакцинация бациллой Кальметта-Герена (БЦЖ) защищает человека от развития ТБ.

Факт: Хотя вакцина предотвращает тяжелые формы ТБ в детстве, она не защищает взрослых от заболевания туберкулезом.

Миф: ТБ поражает только легкие.

Факт: ТБ в основном поражает легкие (в 70-80% случаев), однако могут быть поражены и другие части организма, включая лимфатические узлы, кости, суставы, мочеполовую систему, сердце (перикард), мозг, желудочно-кишечный тракт и кожу; фактически, заболевание может поразить почти все части тела, за исключением ногтей и волос.

Миф: Заболевание ТБ и инфекция ТБ - это одно и то же.

Факт: Нет. Человек с инфекцией ТБ незаразен, поскольку возбудитель находится в неактивной или латентной форме. Такой человек не знает, что он заражен, поскольку у него отсутствуют какие-либо признаки

или симптомы. Заболевание ТБ проявляется гораздо яснее. Развитие заболевания ТБ означает, что в организме человека активно действует возбудитель; это приводит к тому, что у человека могут возникать признаки и симптомы ТБ, и он может быть заразным.

Миф: У человека, инфицированного *Mycobacterium tuberculosis*, обязательно разовьется заболевание ТБ.

Факт: Инфекция ТБ не всегда развивается в заболевание ТБ. По имеющимся оценкам, только приблизительно у 10 % инфицированных людей развивается ТБ когда-либо на протяжении их жизни. Некоторые другие физические состояния или заболевания могут повысить вероятность развития заболевания ТБ.

Миф: Положительный результат кожной пробы на ТБ означает, что у человека имеется ТБ.

Факт: Положительный результат кожной пробы на ТБ подтверждает, что вы подверглись воздействию возбудителя ТБ и инфицированы, однако не обязательно означает, что у вас имеется это заболевание.

Миф: Если у меня нет симптомов ТБ, у меня нет ТБ.

Факт: У лиц, больных ТБ, могут иметься все, некоторые или никакие из следующих симптомов: не проходящий кашель; постоянное ощущение усталости; потеря массы тела; потеря аппетита; жар; кровохарканье; ночная потливость. Эти симптомы также могут возникать при других заболеваниях, поэтому важно обратиться к врачу, который сможет определить, больны ли вы туберкулезом. Также важно помнить, что человек, больной туберкулезом, может чувствовать себя совершенно здоровым и кашлять только время от времени.

Миф: Бесплатное обследование на ТБ и лечение ТБ доступно только при наличии медицинской страховки.

Факт: В Болгарии, Финляндии, Эстонии, Латвии, Литве и Румынии обследование на ТБ и лечение ТБ бесплатно для всех пациентов, независимо от наличия медицинской страховки.

Миф: Люди, больные ТБ, должны быть помещены в больницу.

Факт: Лечение в больнице, как правило, необходимо во время интенсивной фазы, когда пациенты являются заразными. После этого большинство пациентов могут проходить лечение амбулаторно.

Миф: ТБ может быть неизлечимым.

Факт: Если пациент прошел полный курс лечения, восприимчивый к лекарствам ТБ полностью излечим.

Приложение V

ПРИМЕРЫ СЛУЧАЕВ И ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЕВ

ПРИМЕР 1

Молодая женщина С. пришла в ОО в первый раз и настаивала на немедленном проведении быстрого теста на ВИЧ. Она была бледной, худой и выглядела очень нервной. Кроме того, она сказала, что в последнее время она чувствовала себя больной; поскольку ее партнер был активным потребителем наркотиков и был инфицирован ВИЧ, она считала, что она тоже может быть заражена этим вирусом. Однако она отказалась идти в больницу или медицинский центр, поскольку опасалась врачей и, особенно, полиции. Во время проведения теста на ВИЧ у нее произошло несколько приступов кашля, дыхание было тяжелым.

Опишите шаги, которые вы должны предпринять, когда такой клиент приходит в вашу ОО.

ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРИМЕРА 1

- Убедитесь, что помещения, в которых происходит общение с С. (например, кабинет для проведения тестирования на ВИЧ), надлежащим образом вентилируются для снижения риска возможной передачи ТБ.
- Создайте нейтральную атмосферу и проведите предварительное консультирование о прохождении обследования на ТБ. Говорите спокойно, изложите основную информацию о ТБ, о различиях между ВИЧ и ТБ и о необходимости прохождения обследования на ТБ. Если отдельный опрос невозможен, попытайтесь расспросить клиентку о симптомах ТБ и факторах риска ТБ в ходе разговора.
- Попытайтесь поддерживать у клиентки спокойное состояние. Объясните, что никто здесь ей не угрожает и что ее конфиденциальность будет обеспечена.
- При необходимости постарайтесь уговорить клиентку пойти в туберкулезную клинику для дальнейшего обследования. Если возможно, сопроводите ее в клинику или попытайтесь найти альтернативные пути провести обследование в безопасной обстановке.
- При необходимости проконсультируйтесь с другими сотрудниками ОО или профессионалами для получения советов и идей.

ПРИМЕР 2

П., 56 лет, долгое время был клиентом ОО. Ему был поставлен диагноз ТБ около года назад, он был направлен на стационарное лечение в местную клинику, осуществляющую лечение ТБ. После того, как он был признан незаразным, он начал получать НКЛ в амбулаторных условиях. Сотрудник ОО был назначен для осуществления НКЛ. По проведенным оценкам, до конца терапии оставалось около 6 месяцев.

Хотя первоначально клиент регулярно посещал ОО для получения лекарственных препаратов, со временем его посещения стали менее аккуратными. На настоящий момент он не показывался в течение двух дней. Его телефон отключен, когда сотрудник, назначенный для проведения НКЛ, отправился по данному клиентом адресу, он выяснил, что П. никогда не жил по этому адресу и указал ложную информацию.

Что еще можно сделать, чтобы найти П.?

Как можно было предотвратить эту ситуацию или облегчить процесс поиска П.?

В случае, если П. будет найден, что следует делать дальше?

Каковы возможные последствия в случае, когда клиент не хочет, чтобы его искали, или не хочет быть найденным?

ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРИМЕРА 2

- Свяжитесь с людьми, входящими в круг социальных контактов П. (например, семья, друзья, соседи, знакомые). Расспросите их о местах, в которых П. может быть найден.
- Посетите места, где может находиться клиент. Свяжитесь с людьми, входящими в круг социальных контактов клиента (например, семья, друзья, коллеги). Если возможно, проведите вместе с партнером работу по месту жительства П., чтобы найти его.
- Во всех случаях конфиденциальность клиента должна быть защищена.
- Поэтому соблюдайте сдержанность в отношении информации о ТБ клиента, поскольку не все члены его круга общения могут быть проинформированы о его заболевании.
- Поищите другие законные возможности получения информации, связанной с клиентом, и, если возможно (учитывая требования законодательства), активно ищите информацию о любых лицах, упоминавшихся П. В этом случае может быть очень полезным сотрудничество с ГПТБ и полицией.
- При необходимости проконсультируйтесь с другими сотрудниками ОО или профессионалами для получения советов и идей.

Если П. найден:

- Поговорите с П. и, если возможно, с его близкими о причинах прерывания терапии.
- Попытайтесь выявить причины проблем П. и найти способы их решения. Проведите с П. работу для выявления и решения других его проблем так, чтобы вопрос соблюдения режима лечения мог сохранять свою приоритетность.
- Напомните П. об опасности прерывания терапии и об угрозе, которую он представляет для своих друзей, родственников и любимых людей. Также скажите ему о том, сколько осталось до конца терапии, и как важно не останавливаться, даже если физические симптомы ТБ исчезли или если терапия трудно переносится из-за побочных эффектов.
- Поговорите с П. о том, что можно сделать, чтобы предотвратить повторение подобной ситуации в будущем.
- Попытайтесь получить более ясное представление о круге социальных контактов П. Попросите П. дать контакты других людей, которые могут предоставить информацию о его местонахождении, когда он не появляется для прохождения лечения.

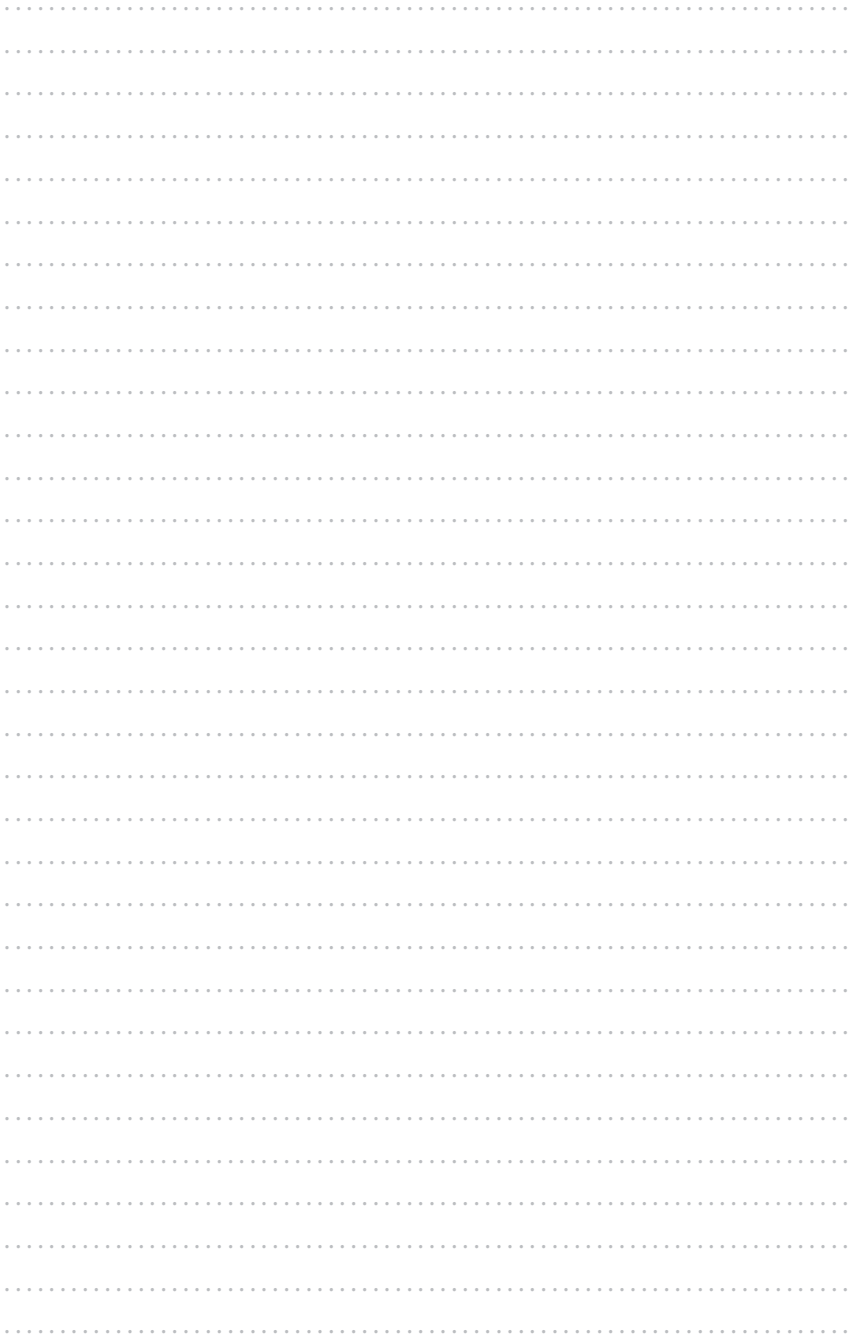
ПРИМЕР 3

А., 30-летний мужчина, ранее работал плотником. После того, как он был освобожден из тюрьмы (куда он был заключен за продажу наркотиков), он продолжил употреблять наркотики, влез в долги и потерял все свое имущество, включая квартиру. Ему был поставлен диагноз ВИЧ, гепатит С и совсем недавно – ТБ с МЛУ. В больнице, осуществлявшей лечение ТБ, он начал получать метадон и АРТ, однако у него возникло множество побочных эффектов из-за лекарственных взаимодействий, поэтому он не хотел принимать все эти препараты. Теперь он начал получать лечение в амбулаторных условиях, однако медсестры и социальные работники столкнулись с постоянными трудностями, связанными с этим случаем, поскольку социальные условия жизни пациента по-прежнему остаются сложными – у него нет дохода, кроме пособия по нетрудоспособности, нет родственников и места для жизни, за исключением возможности оставаться жить у друзей, большинство из которых по-прежнему употребляют наркотики.

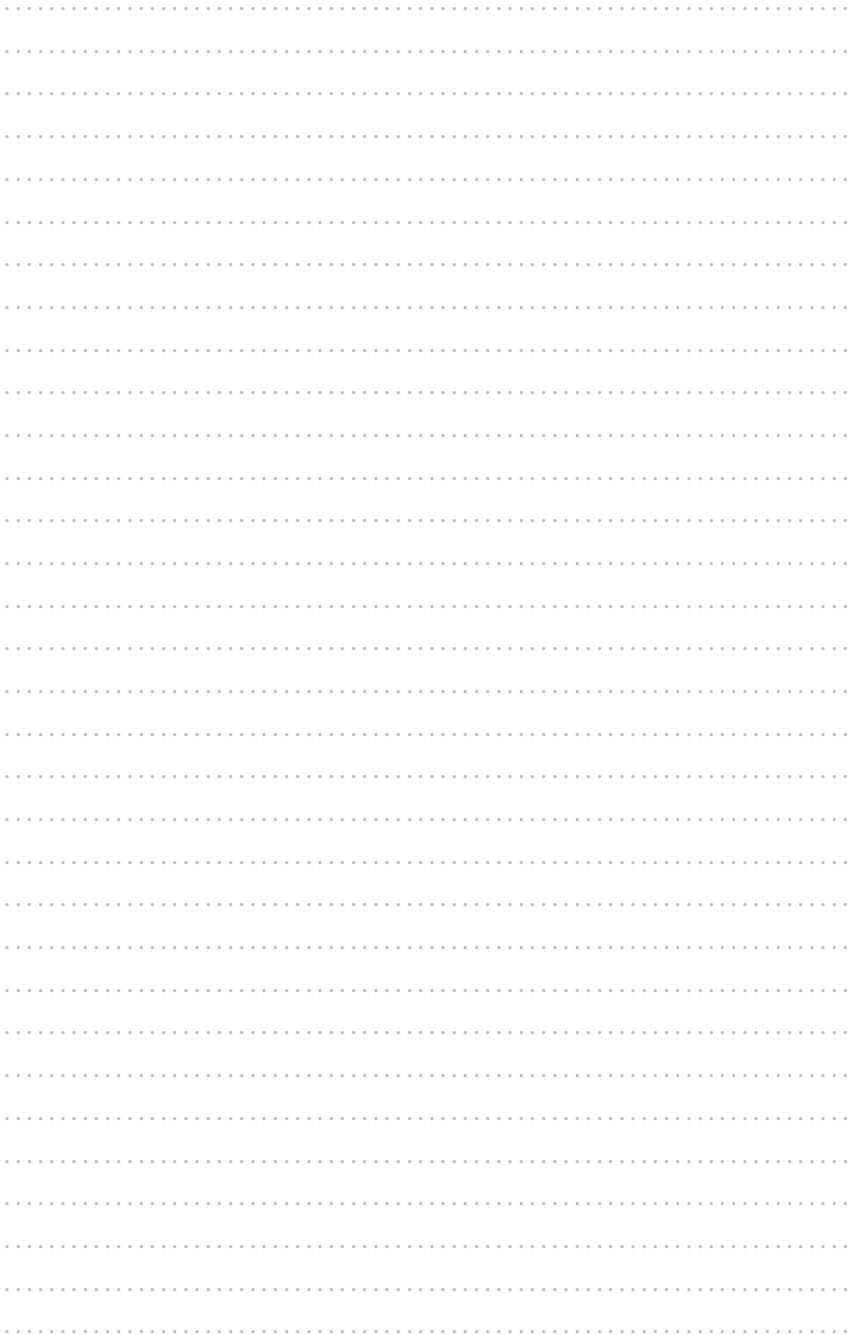
*Как в этих обстоятельствах должно производиться ведение случая?
Какие меры можно использовать для того, чтобы помочь А. закончить курс лечения ТБ?*

ВЕДЕНИЕ СЛУЧАЯ ИЗ ПРИМЕРА 3

- Выявите и проанализируйте проблемы и затруднения А., такие как отсутствие постоянного места для жизни, так, чтобы вопрос соблюдения режима лечения мог сохранять свою приоритетность. Попробуйте найти решения тех проблем, которые имеют наивысший приоритет (например, найти альтернативные способы решения вопроса с жильем, предложить варианты реабилитации, психологическое и социальное консультирование. Затем, после решения этих проблем, внимание может быть смещено на подготовительные действия, такие как обучение, которое может помочь А. выйти на рынок труда).
- Найдите подходящие способы повышения мотивации А., также повышение качества соблюдения им режима лечения (например, мотивационное консультирование, когнитивная и поведенческая терапия). При необходимости обратитесь к другим профессионалам в ОО или в регионе, предоставляющим такие услуги (например, терапию, консультации, встречи). Выясните, чем интересуется А. и что может использоваться для повышения его мотивации к продолжению лечения.
- Подберите подходящие средства для напоминания о режиме лечения.
- Простимулируйте А. информировать персонал о возникающих побочных эффектах. Помогите ему понять, что побочные эффекты и связанный с ними дискомфорт являются временными явлениями и исчезнут после завершения.
- Попросите бывших пациентов, ранее проходивших лечение ТБ, поделиться своим опытом с А.
- При необходимости проконсультируйтесь с другими сотрудниками ОО или профессионалами для получения советов и идей.
- Если для пациента проблематично посещение отделения НКЛ, выясните, есть ли альтернативные варианты (например, посещение сотрудником, проводящим НКЛ ТБ, на дому), которые могут быть более удобны для А.



A series of 30 horizontal dotted lines for writing.





Tervise Arengu Instituut
National Institute for Health Development



EHPV
Eesti HIV-positiivsete võrgustik
Эстонская Сеть Людей Живущих с ВИЧ



TUBERCULOSIS FOUNDATION OF LATVIA

